

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

DENISE DE CASTRO

**O PROCESSO DE INSERÇÃO SOCIAL DOS USUÁRIOS DOS
SERVIÇOS CAPS NA REDE ASSISTENCIAL À SAÚDE MENTAL NA
REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA**

Maringá
2016

DENISE DE CASTRO

**O PROCESSO DE INSERÇÃO SOCIAL DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS CAPS
NA REDE ASSISTENCIAL À SAÚDE MENTAL NA REGIÃO METROPOLITANA
DE CURITIBA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^a. Dra. Rozilda das Neves Alves

Maringá

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

C355p Castro, Denise de
O processo de inserção social dos usuários dos serviços CAPS na rede assistencial à saúde mental na região metropolitana de Curitiba / Denise de Castro. -- Maringá, 2016.
164 f. : il. col., figs., tabs., quadros + apêndices

Orientadora: Prof.a Dr.a Rozilda das Neves Alves.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, 2016

1. Inserção Social - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - Região Metropolitana de Curitiba(PR). 2. Avaliação em saúde Mental - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - Políticas Públicas de Saúde Mental. 3. Rede de Atenção Psicossocial - Políticas Públicas de Saúde Mental. 4. Reforma Psiquiátrica - Inserção Social. 5. Loucura e Mudança Cultural. I. Alves, Rozilda das Neves, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. III. Título.

CDD 21.ed. 362.2

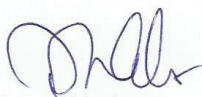
MN-003849

DENISE DE CASTRO

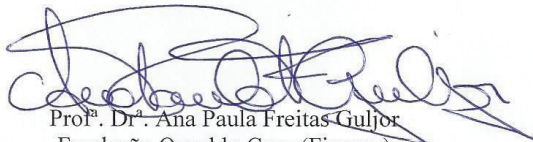
O processo de inserção social dos usuários dos serviços CAPS na rede assistencial à saúde mental na Região Metropolitana de Curitiba

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA



Prof.^a. Dr.^a. Rozilda das Neves Alves
Universidade Estadual de Maringá (Presidente)



Prof.^a. Dr.^a. Ana Paula Freitas Guljor
Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz)



Prof. Dr. Guilherme Elias da Silva
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Aprovada em: 27 de abril de 2016

Local de defesa: Bloco H-35, sala 007, *campus* da Universidade Estadual de Maringá

*Aos meus irmãos , Ana Cristina, Claudia, Daesy, Lúcia e José Antonio, cunhada
Sueli e sobrinhos Guilherme, Lucas e Matias,
elos de afeto e amor,
sempre.*

*Com amor eterno à minha mãe, Norma, e irmã, Paula, e cunhados Tocudi e Otávio,
(in memoriam),
pelo incentivo e longos anos de luta,
juntos.*

*Ao meu companheiro Claudio,
pelo amor, compreensão, apoio e ajuda
durante todos esses longos anos.*

Às minhas primas Sonia e Sandra, pela compreensão, ajuda e carinho.

*À minha amiga Sandra, que abriu as portas “do coração” e de sua casa, minha
eterna gratidão pela confiança, apoio e incentivo.*

*Ao doutor e professor Paulo Amarante, pelo convite e incentivo, que me fizeram
sonhar e tornar este momento realidade, minha mais profunda gratidão, admiração e
respeito.*

*À professora Rozilda , minha orientadora, que esteve em todos os momentos difíceis
do meu lado, meu carinho e admiração
pela sua competência, sabedoria, profissionalismo e, acima de tudo, humildade.*

*Às minhas amigas Andrea, Cleuse, Joana, Maria Tereza, Melanie, Rita e Vera, que
me apoiaram, ajudaram e contribuíram,
meu respeito e admiração e agradecimento eterno.*

*Ao meu grande amigo Mauro, que contribuiu com debates importantes sobre o tema,
toda minha gratidão por estes anos de carinho, respeito e amizade.*

*Às Professoras Ana Paula, Ana Lúcia e a Vera Lúcia pela contribuição meus
agradecimentos, respeito e carinho.*

*À Vera, que realizou as correções do meu trabalho, meus agradecimentos mais
sinceros.*

*A todos os usuários de saúde mental de Curitiba e Região Metropolitana, todo o meu
carinho, respeito e afeto.*

AGRADECIMENTOS

Ao final de quase dois anos, este é o momento de fazer meus agradecimentos às várias pessoas que, de alguma forma, me apoiaram e ajudaram na conclusão deste trabalho. Fica difícil nominar a todos, mas algumas instituições e profissionais não posso deixar de registrar, como ao Governo do Estado do Paraná, através do Secretário Estadual de Saúde; à 2ª Regional de Saúde Metropolitana, através do diretor anterior, Abreu, e do atual, Hélder, às chefias da DVAGS, Andrea, da SCAPS, Monique, e da DVADR, Marilda, Davi e todos os funcionários e colegas que contribuíram para a minha formação profissional, meus agradecimentos.

Aos Secretários Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Curitiba, que acompanharam e participaram do processo de trabalho desde a implantação dos serviços, aos em exercício, e àqueles que permitiram a pesquisa, meus agradecimentos pela contribuição, aprendizagem e confiança.

Aos Coordenadores Municipais de Saúde Mental, aos que iniciaram, aos que passaram e aos que permanecem, pois tiveram uma participação especial de trabalho, amizade e apoio emocional, meus companheiros de luta e trabalho por mais de dez anos. Também dedico a todos vocês esta contribuição para a história da saúde mental do Paraná, em Curitiba e Região Metropolitana.

Aos profissionais de saúde mental da Região Metropolitana e em especial, aos que compõem as equipes dos serviços CAPS.

À Universidade Estadual de Maringá, aos funcionários da secretaria e principalmente aos professores do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, pela competência, conhecimento e acima de tudo pela humildade e carinho demonstrado ao grupo.

Aos mestrandos, meus amigos e colegas, pelo privilégio de participar de uma turma tão especial e valorosa.

Aos professores Guilherme, Walter e minha orientadora Rozilda, que participaram da banca de qualificação e que, com suas sugestões, contribuíram de forma significativa para a conclusão de minha pesquisa.

A Vera Lídia e Maria Teresa, pela ajuda e contribuições para a pesquisa; a Marta, professora de inglês, pelo apoio e confiança, Roseli e, Elaine pela ajuda e apoio, fundamentais para o processo.

Aos doutores e professores Ana Paula, Ana Lúcia e Milton, por grandes contribuições, no decorrer de longos anos. Sem a colaboração e carinho dessas pessoas seria impossível a finalização deste trabalho.

Não posso deixar de agradecer, com muito carinho, a toda a turma e professores, pela companhia durante nossas idas e vindas, as trocas de conhecimento, as discussões, enfim, todos os momentos que partilhamos juntos. Conseguimos chegar ao final de mais uma etapa de nossas vidas!

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica brasileira passou por significativas transformações, evoluindo de um modelo centrado na doença para um modelo de embasamento territorial e comunitário, voltado para as necessidades dos usuários, tendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como um serviço aberto e articulador da rede. As Políticas Públicas de Saúde elaboradas, grande parte, pela Constituição Federal de 1988, seguem os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e foram apresentadas para a compreensão do funcionamento do sistema e a sua capilaridade, tendo como necessidade sua concretização no território, com o controle social presente. Apesar de todos os direcionamentos para desenvolver a Política de Saúde Mental, foi observado pouco avanço nesse sentido, o que trouxe mais perguntas à seguinte questão de pesquisa: como contribuir para a construção da autonomia dos usuários de Saúde Mental? Sendo assim, esta pesquisa tem como objetivo avaliar o processo de inserção social dos usuários dos serviços CAPS na Rede Assistencial à Saúde Mental em oito municípios da Região Metropolitana de Curitiba (PR), tomando como referencial analítico o eixo teórico-conceitual da reforma psiquiátrica brasileira proposto por Paulo Amarante (1999). O método que se adotou para a realização da pesquisa, a fim de se compreender como vem ocorrendo a reinserção psicossocial do usuário e, assim, atender aos objetivos deste estudo, é a pesquisa do tipo exploratório-descritiva, com um questionário aberto e roteiro de entrevista, com a combinação dos métodos quantitativo e qualitativo, produzindo uma triangulação metodológica. Dessa forma, a pesquisa foi aplicada na Região Metropolitana de Curitiba, à Coordenação Municipal de Saúde Mental, que atua na implantação da rede de atenção psicossocial, e nos serviços CAPS, para um usuário de cada modalidade de serviço pesquisado. A análise demonstra exclusão social do usuário e comprova a centralidade no serviço, o que dificulta a implementação da rede de atenção psicossocial para a consolidação da Política de Saúde Mental e do SUS, afetando, assim, o processo de inserção social dos usuários dos serviços CAPS. O estudo baliza propostas para a implementação da Política de Saúde Mental na Região Metropolitana de Curitiba, contribuindo, assim, para o aumento da autonomia, contratualidade social e exercício da cidadania dos usuários.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde Mental. Rede de Atenção Psicossocial. Reforma Psiquiátrica. Loucura e Mudança Cultural. Inserção Social.

ABSTRACT

The Brazilian Psychiatric Reform has undergone significant changes, evolving from a model focused on the disease to a territorial and community foundation model, geared to the needs of users, and the Centers for Psychosocial Care (CAPS) as an open service and articulator network. Public Policy elaborated Health, largely by the Constitution of 1988 follow the principles of the Unified Health System (SUS) and were presented to the understanding of the system operation and its reach, with the need for its implementation in the territory, with this social control. Despite all the directions to develop the Mental Health Policy, it noted little progress in this direction, which brought more questions to the following research question: how to contribute to the construction of autonomy of users of mental health? Thus, this research aims to evaluate the process of social integration of users of CAPS services in the Assistance Network for Mental Health in eight municipalities in the Metropolitan Region of Curitiba (PR), using as analytical reference the theoretical and conceptual axis of Brazilian psychiatric reform Amarante proposed by Paul (1999). The method was adopted for the research in order to understand as it has psychosocial user reintegration and thus meet the objectives of this study is the research of the exploratory-descriptive, with an open questionnaire and script interview with the combination of quantitative and qualitative methods, producing a methodological triangulation. Thus, the survey was conducted in the metropolitan region of Curitiba, the Municipal Coordination of Mental Health, which operates in the implementation of psychosocial care network, and CAPS services to one user at a service mode searched. The analysis demonstrates social exclusion user and proves the centrality of the service, which hinders the implementation of psychosocial care network for the consolidation of Mental Health Policy and SUS, thus affecting the process of social integration of users of CAPS services . The study goal proposals for the implementation of the Mental Health Policy in the Metropolitan Region of Curitiba, thus contributing to increased autonomy, social contractuality and citizenship of users.

Keywords: Evaluation of Mental Health. Psychosocial Care Network. Psychiatric Reform. Madness and Cultural Change. Social Inclusion.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Hospitais Psiquiátricos implantados na Região Metropolitana de Curitiba em 2004	13
Figura 2 – Quatro eixos descritos por Paulo Amarante.....	26
Figura 3 – Mapa atual dos serviços CAPS implantados (2015)	30

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Coordenadores Municipais de Saúde Mental	85
Quadro 2 – Usuários de Saúde Mental	100
Quadro 3 – Realidade e potencial da Região Metropolitana de Curitiba em 2004 ..	138
Quadro 4 – Avaliação realizada pelo Coordenador Municipal de Saúde Mental.....	157
Quadro 5 – Avaliação realizada pelo usuário do serviço de Saúde Mental.....	157
Quadro 6 – Apresentação dos resultados do Coordenador	158
Quadro 7 – Apresentação de resultados Usuário de Saúde Mental.....	160
Quadro 8 – Visualização das mudanças após a introdução da nova legislação, em 2011	162

LISTA DE TABELA

Tabela 1	31
----------------	----

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
1.1 OBJETIVO GERAL.....	21
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
1.3 METODOLOGIA.....	21
1.3.1 Participantes	23
1.3.2 Instrumentos	24
1.3.3 Procedimentos.....	27
1.3.4 Área de abrangência da pesquisa	28
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO	32
2 A HISTÓRIA DA LOUCURA, OS CAMINHOS DA REFORMA E AS MUDANÇAS DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL	33
2.1 BREVE HISTÓRICO DA LOUCURA	34
2.2 OS CAMINHOS DA REFORMA E AS MUDANÇAS NOS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL	47
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS	48
2.3.1 Avaliação das políticas públicas brasileiras	49
2.3.2 A Política de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica	52
2.3.3 Mudança dos processos de trabalho.....	57
3 TERRITÓRIO, REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E CIDADANIA	70
3.1 SAÚDE MENTAL.....	71
3.2 O TERRITÓRIO.....	74
3.3 CIDADANIA.....	77
3.4 REDES DE ATENÇÃO	80
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	85
4.1 O MODELO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A DIMENSÃO TEÓRICO- ASSISTENCIAL GANHAM VISIBILIDADE ATRAVÉS DOS COORDENADORES MUNICIPAIS DE SAÚDE MENTAL	86
4.2 O DIREITO À VOZ PARA O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA, CONTRATUALIDADE SOCIAL E CIDADANIA DOS USUÁRIOS.....	100
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS.....	128
APÊNDICE A–Realidade da Região Metropolitana de Curitiba em 2004	138

APÊNDICE B–Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	140
APÊNDICE C–Questionário do Coordenador de Saúde Mental	144
APÊNDICE D–Questionário estruturado p/ usuários e roteiro de entrevista ...	152
APÊNDICE E –Perguntas selecionadas para a avaliação pelo Coordenador e pelo Usuário de Saúde Mental	157
APÊNDICE F – Resultados do Coordenador de Saúde Mental	158
APÊNDICE G –Apresentação dos resultados do usuário.....	160
APÊNDICE H –Mudança no potencial de implantação em 2011.....	162
ANEXO A –Autorização para pesquisa da Plataforma Brasil (CONEP)	164

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O interesse desta pesquisa decorre de inquietações advindas de 25 anos da minha prática profissional, na área de saúde pública. Durante a trajetória profissional, vivenciei diferentes níveis de atenção à saúde, iniciando a atividade laboral em hospitais psiquiátricos. Com a mudança de modelo, advinda da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e com a criação dos serviços substitutivos, passei a trabalhar no Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM), no cargo de Terapeuta Ocupacional, onde permaneci por um período aproximado de nove anos, tendo acompanhado, por meio da forma assistencial, todo o período de transição que a Reforma Psiquiátrica proporcionou, assim como vivenciado todas as forças restritivas à reforma. Posteriormente, passei a ocupar o cargo de Coordenadora Regional de Saúde Mental da 2ª Regional de Saúde Metropolitana, na qual exerço minhas funções.

A Região Metropolitana de Curitiba é composta por 29 municípios, situados entre as divisas dos estados de São Paulo e Santa Catarina, apresentando realidades bem diferenciadas. Ao iniciar o trabalho como Coordenadora Regional, no ano de 2004, foi necessário separar os municípios conforme critério populacional. Para isso, foram marcadas reuniões *in loco*, com gestores e trabalhadores de saúde mental, para conhecer a realidade da região, bem como promover uma sensibilização ao cuidado em saúde mental, e assim iniciar o Processo de Reforma Psiquiátrica, conforme o que preconiza a Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001^a).

Na época, Curitiba já havia iniciado a construção da sua Rede de Saúde Mental e apenas este município tinha representante na Coordenação de Saúde Mental Municipal, o que diferenciou a forma da implantação da rede regional no entorno desse município e, portanto, ele não será objeto desta investigação. Nesse sentido, foi necessário solicitar aos gestores municipais que instituíssem um Coordenador Municipal de Saúde Mental para a organização de seu território.

No ano de 2004, a Rede de Saúde Mental dispunha de Hospitais Psiquiátricos no entorno de Curitiba, nos municípios de Campo Largo com a Associação de Pesquisa e Tratamento Alcoolismo – (APTA) operando com 36 leitos, Pinhais com o Hospital Colônia Adauto Botelho que apresentava 160 leitos, Piraquara com o Hospital San Julian operava com 360 leitos e São José dos Pinhais o Hospital Pinheiros que encerrou suas atividades, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Hospitais Psiquiátricos implantados na Região Metropolitana de Curitiba em 2004



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2015).

Além dos atendimentos em Hospitais Psiquiátricos, os municípios de Araucária, Campo Largo, Colombo, Lapa e Tijucas do Sul atendiam em regime ambulatorial.

Na sequência, será apresentado como a internação psiquiátrica está ocorrendo na região metropolitana de Curitiba, no ano de 2015, bem como as internações por domicílio.

No Apêndice A, o Quadro 3 apresenta a região metropolitana de Curitiba, contendo os municípios, a população e demonstrando o potencial para implantação de serviços substitutivos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Nesse Quadro, é possível observar a necessidade da organização do território nos municípios mais populosos, com maior demanda em saúde mental, para a construção da rede. Também importa destacar a existência do financiamento de custeio mensal como incentivo financeiro, em conformidade com as portarias GM/MS 336/2002 (BRASIL, 2002a), SAS/MS 189/2002 (BRASIL, 2002^b) e 245/2005 (BRASIL, 2005^a), que contribuíram para a implantação dos serviços.

Para maior compreensão, a Figura 1, acima, apresenta os 28 municípios da Região Metropolitana de Curitiba no ano de 2004, e a seguir são apresentados os municípios conforme o critério populacional¹.

De acordo com essa classificação, 12 municípios possuem uma população inferior a 20 mil habitantes: Adrianópolis, Agudos do Sul, Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Campo do Tenente, Cerro Azul, Contenda, Piên, Quitandinha, Tijucas do Sul, Tunas do Paraná e Doutor Ulysses. Para estas populações, faz-se necessário desenvolver ações de Saúde Mental na Atenção Básica.

A seguir, são encontrados oito municípios com população de 20 mil a 70 mil habitantes: Campina Grande do Sul, Campo Magro, Itaperuçu, Lapa, Mandirituba, Quatro Barras, Rio Branco do Sul e Rio Negro, cuja indicação é a implantação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I.

De 70 mil a 200 mil habitantes, há seis municípios: Almirante Tamandaré, Araucária, Campo Largo, Fazenda Rio Grande, Pinhais e Piraquara, com indicação para a implantação de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, para Transtornos Mentais e Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD, para Álcool e outras drogas.

Finalmente, com mais de 200 mil habitantes são encontrados três municípios: Curitiba (a capital do estado do Paraná e que não será objeto desta pesquisa), Colombo e São José dos Pinhais, com indicação para Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD, para Álcool e outras drogas, e Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I.

¹ Com base em IBGE – Censos Demográficos 2004.

Como alguns municípios não possuíam representação em saúde mental, foi necessário que a Coordenadora Regional de Saúde Mental e o Gestor – o Secretário Municipal de Saúde – iniciassem o processo na construção para a implantação do novo modelo em saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Nesse momento, ficou comprovada a necessidade de se instituir um coordenador para a implantação em cada município. Juntos, a Coordenação Regional de Saúde Mental e o Secretário Municipal de Saúde precisaram encontrar um profissional com formação em saúde mental e perfil para desempenhar a função de Coordenação Municipal de Saúde Mental, oportunizando uma capacitação para o desempenho de tal função.

Após a capacitação de um profissional para exercer a coordenação no município com capacidade para instalar CAPS, a Coordenação Regional e Municipal de saúde mental deu continuidade à implantação dos serviços, tendo sempre clara a necessidade da participação do Secretário Municipal de Saúde nesse procedimento, o que demonstrou maior e melhor clareza na construção do entendimento referente às questões da reforma psiquiátrica e à mudança de modelo.

Desta forma, os serviços CAPS foram instalados por modalidade e dentro do critério populacional, em conformidade com o descrito na Portaria nº 336/02 (BRASIL, 2002^a), sendo sua implantação iniciada no ano de 2004.

Cabe destacar, a escolha dos Municípios que durante o processo de implantação optaram por implantar CAPS II, pela necessidade emergente do cuidado a ofertar a população de Colombo dando sequência após três meses ao segundo serviço CAPS AD II. Na época, foi opção da gestão Municipal, por dois serviços, preferindo não implantar a modalidade de CAPS III, devido ao alto custo. Assim como, o município de São José dos Pinhais foi dado início ao CAPS AD II, por apresentar maior demanda desta clientela, na sequência implantou o CAPS I e deu continuidade a implantação CAPS II, devido à necessidade de profissionais para comporem a equipe, também o alto custo do serviço CAPS III, foi um fator determinante para a não implantação do serviço no município.

Já a implantação dos serviços CAPS na região metropolitana ocorreu num período aproximado de dois anos, pela necessidade de os municípios apresentarem local adequado, aprovação de dotação orçamentária para aplicar o recurso financeiro disponibilizado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 245/2005 (BRASIL, 2005^a), e comprovação da utilização do aporte financeiro. Outro ponto foi a necessidade de capacitar a equipe para prestar atendimento, bem como orientá-la para a organização e o funcionamento de protocolos a serem utilizados pelo serviço.

Enquanto coordenadora regional de saúde mental atuando na região metropolitana de Curitiba, capacitando os coordenadores municipais e auxiliando-os na implantação dos serviços, como também após desenvolver e aplicar a capacitação das equipes de saúde mental para atuar nos CAPS, observei muita fragilidade na formação dos profissionais, por apresentarem inconformidades com a Política de Saúde Mental. Como exemplo, observei as dificuldades dos profissionais para atuarem de acordo com a mudança de modelo. Isto fez com que coordenadores municipais solicitassem inúmeras vezes a participação da coordenação regional de saúde mental nas reuniões com suas equipes, para serem realizadas intervenções junto a estas, e, nessa atuação, enquanto coordenadora, evidenciei a dificuldade para conseguir alcançar os resultados esperados na reinserção psicossocial dos atores, os mais necessitados de cuidados, que são os usuários.

Os avanços e retrocessos durante as mudanças de gestão municipal levaram a uma nova e necessária aproximação da Coordenação Regional de Saúde Mental com o Secretário Municipal de Saúde, a fim de alinhar novamente a Política Nacional, Estadual e Municipal de Saúde Mental, necessitando maior entendimento e esclarecimento ao tema necessário às Políticas Públicas. Nesse sentido, muitos municípios apresentavam várias mudanças durante uma única gestão, e várias vezes mudavam os secretários municipais de saúde, o que dificultou ainda mais a continuidade de um alinhamento. Também eram trocados os Coordenadores de Saúde Mental, os quais, muitas vezes, não tinham habilitação para desenvolver a função.

Ao participar das reuniões mensais da Comissão Inter Gestores Bipartite Regional, realizadas na 2ª Regional de Saúde Metropolitana, para apresentar a pauta de saúde mental visando a continuidade da implantação e implementação da Política de Saúde Mental, observei que os Secretários Municipais de Saúde, responsáveis pelo direcionamento das Políticas Públicas em Saúde do seu município, não aderiam a essas reuniões. Isso aumentava a minha inquietude em relação à necessidade emergente da avaliação da Política de Saúde Mental e da contribuição.

A realidade encontrada no dia a dia dos serviços, com situações conflitantes dentro das equipes, foi aumentando ainda mais minhas inquietações com relação à questão da implantação da Política de Saúde Mental, o que me motivou a procurar o Mestrado Profissional de Políticas Públicas, para assim pesquisar e contribuir com a história da Saúde Pública do Estado do Paraná e, conseqüentemente, com a Saúde Mental.

Durante toda a trajetória em saúde mental, assim como na minha atuação profissional, enquanto terapeuta ocupacional atuando no Hospital Colônia Adauto Botelho quando iniciei um trabalho, escolhi realizar atendimento externo na horta, como também após constatar a falta de referência dos pacientes em reconhecer o tempo e espaço, com relação a fatos e acontecimentos, notando a alienação, optei em realizar uma segunda atividade nomeada decoração e festas e assim, possibilitar a saída dos pacientes dos pavilhões para a participação externa, com a realização de festas e ações voltadas a inserção social. No NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial, Portaria nº. 224/1992, (Brasil, 1992^a) do Centro Psiquiátrico Metropolitano - CPM, trabalhando com a reinserção social, através de visitas domiciliares e na comunidade para aumentar a contratualidade social, também nas oficinas terapêuticas e de produção, bem como na feira do Largo da Ordem em parceria com a Associação Arnaldo Gilberti², fundada por profissionais do NAPS, estive em contato direto com os usuários.

Como coordenadora regional, nas atuações para as avaliações dos serviços CAPS implantados na Região Metropolitana, ao participar de reuniões com usuários, também pude orienta-los sobre a Política de Saúde Mental, a Lei n. 10.216/2001 (BRASIL, 2001^a), e sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), a necessidade do Controle Social para a consolidação do SUS e aos seus direitos garantidos pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988^a), bem como sobre o atendimento prestado pelos serviços das ouvidorias, por compreender, nesses momentos, que lhes faltavam as informações tão necessárias para a sua inserção psicossocial.

Durante a realização de reuniões mensais do Colegiado Regional de Saúde Mental, com a participação dos coordenadores municipais de saúde mental e coordenadores dos serviços CAPS – como também demais serviços existentes na configuração de cada rede municipal – as pautas apresentadas para as discussões foram direcionadas à Política de Saúde Mental, com apontamentos sobre o arcabouço legal através das Leis e Portarias, necessárias para a sustentação da política, junto aos secretários municipais de saúde, bem como trazendo temas com fundamentação teórica para ampliar conhecimentos. Em várias reuniões, os coordenadores municipais apontaram a necessidade de maior participação da Coordenação Regional, para ajudá-los em alguns posicionamentos com seus secretários municipais de saúde e com suas equipes de saúde mental, que atuam nos serviços CAPS.

² Associação Arnaldo Gilberti, instituição filantrópica criada em 1994.

Cabe salientar que no ano de 2011, com o lançamento das portarias ministeriais e das mudanças a serem implantadas nos procedimentos realizados nos serviços, a coordenação regional atuou mais afastada dos municípios, com atuação mais intensa nas capacitações e orientações dos projetos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na 2ª. Regional de Saúde Metropolitana com os coordenadores, como também, auxiliando-os na elaboração de seus projetos municipais, para pactuarem a implantação dos pontos de atenção conforme o potencial de implantação de cada município, de acordo com a legislação a Portaria nº 3088/2011 e Anexo I. Assim a responsabilidade da implantação das redes de atenção psicossocial, ficou para os coordenadores municipais de saúde mental. Nos anos seguintes 2012 e 2013, atuei junto com os municípios de Contenda e Mandirituba, na capacitação das equipes para o processo de implantação dos serviços CAPS I. Em 2014, a atuação foi mais focada na 8ª. Oficina – APSUS - Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde - Saúde Mental, como palestrante nos municípios de: Campina Grande do Sul, Cerro Azul, Contenda, Itaperuçu, Lapa, Mandirituba, Piraquara, Rio Branco do Sul e Rio Negro³.

Outro fator relevante para a escolha do tema da pesquisa e a procura do mestrado foi participar da brilhante atuação do autor e pesquisador doutor Paulo Amarante, no ano de 2005, na Sensibilização e Capacitação em Saúde Mental, idealizada para a participação dos Secretários Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Curitiba visando sensibilizá-los para o tema. Outras capacitações ocorreram nos anos de 2007, 2008, 2010, 2012 e 2014, com representação e indicações do doutor Paulo Amarante, para que pudessemos desenvolver a Política de Saúde Mental com vistas à atenção Psicossocial.

Como descrita por Amarante, (1999) a reforma se compõe dos quatro eixos ou dimensões, tão necessários para desenvolver a autonomia dos usuários de saúde mental. Segundo Amarante, (1995, p. 80–81) “o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental foi importante para as transformações que ocorreram no país, principalmente, após alguns encontros de trabalhadores de saúde mental, a exemplo a 8ª. Conferência de Saúde Mental”, o contato dos militantes nestes eventos, trouxe um novo impulso e

³ APSUS-Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/edicoes-2016/is-n-2/2246-atencao-primaria-a-saude/>

após algumas reuniões para montar estratégias, com o caráter de renovação, momento em que se chamava atenção para a reconstrução, e se fazia necessário à separação do aparelho do Estado, buscando assim, outras formas autônomas de organização e utilizando como estratégia principal a intervenção na sociedade. Esta ação denominada como sociocultural encaminhou a discussão dos problemas e sua solução para o seio da sociedade, e assim ao debate sobre a loucura e à psiquiatria. Consolidando o lema, por uma sociedade sem manicômios, sendo esta a mais forte expressão da nova estratégia e da ruptura epistemológica e política. O movimento resgatou suas origens a função e vocação dos técnicos, sendo assim redefinida e dimensionada, com as transformações no campo assistencial.

Amarante, (1995, p. 81) nos apresenta:

No campo teórico-conceitual dos referenciais do MSTM, com o lema “por uma sociedade sem manicômios”, ressurgiram o projeto da desinstitucionalização na tradição basagliana, que passava a ser um conceito básico determinante na reorganização do sistema de serviços, nas ações de saúde mental e na ação social do Movimento. (AMARANTE, 1995, p. 81)

O autor Amarante, (1999, p. 49) analisa da seguinte forma o que tem acontecido no eixo, dimensão ou campo teórico-conceitual:

Uma primeira dimensão refere-se ao campo epistemológico ou teórico-conceitual. Ou seja, ao conjunto de questões que se situam no campo da produção dos saberes, que dizem respeito à produção de conhecimentos, que fundamentaram e autorizaram o saber/fazer médico psiquiátrico (AMARANTE 1999, p.49).

Para o autor esta dimensão sai para a reflexão de conceitos básicos do campo da ciência:

“[...] (tais como o próprio conceito de ciência como produção de Verdade, ou da noção de neutralidade das ciências), até os conceitos produzidos especificamente pela psiquiatria – no bojo do mesmo modelo epistemológico – tais como: o conceito de alienação (mais tarde degeneração e posteriormente doença mental), ou conceitos de isolamento terapêutico, tratamento moral, degeneração, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura” (AMARANTE 1999, p. 49).

Para reconstruir saberes e práticas com novas relações de todos os atores envolvidos no processo com a sociedade, há necessidade de atuação na desconstrução das práticas antigas, tais como Amarante, (1999) nos apresenta nos demais eixos: técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural, como segue:

- No campo técnico-assistencial é que a Reforma Psiquiátrica tem deixado mais visíveis suas inovações, concomitantemente à reconstrução dos conceitos. Tem se construído uma rede de novos serviços: espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Isto tem significado colocar a doença entre parênteses e propiciar contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos.
- No campo jurídico-político destacam-se algumas aquisições: além das transformações advindas da Reforma Sanitária, luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal, referentes à doença mental, [...].
- No campo sociocultural tem-se construído uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado com a loucura, a doença mental e a anormalidade, passando pelas distinções de doença mental, loucura, desrazão; até chegar ao conceito de existência-sofrimento. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela (desinstitucionalização) (AMARANTE, 1999 APUD COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 32). (grifo dos autores).

Assim, Amarante, (2008) discorre sobre ideais de mudanças, no sentido de superar o modelo anterior, ocorrer por parte de profissionais comprometidos, e complementa que grandes experiências foram reduzidas a propostas de reformulação dos serviços. Nesse sentido, é necessário ter claro o foco da investigação, para não se repetir o modelo predominante, e avançar em direção à atenção psicossocial. Segundo Amarante:

[...] é que muitas vezes as iniciativas de superação do modelo tenham se reduzido à simples reestruturação de serviços de assistência, num movimento que vai do modelo biomédico asilar em direção ao sistema de saúde mental e atenção psicossocial (AMARANTE, 2008, p. 62).

A rede de atenção psicossocial atualmente dispõe de serviços CAPS instalados na região metropolitana, que operam como organizadores do território em saúde mental e contam com equipes de profissionais que são referências no território. Portanto, entendo ser necessária a avaliação desses serviços.

Amarante, (2008, p. 63) explica como é superar esta limitação: “O ponto de partida é começar a pensar o campo da saúde mental e atenção psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo, um processo que é social; e um processo social que é complexo”. E complementa o autor: “quando pensamos em processo pensamos em movimento, algo que caminha e se transforma permanentemente”:

Novos elementos, novas situações pressupõem que existam novos atores sociais, com novos – e certamente conflitantes – interesses, ideologias,

visões de mundo, concepções teóricas, religiosas, éticas, étnicas, de pertencimento de classe social... Enfim, um processo social complexo se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões (AMARANTE, 2008, p.63).

Em que pese todos os direcionamentos para desenvolver a Política de Saúde Mental com vistas à inserção dos usuários de saúde mental, ainda se observa que muito pouco se avançou, e isto trouxe mais perguntas emergentes para a seguinte questão de pesquisa: **“como contribuir para a construção da autonomia dos usuários de Saúde Mental?”**

1.1 OBJETIVO GERAL

Tendo em vista o exposto, esta pesquisa tem como objetivo geral avaliar o processo de inserção social dos usuários dos serviços CAPS, implantados até outubro de 2014, na Rede Assistencial à Saúde Mental na região Metropolitana de Curitiba, segundo o eixo teórico-conceitual.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Analisar, junto a um usuário de cada serviço CAPS, dos oito municípios escolhidos, a esfera dos direitos sociais, condições de cidadania e democracia efetiva.
- b) Aferir a rede com ênfase no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), junto aos coordenadores municipais de saúde mental, no eixo teórico-conceitual.

1.3 METODOLOGIA

Na sequência, será relatado o método que se adotou para a realização da pesquisa e como foi feita a escolha dos atores, a descrição da Rede de Atenção Psicossocial, tendo os CAPS como um serviço aberto e comunitário, articulador da rede, a fim de compreender como vem ocorrendo a reinserção psicossocial do usuário. Além disso, serão apresentados os procedimentos e instrumentos utilizados para a coleta de dados e os aspectos éticos que envolvem a pesquisa.

Para atender aos objetivos deste estudo, a pesquisa que se propõe é do tipo exploratório-descritiva e tem embasamento nas características que compõem o fenômeno estudado. As pesquisas exploratórias têm como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos (GIL, 1999). Dessa forma, inicialmente foi realizado levantamento bibliográfico que ampara teoricamente o estudo, seguido ainda de um levantamento documental, caracterizado principalmente pela coleta de dados e informações em documentos oficiais.

Este estudo utilizou um questionário aberto que, segundo Richardson (1999, p.189), “[...] é realmente uma entrevista estruturada”, aplicado na Região Metropolitana, à Coordenação Municipal de Saúde Mental que atua na implantação da rede de atenção psicossocial e serviços CAPS, que são considerados referência em saúde mental em seu território. Também foram entrevistados um usuário de cada modalidade de serviço CAPS pesquisado, com quadro estável. As entrevistas aos usuários foram realizadas a partir de um roteiro de entrevistas e foram gravadas e transcritas, mediante autorização dos entrevistados que assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice B).

O percurso teórico até aqui realizado encaminha a proposição de avaliar como está ocorrendo à implantação da rede de atenção psicossocial na região metropolitana de Curitiba, tomando como referencial analítico o eixo teórico-conceitual, da reforma psiquiátrica brasileira proposta por Paulo Amarante (1999, 2009). Por isso, torna-se necessário clarificar os componentes principais da metodologia aqui utilizada.

Entende-se que mais importante que denominar o método é compreendê-lo como o mais adequado ao objeto de estudo e ao tipo de análise que ele possibilita construir, a partir do olhar do pesquisador e de sua posição frente às questões sociais, políticas e filosóficas da realidade a ser pesquisada.

Maria Cecília Minayo, (1999) considera que, do ponto de vista metodológico, não há contradição nem continuidade entre essas formas de investigação. Epistemologicamente, nenhuma delas pode ser considerada mais científica do que a outra, pois suas naturezas são diversas e permitem diferentes aspectos de análise: a pesquisa quantitativa pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente e vice-versa.

Minayo, Assis e Souza, (2005) consideram que a combinação dos métodos quantitativo e qualitativo produz a triangulação metodológica, que, numa relação entre opostos complementares, busca a aproximação do positivismo e do compreensivismo. Para as autoras, a triangulação é uma estratégia de pesquisa que contribui para aumentar o conhecimento sobre determinado tema, alcançar os objetivos traçados, observar e compreender a realidade estudada.

Com base nesses aspectos teóricos apresentados, considera-se que a triangulação, pela combinação das abordagens quantitativa e qualitativa, gera dúvidas e inquietações no pesquisador sobre como utilizá-las sem “ferir” o rigor metodológico, a especificidade e riqueza de ambas. Assim, pretende-se relatar e discutir a utilização das duas abordagens, para avaliar e compreender os aspectos relacionados à implantação da rede de atenção psicossocial na região metropolitana de Curitiba, utilizando como foco a avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que têm como função ser um serviço aberto, de base territorial e comunitário.

A necessidade de utilizar as duas abordagens emergiu quando se identificou a ausência de estudos de avaliação da implantação de serviços de saúde mental a partir do olhar dos principais atores na implantação da rede de atenção psicossocial – o profissional de saúde e, especialmente, os usuários dos serviços – com vistas a analisar se os pressupostos e objetivos da reforma psiquiátrica na perspectiva de Paulo Amarante, (1999) estão sendo alcançados e quais os efeitos produzidos nos usuários.

Enfim, não foi localizada em busca realizada qualquer pesquisa que tivesse avaliado a implantação da rede a partir da dimensão teórico-conceitual da reforma psiquiátrica brasileira proposta por Paulo Amarante (1999).

1.3.1 Participantes

Para participarem desta pesquisa, foram selecionados usuários de serviços CAPS e coordenadores municipais de saúde mental, abrangendo 50% das modalidades de serviços de oito municípios da região metropolitana de Curitiba. Os usuários entrevistados foram escolhidos pela respectiva equipe dos serviços, com o objetivo de descrever sua participação social e o exercício da cidadania.

Para melhor compreensão, o Projeto Terapêutico Singular é uma ferramenta

utilizada pelas equipes de saúde com o objetivo de colocar o usuário como protagonista da sua própria história de vida, com sua subjetividade, necessária para a reconstrução da participação na vida cotidiana do seu território, local onde ocorre a vida social produtiva.

Para as entrevistas, utilizou-se um questionário semiestruturado aos coordenadores e um roteiro de entrevista que foi utilizado para o usuário. O roteiro de entrevista foi gravado com autorização dos usuários dos serviços CAPS pesquisados, e utilizado para a coleta de dados, com a finalidade de dar voz ao usuário sobre o serviço que lhe é ofertado, para avaliar sua inserção na comunidade de acordo com as suas necessidades, buscando promover o exercício da cidadania e a contratualidade social. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

O projeto foi submetido para desenvolver a Pesquisa junto ao Comitê de Ética da Uniandrade, sob o CAAE nº 42657315.8.0000.5218, sendo aprovado em 13/05/2015.

Cabe salientar que, na descrição da região metropolitana, os municípios apresentados e os participantes desta pesquisa não serão identificados, mas serão codificados através de um número, para compilação dos dados e análise, respeitando-se completamente seu anonimato.

Para a pesquisa de mestrado, a dimensão teórico-conceitual foi para a análise dos coordenadores municipais de saúde mental e usuários dos serviços CAPS, para que se possa analisar como vem ocorrendo a mudança de paradigma, a ser necessariamente construída de acordo com conceitos como o acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social.

1.3.2 Instrumentos

O questionário e o roteiro de entrevista, elaborados entre janeiro e março de 2015, tiveram como base o referencial teórico estudado, concentrando-se nas variáveis destacadas deste referencial: os quatro campos descritos por Paulo Amarante (1999).

Os questionários semiestruturados, conforme Triviños, (1987) têm como característica a entrevista que parte de questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses, especificamente as que interessam à pesquisa, e também um

amplo campo interrogativo, fruto de novas hipóteses, que foram surgindo à medida que se obteve as respostas do informante.

A técnica do questionário é utilizada para o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos e interesses, e tem a possibilidade de ser aplicável a um grande número de pessoas, podendo ser respondido com ou sem a presença do pesquisador (GIL, 1999; MARCONI; LAKATOS, 1996).

Conforme Queiroz, (1991, p. 57) “A captação de informações, depoimentos, histórias de vida por meio do gravador representa, sem dúvida, uma ampliação do poder de registro dos pesquisadores”. Todavia o autor destaca, ainda, que tal instrumento pode causar inibição do pesquisado. No entanto, no momento da aplicação do roteiro de entrevista não ocorreu qualquer desconforto nem inibição por parte dos usuários. As entrevistas transcorreram com tranquilidade e sem questionamentos.

Para este estudo, o questionário e o roteiro de entrevista pretenderam avaliar a percepção da Saúde Mental pelos atores:

- a) da coordenação municipal através do questionário (Apêndice C), com o intuito de verificar, no território, a atuação e a participação da gestão da Secretaria Municipal de Saúde, na Política de Saúde Mental, bem como, o funcionamento do serviço, a visão e atuação dos profissionais e o cuidado prestado ao usuário;
- b) dos usuários do CAPS, através da aplicação do Roteiro de entrevista (Apêndice D), com o objetivo de verificar a percepção destes e avaliar o serviço prestado e a sua efetividade na atuação no território, e como a vida cotidiana dessas pessoas está ocorrendo, visando a inclusão e a contratualidade social, necessárias para o exercício da cidadania e a atenção psicossocial.

Nesse sentido, a pesquisa visou avaliar como vem ocorrendo a mudança de modelo, conforme descrito por Paulo Amarante (1999), no eixo teórico-conceitual, necessário para a mudança de paradigma em saúde mental conforme segue na Figura 2.

Figura 2 – Quadro eixo teórico-conceitual descrito por Paulo Amarante (1999, p. 50).

Categoria Analítica	Eixos - Característica e frequência (para avaliação da reinserção psicossocial):
Teórico-conceitual (reconstruir saberes e práticas – estabelecer novas relações).	Acolhimento; Cuidado; *Autonomia /Emancipação e; Contratualidade social. <i>*incluindo autonomia para avaliar emancipação.</i>

Fonte: Elaborado pela autora, com base em Amarante, (1999) incluindo autonomia para avaliar emancipação.

Para a melhor compreensão, visualização e análise de dados da pesquisa, as perguntas realizadas através do questionário e roteiro de entrevista foram desenvolvidas para avaliar a atuação dos atores no cenário CAPS e sua participação na construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para a inserção psicossocial do usuário de saúde mental, e foram elaborados dois quadros com as perguntas aos entrevistados – Coordenadores de Saúde Mental e usuários (Apêndice E).

A coleta de dados foi realizada de agosto a setembro de 2015, a partir de questionário aberto e padronizado: para o coordenador municipal de saúde mental, e para um usuário de cada serviço pesquisado, entrevista semiestruturada com roteiro de entrevista gravado.

O Quadro 6, (Apêndice F) apresenta a avaliação realizada pelo coordenador municipal de saúde mental, e o Quadro 7, (Apêndice G) a avaliação do usuário de saúde mental, sobre as necessidades para a inserção no cenário de participação social.

Dessa forma, no Quadro 6 são apresentadas as perguntas para o Coordenador Municipal de Saúde Mental, e no Quadro 7, perguntas aos usuários dos serviços CAPS. As perguntas estão separadas de acordo com o funcionamento do serviço e selecionadas para o eixo teórico-conceitual descrito por Amarante (1999). Salienta-se que algumas perguntas influenciam em outras dimensões, como já foi apresentada como: um processo social complexo que se entrelaçam.

1.3.3 Procedimentos

Os procedimentos do foco de pesquisa serão centrados primordialmente nas concepções sobre o funcionamento dos serviços CAPS e a articulação com a Rede de Saúde Mental, buscando as percepções dos entrevistados (coordenadores municipais de Saúde Mental e usuários dos serviços CAPS), de acordo com a classificação de Paulo Amarante (1999).

Inicialmente, foi submetido o projeto para desenvolver a Pesquisa ao Comitê de Ética da Uniandrade, sob o CAAE nº 42657315.8.0000.5218, sendo aprovado na data de 13/05/2015 (Anexo A). Os procedimentos respeitaram rigorosamente a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, sendo que todos os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

A coleta de dados quantitativos foi realizada de agosto a setembro de 2015, por meio de entrevistas com auxílio de questionário e roteiro de entrevista abertos, padronizados, respondidos por oito coordenadores municipais de Saúde Mental com serviço CAPS na rede e avaliados por modalidade. Para um usuário de saúde mental de cada serviço CAPS pesquisado, apresentando quadro estável, foi utilizada a entrevista gravada e transcrita, seguindo um Roteiro de Entrevista, que oferece a possibilidade de a pesquisadora modificar a pergunta, oportunizando a interação social para obter a resposta sobre o tema, a fim de coletar os dados necessários para avaliar a dimensão, apresentada na Figura 3.

Haguette, (1997) define a entrevista como um processo de interação social entre duas pessoas, na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção das informações por parte do outro, o entrevistado.

A análise do eixo teórico-conceitual, descrito por Amarante, (1999 p. 32) aponta a “desconstrução de conceitos e práticas sustentadas pela psiquiatria e psicologia” com relação à visão sobre a doença mental, com a construção de conceitos como “existência e sofrimento” do sujeito, e sua relação com o meio social, desenvolvendo o “acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social”.

Ressalta-se que no momento da entrevista aos usuários do serviço CAPS, quando estes foram informados de como seria realizada a pesquisa e após a leitura e o consentimento do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice B), não foi evidenciado qualquer desconforto da parte dos usuários, que demonstraram

tranquilidade e não se sentiram inibidos. Dessa forma, as entrevistas transcorreram com naturalidade, e nos poucos momentos em que foram solicitados maiores esclarecimentos, estes foram realizados. A maioria dos usuários, ao ser informado da forma de participação na pesquisa, solicitou que fosse combinado com eles um retorno para que tomassem conhecimento dos resultados da pesquisa.

No contato realizado com os Secretários Municipais de Saúde estes também solicitaram uma apresentação dos dados. Dessa forma, esta pesquisadora assumiu o compromisso de agendar um retorno após a defesa do mestrado.

1.3.4 Área de abrangência da pesquisa

A área de abrangência da pesquisa é a região Metropolitana de Curitiba, com os serviços CAPS implantados e habilitados até dezembro de 2014, perfazendo 50% de cada modalidade de CAPS, com um total de oito municípios pesquisados.

A escolha dos municípios ocorreu para avaliar um panorama geral diante as diversidades municipais, bem como devido à presença de serviços como hospitais psiquiátricos instalados e à rede de atenção psicossocial, a qual vem sendo trabalhada desde a instituição da Portaria nº 3088/2011 (BRASIL, 2011^a).

Para fins desta pesquisa, a rede regional no entorno de Curitiba, como já descrito, conta com oito serviços CAPS II implantados, e três deles apresentam Hospital Psiquiátrico em sua rede municipal, o que definiu a necessidade da pesquisa. Os demais municípios, além do CAPS II, Hospital Psiquiátrico, também contam com o funcionamento do CAPS AD. O quarto município escolhido, para atingir 50% da pesquisa de CAPS II, foi sorteado entre os municípios com CAPS AD instalados na rede municipal.

Cabe salientar que, dos nove municípios com CAPS I implantados e oito habilitados até dezembro de 2014, foram escolhidos quatro, de acordo com sua localização e a presença de diversidades. Os participantes dos municípios escolhidos para a pesquisa serão apresentados por letra “C”, para coordenador, e “U”, para usuários, sendo enumerados para identificação da rede municipal, sem que os respectivos municípios sejam identificados.

Para maior compreensão, foi elaborado o Quadro 3 (Apêndice A), com o potencial para a implantação dos serviços em conformidade com a Portaria nº 336/2002 (BRASIL, 2002^a). Para melhor visualização e compreensão da escolha dos municípios, o

Quadro 8, (Apêndice H) e a Figura 3 (abaixo) apresentam a implantação dos serviços na Região Metropolitana de Curitiba, até 2015.

Também é imprescindível salientar que o critério populacional foi alterado, o que aumentou o potencial de implantação, bem como o de trabalhar na implantação da Rede de Atenção Psicossocial em conformidade com as Portarias nº 3088/2011 (BRASIL, 2011^a) e nº 3089/2011 (BRASIL, 2011^d) (Quadro 8, no Apêndice H).

Faz-se importante destacar que o Centro Psiquiátrico Metropolitano no ano de 2012, passou a operar o Sistema Estadual de Regulação, através da Unidade de Regulação de Leitos Psiquiátricos. Os Municípios da Região Metropolitana acessam o sistema incluindo on line, o nome dos usuários para solicitação da vaga para a internação. Os serviços CAPS instalados na rede municipal, operam como um dos pontos de acesso para a solicitação de vaga, porém como não oferecemos nas redes municipais de CAPS III, com funcionamento vinte e quatro horas, como também, nos municípios de pequeno porte não dispomos de hospital geral, foi capacitado e instalado ponto de acesso, conforme pontos de atenção presentes nas redes, para operarem no período noturno, finais de semana e feriados. Já os municípios sem serviços CAPS instalados, também apresentam um ponto capacitado de acordo com a configuração de sua rede, para o acesso ao sistema e a vaga para a internação⁴.

A seguir, a Figura 3 apresenta o mapa atual dos serviços implantados e sua respectiva legenda e na sequência, a Tabela 1 expõe o número de internações da Região Metropolitana de Curitiba por estabelecimentos e domicílio no ano de 2015, bem como apresenta estabelecimentos psiquiátricos e domicílio, para a melhor compreensão da rede de atenção psicossocial.

⁴ Norma Geral de Regulação do Fluxo Assistencial Hospitalar em Saúde. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br>

Tabela 1

Internamentos por Instituições e Domicílio, ano 2015.

MUNICÍPIOS	ASJA	APTA	HCAB	TOTAL
Adrianópolis	20	00	02	22
Agudos do Sul	29	04	00	33
Almirante Tamandaré	279	24	19	322
Araucária	240	31	14	285
Balsa Nova	14	13	02	29
Bocaiuva do Sul	26	03	02	31
Campina Grande do Sul	142	12	07	161
Campo Largo	185	180	15	380
Campo do Tenente	08	00	02	10
Campo Magro	88	21	04	113
Cerro Azul	74	10	02	86
Colombo	282	20	34	336
Contenda	35	17	04	56
Doutor Ulysses	17	00	00	17
Fazenda Rio Grande	509	59	30	598
Itaperuçu	52	00	03	55
Lapa	130	14	15	159
Mandirituba	65	07	04	76
Piên	32	01	01	34
Pinhais	429	26	27	482
Piraquara	543	16	19	578
Quatro Barras	91	01	11	103
Quitandinha	26	03	06	35
Rio Branco do Sul	38	10	08	56
Rio Negro	35	00	04	39
São José dos Pinhais	621	43	29	693
Tijucas do Sul	26	00	02	28
Tunas do Paraná	12	04	00	16
TOTAL P/ HOSPITAL	4.442	590	274	
TOTAL GERAL				5.306

Fonte: Criada pela pesquisadora 2015.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Este trabalho está dividido em cinco capítulos, sendo que o primeiro teve o objetivo de introduzir o estudo, apontando as considerações iniciais, o problema de pesquisa, os objetivos geral e específicos, e apresentar a justificativa. Também apresentou a metodologia de pesquisa, destacando-se o método utilizado para a pesquisa e os protocolos de análise.

O segundo capítulo – fundamentação teórica – faz um breve histórico da loucura e discorre sobre as Políticas Públicas, sua avaliação, a reforma psiquiátrica e a atenção em saúde mental historicamente construída nos métodos manicomiais, com a mudança do modelo hospitalocêntrico para uma rede de serviços substitutivos de base territorial e comunitária, objetivando enfocar a mudança dos processos de trabalho em saúde mental de acordo com os quatro eixos descritos por Amarante (1999). Também aborda a necessidade de avaliação das políticas públicas para a realidade social, através da dimensão teórico-conceitual.

O terceiro capítulo aborda o trabalho no território como uma hipótese para a consolidação da mudança de paradigma na atenção à saúde mental, para o cuidado do indivíduo na comunidade. Discorre sobre a consolidação da saúde como direito de cidadania, resgatando, assim, a autonomia e a forma da participação da sociedade na elaboração e no controle das Políticas Públicas de Saúde, nas arenas como conselhos e conferências, para a promoção e o exercício da democracia. Também aborda as redes de atenção à saúde, modelo que vem sendo preconizado pelo Ministério da Saúde para integrar e articular o sistema de saúde brasileiro. Aponta os paradigmas em saúde mental, no que se refere à inclusão dos serviços baseados em território como benefício ao cidadão usuário, enfatizando as redes e a cidadania, dentro dos processos democráticos das políticas públicas.

O quarto capítulo mostra os resultados da pesquisa de campo e sua análise, ressaltando a sistematização dos dados extraídos dos questionários.

O quinto traz as considerações finais obtidas por meio deste estudo e apresenta as contribuições e recomendações.

2 HISTÓRIA DA LOUCURA, CAMINHOS DA REFORMA E MUDANÇAS DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

No Brasil, a ação pela construção de um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade se confunde em um dado momento com a luta pela redemocratização do país, e assume resistência a mudanças com relação às políticas públicas da última década (MACHADO, et al, 2007).

Neste trabalho, entende-se que a saúde mental não está separada da saúde global, sendo necessário compreender que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas falas elencadas pelos pacientes que chegam aos serviços de Saúde, em especial aos da Atenção Básica. Assim, cabe aos profissionais de saúde e de saúde mental o desafio de entender e interferir sobre esses pontos.

Olhando para ações de saúde mental que possam ser concretizadas no próprio contexto do território das equipes, percebe-se que a saúde mental está alinhada ao novo modelo de assistência, porém, é necessário que os profissionais aperfeiçoem competências de cuidado na sua prática diária, para que suas intervenções sejam capazes de superar a lógica predominante, o modelo hospitalocêntrico, sendo necessária a compreensão do paradigma psiquiátrico em saúde mental, para que se possa ofertar um cuidado integral à saúde.

O território compreendido como componente do cuidado em saúde mental é uma ferramenta fundamental na construção de um novo cenário estratégico em saúde mental, uma energia viva de relações concretas, que as pessoas formam entre si e com a cultura e o meio social.

A questão da cidadania na saúde é um tema que tem obtido relevância dentro do cenário nacional desde a década de 1980. O tema ocupou espaço importante na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e na consolidação dos direitos sociais na Constituição Brasileira de 1988 (MORENO; SAEKI, 1998).

Nesse sentido, este capítulo objetiva enfocar os paradigmas em saúde mental, a inclusão dos serviços baseados em território como benefício ao cidadão usuário, enfatizando a cidadania e as redes de atenção à saúde, dentro dos processos de trabalho e das políticas públicas. Enfatiza, também, o território e as redes, como fatores importantes para a interação com os serviços de saúde mental

na formação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) e o exercício da cidadania dos usuários.

2.1 BREVE HISTÓRICO DA LOUCURA

Na antiguidade, a loucura fazia parte do cenário social, o louco podia transitar pelas ruas da cidade, e usufruía, portanto, de relativa liberdade. Também não havia um número elevado de doentes, e talvez por esse motivo não causassem, assim, ameaça alguma à sociedade (FOUCAULT, 1972).

Importante ressaltar que nesse período as relações estabelecidas entre os sujeitos não exigia muito além de sua capacidade, sobretudo no que se refere ao processo de produção.

A loucura era um fenômeno classificado na antiguidade grego romana, como práticas mitológicas, revelações sobrenaturais motivados por demônios e deuses, e foi influenciada pela ideologia religiosa. Os gregos acreditavam na capacidade dos loucos “delirantes” se comunicarem com os deuses, sendo a loucura considerada como um privilégio, assim nesta época o louco não foi excluído do convívio social (QUEIROZ, 2009).

Na Idade Média, período da inquisição, os doentes eram vistos pela Igreja como possuídos pelo demônio; a loucura estava ligada à bruxaria e heresia, com tribunais dirigidos pela igreja Católica, sendo punidos e perseguidos (FOUCAULT, 1972).

O fenômeno da loucura passou por muitas modificações como também exclusões ao longo da história e para a melhor compreensão de como vem ocorrendo essas transformações sociais, o livro *História da Loucura, na idade clássica* de Michel Foucault (1978, p. 6-7), faz referência a uma prática de exclusão que já existia antes do século XV: a exclusão do leproso. “No início da idade média, até o fim das cruzadas, o que se abate é a lepra sobre a Europa, e expõe que a lepra domina o imaginário coletivo com relação às representações da punição divina e da morte”.

Para erradicar a lepra, dois momentos ocorreram, sendo que os leprosos foram segregados no interior dos leprosários evitando, assim o contágio, e também, com o final das cruzadas no Ocidente, rompendo o contato com os focos de contaminação no Oriente. Gama, (2008, p. 21) aponta que ao ser erradicada a lepra,

“sobram centenas de leprosários, lugar de exclusão e isolamento social”. Sendo este espaço ocupado por vagabundos, pobres e também pelos loucos.

Foucault, (1978, p.7-8) apresenta ainda, no século XV, a doença venérea que se instala entre as doenças que exigem tratamento, “sendo considerada num conjunto de juízos morais”. Para Gama, (2008, p. 21) é outra forma eleita de exclusão e punição, pelo imaginário coletivo: a doença venérea.

Cabe destacar nesse histórico, quando Foucault, (1978, p. 7-8) constata que [...] “a doença venérea se isolou”, de uma certa maneira, do seu contexto médico e “se integrou ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão”. Assim, os leprosários, num primeiro momento, foram ocupados pelos portadores de doenças venéreas. Porém, a compreensão médica nada modifica com relação à doença venérea e o seu cuidado pela medicina (FOUCAULT, 1978, p. 7-8).

Gama, (2008, p. 21) nos relata que apesar da doença venérea ocupar por um curto espaço de tempo o mesmo lugar institucional e social do leproso, “não pode assumir o seu lugar como representação divina”, por ser compreendida como uma doença médica “apesar das ressonâncias religiosas e moral que suscitava”, na época.

Para grandes pensadores como: Erasmo, em seu *Elogio da Loucura* (1.511), ela era “um remédio contra a monotonia da vida cheia de regras, de padrões estereotipados e a rotina do dia a dia” (CULTURAL, 1993, p. 3722).

Com o renascimento uma nova representação da loucura surge, segundo Foucault, (1972, p.09) na metade do século XV, quando um novo objeto fez seu “aparecimento na paisagem imaginária da Renascença”; ocupando um lugar privilegiado: um barco com o nome de “Nau dos Loucos”. Nesses barcos, eram embarcados especialmente os insanos, para serem levados a cidades distantes, sendo escoreçados também pelos moradores da localidade de destino, e “frequentemente as cidades da Europa viam essas naus de loucos atracar em seus portos”. As embarcações exibiam uma representação simbólica, de libertar a sociedade dos loucos, enquanto prisioneiros de sua própria partida.

Durante a Renascença, a loucura expressou uma experiência sobrenatural, designo de Deus, algumas vezes significou algo inumano, símbolo de morte anunciada, e também foi comparada à sabedoria. O aparecimento do hospital é apresentado por Foucault, (1972, p. 120) relatando a existência de hospitais reservados aos loucos anteriormente ao século XV, [...] “parece que no mundo árabe

bem cedo se fundou verdadeiros hospitais reservados aos loucos: talvez em Fez, já no século VII⁵, talvez também em Bagdá, por volta do fim do século XII⁶, certamente no Cairo no decorrer do século seguinte [...].”

Para Amarante, (2008, p. 22-23) o hospital pioneiro foi criado por São Basílio, na Capadócia, no Século IV. Na sequência, aponta a criação do hospital na Idade Média como sendo uma instituição de caridade, com o objetivo de “oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes”. Também explica a origem da palavra “hospital”, que em latim tem o significado de “hospedagem, hospedaria, hospitalidade”. Portanto, não sendo o hospital, em sua origem, uma instituição médica, já para o hospital ser transformado em instituição médica, o autor complementa, ter sido um longo processo. Todavia, naquela época, através dos ofícios artesanais, alguns se mantinham produtivos:

Do fim do campesinado como classe e o declínio dos ofícios artesanais provocaram consideráveis mudanças de ordem social e econômica. Com o surgimento da manufatura no fim do século XV, na Europa, dá-se o início da divisão social do trabalho, o que traz sérias dificuldades aos artesãos. (TUNDIS; COSTA, 1997, p. 23).

Os autores Tundis e Costa, (1997, p. 23) complementam: “sendo assim, o ‘louco’, que até então participava do processo de produção, ainda que portador de alguma limitação, perde seu espaço na nova ordem social”.

Com a ascensão da burguesia, surge nova exigência ao sujeito com capacidade para produzir, adaptando-se a essa nova sociedade por ela normatizada, conforme Tundis; Costa, (1997, p. 24):

Configura-se um novo modelo de sociedade, ocasionando um acirrado crescimento urbano, isto é, um inchaço nos centros urbanos. Consequentemente, há um significativo aumento no número de desocupados, mendigos e vagabundos a vagar pelas ruas. Neste novo contexto, o “louco” perde sua relativa liberdade que lhe garantia ao menos seu direito de ir e vir, pois agora é considerado uma ameaça à nova ordem social que se estabelece e portanto, precisa ser retirado do cenário social. E então, juntamente com os vagabundos, mendigos, pobres, prostitutas e ladrões, confinados nos porões das Santas Casas e hospitais gerais (TUNDIS; COSTA, 1997, p. 24).

⁵Cf. Journal Science of Mental X, p. 256

⁶Cf. Journal of Psychological Médecine, 1850, p. 426

A loucura foi encarcerada pelo discurso filosófico com a convivência entre o poder da igreja e da sociedade burguesa.

No século XVI, a Idade Moderna, Foucault, (2004, p. 29) apresenta a influencia do pensamento de Descartes, quando ocorreu uma ruptura com a visão da loucura, levando a uma nova forma de olhar pela sociedade que passou a encara-la um processo de desrazão, não sendo mais a loucura associada ao sobrenatural. Foucault, na obra “História da Loucura”, explica o tratamento moral que o portador de transtorno mental foi submetido e que objetivava resgatar a verdade racional do sujeito.

Na Renascença, especialmente na França, assim como em outras cidades da Europa, surgiu a expressão de animalidade de maneira desconfortante, sobre a imagem do louco e foi demonstrada em obras literárias, apresentando o tema da loucura na literatura, na arte e na pintura, passando a ser visto de maneira diferenciada, ficando em ascensão, e foi entendido no simbolismo gótico. Assim, com a razão filosófica aparecia a consciência crítica da loucura, contrapondo-se a já existente, consciência trágica. A consciência crítica era possuidora do aspecto moral, que exprimia o erro no comportamento dos homens (FOUCAULT, 1978).

Amarante, (1995, p. 24) aponta a mudança de uma “visão trágica da loucura para uma visão crítica que conjeturou no destino dos loucos, a visão trágica preservou um lugar social no mundo da verdade e na visão crítica estabeleceu um lugar de prisão, morte e exclusão”, assim o hospital passou a ser este lugar. Para Foucault, (2004) foi definido um novo lugar para a loucura e o louco na sociedade, pela prática da instituição e do isolamento.

Amarante, (2008, p.23) expõe o crescimento das instituições de internações na França e a criação de Hospital Geral, o que originou a era conhecida como: “A Grande Internação” ou “O Grande Enclausuramento”. O autor complementa: “o Hospital Geral, foi instituído no ano de 1656, pelo Rei da França”.

Amarante, (2008, p. 23) ainda complementa que o hospital geral no Século XVII, apresenta “uma nova modalidade de hospitais, não apenas os filantrópicos, passando a cumprir uma função de ordem social e política mais explícita”. Neste período não só ocorreu o enclausuramento da loucura, mas também foi o local onde os menos favorecidos foram conduzidos, a internação, acima de tudo ocorreu por necessidade assistencial.

Por volta do século XVII, a loucura deixa de ser marca do divino, constituindo-se em um modo de exclusão, as modificações no cenário social ocorridas com o crescimento das cidades, o desenvolvimento da industrialização e o poder das relações políticas, trazem novos ambientes na paisagem. Para Foucault, (1972, p. 120) no início do século XVII, na Europa surgem as casas de internamento, locais para onde são enviados os loucos.

Com o avanço do capitalismo surgiu um novo significado ao indivíduo, que passou a conquistar gradativamente a categoria de cidadania, e ainda que frágil, passa a cobrar do Estado resposta para a gravidade da demanda social (QUEIROZ, 2009).

Com as ideias do Iluminismo, no final do século XVII, os princípios da Revolução Francesa e a Declaração dos Direitos Humanos, nos Estados Unidos, houve um aumento no número de denúncias contra as internações involuntárias dos doentes mentais, sendo vítimas do confinamento, em promiscuidade com todos os socialmente marginalizados, e das torturas a que eram submetidos sob a forma de tratamento médico.

Amarante, (2008, p. 24-25) aponta que a Revolução Francesa foi um amplo palco de mudanças sociais, econômicas e políticas, com grande importância para a área da “medicina e o campo da saúde” e para “a história da psiquiatria e da loucura”.

O decantado gesto de Pinel, em 1792, ocorreu nesse contexto, quando libertou os internos do Asilo de Bicetrê dos ferros que os prendiam, simbolizando a inclusão da loucura na ciência médica e sua ascensão à categoria de “doença mental”. Dessa maneira, iniciou um movimento de reforma, cuja proposta é de separar os doentes dos demais detentos e passassem a receber cuidados específicos. Esse movimento teve como protagonistas: “Pinel, na França, Tuke, na Inglaterra, Chiarugi, na Itália, e Todd, nos Estados Unidos” (TUNDIS; COSTA, 1997, p. 25). A loucura é elevada a categoria de doença mental e o internamento passa a ter valor terapêutico.

Embora Pinel os tenha libertado das correntes, os doentes mentais ainda “devem ser submetidos a um tratamento asilar, sob um regime de completo isolamento. Este, no entanto, não significa a perda da liberdade”, o tratamento é o que pode devolver ao homem a liberdade retirada por sua alienação (AMARANTE, 2008, p. 29). O primeiro e mais fundamental princípio terapêutico do “tratamento

moral”, o princípio do “isolamento do mundo exterior”, é uma construção pineliana... (AMARANTE, 2008, p. 29). O médico autoridade máxima é juiz e passa a falar em nome do alienado. O tratamento moral compreendia em um preparo para a rotina asilar a fim de enquadrá-lo, numa norma de importâncias caracterizados pela medicina mental.

Amarante, (2008, p. 28) relata como ocorreu a institucionalização no cenário:

Como detentor máximo do poder hospitalar, o médico Philippe Pinel iniciou sua grande obra de medicalização do Hospital Geral de Paris. Em 1793, Pinel passou a dirigir o Hospital de Bicetre (uma das unidades do Hospital Geral), quatro anos após o início da Revolução, e posteriormente prosseguiu sua obra no La Salpetriere. Pinel ficou conhecido como o fundador da psiquiatria (AMARANTE, 2008, p. 28).

Nos séculos XVII e XVIII, os hospitais foram os locais para onde as pessoas que não se enquadravam, ou representassem alguma ameaça a sociedade, fossem enviados e enclausurados.

O século XVIII, Amarante, (2009, p. 26) relata que: o hospital se torna “locus de manifestação da verdadeira doença”. E a partir do século XVIII, a loucura passa a ter “status de doença” – doença mental.

Complementa relatando que, “após a Revolução Francesa, o hospital passou a receber médicos para atuarem no sentido de modificar e humanizar, e, assim, acabaram transformando-o em instituição médica”. O autor cita que “o hospital medicalizado foi transformado na instituição médica por excelência”.

Para Amarante, (2008, p. 25):

Este processo, que denominamos de medicalização do hospital, teve duas faces: o hospital se tornou a principal instituição médica, ou seja, foi apropriado pela medicina, absorvido por sua natureza; em contrapartida, a medicina se tornou um saber e uma prática predominantemente hospitalares (AMARANTE, 2008, p. 25).

O autor Amarante, (2008, p. 25) explica o significado da transformação que foi fundamental com o método de medicalização, assim a mudança do exemplar científico da medicina que contribuiu para o surgimento da anatomoclínica.

A nova instituição transformada, o hospital, e seu vínculo com a medicina que estava sendo construída marcam o modelo predominante hospitalar do modelo

biomédico, que “implica em uma relação com a doença enquanto objeto abstrato e natural, e não com o sujeito da experiência da doença” (AMARANTE, 2008, p. 27).

Para Amarante, (1995, p. 23), “após a segunda metade do século XIX, a psiquiatria, com os diferentes saberes do campo social, passam a ser imprescindíveis para a classificação dos sujeitos”.

Após a II Gerra Mundial, com a retomada do crescimento econômico e a reconstrução social, um momento de movimentos civis ocorreu para com a intolerância, as minorias e as diferenças, que a comunidade profissional por diferentes caminhos, demonstra que o hospital deveria ser transformado.

O momento pós-guerra transforma-se no cenário para o projeto de reforma psiquiátrica contemporânea, modernizando reformas e desenvolvendo críticas da instituição asilar.

Amarante, (1995, p. 27) complementa:

As reformas posteriores à Reforma de Pinel procuram questionar o papel e a natureza, ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico, surgindo após a Segunda Guerra, quando novas questões são colocadas no cenário mundial (AMARANTE, 1995 p. 27).

A apresentação da história da loucura e as gerências sobre a longa trajetória revelam os caminhos percorridos por vários autores, e de acordo com o autor Amarante, (1995 p. 27), que nos apresenta: “a expressão utilizada e proposta por Franco Rotelli, (1990 p.17-59) como “psiquiatria reformada”, com o intuito de evidenciar os movimentos reformistas da psiquiatria na atualidade”. Amarante, (1995, p. 27) destaca ainda, que “de acordo com Birman & Costa, (1994) a periodização estabelecida pelos autores com relação às psiquiatrias reformadas, que apresentam a seguinte organização”: “a psicoterapia institucional, e as comunidades terapêuticas”, estas reformas são limitadas a esfera asilar; e a “psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva”, representando um plano de superação das reformas citadas ao ambiente asilar; e finalmente a “antipsiquiatria e as experiências surgidas a partir de Franco Basaglia”. Como Amarante, (1995, p. 27):

Instauradoras de rupturas com os movimentos anteriores, colocando em questão o próprio dispositivo medico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos e a ele relacionados (AMARANTE, 1995, p. 27).

Ainda, durante a II Guerra Mundial, surgiu a experiência de Comunidade Terapêutica tendo como objetivo a participação no trabalho dentro da instituição hospitalar, com várias propostas de reformulação de o modelo asilar. O autor Amarante, (1995, p. 28) discorre que “na década de 20, uma experiência desenvolvida por Hermann Simon, que ocorreu por ter a necessidade de construir um hospital, com mão de obra barata, e foi utilizado o trabalho de alguns pacientes crônicos, e assim, apontando os seus efeitos benéficos”. O autor complementa ter sido a primeira e principal referência para o surgimento, “não apenas da comunidade terapêutica, mas também da psicoterapia institucional francesa”.

Ainda, Amarante, (1995, p. 28) complementa que “Em 1946, T.H.Main denomina comunidade terapêutica o trabalho que vinha desenvolvendo em companhia de Bion e Reichman, no Monthfield Hospital, em Birmingham. “Somente em 1959, na Inglaterra, Maxwell Jones consagra o termo”.

Para Amarante, (1995, p. 28) assim:

O termo comunidade terapêutica passa a caracterizar um processo de reformas institucionais, predominantemente restritivas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar (AMARANTE, 1995, p. 28).

O autor Amarante, (1995, p. 31) aponta a comunidade terapêutica descrita por Rotelli:

[...] a experiência Inglesa da comunidade terapêutica foi uma experiência importante de modificação dentro do hospital, mas ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e que, portanto, ela não poderia ir além do hospital psiquiátrico (ROTELLI, 1994, p. 150 APUD AMARANTE, 1995 p. 31).

Com o intuito de humanizar o lugar hospitalocêntrico, as comunidades terapêuticas se limitaram a implementar novas técnicas terapêuticas, no espaço institucional.

Amarante, (1995, p. 32) relata “o nascimento na França da psicoterapia institucional, com o trabalho de François Tosquelles”, tendo como objetivo restaurar o aspecto terapêutico, do hospital, compreendido como um local de tratamento e cura dos transtornos mentais e assim, com retorno à sociedade. O autor complementa que a psicoterapia institucional mantinha-se ainda com o: “exercício permanente de questionamento da instituição psiquiátrica enquanto espaço de

segregação” e aponta para a: “crítica do poder do médico, e da verticalidade das relações intra-institucionais”. Enquanto corrente a psicoterapia institucional na época evoluiu e expandiu para todos os hospitais da França.

Os processos de mudanças apresentados foram de grande importância e fundamentais para os representantes da Psiquiatria Democrática Italiana, pois essas experiências deram impulso ao gerar questionamentos internos, ainda não evidenciados anteriormente.

Na visão da psiquiatria, a loucura é uma ruptura com a realidade e pode ter origens genéticas, psicológicas, sociais e espirituais. Existem diversos tratamentos para estas doenças, como: medicamentos, tratamentos físico-biológicos, psicoterápicos e ambientais. A nova prática psiquiátrica pode realizar suas proposições de controle dos distúrbios dos doentes mentais, com a descoberta de novas substâncias farmacológicas e com a adoção da psicanálise e da saúde pública nas instituições psiquiátricas.

Na metade da década de 1950, “os psiquiatras passaram a fazer grande uso de drogas chamadas de neurolépticos”. Desde então, a capacidade de melhorar os sintomas dos pacientes permitiu uma significativa redução da população dos hospitais psiquiátricos (TUNDIS; COSTA, 1997, p. 96).

Para Amarante, (1995, p. 34-35) “nos anos 60, surgiu a psiquiatria de setor como um movimento de contrapor a psiquiatria asilar e foi assumida como política oficial do Estado Frances”. Inspiradas nas ideias de Bonnafé, um grupo de psiquiatras considerados progressistas solicitavam a transformação do manicômio, porém não a sua extinção, sendo ainda a internação utilizada, como necessária ao tratamento.

Amarante, (1995) complementa que a Psiquiatria Preventiva ou comunitária na década de 1960, teve sua origem nos Estados Unidos, e representa a delimitação de um moderno território para a psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças mentais dá lugar ao novo objeto: a saúde mental. Tendo esta experiência como finalidade a prevenção primária dos transtornos mentais.

O principal marco teórico a orientar o movimento reformista é o da Psiquiatria Preventiva, modelo fundamentado nas ideias de Gerald Caplan, que “conceituou a doença mental como uma doença semelhante às outras e cuja solução está associada à eficiência da assistência” (CAPLAN, 1980, APUD AMARANTE, 1995).

Amarante, (1996, p.17) complementa:

[...] o preventivismo aponta para transformações assistenciais e administrativas, sem deter-se no questionamento do arcabouço teórico com o qual a psiquiatria apreende o fenômeno da loucura ou, ainda, na forma como constrói sua vocação terapêutica (AMARANTE, 1996, p. 17).

Ainda na década 1960, declara Amarante, (1995), que surge na Inglaterra a antipsiquiatria, com alguns psiquiatras que se destacaram, como Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson, com longa experiência em psiquiatria clínica e psicanálise. Amarante, (1995, p. 42) aponta ainda que “o consenso entre eles diz respeito à inadaptação do saber e práticas psiquiátricas no trato com a loucura, mais especificamente com a esquizofrenia”. O autor Amarante complementa:

Aqui é formulada a primeira crítica radical do saber médico-psiquiátrico, no sentido de desautorizá-lo a considerar a esquizofrenia uma doença, um objeto dentro dos parâmetros científicos. As discussões ocorrem em torno da esquizofrenia, como conceito paradigmático da cientificidade psiquiátrica, tendo em vista que é no tratamento dessa patologia que o fracasso é maior, da mesma forma que é com a esquizofrenia que é mais flagrante a função tutelar da instituição psiquiátrica (AMARANTE, 1995, p. 42).

Para Amarante, (2008, p.52) o fator de grande importância na psiquiatria é uma profunda crítica que: “se refere ao marco teórico-conceitual que ao adotar o mesmo modelo de conhecimento das ciências naturais”, lançaria uma enorme falha metodológica.

Amarante, (1995, p.43) complementa que: “a antipsiquiatria procura romper, na esfera teórica, com o padrão assistencial vigente, procurando derrubar, o valor do saber médico da explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais”.

De acordo com Basaglia, (2005, p. 307) a crise do modelo asilar, como único modelo organizacional em psiquiatria, começa a “manifestar-se nos anos imediatamente subsequentes ao pós-guerra, nos três grandes países vencedores do conflito: Inglaterra, França e Estados Unidos”, muito embora os “processos de redefinição e reorganização da psiquiatria” se diferenciarem nesses países.

Para Franco-Basaglia, a loucura pode ser vista sob uma perspectiva política: “O hospício é construído para controlar e reprimir trabalhadores que perderam a

capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção” (CULTURAL, 1993, p. 3723).

Em Gorizia, na Itália, surgiu nos anos 60 a psiquiatria democrática italiana, com o trabalho iniciado por Franco Basaglia. Permaneceu distinguida como uma corrente de pensamento crítico sobre a instituição psiquiátrica, propiciando o começo de uma ruptura radical com o saber/prática psiquiátrica, no grau em que gerou uma mudança paradigmática. Para Amarante, (1995, p.49), a ruptura teria sido atuada tanto em relação à psiquiatria tradicional “o dispositivo de alienação”, em relação à moderna psiquiatria “o dispositivo de saúde mental”. E cita Porto Carrero (1990), que: “ambas as denominações foram utilizadas por ele em sua tese de doutorado”.

Os Estados Unidos criou, no final de 1970, os programas de apoio às comunidades, o *CSS-Community Support System*, como relata Desviat, (1999, p.94):

Sistema de apoio Comunitário, que foi projetado pelo Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH), em colaboração com profissionais e entidades civis: famílias, consumidores, pesquisadores e advogados. [...] O sistema americano compõe uma rede enorme e diversificada de alojamentos, lares, centro de reabilitação e trabalho protegido em colaboração com famílias, usuários e voluntários sociais (DESVIAT, 1999, p. 94).

Esta questão refere-se a um novo universo, de orientação predominantemente psicoeducacional, tornando indispensável a coexistência de leitura e registros diferenciados.

As autoras Maia & Fernandes, (2002, p. 158-159) apresentam as origens do movimento da Luta Antimanicomial e apontam o debate e a necessidade sobre a humanização do tratamento da doença mental iniciada na década de 70, momento em que, vários atores da sociedade brasileira se mobilizaram para a redemocratização do país. Complementam que “em ações políticas, a Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP, em defesa dos médicos presos e torturados, revigorou, no dia a dia profissional, discussões éticas sobre os direitos humanos e na obrigação de ampliação dos direitos individuais no país”.

O debate sobre a violência, maus tratos e a tortura exercitada nos asilos brasileiros lançou, em grande parte, o descontentamento que nutre o Movimento Antimanicomial.

Maia & Fernandes, (2002, p. 159), complementam que: “O Movimento Antimanicomial luta para rever os critérios de distinção dos cidadãos e conseguir qualificar o doente mental entre eles, legalmente”.

O Movimento Antimanicomial luta para a conquista da cidadania completa, emancipada, com a exigência de direitos, baseados na ideia de que todo o componente da sociedade necessita ser moralmente responsável, para que possa desenvolver uma relação de igualdade, adquirindo direitos e deveres que a cidadania estabelece.

Na Itália, a proposta de desinstitucionalização, principalmente nos anos 1970, se solidifica. Outro projeto assistencial vem revelando um caráter desafiador nas décadas seguintes, em experiências sólidas e bem sucedidas, com divulgação em todo o mundo. Baseia-se em uma completa mudança do modelo em saúde mental, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital é antiterapêutico, e tem como proposta a substituição radical do hospital por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda, até suas necessidades mais amplas, de caráter social.

Para Amarante, (2003, p. 30) “a desinstitucionalização é um processo prático de desconstrução e, simultaneamente, um processo de invenção de novas realidades”.

Amarante, (2003, p. 55-56) relata a forma encontrada por Basaglia para a transformação da prática das instituições psiquiátricas, colocando a doença mental, entre parênteses, para prestar atenção nas possibilidades dos institucionalizados, “o objetivo do trabalho é a pessoa e não a doença”. Dando ênfase na ação de invenção da saúde e representação social, não sendo mais colocada a ênfase no processo de cura, “sugerindo que as práticas deveriam ser norteadas por uma linha humanística, com a transformação radical das instituições e das práticas psiquiátricas”.

A prática de institucionalização da loucura ainda é suprema em vários países, incluindo o Brasil. Contudo, ao longo do século XX, no cenário mundial, tem sido alvo de muitas discussões e críticas, com a emergência do movimento de reforma psiquiátrica.

Pode-se afirmar que a loucura é um problema social, pois implica a relação homem-meio. Para este assunto ser compreendido amplamente, deve ser estudado sob vários pontos de vista, mas é importante observar que o convívio social pode influenciar o comportamento do indivíduo (CULTURAL, 1993, p. 3723).

Como relata Amarante, (2005, p. 72) a experiência da Reforma Psiquiátrica no Brasil “surgiu tardiamente, se comparada a outros países europeus e aos Estados Unidos, onde os processos da Reforma vinham se consolidando desde o final da Segunda Guerra Mundial”.

A partir do início da década de 90 no Brasil, a experiência Italiana foi adotada como referência, ganhando legitimidade na II e a III Conferências Nacionais de Saúde Mental, nos anos de 1992 e 2001 respectivamente, tendo como um agente propulsor o Movimento Antimanicomial. Assim, o autor Amarante, (1995, p. 51) demonstra que o curso do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, é considerado: “o ator e sujeito político fundamental no projeto da reforma psiquiátrica brasileira”.

Portanto, para a maior compreensão foi apresentado nas considerações iniciais deste trabalho a fim de demonstrar a escolha da pesquisa e a necessária mudança a ser protagonizada por todos os atores sociais.

Um dos principais desafios para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a formação de recursos humanos capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura. O processo da Reforma Psiquiátrica exige cada vez mais da formação técnica e teórica dos trabalhadores, muitas vezes desmotivados por baixas remunerações ou contratos precários de trabalho. Ainda, várias localidades do país têm muitas dificuldades para o recrutamento de determinadas categorias profissionais, geralmente formadas e residentes nos grandes centros urbanos (BRASIL, 2005^b).

A reforma psiquiátrica trouxe ao debate científico da psiquiatria e da saúde mental, o tema inóspito da organização dos serviços de saúde, saúde pública, acessibilidade, garantia da qualidade de atenção para toda a população.

A produção científica brasileira, na abordagem dos temas da psiquiatria/saúde mental no campo da saúde pública, ainda é muito restrita. Aos poucos, entretanto, a dimensão de política pública começa a agregar valor ao ensino e à pesquisa clínica e epidemiológica, no campo da saúde mental.

Dessa forma, novos desafios para a formação de profissionais, desde a graduação, são colocados para a saúde pública, e vêm sendo enfrentados na forma de programas de residência médica, residência multidisciplinar, cursos de especialização, apoiados financeiramente pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005^b).

O breve histórico da loucura, teve como objetivo apresentar como ocorreu a exclusão e a institucionalização da loucura no cenário social e assim, desvendar às transformações ao longo da história para apontar os caminhos da reforma para a desinstitucionalização e as mudanças necessárias nos processos de trabalho em saúde mental. Para este estudo foi adotado o arcabouço legal, utilizado para a tomada de decisão e convencimento, junto aos gestores, na área de abrangência da 2ª Regional de Saúde Metropolitana, representada por coordenadores e profissionais de saúde, visando à promoção da inserção social dos usuários de saúde mental, e seguem para a maior compreensão por parte de todos os atores envolvidos como protagonistas. Os autores adotados fundamentam e permitem uma melhor compreensão e atuação por parte de todos os atores, contribuindo assim, para a avaliação da política de saúde mental da região metropolitana de Curitiba.

2.2 OS CAMINHOS DA REFORMA E AS MUDANÇAS NOS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

A Reforma Psiquiátrica gerou importantes mudanças no cenário da saúde mental no Brasil, incluindo o deslocamento dos hospícios como locais de tratamento, para o tratamento no espaço comunitário, articulado pelo CAPS, como também a incorporação de outros sujeitos na atenção à pessoa em sofrimento mental, como a família, a comunidade, os profissionais de saúde e de outros cenários, transformando a realidade de isolamento prevalente no modelo asilar de assistência.

O processo de Reforma Psiquiátrica não se faz apenas com leis e propostas de mudanças. Mas estas precisam ser implantadas e praticadas no cotidiano das transformações institucionais, dos serviços e das relações interpessoais. Com o objetivo de focar a Reforma Psiquiátrica Brasileira e as mudanças nos processos de trabalho em saúde mental, as Portarias nº 224/92 (BRASIL, 1992^a) e 336/2002 (BRASIL, 2002^a) estabelecem, com relação a diretrizes e normas referentes ao Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o que são os serviços e suas modalidades, citando o principal instrumento de trabalho interdisciplinar dos serviços NAPS e ou CAPS, que é o Projeto Terapêutico Singular⁷.

⁷ Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf

A legislação formulada a partir de experiências exitosas passa a promover cenários de reabilitação e ressocialização, contribuindo para a promoção da saúde destes sujeitos, e se relaciona com a rede de apoio, com o objetivo de possibilitar a atenção psicossocial. Dessa maneira, é importante conhecer como acontece a implantação de serviços e a evolução em seu processo de trabalho, inclusive para se pensar em novas atitudes para o futuro.

O tratamento mais humanitário e as mudanças terapêuticas aos usuários de saúde mental, assim como a inserção da sociedade, com a representação dos três segmentos – gestores, usuários, familiares e profissionais de saúde – no processo como um todo, trouxe benefícios preciosos aos pacientes, como também aos profissionais de saúde mental.

Porém, para viabilizar a continuidade do sucesso do novo modelo, faz-se necessário investir na avaliação dos serviços visando a atenção psicossocial dos usuários de saúde mental, através da verificação constante dos processos de trabalho, o que não deixa de ser um desafio à aplicabilidade de novas técnicas a partir de uma base conceitual, visando a reinserção e a busca da melhoria da qualidade de vida dos pacientes usuários.

Nesse sentido, considera-se necessário avaliar os serviços de saúde, pois se identificam possibilidades e dificuldades ao longo desse processo, buscando a garantia do princípio constitucional da saúde como qualidade de vida, coberta pelo Estado e considerada um direito de todos os cidadãos. Assim, faz-se necessário visualizar os caminhos da reforma psiquiátrica brasileira e compreendê-la, para que as mudanças dos processos de trabalho em saúde mental possam ser aplicadas na vida cotidiana de todos os atores sociais.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS

Pode-se identificar as políticas como sendo uma dimensão material do sistema político, que envolve a definição e a execução de um conjunto de ações com base numa situação social percebida como problemática, com o objetivo de transformá-la num determinado período de tempo. E, para compreender uma política, é necessário olhar para direções distintas: para a estrutura, com vistas a compreender a dimensão administrativa que compõe a política (seus programas e projetos), e para a ação, reconhecendo que toda política é uma forma de intervenção nas relações sociais e que o

processo decisório influencia e é influenciado por indivíduos ou grupos que têm interesses e expectativas diferenciados e que devem ser orientados pela ética.

Rua, (2009, p.1) expõe que: “[...] a política consiste no conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica dos conflitos quanto a bens públicos”.

As políticas correspondem a direitos assegurados constitucionalmente, afirmados pela sociedade. Para Melo, (1998, p. 11):

[...] a avaliação de políticas públicas não constitui um exercício formal “desinteressado”, semelhante a um cálculo de custo benefício. Ela está fortemente ancorada num conjunto de valores e noções sobre a realidade social, partilhados pelos membros relevantes da maioria de um governo. Incluídas as elites políticas e burocráticas, que permitem distinguir a “boa” da “má” política (MELO, 1998, p. 11).

O autor complementa que as noções e valores trouxeram temas a serem debatidos sobre as políticas, delimitando a agenda pública em determinado momento, sendo possível identificar, na trajetória, as etapas da evolução (MELO, 1988, p. 11).

Secchi, (2010, p. 2) afirma que “uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público” e complementa: “[...] uma política é uma orientação à atividade ou à passividade de alguém: as atividades ou passividades decorrentes dessa orientação também fazem parte da política pública”.

Souza, (2006, p. 24) cita Laswell, (1936-1938): “A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz”. É importante ressaltar um aspecto relevante, o controle social, para qualquer mudança em Políticas Públicas de Saúde.

2.3.1 Avaliação das Políticas Públicas Brasileiras

Para a compreensão de um fenômeno político e social de grande importância, observa-se que o sistema político brasileiro, o federalismo, é uma forma de descentralização de serviços públicos. No entanto, existe uma centralização da autoridade sobre a sua formulação. Conforme Arreteche, (2012) “a Constituição Federal de 1988 foi mais um capítulo do movimento de centralização iniciado na

década de 1930”. Ao contrário do que muitos autores apontam, a centralidade fica evidenciada à medida que o recurso financeiro é destinado aos serviços através de portarias ministeriais.

O Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 399/GM/2006, cria o Pacto pela Saúde indica o controle social como parte fundamental desse pacto, em que define algumas ações que deverão ser desenvolvidas como forma de fortalecimento do sistema. Para tanto, deve-se apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento (BRASIL, 2006^a).

Desta forma, deve-se auxiliá-los, para que possam exercer plenamente seus papéis; apoiar os processos de transformação dos conselheiros; estimular a participação e a avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde; sustentar os processos de educação permanente em saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS; apoiar a implantação e a implementação de ouvidorias nos estados e municípios; amparar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.

No contexto nacional e internacional, no campo da saúde mental, debate-se a necessidade de mudança do modelo assistencial, centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo extra-hospitalar de base comunitária. Este processo é chamado de “reforma psiquiátrica”, incluindo a reestruturação da assistência e tendo como principais eixos a desinstitucionalização dos usuários e o redirecionamento dos recursos financeiros. O principal objetivo da reforma psiquiátrica é a construção de outras formas de entender e lidar com a loucura nas sociedades. Tendo seu início na década de 1970, com a discussão acerca da necessidade de humanização do tratamento mental, onde vários setores da sociedade se focavam na redemocratização do país.

A Reforma Psiquiátrica brasileira passou por importantes e significativas transformações, evoluindo de um modelo hospitalocêntrico, centrado na doença, para um modelo de apoio territorial e comunitário, com serviços substitutivos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), voltados à reinserção psicossocial dos usuários de saúde mental.

As autoras Schmidt e Figueiredo, (2009, p. 130–140) tomam a avaliação de qualidade como “instrumento permanente de reflexão sobre o trabalho da clínica através da supervisão e consideram o trabalho de supervisão desenvolvido no serviço CAPS, uma ferramenta fundamental para a organização”, o funcionamento e a dinâmica do trabalho em equipe, também apresentam três eixos:

Acesso, acolhimento e acompanhamento, como norteadores do trabalho ao mesmo tempo são elementos fundamentais para a análise da assistência e para a qualificação permanente dos serviços (SCHMIDT, FIGUEIREDO 2009, p. 131)

Assim, Schmidt e Figueiredo, (2009, p.130) citam o autor Vasconcelos, (1995) que “distingue a necessidade de avaliação sistemática dos moldes institucionais e clínicos dos projetos implantados a partir da reforma psiquiátrica, como inovadores, reforçando o valor das análises que auxiliem a expansão”. As autoras citam ainda Vasconcelos, (1995) que considera “a falta de dados como um problema para sustentar a produção de parâmetros administrativos, institucionais, clínicos e epidemiológicos a ser enfrentado, como também destaca que este tipo de assunto é um espelho de uma tendência nacional, a ausência na área de avaliação de programas e políticas”.

Para Amarante e Carvalho, (1996, p. 91) “a construção de novos parâmetros de avaliação deveria ocorrer dentro dos serviços, ocorrendo a interação do: pesquisador-instituição para a construção de”:

[...] indicativos que possuam como fonte principal as relações exercidas na instituição, principalmente no que elas possam construir enquanto ética de inclusão e produção de vida, tais como o conceito de autonomia (AMARANTE E CARVALHO, 1996, p.81).

Os autores Campos & Campos, (2006, p. 669) expõem que “incluíram há alguns anos a autonomia como uma das finalidades e objetivos centrais da política, da gestão e do trabalho em saúde (clínica e saúde coletiva)”. E complementam que: “além de produzir saúde também caberia ao sistema de saúde contribuir para a ampliação do grau de autonomia das pessoas”.

Assim ressalta-se, a importância do controle social para garantir o progresso da Reforma Psiquiátrica, e também garantir a continuidade da política de substituição do modelo hospitalocêntrico. Ressaltam-se, ainda, as mudanças do poder executivo, por meio das estruturas de controle sociais existentes (por exemplo, os Conselhos de Saúde e o Movimento da Luta Antimanicomial) e outros necessários, as Comissões de Saúde Mental, as Conferências, a organização da sociedade civil e dos movimentos sociais, o espaço legislativo etc.

2.3.2 A Política de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica no Brasil tem como um dos princípios a desinstitucionalização do manicômio e dos paradigmas que o sustentam. Essa reforma ocorreu em conjunto com a reforma sanitária pela democratização da saúde, tendo como participantes trabalhadores em saúde e saúde mental, estudantes, jovens, sindicalistas, militantes e cidadãos em geral, denunciando a violação dos direitos humanos.

Sobre a reforma psiquiátrica brasileira, Amarante, (1995, p. 91) relata que:

Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p. 91).

Ainda segundo Amarante, Nicácio e Barros (2005, p. 198):

Nos anos 70, a assistência psiquiátrica no Brasil era baseada quase que exclusivamente nas macroestruturas asilares. Havia uma ausência absoluta de recursos técnicos e materiais; era muito comum, tanto nos hospitais psiquiátricos públicos quanto nos privados, o que se denominava “leito-chão” [...] (AMARANTE, NICÁCIO E BARROS 2005, p. 198).

Nesse mesmo período, houve pesada crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência e discussões para definir as estratégias e rumos na realização da reforma psiquiátrica. Diversos setores da sociedade brasileira na década de 1970, iniciavam um movimento para a redemocratização do país. Em 1978, ocorreu no Rio de Janeiro o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, objetivando o lançamento de uma nova sociedade psicanalítica, o Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (IBAPSI) (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004).

O médico psiquiatra e neurologista Franco Basaglia, precursor do movimento italiano de reforma psiquiátrica, conhecida como Psiquiatria Democrática, participou do evento, sendo um dos contatos mais importantes para a reforma

psiquiátrica brasileira, pois a Itália acabava de aprovar a Lei 180/78, sobre a Reforma Psiquiátrica Italiana, tornando-se o primeiro país a prescrever o fim dos manicômios (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004).

O movimento da Psiquiatria Democrática Italiana afirmava-se com forte conotação política, o que comungava com a experiência brasileira. Basaglia retornou ao Brasil em 1979, e visitou várias cidades, além da visita feita ao hospício de Barbacena, em Minas Gerais, em que assistiu ao que havia de pior em termos manicomial. Na oportunidade, o médico realizou várias palestras, que foram registradas no livro *O otimismo da prática contra o pessimismo da razão*, publicado na Itália em 2000, por ocasião dos 20 anos de sua morte.

Suas ideias se constituíram em algumas das principais influências para o movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil, tornando-se uma figura emblemática na questão da luta antimanicomial brasileira (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004).

Na década de 1980, em interlocução com aspirações e experiências já em implantação em diversos países do mundo, segundo Amarante, (2003, p. 19):

[...] psicossocial passa a ser utilizado como um significante para designar novos dispositivos institucionais Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial CAPS e NAPS, que aspiram à outra lógica, outra fundamentação teórico-técnica e outra ética, que não mais as do paradigma psiquiátrico (AMARANTE, 2003, p. 19).

Na 8ª. Conferência Nacional de Saúde ocorrida em Brasília em 1986, considerada um marco histórico na psiquiatria brasileira, (BRASIL, 1987^a) houve a convocação da 1ª. Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987 (BRASIL, 1988^b), onde ficou claramente nomeado o impasse do modelo centrado no hospital e predominantemente baseado no modelo médico-psiquiátrico, considerado ineficaz e oneroso para os usuários e a sociedade, violando os direitos humanos fundamentais. Na pauta da conferência constaram os itens: I – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; II – Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental (BRASIL, 2005^a).

Naquele mesmo ano, surgiu o primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, palco de mudanças significativas para o avanço da saúde mental no país.

Ainda em 1987, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental lança o movimento “por uma Sociedade sem Manicômios”.

Conforme Amarante, (1994, p. 81):

O lema estratégico remete para a sociedade a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios. No campo prático, passa-se a privilegiar a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização. Esta implica não apenas num processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais; num processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas (AMARANTE, 1994, p. 81).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. O papel do Estado está incluso no parágrafo único do Art. 3º: “ao Estado compete, [...] garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (BRASIL, 1990^a).

Com a demora na aprovação do projeto de Lei nº 3.657⁸ apresentado em 1989 pelo deputado Paulo Delgado, os estados brasileiros aprovaram leis estaduais. No Paraná, a Lei Estadual nº 11.189, de 09 de novembro de 1995 foi promulgada designando a gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico por uma rede integrada e variada de serviços assistenciais. O novo modelo de assistência está baseado em uma rede de serviços diversos na comunidade, chamada territorialização, atuando de forma integrada, descentralizada e setorial (PARANÁ, 1995).

Desta forma, consolida-se o modelo baseado em serviços substitutivos aos manicômios, que são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), assim como residências terapêuticas, centros de convivências, leitos psiquiátricos em hospitais gerais e outras indicações propostas, que têm como objetivo mudar o olhar da comunidade a respeito dos usuários dos serviços de saúde mental (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, em Brasília, já dentro de um avanço mais significativo na implementação do SUS, expressou uma ampla mobilização nas suas diversas etapas municipais, estaduais e nacional, contando com participação de usuários e familiares (BRASIL, 1994).

⁸ Este projeto de Lei “preconizava a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a regulamentação dos direitos dos portadores de transtorno mental” (AMARANTE, 2007).

Segundo Desviat, (1999, p. 136):

[...] o encontro de 1.200 pessoas, [...] reunindo políticos, usuários, profissionais e os 500 delegados eleitos nas conferências anteriores de 23 dos 27 estados do País, pressupôs uma enorme mobilização nacional e um esforço sem precedentes para chegar a um consenso quanto aos princípios, objetivos e estratégias da reforma psiquiátrica entre todos os agentes implicados. Este é um exemplo de um valente exercício participativo, cujos resultados na eficiência do projeto já se evidenciaram na própria conferência e em seus acordos finais (DESVIAT, 1999, p. 136).

Os grandes temas sobre os quais se centraram as deliberações dos delegados e dos participantes da II Conferência Nacional de Saúde Mental são: I- rede de atenção em saúde mental; II-transformação e cumprimento de leis; III-direito à atenção e direito à cidadania (BRASIL, 1994).

O projeto de Lei nº 3.657/1989, que preconizava a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a regulamentação dos direitos dos portadores de transtorno mental, deu origem à Lei nº 10.216/01 “que ficou conhecida como a Lei de Reforma Psiquiátrica” (AMARANTE, 2008, p. 70).

A Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. O parágrafo 1º do Art. 4º dessa Lei é claro quanto à proteção do indivíduo acometido de doença mental: “O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (BRASIL, 2001). Dessa forma, dá nova direção ao modelo assistencial em saúde mental no Brasil, cientificando que é de responsabilidade do Estado tanto o desenvolvimento de políticas de saúde mental quanto a assistência e a promoção de ações de saúde, com a participação da família e da sociedade.

Esta Lei nº 10.216/2001 confirma os esforços da sociedade para uma mudança cultural, indissociável das transformações que têm sido propostas no âmbito de outras reformas sociais, sobretudo a reforma sanitária (BRASIL, 2001). Com sua aprovação, assim como diante de toda a legislação pertinente sequencial, foi possível observar a mudança do modelo de assistência psiquiátrica, o que gerou um grande avanço à assistência focando nos direitos dos portadores de transtornos mentais, e a inclusão social, com a expansão e consolidação da rede de atenção extra-hospitalar.

Na III Conferência, já através do seu título, o tema central das discussões estava solidamente vinculado ao tema mundial proposto pela Organização Mundial da Saúde para o ano de 2001: “*Cuidar, sim. Excluir, não*”, afirmativo de uma ética e de uma direção fundamentais para o campo da atenção psiquiátrica e em saúde mental. Por outro lado, encontrava-se também vinculado a um tema local, presente no título “*Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social*”, indicativo de sua organicidade com a construção de um Sistema Único de Saúde – público, democrático, de amplo acesso, eficaz, construtor de cidadania e com controle social (BRASIL, 2002^c).

Em seu relatório final, editado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002^c, p. 33-34), a III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001 cita:

Para a efetivação da reorientação do modelo assistencial, é fundamental a criação de indicadores e de um sistema de avaliação da política e dos serviços de saúde mental para o acompanhamento, intervenção e redirecionamento das práticas de saúde, visando à consolidação dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Com estes objetivos, foram aprovadas também as seguintes propostas: 57. Criar mecanismos para a efetivação imediata e cumprimento da Portaria/GM n.º 799/00, que cria o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental. 58. Os municípios devem: a) implementar e sistematizar as supervisões e auditorias na rede de serviços de saúde mental, respeitando o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental; b) realizar vistorias trimestrais nos hospitais psiquiátricos, em conjunto com a Vigilância Sanitária Estadual e Municipal, Conselho Municipal de Saúde, Ministério Público e sociedade civil e estimular a implantação de política de supervisão e controle diário que avalie períodos de internação, coíba abusos e violação de direitos dos usuários, com acionamento imediato em caso de denúncia, e que garanta a continuidade de política de redução de leitos em hospitais psiquiátricos; c) desenvolver ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica em Saúde Mental e Saúde do Trabalhador, inclusive o rural, nos termos da Lei n.º 8.080/90, artigo 6º, parágrafo 1º, fiscalizando especialmente as instalações e condições materiais dos hospitais psiquiátricos, instituições asilares, públicas, filantrópicas e privadas e comunidades terapêuticas.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial foi convocada por decreto presidencial em abril/2010 e realizada em Brasília (DF). Nesse ano houve grande participação de usuários, trabalhadores e gestores do campo da saúde e de outros setores (BRASIL, 2010^a). Segundo o Ministério da Saúde, essa conferência foi:

[...] um avanço radical em relação às conferências anteriores, os participantes identificaram as lacunas e desafios, a complexidade e o caráter multidimensional, interprofissional e Intersetorial dos temas e problemas do campo, apontando a direção de consolidar os avanços e

enfrentar os novos desafios trazidos pela mudança efetiva do cenário. (BRASIL, 2010^a)

Sendo assim, a reforma psiquiátrica propicia a inclusão, com enfoque na reconstrução da cidadania perdida devido à exclusão, como as práticas excludentes instituídas nos Hospitais Psiquiátricos, quando os usuários eram impedidos de exercer seus papéis na sociedade, perdendo o poder de decisão, a contratualidade social. O novo modelo, construído a partir do apoio de vários segmentos da sociedade, e que provoca a desconstrução literal do exemplar hegemônico, gerou importantes mudanças conceituais, sociais, éticas, jurídicas e institucionais no que se refere à aplicação psiquiátrica.

O que se espera da reforma psiquiátrica não é somente a transferência do doente mental do hospital para sua casa, sob os cuidados de quem puder trata-lo ou entregue à própria sorte, e sim o restabelecimento da cidadania, o respeito à sua singularidade, a autonomia e a reintegração do indivíduo à família e à sociedade.

2.3.3 Mudança dos Processos de Trabalho

O movimento sanitário buscou articular formas de atendimento em saúde mental, por meio da implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), em que pela primeira vez passou-se a falar de serviços substitutivos em saúde mental.

No contexto da Reforma Psiquiátrica, Amarante, (2003, p. 22) ressalta aspectos que contribuem para a reabilitação dos usuários em saúde mental, devendo fazer parte da Atenção Psicossocial:

Dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente chegam a designar uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em Saúde Mental no contexto brasileiro atual (AMARANTE, 2003, P. 22).

A prática das mudanças leva à transformação do modelo anterior, considerado hoje como danoso ao doente, pois este era internado no passado de forma compulsória e autoritária e por tempo indeterminado, e à coerção do manicômio e do modelo da psiquiatria.

Assim, Amarante, (1996, p. 104) destaca:

A Desinstitucionalização, como estratégia de transformação dessa situação, ocorre “na” e “pela” própria prática. Sua trajetória supõe a desconstrução e transformação dos elementos explícitos e implícitos do Modo Manicomial. Essa desconstrução e transformação devem ter como uma das estratégias de ação, a negação da psiquiatria enquanto ideologia (AMARANTE, 1996, p. 104) (Grifo do autor).

Amarante, (2003, p. 49) expõe [...] “desinstitucionalização torna-se a partir da então desconstrução, e cita Jacques Derrida que considera um processo de desmontagem: de fazer o caminho inverso para entender e capturar a lógica com a qual os saberes foram construídos, e assim, (se possível), não reproduzi-los mais”.

Amarante, (2003, p. 49), complementa:

A importância [...] desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral, (oriundos do “klinus” - inclinar-se sobre o leito) proposto por Philippe Pinel, ou William Tuke ou Vincenzo Chiarugi, entre outros. (Ainda o autor Amarante cita Franco Rotelli o qual) vem se empenhando em redefinir o conceito de desinstitucionalização. Prosseguindo na tradição realizada por Franco Basaglia - que superando a proposta caplaniana (Caplan, 1980), desinstitucionalização como sinônimo de racionalização de recursos, de otimização, ou ainda de mera desospitalização – passou a utilizar o termo no sentido de designar as várias formas de tratar o sujeito em sua existência e em relação com as condições reais de vida (AMARANTE, 2003 p. 49). (Grifo da autora).

Amarante, (1999) especifica as transformações na saúde mental em cada uma das quatro dimensões descritas por ele, como estratégia de visualização da conduta na atenção psicossocial, conforme apresentado no primeiro capítulo. Dada a importância para uma maior compreensão e atuação na mudança de modelo necessárias para a contribuição da autonomia dos usuários, descrever-se-á as dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural, fundamentais para a mudança de paradigma em saúde mental.

Segundo Amarante, (2009, p.1):

A dimensão epistemológica refere-se ao conjunto de questões que se situam no campo teórico-conceitual e que dizem respeito à produção de conhecimentos que fundamentam e autorizam o saber/fazer médico-psiquiátrico (AMARANTE, 2009, p. 01).

O autor explica a necessidade de revisão “ do próprio conceito de ciência como produção de Verdade, ou de neutralidade das ciências” com relação aos

conceitos criados “pelo referencial epistêmico da psiquiatria”, dentre eles o isolamento terapêutico, a alienação/doença mental, degeneração e outros.

Assim, Amarante, (2009, p. 01) expõe que, para operar o campo teórico-conceitual, é fundamental o conceito de desinstitucionalização na tradição basagliana, o qual passou a tratar o sujeito nas condições reais de vida, com a invenção de possibilidades, fabricação de sociabilidades e subjetividades.

Segundo Amarante, (2009, p. 01) a clínica deixaria de ser o tratamento moral, o isolamento terapêutico, e demonstra: “O sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, torna-se sujeito, e não objeto do saber” (AMARANTE, 2009 p. 01). Assim, Amarante, (2003, p.50) complementa: neste aspecto a desinstitucionalização torna-se “um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações,” não se restringindo apenas a reestruturação de serviços.

A dimensão técnico-assistencial, advinda de um modelo assistencial, baseado em conceitos como de alienação mental, o que levou à prática da internação da loucura, demonstra que o sujeito incapaz, sem razão, alienado, não poderia decidir sobre o seu tratamento, prevalecendo a tutela, interdição e custódia.

Para Amarante, (2009, p. 01):

O asilo, este espaço cientificamente ordenado, como insistiam Pinel e Esquirol, seria, portanto, o lugar ideal para o exercício do tratamento moral, da reeducação pedagógica, da vigilância e da disciplina. Tratado, o alienado perderia esta condição miserável e, somente então poderia ser considerado cidadão, homem livre, pleno de direitos e deveres. (AMARANTE, 2009, p. 01).

Assim, analisou-se a dimensão jurídico-política do processo, sendo necessário redefinir e rediscutir as relações civis e sociais com relação à cidadania, aos direitos humanos e sociais. No processo de reforma psiquiátrica, o objetivo maior da dimensão cultural poderia ser apresentado como “a transformação do lugar social da loucura, da diferença e da divergência”, sendo o modelo assistencial apenas um elemento de uma das dimensões (AMARANTE, 2009, p. 02).

Ainda no campo técnico-assistencial, Amarante, (1999, p. 47-52) cita “as transformações na concepção dos novos equipamentos, nos centros e núcleos de atenção psicossocial, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural”, e na sua

forma de organização e gestão, instituições abertas com participação e cogestão com os usuários e a população.

Importante ressaltar que os eixos, teórico-conceitual e técnico-assistencial se complementam e entrelaçam, quando os profissionais compreendem a dimensão teórico-conceitual, atuando na mudança de modelo com usuários e familiares no meio social, ou seja, o território onde aumentam as possibilidades de trocas sociais.

Faz-se importante compreender o arcabouço legal que oportunizou a continuidade da implementação das políticas de saúde mental aqui demonstradas neste trabalho, para a melhor compreensão de como a luta e a participação social no país, pela redemocratização, contribuiu em todo este processo. Também aponta para a reflexão da necessidade de dar continuidade na luta, para as mudanças necessárias a fim de obter a inclusão social.

A Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992, (BRASIL, 1992) estabelece diretrizes e normas com relação aos NAPS e aos CAPS. Os itens 2.2.1 e 2.2.2 da Portaria citam: “ Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais regionalizadas, que contam com uma população adstrita pelo nível local, podendo constituir-se em porta de entrada, da rede de serviços. Devendo estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados de saúde mental” (BRASIL, 1992).

Os CAPS são serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), abertos e comunitários, substitutivos ao Hospital Psiquiátrico, com objetivo de: oferecer atendimento e cuidado à população de sua área de abrangência, com a promoção do acompanhamento clínico, promovendo reinserção social, através do acesso ao exercício dos direitos civis, trabalho, lazer e fortalecimento de laços sociais (BRASIL, 2004).

Sendo assim, o CAPS é:

[...] um lugar de referência e tratamento para pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004).

O Centro de Atenção Psicossocial surge como um espaço substitutivo aberto, de base territorial e comunitária, auxiliando na reintegração social dos sujeitos e, ao mesmo tempo, oferecendo assistência psicoterápica, atividades artísticas, culturais e recreativas, proporcionando uma atenção psicossocial. A

proposta do CAPS é ofertar espaços de reabilitação, acolhimento, de relações interpessoais e de produção de novas subjetividades para os sujeitos com problemas psíquicos.

O CAPS deve ser o articulador da rede de cuidado em saúde mental, promotor de vida e de possibilidades na construção de uma rede de atenção à saúde mental, sendo, para isso, necessário utilizar todos os recursos existentes, tais como: “afetivos, relações pessoais, familiares, trabalho, escola, esporte, econômicos, culturais, religiosos e de lazer”. Sua característica principal é integrar os usuários a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu ambiente, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida no seu cotidiano de usuários e familiares. Constitui a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Os usuários do CAPS podem participar conforme suas necessidades. Esta atenção conta com uma equipe multi e interdisciplinar, que procura assistir às inúmeras dimensões constitutivas do ser humano, através de inúmeras atividades de cunho individual ou coletivo, buscando integrar nelas usuários, familiares e a comunidade em geral.

O trabalho construído nos serviços CAPS, tem demonstrado esforços de muitos profissionais engajados na mudança dos processos de trabalho e emerge a necessidade de desenvolver supervisão, acompanhamento e avaliação. Oportunizando assim, a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) baseado na coparticipação dos usuários para que possam realizar suas escolhas.

O principal instrumento de trabalho interdisciplinar do CAPS é o Projeto Terapêutico Singular, uma ferramenta construída coletivamente, que ampara as equipes de saúde na definição e direcionamento de suas ações, garantindo atos coerentes com o contexto de cada pessoa. Possibilita a participação, reinserção e construção de autonomia ao paciente e à família em sofrimento psíquico (BRASIL, 2008).

Os usuários dos serviços realizam Projeto Terapêutico Singular com a equipe multidisciplinar, que oferece cuidado clínico personalizado para a inserção social dos usuários, com ações intersetoriais e com a articulação de outras redes, promovendo, assim, a contratualidade social do usuário de saúde mental.

Segundo os autores Campos & Campos, (2006, p. 670) ao apontar o conceito de saúde, lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como

(saúde não sendo apenas a ausência de doenças, mas um estado de completo bem estar físico, mental e social) , explicam ter causado um efeito contraditório no campo da saúde. Relatam ainda, ter contribuído para o aumento da finalidade de políticas e programas ao reconhecer a saúde não apenas como falta de enfermidades, de acordo com a intenção do paradigma médico tradicional, mas como uma situação vinculada a uma tríplice dimensão: mental, física e social. Embora por outro lado, difundiu a expectativa exaltada de adotar a saúde um estado absoluto de bem-estar, uma categoria inatingível, com pouca contribuição para nortear a gestão do trabalho.

De acordo com esta concepção defendida pelos autores Campos & Campos, (2006), a saúde deve ser avaliada de forma relativa, ou seja, com a observação de “como se produz saúde ou o que é produzir saúde” e para esta questão a necessidade de responder sempre será “em relação, em comparação, a alguma posição anterior do sujeito sob análise”, seja para a coletividade ou sujeito. E apontam nesse sentido que:

Um projeto terapêutico de cuidados paliativos para um paciente sem alternativa de tratamento curativo, se aplicado em co-gestão com o usuário, estará produzindo saúde para este indivíduo (CAMPOS & CAMPOS, 2006, p. 670).

Os autores Campos & Campos, (2006, p. 670) complementam que “a mesma perspectiva deverá ser utilizada para definir a autonomia, não deverá ser utilizada como o contrário, a de dependência”.

Assim, o PTS coloca o usuário como protagonista da sua própria história de vida, desenvolvendo sua autonomia, com seus desejos e sua subjetividade, necessários para a reconstrução da participação na vida cotidiana do seu território, bairro e/ou local de vida social produtiva.

Outra mudança foi a Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003, que “Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações”, que vem facilitar este protagonismo, como se pode verificar no seu Art. 1º: “institui o auxílio-reabilitação psicossocial, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas” (BRASIL, 2003). O Parágrafo Único do Art. 1º e o Art. 2º definem um programa de auxílio aos pacientes egressos de internação para a ressocialização de pacientes, denominado “De Volta Para Casa”, e no Art. 2º “O benefício consistirá em

pagamento mensal de auxílio, destinado aos egressos de internações prolongadas” (BRASIL, 2003).

O programa “De volta Para Casa” é destinado a pessoas com transtornos mentais que permaneceram em extensas internações psiquiátricas, para que possam ser trabalhadas possibilidades de retornar ao convívio social através do serviço residencial terapêutico, vinculados ao serviço CAPS.

Nova mudança na legislação amplia o cuidado através da Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, que “Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do sistema único de saúde (SUS)” (BRASIL, 2011^a). O Art. 7º dessa portaria, em seu parágrafo 4º, incisos I, II, III, IV e V, especifica o atendimento ampliando o cuidado das modalidades CAPS:

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades: I – CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes; II – CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes; III – CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; IV – CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes; V – CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; [...] (BRASIL, 2011^a).

A Secretaria de Atenção à Saúde, subordinada ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas de Coordenação de Saúde do Ministério da Saúde, lançou, em 2006, um formulário chamado Instrumento de Monitoramento-CAPS-2006, levando em consideração a Portaria GM 336/02 (BRASIL, 2002^a), a qual “estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS AD II”, para que o servidor público preenchesse, via eletrônica, os dados do processo e dos resultados

relacionados à estrutura de cada CAPS. Ainda nesse documento, consta a necessidade do preenchimento de avaliações do CAPS pela Coordenação Municipal de Saúde Mental e pela Coordenação Estadual de Saúde Mental (BRASIL, 2006).

Em outubro de 2011, o Ministério da Saúde criou um formulário eletrônico para avaliação dos CAPS, para a coleta de dados sobre o funcionamento destes. O documento tem o objetivo de atualizar os dados referentes à identificação do serviço e coordenação, características do serviço, estrutura física, recursos humanos e atividades desenvolvidas relacionadas ao uso do álcool e outras drogas, registros sistemáticos e sequência de procedimentos, articulações e parcerias (BRASIL, 2011^b).

A coleta desses dados tem a finalidade de realizar uma leitura da situação do CAPS, atualizando informações sobre os seus serviços, como instrumento permanente de acompanhamento, avaliação e atualização das informações, além de oferecer subsídios para a construção de indicadores de qualidade para os serviços de atenção à saúde mental, servindo de base para a melhoria dos serviços (BRASIL, 2011^b).

Considerando que o funcionamento eficaz e adequado dos CAPS depende de um esforço permanente de qualificação desses serviços, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 1.174, GM de 7/7/2005, que: “Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e dá outras providências” (BRASIL, 2005^c). Com esse suporte, o Ministério da Saúde vem possibilitando a supervisão clínico-institucional das equipes de CAPS, com o objetivo de qualificar o atendimento e a gestão desses serviços. Entre as funções da supervisão clínico-institucional, estão: acompanhar, discutir, assessorar e acolher a equipe em suas dificuldades, sejam elas por tensões internas, por sobrecarga ou por dificuldades concretas da gestão pública, visto a complexidade da tarefa clínica que realizam (BRASIL, 2005^c).

Os Artigos 2º e 3º da Portaria nº 1174/GM, determinam:

Art. 2º Estabelecer que o Programa de Qualificação dos CAPS deva incluir as seguintes ações: a) supervisão clínico-institucional regular (semanal); b) ações de atenção domiciliar e em espaços comunitários; c) ações de acompanhamento integrado com a rede de atenção básica em seu território de referência; d) realização de projetos de estágio e de treinamento em serviço, em articulação com centros formadores; e) ações de integração com familiares e comunidade; f) desenvolvimento de pesquisas que busquem a integração entre teoria e prática e a produção de conhecimento,

em articulação com centros formadores. Art. 3º Definir como supervisão clínico-institucional o trabalho de um profissional de saúde mental externo ao quadro de profissionais dos CAPS, com comprovada habilitação teórica e prática, que trabalhará junto à equipe do serviço durante pelo menos 3 a 4 horas por semana, no sentido de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada (BRASIL, 2005^c).

A supervisão clínico-institucional é um dispositivo de formação constante, que deve sustentar a responsabilidade compartilhada da equipe de trabalho dos CAPS, promover o diálogo para que os diferentes temas possam ser expostos, os fatos e as situações sejam abordados com seus desafios, inerentes ao trabalho clínico na perspectiva da atenção psicossocial.

Opera a supervisão, de maneira a sustentar a proposta de uma gestão partilhada da clínica, que ajude os profissionais a enfrentar os empecilhos institucionais, frequentes no cotidiano do trabalho coletivo, a definição do espaço de cada trabalhador na equipe, mantendo a especificidade de sua profissão, mas anulando o rigor das especialidades, e assegurando a responsabilidade clínica e a possibilidade da construção coletiva dos casos, permitindo progredir no trabalho em equipe e reduzindo conflitos que podem comprometer seu funcionamento (FIGUEIREDO, 2008).

Dentre as tarefas da supervisão, destaca-se que ela seja clínica e institucional, levando-se em conta a integração da equipe para permitir a construção de projetos terapêuticos que profiram os conceitos de sujeito, rede, território e autonomia (BRASIL, 2009).

Os supervisores podem ter formações teóricas e práticas diversas, desde que estejam abertos a exercê-las no cenário típico da rede pública, tendo como um dos desafios o de se adaptar às diferenças profissionais e teóricas (BRASIL, 2009).

A presença regular de um supervisor deve sustentar a ação dos profissionais nos serviços, levando a uma produção permanente de conhecimento a partir da própria prática clínica. Assim, há a possibilidade do trabalho ter desdobramentos e um registro que inclua os impasses e dificuldades presentes nesse percurso. Dentro dessa expectativa, o supervisor operaria como facilitador do trabalho, ou mesmo como garantia de trabalho e produção em equipe (FIGUEIREDO, 2008).

As autoras Schmidt e Figueiredo, (2009, p. 130) expõem que, “a supervisão é considerada como um dispositivo fundamental para o funcionamento do serviço, a organização e a dinâmica do trabalho em equipe”, e complementam que pode: “funcionar como um avaliador permanente do cotidiano do CAPS”.

O Ministério da Saúde publicou o sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), por meio da Portaria nº 276 de 30 de março de 2012 (BRASIL, 2012^a). O Art. 1º dessa Portaria rege: [O RAAS] “tem o objetivo de incluir as necessidades relacionadas ao monitoramento das ações e serviços de saúde conformados em Redes de Atenção a Saúde”.

A Portaria SAS/MS nº 854/2012, (BRASIL, 2012^b) altera e cria os novos procedimentos pelos CAPS:

[...] com a finalidade de qualificar o processamento e o monitoramento da produção dos mesmos no SAI/SUS. *Refere-se, especificamente, às ações que fazem parte do processo de trabalho* das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, permitindo melhor acompanhar o modelo de atenção vigente nestes serviços. A coordenação estadual de saúde mental considera a implantação do RAAS nos CAPS uma oportunidade para pôr em análise os processos de trabalho destes serviços, buscando efetivamente orientar o modelo de atenção para o cuidado territorial e usuário-centrado. Para isso, indica-se que as equipes dos CAPS utilizem espaços de reuniões de equipe para discutir sobre os procedimentos elencados na portaria 854/2012, buscando relacioná-los a suas ações cotidianas, a fim de atualizar o projeto técnico institucional (BRASIL, 2013). (Grifos do redator desta portaria).

O Ministério da Saúde vem acompanhando as ações nos serviços CAPS, como também o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) está sob a responsabilidade do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle, com o objetivo de possibilitar a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares do SUS, bem como uniformizar parâmetros de análise para todos os hospitais do país, dentro de padrões de qualidade e de excelência, que orientem e priorizem os objetivos e metas de intervenção e ação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002^d).

O PNASH consiste na avaliação anual de todos os hospitais da rede do SUS. As supervisões nos hospitais, através deste programa, favoreceram a melhoria de alguns serviços hospitalares e a extinção de outros.

Através do PNASH Psiquiatria, foram estabelecidas diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassificando os hospitais psiquiátricos, definindo e estruturando a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede SUS (BRASIL, 2002^d).

Respeitando a descentralização proposta pelo SUS, a estratégia de ação do PNASH é a de trabalhar em parceria com os gestores estaduais e municipais, utilizando de formulários aplicados por equipes compostas de técnicos da vigilância sanitária e de controle e avaliação e auditoria, designadas pelo gestor da rede a que cada unidade esteja subordinada.

O PNASH tem como objetivo a avaliação da qualidade e contentamento dos usuários dos serviços de saúde, bem como a avaliação dos sistemas de produção da atenção no cumprimento das ações programadas e pactuadas e dos resultados e impacto das ações e serviços no perfil epidemiológico da população.

A avaliação dos resultados das ações e serviços de saúde prestados deve ser sistematicamente realizada pelo gestor respectivo, criando organismos que cubram a participação da população na avaliação do sistema e cooperando para a melhoria sucessiva da qualidade dos serviços de saúde. “A avaliação em saúde permite identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria da organização, devendo ser realizada de forma sistemática, retroalimentando o processo de planejamento e contribuindo com a transformação da gestão” (BRASIL, 2002^d).

Assim, a avaliação para a gestão deve produzir informação e conhecimento que servirá como fator orientador de decisão dos gestores do SUS (BRASIL, 2002^d).

O SUS possui um departamento de Auditoria, o Departamento Nacional de Auditoria (DENASUS), cujas ações estão voltadas para a avaliação da gestão pública, de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados, mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal. Cabe ao Denasus, além da realização de auditorias, fortalecer os componentes estaduais e municipais do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS (BRASIL, 2011^e). Assim, as ações de auditoria estão voltadas para o diagnóstico e transparência da gestão, incitando e sustentando o controle social, permitindo o acesso da sociedade aos resultados de suas ações e solidificando a auditoria como mais um instrumento de gestão.

Segundo Coleman, Marizélia e Moreira (1998, p. 4):

As atividades da auditoria concentram-se nos processos e resultados da prestação de serviços e pressupõem o desenvolvimento de um modelo de atenção adequado em relação às normas de acesso, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Consistem em controlar e avaliar o grau de atenção efetivamente prestada pelo sistema, comparando-o a um modelo definido (CALEMAN, MARIZÉLIA E MOREIRA 1998, p. 4)

O Decreto nº 1.651/95 “regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 1995). Segundo esse decreto, o gestor do Distrito Sanitário e o gestor municipal são os principais responsáveis pela efetivação das atividades de auditoria, visto que a maior parte delas é apontada aos serviços de saúde. Nesse sentido, há atuação em conjunto com os níveis do Sistema Nacional de Auditoria Estadual e Federal (CALEMAN; MARIZÉLIA; MOREIRA, 1998).

No que se refere aos serviços dos CAPS, a auditoria pode e deve avaliar a existência de projeto terapêutico singular, sua aplicabilidade e evolução.

A auditoria na área da saúde tem como objetivo avaliar a qualidade da assistência prestada ao cliente-usuário por meio dos programas, bem como, se os procedimentos realizados estão de acordo com o que foi requerido e conforme as normas específicas, buscando maior eficiência e ocasionando redução de custos na produção da qualidade da saúde.

É necessário que a prática, em qualquer ramo da auditoria, seja baseada em evidências por meio da formação de conceitos sólidos, evidenciando não só as falhas, mas também apontando soluções.

Porém, o que se evidencia são as transformações nas mudanças dos processos de trabalho em saúde mental, advindas da reforma psiquiátrica e a partir da implantação dos serviços CAPS, com foco no cuidado, na atenção psicossocial do usuário, com olhar para a complexidade, subjetividade e sua realidade cultural, devolvendo ao sujeito em questão o seu poder de realizar seus contratos sociais. Não se pretende apenas realizar procedimentos, mas participar com o usuário, estar disposto a percorrer caminhos possíveis para que ele possa alcançar o seu projeto de vida, sua autonomia, no cenário onde a vida cotidiana acontece.

Analisar a Rede e o território não é somente enfocar a área geográfica, e sim, procurar fortalecer as potencialidades e a participação da comunidade, bem como os recursos humanos, técnicos e científicos em prol da construção da Rede de Atenção à

Saúde Mental.

Para Junqueira, (1998, p. 96) “o termo rede, em sua multiplicidade, nos remete tanto a uma dimensão conceitual como a uma vertente instrumental. Rede é uma proposta de ação, um modo espontâneo de organização em oposição a uma dimensão formal e instituída”. Apresentando assim, a necessidade de reconhecimento dos atores envolvidos e suas potencialidades para o desenvolvimento de ações em conjunto com a compreensão da localidade e sua realidade, oportunizado a construção de novas práticas e saberes.

Segundo Nascimento, (2007) redes são organizações baseadas em interdisciplinaridade com objetivos comuns, com construção coletiva de respostas para lugares diversos e ou em constantes mudanças, que se amparam por meio de relações de confiança e cooperação, objetivando a orientação de ações que visam à otimização de resultados de longo prazo, sendo que o fator que mais favorece o sucesso é a realização da ação coletiva. No sentido da não hierarquização, o conceito de rede, no âmbito da política pública, deve estar relacionado com a concepção pluralista de poder, que reage contra uma concepção elitista e centralizadora, assim exigindo a participação de todos os atores na tomada de decisões, independente da posição ou cargo ocupado pelo ator.

A Rede de Atenção à Saúde Mental Brasileira integra o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido no Brasil na década de 1990, por meio de Lei Federal n.º 8.080/1990 (BRASIL, 1990). É uma rede de ações e serviços públicos de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, no âmbito federal, estadual e municipal. Tem como princípios o acesso universal público e gratuito aos serviços de saúde; a integridade das ações; a equidade da oferta de serviços; a descentralização político-administrativa e o controle social das ações, exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde e a participação da população.

As Políticas Públicas de Saúde Mental da Reforma Psiquiátrica Brasileira estão embasadas prioritariamente na Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001^a), Portaria nº 336/2002 (BRASIL, 2002^a), a qual cabe salientar que surgiu da experiência exitosa do primeiro CAPS em São Paulo, e Portaria nº 3.088, esta última instituída no ano de 2011. O Anexo I, define as pactuações e ações a serem desenvolvidas em cada território para a cobertura de vazios assistenciais, possibilitando o atendimento e monitoramento dos usuários do SUS. (BRASIL, 2011^a).

3 TERRITÓRIO, REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E CIDADANIA

O movimento de saúde mental assemelha-se às histórias de lutas profissionais por políticas públicas inclusivas no campo da saúde. Um dos marcos respeitáveis no Brasil, sobre o debate em saúde mental, refere-se ao movimento de Reforma Psiquiátrica e Sanitária, idealizado e priorizado por profissionais de saúde e movimentos sociais, na década de 1980.

As questões consequentes influenciaram o movimento de desconstrução do modelo manicomial, no intuito de substituí-lo por uma rede de assistência descentralizada, com uma abordagem interdisciplinar e mais humanizada de prevenção e promoção da saúde ao paciente e seus familiares.

A força conjunta entre o governo e os profissionais de saúde proporcionou o reconhecimento de novos valores para a assistência em saúde mental, destacando-se a participação da comunidade para a promoção da saúde e defesa dos direitos humanos. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

A saúde mental de base comunitária e territorial busca explorar recursos existentes para possibilitar a ação dos projetos terapêuticos, que permitem transformações concretas no dia a dia dos usuários.

O trabalho no território é uma hipótese para a consolidação da mudança de paradigma na atenção à saúde mental, pois desloca as interferências do espaço institucional para o cuidado do indivíduo na comunidade. A concretização da saúde como direito de cidadania acontece por meio da participação da sociedade na elaboração e no controle das Políticas Públicas de saúde, nas arenas como conselhos e conferências, cumprindo assim, o exercício da democracia.

As redes de atenção à saúde constituem o modelo que vem sendo preconizado pelo Ministério da Saúde para integrar e articular o sistema de saúde brasileiro, dando um enfoque aos paradigmas em saúde mental, no que se refere à inclusão dos serviços baseados em território como benefício ao cidadão usuário, enfatizando as redes e a cidadania, dentro dos processos democráticos das políticas públicas.

Os alcances em saúde mental devem gerar novas possibilidades de alterar e qualificar as condições e modos de vida, norteando-se pela produção de vida e de

saúde e não se reduzindo à cura de doenças, levando a acreditar que pode haver várias maneiras de se entender, sentir e viver a vida.

Desta forma, é imprescindível olhar o cidadão em suas múltiplas extensões, com suas aspirações, estimas e escolhas.

Em saúde mental, o desenvolvimento de intervenções é construído no dia a dia dos encontros entre profissionais e pacientes, em que ambos criam novos instrumentos e táticas para compartilhar e estabelecer, juntos, o cuidado em saúde.

Os profissionais de saúde concretizam diariamente, através de ações apropriadas do processo de trabalho das equipes, maneiras que possibilitam apoio aos pacientes em situação de sofrimento.

A saúde mental vem procurando ocupar um espaço distinto na discussão do exercício da cidadania dos pacientes acometidos de doença mental. Esse movimento está ligado às transformações do modelo assistencial, que buscam transformar a relação existente entre pacientes e técnicos, técnicos e familiares, técnicos e sociedade civil, pacientes, familiares e a sociedade civil.

O caminho poderá ser trilhado considerando a autonomia do usuário, a qual deve ser adquirida no cotidiano, através de sua participação no planejamento, execução e avaliação das Políticas Públicas de Saúde voltadas para a saúde mental. Para se conquistar um direito, são necessárias lutas cotidianas e organizadas nos movimentos sociais e no interior dos serviços de saúde.

Sendo assim, torna-se urgente o investimento em políticas de formação, que priorizem a capacitação para o cuidado em liberdade e o trabalho em equipe, sendo necessário, também, o comprometimento dos gestores em saúde mental para com o modo psicossocial, além de serem capacitados para trabalhar de forma descentralizada e participativa com os demais segmentos da comunidade.

3.1 SAÚDE MENTAL

O modelo anterior de tratamento psiquiátrico em saúde mental teve como palco de atuação o espaço delimitado pelo próprio serviço. Seu objeto de trabalho era a doença e o uso de metodologias e técnicas fundamentadas nos aspectos médico e biológico. O novo modelo, psicossocial, faz oposição ao paradigma psiquiátrico ainda hegemônico, pois favorece o indivíduo em suas condições sociais,

e suas formas de mediação pautadas pelas necessidades do usuário e tem como objetivo a inclusão social.

Nesse novo modelo de atenção, os NAPS e os CAPS se sobressaem como serviços incluídos na vida dos pacientes. Buscam mudar as práticas interdisciplinares e comunitárias, inovando os cuidados em saúde, proporcionando maior número de recursos e opções possíveis para os tratamentos.

Os CAPS são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade (BRASIL, 2003^a).

Com os CAPS enfoca-se a proposta de atenção à inserção do indivíduo nas esferas sociais e na mudança da visão construída da doença mental na comunidade, na família e nas estruturas de assistência, de maneira a melhorar progressivamente a igualdade e integridade na proposta dos serviços e a participação dos trabalhadores e da família dos usuários nos processos de gestão e cuidado em saúde mental.

Assim, nos espaços institucionais e territoriais, equipes multiprofissionais passam a atuar mais integradas da realidade de vida dos pacientes, sob o desafio de distinguir os condicionantes territoriais do processo saúde e doença e outras maneiras de trabalhar em equipe de forma integral (AMARANTE, 2003).

No tocante à universalidade, à igualdade e à descentralização da saúde no Brasil, encontram-se como a reversão da lógica econômica, por meio de uma reconstrução radical na base de financiamento do sistema de segurança social em vigor, assim como a reversão da lógica de financiamento da produção dos serviços privados de saúde prestados à população e, especialmente, a reversão da lógica de financiamento na relação do setor público com o próprio setor público (COHN, 1997, APUD LAURELL, 1997).

A convivência entre os modelos psiquiátrico e psicossocial está baseada nas práticas cotidianas do novo modelo de atenção à saúde mental. A Atenção Básica em Saúde possibilita o primeiro acesso dos usuários ao sistema de saúde, incluindo as pessoas que necessitam de assistência em saúde mental. Nesse modelo, as ações são desenvolvidas em um território geográfico, permitindo aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de suas conexões com a comunidade/território onde moram, assim como com outros elementos que fazem parte de sua vida (BRASIL, 2013). Esse cuidado exige

estratégia que lhe é característico, dada a facilidade de acesso das equipes de trabalho aos usuários.

Assim, a Atenção Básica forma um conjunto de ações de saúde, no campo individual e coletivo, que envolve a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravamentos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a diminuição de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral e determinante no que se refere à saúde das coletividades, ampliando-se com nível elevado de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, sendo o excelente contato dos usuários e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013^a).

A Atenção Básica em saúde, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013^a):

Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. [...] da atenção integral, a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas: ser base, atuando no mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária; ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de Saúde e produzindo intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e criando projetos terapêuticos singulares (BRASIL, 2013^a).

A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da Atenção Básica deve seguir as diretrizes da Atenção Básica e do SUS, figurando como um processo paulatino e singular que avalia e que contém as especificidades loco-regionais.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) foram criados com o objetivo de expandir a finalidade das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade. São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais etc.) e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde

nos territórios sob a responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) à(s) qual(is) o NASF está vinculado (BRASIL, 2013^a).

Os NASFs não se constituem como serviços com unidades físicas independentes, pois necessitam atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços. A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família procura colaborar para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS.

De acordo com o Ministério da Saúde, BRASIL, (2013^a):

[...] são exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASFs: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da Saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc. (BRASIL, 2013^a).

Os NASFs devem utilizar as Academias da Saúde como espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva das equipes de Atenção Básica, para as ações de promoção de Saúde, buscando fortalecer o protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição (BRASIL, 2013^a). Dessa forma, as atividades podem ser desenvolvidas nas unidades básicas de Saúde, nas Academias da Saúde ou em outros pontos do território.

3.2 O TERRITÓRIO

As definições para território são múltiplas, de acordo com a orientação teórica dos autores e da área de conhecimento, como a Geografia, a Biologia, a Antropologia ou a Ciência Política (SOUZA, 2006). Na saúde pública brasileira, a terminologia “território” passou a ser usada primeiramente com o processo da Reforma Sanitária e na implantação do SUS (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Em saúde mental, o entendimento do território é um componente fundamental na construção da nova visão estratégica. O trabalho no território é uma conjectura para a concretização da mudança de paradigma na atenção à saúde mental, pois desloca as intervenções do espaço institucional para o cuidado do indivíduo na comunidade. Como resultado, este fator dimensiona a construção de

novas relações sociais entre todos os atores envolvidos, determinando alterações no conjunto, em que se faz presente, ainda, uma cultura de exclusão.

Vieira Filho e Nóbrega, (2004, p. 375) afirmam que “podemos compreender a territorialidade como uma espécie de âncora ou ponto de referência cultural onde é possível a vivência com os outros em um determinado período de tempo”. Assim, considera-se que a construção no dia a dia de novas relações sociais ocorre nesse espaço, através da convivência com a diferença, e isso, provavelmente, colabora para a diminuição dos preconceitos.

Porém, segundo Lancetti, (2006, p. 52) a “saúde mental operada no território é uma práxis complexa, em oposição à simplificação que faz funcionar um manicômio”.

De acordo com Santos, (1996, p. 16):

O território, hoje, pode ser formado de lugares contínuos e de lugares em rede. São, todavia, os mesmos lugares que formam redes e que formam o espaço banal. São os mesmos lugares, os mesmos pontos, mas contendo simultaneamente funcionalizações diferentes, quiçá divergentes ou opostas. Esse acontecer simultâneo, tomado possível graças aos milagres da ciência; cria novas solidariedades: a possibilidade de um acontecer solidário, malgrado todas as formas de diferença, entre pessoas, entre lugares (SANTOS, 1996, p. 16).

Assim, o território é entendido como uma probabilidade de cuidado, em que ocorre uma prática orientada para a aplicação de estratégias voltadas para a convivência e criação de redes de solidariedade e de sociabilidades.

Segundo Amarante, (1994, p. 145) “O trabalho no território não é um trabalho de construção ou promoção de ‘saúde mental’, mas de reprodução de vida, de subjetividades”.

O desafio que se coloca é, ao invés de se criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários, permitir que estes habitem os circuitos de trocas nos territórios da sociedade. Isso leva o desafio da saúde mental para além do SUS, já que sua realização implica na abertura da sociedade para a sua própria diversidade (BRASIL, 2013^b).

De acordo com a mudança que vem ocorrendo no campo da saúde mental, do paradigma dominante ao paradigma emergente, há uma consonância sobre a “importância do papel dos trabalhadores na produção e reprodução de novas

práticas, novas estratégias de ação e novos discursos para lidar com a loucura” (BARROS, 2004, p. 31).

O território é um espaço social contendo um fato combinado de objetivos naturais geográficos e uma sociedade em circulação. Sua dinâmica obedece às inter-relações estabelecidas entre os indivíduos, intercedidas pelos aspectos cultural, social, legislativo, político, econômico e social, causando alterações, que ocorrem por meio do cenário natural e da história social gravada e refletida nos modos de viver e no que é entendido referente ao lugar (SANTOS, 2007).

A participação dos atores profissionais, usuários e familiares aumentam as possibilidades para a promoção da reinserção psicossocial, onde a vida cotidiana interage com o cenário social e emerge as possibilidades de trocas.

A Reabilitação Psicossocial é um processo composto por um conjunto de estratégias, com a finalidade de acrescentar os ensejos de troca de soluções e de afetos. Para tanto, são três os grandes cenários em que se deve aumentar a capacidade contratual das pessoas: a rede social, o habitar e o trabalho (SARACENO, 1999).

Conforme declara Santos, (2007, p. 71):

Uma vez que a reabilitação psicossocial tem tido sucesso, através de práticas territoriais, consegue-se visualizar a importância do uso cada vez mais frequente do território por parte do serviço de saúde mental comunitário, com o objetivo de modificação consciente do cotidiano, o qual “será, um dia ou outro, escola para a desalienação” (SANTOS, 2007, p. 71). (Grifo do autor).

O dia a dia é cenário das pequenas revoluções, nas mutações que transformam os processos de apropriação, de condução da vida, manifestadas pelo livre arbítrio de escolha, flexibilidade nos padrões de pensamentos, sentimentos e ações. De acordo com Saraceno, (1999), o território é ativo, porque é onde estão os recursos. Os recursos são as pessoas, os trabalhadores, os familiares e a comunidade.

A possibilidade de estar no lugar de vida do indivíduo harmoniza a compreensão de sua existência social, concreta, permitindo o estímulo, sendo que as pessoas são sujeitos ativos, dentro e fora do serviço de assistência.

De acordo com Leal e Delgado, (2007, p. 144):

Denominar o território como o lugar de vida, das afinidades sociais e dos recursos disponíveis permite a condução de uma das questões imprescindíveis, que se refere ao cuidado, que deixa de ser focalizado na doença e passa a ser apontado também para o “sujeito que sofre e ao modo de sofrer que constrói a partir da sua relação com o social” (LEAL E DELGADO, 2007, p. 144) (Grifo dos autores).

É importante que as ações territoriais se tornem costumeiras nos serviços substitutivos de assistência aos pacientes acometidos por doença mental, pois são elas que fornecem o sentido para o trabalho no dia a dia dos serviços.

3.3 CIDADANIA

Estudos brasileiros sobre cidadania asseguram que o exercício dos direitos civis, políticos e sociais é prerrogativa dos países de democracias modernas ocidentais, sob o experimento do *welfare state*, também conhecido como estado de bem-estar social⁹.

A luta pela cidadania no Brasil contrai visibilidade social a partir do Estado autoritário de Vargas (1930-1945). Assim, paralelamente à concepção das condições para o desenvolvimento do Estado burguês, foram conquistadas as leis sociais dos trabalhadores, colocando-se, assim, os limites e condições de funcionamento da força de trabalho. Essa mesma legislação estabelece as condições e os limites sociais e políticos para a atuação dos assalariados (COSTA, 1986).

Dessa forma, na conjuntura do Estado autoritário Varguista, que se expunha como preocupado em acatar os direitos sociais dos trabalhadores, tinha-se como artifício a tutela que controlava e abatia as classes trabalhadoras, ao dividi-las no seu interior.

Para Costa, (1986) o tema da cidadania vem sendo colocado nas sociedades modernas com o advento do capitalismo. A autora resgata o sentido etimológico da palavra, derivada da noção de cidadão.

O conceito de cidadão originou-se durante a Revolução Francesa, como uma manifestação de igualdade de todos. Não mais nobres, plebeus, e

⁹ *Welfare State* - Estado de bem-estar social - É um tipo de organização política e econômica que coloca o Estado como agente da promoção social e organizador da economia. (Wikipédia). Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Estado_de_bem-estar_social.

escravos havia apenas cidadãos e o cidadão é dependente do Estado, que coloca regras para aquisição da cidadania, enfoca os seus direitos e as categorias para gozá-los, destacando também a possibilidade de sua perda (DALLARI, 1987 APUD SCHERER 1987).

A contribuição ao imprescindível debate da cidadania, saúde e saúde mental passa pelo debate inesgotável das políticas públicas designadas à saúde pelo Ministério da Saúde, pelas disposições do Legislativo e pela participação consultiva e deliberativa da população (BRASIL, 2013⁶).

A priorização da melhoria do cuidado dispensado encontra uma contribuição imperativa nas metas da Reforma Sanitária, que, conforme Cohn, (1997) incide na proposta de um sistema de saúde único, basicamente estatal, sendo o setor privado essencial àquele, sob controle público e descentralizado.

Vale destacar a importância dessas metas como possibilidade para a conquista da cidadania plena, e não regulada. Assim, para possibilitar o exercício da cidadania aos pacientes acometidos por doença mental, os profissionais em saúde necessitam praticar o cuidado integral, possibilitando, ainda, a preservação de sua integridade moral.

Os movimentos sociais compõem-se de ambientes de ação onde o direito de cidadania consolida-se por meio de políticas públicas. Nesse sentido, Vieira, (1997, p.41) ensina que o exercício da cidadania consiste em:

[...] centro de atenção; centro de convivência; pensões e outros, com a progressiva extinção dos leitos com características manicomiais. Esses recursos devem ser implantados de acordo com as necessidades locais, colocando-se a discussão sobre o exercício da cidadania no âmbito os serviços de saúde mental e assim transformando-se os usuários, familiares, trabalhadores de saúde mental e da sociedade civil, em executores desse novo modelo assistencial (VIEIRA, 1997, p. 41).

O direito à cidadania do doente mental deve ser o direito de receber assistência adequada e a garantia de participar da sociedade.

Saraceno, (2001, p. 13) expõe “que a reabilitação é uma técnica entre muitas e, em todo mundo, uma necessidade ética”. Esse modo de reabilitação não é passar um sujeito “do estado de incapacidade para um estado de capacidade”, mas:

Considerando-a não como uma estratégia técnica, e sim como uma estratégia global. Implica numa mudança total de toda a política dos

serviços de saúde mental, através dos programas que as políticas se aplicam e são estas que tem que ser modificadas (SARACENO, 2001, p. 13).

A reabilitação engloba todos os atores que a compõem no processo saúde-doença: os profissionais, usuários, familiares e a comunidade em geral. Explica a questão de os profissionais não estarem capacitados ou incapacitados para trabalharem a reabilitação dos usuários. Traz como exemplo a experiência vivida das relações familiares e as negociações das pessoas nestes cenários: casa, trabalho e vida social, que permitem as trocas sociais, através do poder de contratualidade social. E quando ocorre a falta de poder contratual: “é aí que precisamos ser reabilitados” (SARACENO, 2001, p.14).

Kinoshita, (2001), apud Pitta, (2001, p. 56-57) analisa que “reabilitar pode ser então entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia” [e] entendemos a autonomia como a capacidade de um individuo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. E complementa:

Assim não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, APUD PITTA, 2001, p. 57,).

Para os autores Campos & Campos, (2006, p. 670) a autonomia: “é a capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependências”, e a autonomia segundo esta concepção é:

Um processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos (CAMPOS & CAMPOS, 2006, p. 670).

Portanto, a co-constituição da autonomia depende de um conjunto de fatores, os autores Campos & Campos, (2006, p. 670) complementam: “depende do próprio sujeito, do indivíduo ou coletividade”. Segundo os autores por esse motivo

utilizam a “co-produção de autonomia, co-constituição de capacidades, ou co-produção do processo de saúde/doença”.

Os autores adotados para esse trabalho e o arcabouço legal, apontam os caminhos a serem percorridos por todos os atores sociais, para a continuidade da Política de Saúde Mental.

À medida que forem saindo do cenário serviços em direção à comunidade, o enunciado reabilitação psicossocial deve praticamente desaparecer. “Trabalhadores e usuários vão encontrando novas palavras para definir o seu fazer cotidiano. É importante que a reabilitação psicossocial não se torne um novo jargão a batizar velhas práticas.” (SARACENO, 1995, APUD PITTA, 2001, p. 22-23).

Sendo assim, optamos por utilizar o termo “autonomia” para a pergunta central desta dissertação, para que possamos enfatizar as mudanças nos processos de trabalho em saúde mental, através da necessidade de refazer contratos sociais na vida cotidiana, visando promover o exercício da cidadania.

Esse trabalho deve ser construído de acordo com as necessidades dos usuários dos serviços e utilizando o máximo do potencial criativo de todos. Isso permite refletir sobre a sua desinstitucionalização: “Pensar em serviços abertos ao comando dos usuários, mas que apoiem o doente mental de forma que, mesmo sendo diferente, ele possa desfrutar de seus direitos tanto quanto os iguais” (CAMPOS, 1992, p.17).

3.4 REDES DE ATENÇÃO

A necessidade de mudança nos sistemas de atenção à saúde, para que estes possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde, dá-se devido às condições crônicas, levando ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde.

O novo modelo de atenção psicossocial deve ser, aos poucos, efetivado não apenas com a mudança de lugar de tratamento, mas com a concretização de novas práticas nos serviços substitutivos, que se guiam pelas normas da reabilitação psicossocial (BRASIL, 2013^c).

Sobre o novo modelo, Laville, (1994, p.172) cita que se refere a:

[...] uma nova forma de organização, suscetível de formar um espaço de poder que permitiria às forças vivas das comunidades locais, aos assalariados e consumidores serem partes presentes nas decisões relativas não somente ao planejamento da cidade, mas também a tudo que afete a vida cotidiana e o trabalho (LAVILLE, 1994, p. 172).

Nota-se que a ausência ou pouca concepção de redes sociais e a dificuldade do estabelecimento de um trabalho intersetorial formam um dos problemas respeitáveis para esses serviços. Nesse sentido, Castells, (2002, p. 36) observa que:

[...] as redes sociais são o novo formato de organização social, [...] baseadas no paradigma econômico-tecnológico da informação. Traduz-se não apenas em novas práticas sociais, mas em alterações da própria vivência do espaço e do tempo como parâmetros da experiência social (CASTELLS, 2002, p. 36)

Para Börzel (1998, p. 253):

Rede é um conjunto de relações relativamente estáveis, de natureza não hierárquica e interdependente, que vinculam uma variedade de atores que compartilham interesses comuns [...] e que trocam recursos para satisfazer a estes interesses compartilhados,[...] (BÖRZEL, 1998, p. 253).

Cabe destacar, que o modelo adotado no Estado do Paraná, segue conforme Mendes (2010, p. 2.300):

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada –, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES 2010, p. 2.300).

Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela Organização Mundial da Saúde como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população, para se atingirem os seguintes objetivos: o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; o acolhimento humanizado dos cidadãos; a provisão de serviços seguros e efetivos; e a prestação de serviços eficientes (MENDES, 2011).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

O primeiro elemento das redes de atenção à saúde e sua razão de ser é uma população, conforme enfoca Mendes, (2010) em sua obra, que marca a atenção à saúde baseada na população, uma característica essencial das RAS. A atenção à saúde com base na população é uma forma de o sistema de assistência estabelecer as necessidades de saúde da população em questão, promovendo, com sua implantação, avaliações e intervenções de saúde, o cuidado para com as pessoas acometidas por doença mental.

O segundo elemento das redes é a estrutura operacional, que, conforme Mendes, (2010, p. 2.301):

[...] é constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. A estrutura operacional das redes de atenção à saúde compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. E o quinto, o componente que governa as relações entre os quatro primeiros. O centro de comunicação das redes de atenção à saúde é o nó intercambiador, no qual se coordenam os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde, e é constituído pela atenção primária à saúde (unidade de atenção primária à saúde ou equipe do Programa de Saúde da Família) (MENDES, 2010, p. 2.301).

Os sistemas de saúde baseados numa intensa orientação para a atenção primária à saúde são mais adequados, porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população, e mais efetivos, pois, segundo Mendes, (2010 p. 2.301):

São a única forma de enfrentar consequentemente a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes, porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativos, porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; e de maior qualidade, porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e ofertam tecnologias mais seguras para os usuários e profissionais de saúde (MENDES, 2010, p. 2.301).

O terceiro componente das redes de atenção à saúde são os sistemas de apoio, os quais são os locais institucionais das redes que prestam serviços comuns

a todos os pontos de atenção à saúde, onde se realizam diagnósticos terapêuticos, assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde (MENDES, 2010).

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos, que constituem o funcionamento das redes de atenção à saúde, proferindo, de forma singular, as relações entre a população.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010^a). As RAS tendem a melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde.

A implementação das RAS aponta para uma maior eficiência na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes, e a sua concretização, passa pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2010^a).

Segundo Mendes (2011, p. 18):

A implantação das RASs convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde [...] [e a] novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas, alguns experienciados com sucesso, em outros países e que devem e podem ser adaptados à realidade de nosso sistema público (MENDES, 2011, p. 18).

Assim, consideram-se os sistemas de atenção à saúde como respostas sociais, instituídas para atender às necessidades de saúde das populações.

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, como citado em seu Art. 1º :

Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2011^a)

A Rede de Atenção Psicossocial estabelece diretrizes para o trabalho junto ao cidadão usuário, de acordo com o Ministério da Saúde, (BRASIL, 2012^o):

I Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania. II Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde. III Garantia do acesso e da qualidade dos serviços ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar. IV Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares. V Organização dos serviços em RAS regionalizada, com estabelecimento de ações Inter setoriais para garantir a integralidade do cuidado. VI Desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2012^o).

A Política Nacional de Saúde Mental procura consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, assim como a Rede de Atenção Psicossocial, que integra o Sistema Único de Saúde. O propósito é efetivar a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade.

De acordo com o Ministério da Saúde, (BRASIL, 2012^o):

A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). Faz parte dessa política o programa de Volta para Casa, que oferece bolsas para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2012^o).

A assistência em liberdade às pessoas em sofrimento psíquico se instala nas potencialidades de articulação das redes de apoio e, para seu sucesso, o conhecimento técnico de cada profissão é superado e construído um conhecimento integrado de equipe. Sendo assim, a interdisciplinariedade é uma necessidade decorrente do fenômeno complexo da doença psíquica: as equipes dos serviços psicossociais usam ampla variedade de instrumentos de trabalho, conhecimentos especializados de cada área, técnicas em grupos terapêuticos, oficinas culturais, artísticas e de geração de renda, constituindo-se em recursos e agentes do processo de trabalho (AMARANTE, 2005).

Dessa forma, conhecer as percepções dos profissionais da área de saúde mental sobre seu trabalho contribui para a compreensão da dinâmica dos serviços implantados no atendimento psicossocial.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os procedimentos de pesquisa centrar-se-ão primordialmente nas concepções sobre o funcionamento dos serviços CAPS e sua articulação com a Rede Assistencial à Saúde Mental na Região Metropolitana de Curitiba, buscando as percepções dos entrevistados (coordenadores municipais de Saúde Mental e usuários dos serviços CAPS), de acordo com a categoria analítica a dimensão teórico-conceitual de Paulo Amarante, (1999): acolhimento; cuidado; emancipação¹⁰ e contratualidade social, a fim de identificar se ocorreram as transformações supracitadas, no desenvolvimento da Política de Saúde Mental para a consolidação da Rede, na direção à atenção psicossocial dos usuários de saúde mental. Apresentada na Figura 3 - Quadro eixo teórico-conceitual descrito por Paulo Amarante, (1999). No Quadro 1 são apresentados os dados dos coordenadores municipais de saúde mental, que se compreende serem os articuladores da rede com os serviços CAPS, para ser observado o tempo de coordenação bem como a formação profissional.

Quadro 1 – Coordenadores Municipais de Saúde Mental

COORDENADOR MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL				
COORDENADOR	TEMPO COORDENAÇÃO	TIPO SERVIÇO	CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO/ MESTRADO/DOCTORADO SAÚDE MENTAL	CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO/ MESTRADO/DOCTORADO- outros.
C 1	Nov. – 2011 – 4 anos	CAPS I		Sim – Especialização
C 2	Jun. – 2010 – 5 anos	CAPS I	Sim – Especialização	Sim – Especialização
C 3	Maio – 2005 10 anos	CAPS I		Sim – Especialização
C 4	Jan. – 2009 6 anos	CAPS I	Sim – Especialização	Sim – Especialização
C 6	Set. – 2014 1 ano	CAPS II e AD	Sim – Especialização	Sim – Especialização
C 7	Jun. – 2009 6 anos	CAPS II e AD		Sim – Especialização
C 8	Mar. – 2015 8 meses	CAPS II e AD	Sim – Especialização	Sim – Especialização
C 9	Mar. – 2007 8 anos	CAPS II e AD	Sim – Especialização	Sim – Especial/Mestrado

Fonte: Criado pela pesquisadora (2015).

¹⁰ Para a pesquisadora, a palavra adotada para averiguar a emancipação do usuário é autonomia, conforme a definição e apresentação de Amarante, (1999) e autores adotados para este trabalho.

No Apêndice F, consta o Quadro 6 – Apresentação de Resultados Coordenação Municipal de Saúde Mental, e no Apêndice G, o Quadro 7 – Apresentação de Resultados dos Usuários de Saúde Mental para a visualização das perguntas selecionadas para a análise.

Na sequência, serão apresentados os dados extraídos do questionário e do roteiro de entrevista com base no eixo teórico conceitual, com as percepções do coordenadores de Saúde Mental e de usuários do serviço CAPS, com vistas à atenção psicossocial.

As respostas foram identificadas por meio de códigos e numeradas, iniciadas com letra “C” para coordenadores, para identificar as respostas dadas pelos atores responsáveis pelas redes municipais, e iniciadas pela letra “U” para os usuários dos serviços CAPS.

Os questionários foram elaborados para que pudessem ser respondidos pelos coordenadores municipais de saúde mental, que se considera serem os articuladores da Política de Saúde Mental no território, por estarem mais próximos da avaliação completa na construção de sua rede, bem como, da compreensão das necessidades a partir dos serviços CAPS, para a implementação da rede de atenção psicossocial e o desenvolvimento da autonomia do usuário visando sua reinserção psicossocial.

Nas considerações iniciais deste trabalho deu-se evidência à fala dos coordenadores municipais de saúde mental, com relação às dificuldades para a implementação da Política de Saúde Mental. Para a elaboração e aplicação do questionário semiestruturado para fins desta pesquisa, também se considerou o fato de as coordenações desenvolverem um trabalho próximo à respectiva gestão municipal de saúde, através do seu Secretário Municipal de Saúde e da Coordenação Regional de Saúde Mental, mas que pudesse apontar as necessidades sem quaisquer interferências, para, assim, emergir a interpretação social dos fatos para a análise, apontamentos e recomendações, advindas desta pesquisa.

4.1 O MODELO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A DIMENSÃO TEÓRICO-CONCEITUAL GANHAM VISIBILIDADE ATRAVÉS DOS COORDENADORES MUNICIPAIS DE SAÚDE MENTAL

Para este trabalho, adotou-se inclusive um relato das perguntas não selecionadas, para demonstrar como está ocorrendo a construção da autonomia dos usuários, com pontos relevantes para a avaliação. As perguntas selecionadas para a análise seguem demonstrando a implantação da política, a gestão e a contribuição do serviço, para a construção da autonomia dos usuários.

Devido a proximidade da atuação como coordenadora acompanhando a região metropolitana *in loco* e em reuniões mensais, com os municípios e seus coordenadores, aplicou-se o questionário respeitando-se, assim, a privacidade dos entrevistados.

Faz-se importante relatar a chegada aos municípios, quando se apresentou na Secretaria Municipal de Saúde e foi recebida pelo gestor e, após, nos serviços CAPS. Relata-se também quando ocorreu de forma diferenciada o contato com o gestor e ou coordenador para a realização da pesquisa. Para as perguntas selecionadas, a categoria analítica a ser avaliada é a dimensão teórico –conceitual: acolhimento, cuidado, autonomia/emancipação e contratualidade social, do coordenador de saúde mental frente à esfera de governo municipal.

A gestão em rede é uma forma inovadora que, através das redes sociais, atrelada às instituições da organizações social da sociedade e órgãos públicos, tem possibilitado evidenciar questões públicas como a saúde mental, dando maior visibilidade e tornando plausível trata-la como um fenômeno social, numa visão contemporânea, e não com posturas vigentes, com tendência a pensar nessa questão como limitada.

Para Schlithler, (2004, p. 79):

O processo das redes pode ser avaliado por meio da análise da concretização dos seus princípios norteadores: horizontalidade, diversidade, autonomia, processo decisório democrático-participativo, participação ativa de todos os integrantes, intercomunicação ampla e transparente (SCHLITHLER, 2004, p.79).

Segundo as percepções e narrativas dos coordenadores, é possível observar, referente aos modelos de gestão pública presentes na RAPS, que dos oito coordenadores pesquisados, cinco identificam algum tipo de modelo de gestão, sendo apontados à gestão compartilhada por C2 e C4, gestão hierárquica por C3 e modelo participativo por C8 e C9.

O C1 coordena a saúde mental do município há quatro anos, deu ênfase ao preconceito presente em diversos setores e à necessidade de profissionais com formação em saúde mental, para atuarem nos serviços CAPS, também aponta a necessidade de gerenciamento de recursos financeiros com planilha de custos, para comprovação de gastos.

O entrevistado C1 relata: “existe falta de gestão e gerenciamento”. E relata: “O CAPS está centrado no próprio serviço, não existe rede”. Explica que “a gestão acontece apenas de forma política” e evidencia a “não existe modelos de gestão”.

Ao evidenciar a centralidade no serviço, pode-se reforçar a fala de Amarante (2007), ao explicar que no campo da saúde mental e atenção psicossocial, esta não pode ser pensada como fechada, pois é um processo social e complexo, com movimentos, pulsações e paradoxos. Portanto, é necessário pensar como atores sociais e na participação desses atores nesses cenários conflituosos, ou seja, no território que precisa de mudança.

Para Figueiredo e Shimidt, (2008) a supervisão opera de forma a amparar a gestão partilhada da clínica, ajudando no enfrentamento de empecilhos institucionais, o supervisor opera como um facilitador do trabalho para a sua garantia assim como, a produção em equipe.

A supervisão clínico-institucional tem como funções: acompanhar discutir, assessorar e acolher a equipe em suas dificuldades, por sobrecarga tensões internas , por dificuldades reais de gestão pública ou sobrecarga. Auxiliando assim, o enfrentamento de questões junto a gestão.

C2 desenvolve o trabalho no município há cinco anos. Em sua narrativa, coloca as dificuldades de compreensão dos gestores com relação à Política de Saúde Mental, e aponta a necessidade da sua ampliação e maior participação dos coordenadores no gerenciamento junto à gestão municipal, aumentando assim, o entendimento e encaminhamento da política. O entrevistado relata que os modelos de gestão existentes são: “autoritária, compartilhada, ditadora, individualista”, mas não explica como estes modelos ocorrem. Pode-se observar, na narrativa do C2, que a gestão é compartilhada. Existe participação dos pontos no gerenciamento, porém na mudança de alguns integrantes se fragmenta, tendo um tempo para readequação. Esta fala sugere que esse processo não é contínuo, mas com interrupções e com acontecimentos esporádicos. Para Saraceno, (1999) a construção deve ser continuada nos cenários “rede social, habitat e o trabalho”, e a

contratualidade social deve ocorrer dentro e fora dos serviços, no dia a dia e na comunidade, por todos os atores envolvidos. Observa-se as descontinuidades e o não gerenciamento da política de saúde mental, para o alinhamento de conceitos e a continuidade da implantação da atenção psicossocial no processo social, através da gestão da política de saúde mental. Börzel, (1998) apresenta as redes como um conjunto de relações estáveis, sendo que devem ser vinculadas a vários atores, que partilham interesses comuns com relação à mesma política.

O processo da implantação da política vem ocorrendo com a legislação vigente e as conferências nacionais, realizadas nas três esferas de governo desde 1987, quando ocorreu a primeira, sendo acompanhadas de relatórios com definições e diretrizes, de acordo com as publicações do Ministério da Saúde. Elas devem ser acompanhadas e implantadas pela gestão municipal, estadual e federal, para a consolidação da política.

C3 coordena, por um período de dez anos, a implantação da rede de saúde mental. O entrevistado enfatiza a trajetória e o trabalho que vêm sendo realizado para a mudança de modelo e suas evoluções, e aponta os problemas com relação à atuação de alguns profissionais, por falta de conhecimentos. Acrescenta à necessidade de financiamento específico e controle, recursos humanos e capacitação para o serviço, bem como, a capacitação da rede, para a concretização da Política.

Em sua narrativa, o modelo de gestão presente é o “modelo de gestão hierárquico focado nas condições agudas e modelos poliárquico focado nas condições agudas e crônicas”. Complementa: “ainda temos resquícios do modelo antigo (hierárquico)”. Este depoimento sugere que não importa o tempo de permanência na coordenação, mas sim como tem sido esta atuação e sua aproximação com a esfera de governo municipal, o que leva a pensar qual é o poder de contratualidade social com relação à questão das políticas públicas e da política de saúde mental. Cabe aos coordenadores instruírem a gestão municipal com relação às políticas de saúde mental, e como esta hierarquia pode afetar a implementação da rede de atenção psicossocial. Rua, (2009) explica que a política consiste no conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder.

Através da narrativa do entrevistado C3 evidenciaram-se os conflitos presentes na equipe de saúde mental, a qual deveria ser referência em saúde

mental, o que leva à fala de Amarante, (2003) quando explica aspectos que colaboram para a reabilitação dos usuários e que devem fazer parte da atenção psicossocial, como “dar e prestar atenção” a quem? Ao usuário.

C4 atua no município há seis anos, onde desenvolve várias funções, o que dificulta sua atuação. O entrevistado “aponta para uma gestão de qualidade, das redes de atenção à saúde, da gestão estratégica e da gestão participativa-cogestão”, com dificuldade e limitação de recursos humanos, além de problemas na conduta de profissionais e com a falta de capacitação. Responde que o serviço atende com “fila de espera” e expõe “a necessidade de recurso financeiro direcionado para a utilização no serviço.”

Em sua narrativa de modelo de gestão presente, o entrevistado apresenta o “as três primeiras, tendo em vista o reordenamento e compartilhamento do cuidado e a escuta da gestão para enfim, a mudança do entendimento de saúde mental”. Seu relato demonstra um movimento ocorrendo, o que sugere uma mudança, porém a fala sugere depender de alguns fatores relevantes como: a escuta da gestão, os problemas de falta de profissionais e conflitos na equipe do serviço o que leva a pensar como deve estar sendo prestado o atendimento aos usuários. Para Saraceno, (1999) os grandes cenários para aumentar a capacidade contratual das pessoas são três: a rede social, o *habitat* e o trabalho, e assim este trabalho ressalta que a atuação dos atores também deve ocorrer no cenário, necessitando aumentar o poder de contratualidade social, no território.

Os autores Vieira Filho e Nobrega, (2004) compreendem territorialidade como uma “espécie de âncora ou ponto de referência cultural”. Cabe, então, a estes atores protagonizar as relações sociais, diminuindo o preconceito possibilitando o aumento do poder contratual.

C 6 coordena a implantação da política de saúde mental há um ano. Importa destacar que o atual coordenador fazia parte da equipe de saúde mental atuando como profissional de um serviço CAPS do município, portanto, vem acompanhando a realidade. Ele aponta dificuldades da equipe para realizar o acolhimento dos usuários, por ser feito por agendamento. Também relata a falta de profissionais nas equipes, explica que ano de 2012, os serviços passaram por supervisão clínico-institucional, porém, com as muitas mudanças de profissionais nas equipes o resultado acabou não sendo eficaz. Aponta a dificuldade de implantar os componentes da RAPS, destacando a necessidade de financiamento para

implementação da Política. Para a pergunta de modelos de gestão presentes na RAPS, C6 assinalou não, assim como não comentou a resposta, assim como, para o modelo de gestão presente na rede não respondeu. O que sugere a inexistência de modelos de gestão presentes na rede, como também a dificuldade do coordenador frente à implementação da política de saúde mental.

Importante destacar que nesse município a reunião com o gestor foi após aplicar a pesquisa, os coordenadores seguiram à Secretaria Municipal de Saúde. Nessa ocasião, o gestor do município apontou as dificuldades com relação à continuidade de implementação da política de saúde mental por falta de financiamento. Para esta questão foi explicado a política de saúde mental e sua capilaridade com todos os mecanismos para as políticas de saúde mental, conforme descrito nesse trabalho, e seu financiamento. Salienta-se que na categoria analítica pesquisada fica evidenciada a necessidade de contratualidade social por todos os atores e aponta também a necessidade de ser levada a discussão para as instâncias deliberativas de governo, como os conselhos de saúde e as reuniões de bipartite regional, a questão do financiamento da política de saúde mental, contribuindo com a avaliação da política em questão, frente às esferas de governo Estadual/Federal.

Para Melo, (1998) a avaliação de políticas públicas está intimamente vinculada a um conjunto de noções e valores sobre a realidade social, compartilhados pelos componentes relevantes da maioria de um governo. Complementa que os valores e noções trouxeram temas a serem debatidos sobre as políticas, demarcando a agenda pública em algum momento, sendo assim possível de identificar, o caminho, e as fases da evolução.

C7 atua como coordenador há seis anos. Ele relata que "alguns profissionais apresentam diferentes condutas, e que no serviço público é difícil selecionar profissionais com perfil e conhecimento". Ele expõe que, "apesar da dificuldade, o trabalho é interdisciplinar, com a participação dos usuários, e aponta como dificuldade o preconceito com relação à saúde mental, pois as prioridades ocorrem em outras áreas, pelos gestores".

Em sua resposta, "identifica diferentes modelos de gestão na sua prática como: gerencial burocrática e em rede" o modelo de gestão presente na RAPS é avaliado como "o modelo que deve estar presente na rede é de gestão de rede, pois quando se trata de saúde mental temos que formar uma rede de cuidados comunitária". Sua resposta leva à reflexão sobre como está sendo implementada a

rede de fato e como é identificada, pois a fala sugere que: “deve” ser construída. A concretização da rede passa pela construção permanente no território, de acordo com as necessidades de cada um. Para complementar, Börzel, (1998) aponta que as redes: “vinculam uma variedade de atores que compartilham interesses comuns com relação a uma política”. Figueiredo e Shimidt, (2008) expõem que a supervisão clínico-institucional é um caminho para superar tais diversidades, para enfrentar e superar os empecilhos institucionais, presentes no cotidiano do trabalho, tendo a definição do espaço de cada trabalhador e mantendo a especificidade de cada profissão, porém, anulando o rigor das especialidades, reduzindo conflitos que comprometem o funcionamento.

C8 coordena a política de saúde mental do município durante cinco anos e, em seu relato, traz “diversas dificuldades com relação à falta de comprometimento e de ‘perfil’ por parte de alguns profissionais, para trabalhar saúde mental”. Complementa citando “interferências políticas, dificuldades com recursos materiais e pessoais, necessidade de aporte financeiro para implementação da RAPS e também dificuldade de sensibilização de saúde mental às diversas instâncias municipais”. Um ponto positivo é a participação já garantida da coordenação de saúde mental no conselho municipal de saúde.

Na falta do coordenador para acompanhar a entrevista, foi realizado contato com a chefia de divisão, para agendar dia, local e data com antecedência, sendo explicado a esta todos os passos. Importante destacar o comparecimento e a participação do coordenador municipal de saúde mental no final da manhã, na Secretaria Municipal de Saúde, onde respondeu o questionário após reunião com gestor.

Em sua narrativa, o entrevistado C8 coloca que “atualmente a gestão é participativa”, e complementa explicando “o modelo de gestão presente na RAPS como participativa pois é possível ter a contribuição dos setores atuantes junto com as esferas de gestão”.

Nesse sentido, faz-se um parênteses para mostrar como atua a Coordenação de um serviço CAPS do município. Ao se chegar no primeiro serviço CAPS, para a entrevista com o usuário de saúde mental, percebeu-se como ocorre a gestão participativa. A coordenação do serviço informou que o “usuário não pode esperar para a entrevista, mas que poderia ir outro dia”. Porém, quando estava saindo do serviço, uma funcionária fez questão de falar para outra, para ser ouvida,

que “o usuário não tinha sido chamado”. Como pensar em gestão participativa, se o usuário é excluído do processo, sem direito a voz e a exercer o seu poder de contratualidade social?

Pitta e Saraceno, (2001) apresentam a reabilitação como uma técnica entre muitas outras existentes no mundo, com necessidade ética. Não sendo somente o ato de passar um sujeito do estado de incapacidade para o de capacidade. Isso implica em uma mudança total de toda a política, através dos programas e dos serviços de saúde mental, e estes devem ser modificados, conforme os autores.

C9 atua como coordenadora durante nove anos e relata “problemas de preconceito, e que permanece a lógica de internamento e de modelo hospitalocêntrico, necessitando profissionais capacitados e com perfil para trabalhar em saúde mental”. A entrevistada explica que “a gestão de saúde mental deveria ter mais autonomia no gerenciamento das questões e maior apoio da gestão municipal”.

Em sua apresentação de diferente modelo de gestão presente, responde “sim” e para modelo presente na rede a entrevistada C9 traz o “modelo participativo”, mas os muitos problemas apontados sugerem a dificuldade de compreensão e de gerenciamento de casos. Assim, fica uma pergunta ao modelo participativo: como e de quem é essa participação?

No serviço CAPS de uma modalidade, para a entrevista de um usuário, observou-se posturas pouco acolhedoras (por parte de alguns profissionais da equipe, que não dirigiram o olhar a esta pesquisadora enquanto lhes era dada explicação sobre a pesquisa). Esta atitude sugere como alguns profissionais abordam o modelo participativo e faz emergir as dificuldades do dia a dia dos serviços, que deveriam ser referência em saúde mental, bem como, as fragilidades encontradas com a gestão municipal para a implementação da política de saúde mental e o seu poder contratual frente à equipe.

Amarante, (2003) apresenta outra fundamentação teórico-técnica, não mais a do paradigma psiquiátrico. O psicossocial passa a ser utilizado como um significante para indicar os novos dispositivos institucionais como os CAPS. Faz-se necessário, assim, compreender os princípios da reforma psiquiátrica, para atuar nos serviços, com a desconstrução das velhas práticas, para sua substituição por um processo de invenção de novas práticas, que ocorrem no cotidiano e no território.

Para Rua, (2009) é necessário identificar esses atores em uma política pública, para estabelecer “quem tem alguma coisa em jogo na política em questão” e

“quem pode ganhar ou perder com tal política”, enfim, quem tem “interesses afetados” através de decisões e ações relacionadas à política em questão.

As questões apresentadas nas narrativas dos coordenadores, referente aos modelos de gestão pública presentes na RAPS e no cotidiano das instituições, representadas por coordenadores, gestores e equipes dos serviços, contribuem para a representação do contexto e cenário apresentado, em que não se evidenciou o lugar que o usuário deveria ocupar, bem como na atuação do coordenador de saúde mental não se confirmou, a autonomia e contratualidade social frente à gestão municipal e profissional das equipes dos serviços CAPS, e demais profissionais da rede, afetando assim, na mudança do cenário social.

As narrativas apresentadas demonstram fragilidades nos serviços CAPS da região metropolitana por parte de todos os atores, na condução da Política Pública através de gestores, Secretários Municipais de Saúde, ao não transmitir maior autonomia aos Coordenadores de saúde mental, como também os profissionais que atuam e protagonizam seus papéis, os quais deveriam ter a coparticipação dos usuários na construção da dimensão teórico-conceitual, tomada como referencial analítico, no cenário social, desenvolvendo o acolhimento focado na “existência e sofrimento”, trabalhando para as mudanças necessárias, na reconstrução, e assim, promovendo o aumento da autonomia/emancipação e contratualidade social.

Faz-se necessário expor que não se evidenciou um trabalho de gestão em rede, nem de Rede de Atenção Psicossocial, demonstrando a centralidade de modelo no próprio serviço CAPS, o qual deveria ser um serviço aberto de base territorial e comunitária e articulador da rede no território.

Para melhor compreensão e avaliação das políticas públicas, Melo, (1998) aponta que esta não se constitui em um exercício formal “desinteressado”, mas está ancorada num conjunto de valores e noções sobre a realidade social e deve ser partilhada por componentes do governo.

Aponta-se também a visão dos coordenadores sobre a Rede, pela utilização dessa legislação para o convencimento da implantação da política de saúde mental, nos municípios, junto à gestão municipal representada por Secretários de Saúde, e assim, optou-se por adotar o seguinte conceito: “As Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010c). Nesse

sentido, observou-se que apenas o C4 tem conhecimento desse conceito e dele se aproxima em sua resposta.

Para Mito, (2001) a intervenção em rede é uma alternativa que pode romper com os modelos assistencialistas, que negam e tutelam a população e seus direitos, quando deveriam propiciar o fortalecimento da identidade e da autonomia. Este modelo está sendo adotado pela pesquisadora no campo de atuação, que é centrado em como contribuir com a autonomia do usuário de saúde mental para a sua reinserção psicossocial.

Para a continuidade desta análise, com vistas à autonomia dos usuários e a reinserção psicossocial, é fundamental que a equipe dos serviços CAPS seja composta por um determinado número de profissionais para a construção do trabalho em rede, em conformidade com a Portaria 336/02 (BRASIL, 2002^a). No entanto, nas respostas dos entrevistados constata-se a falta de profissionais nas equipes, o que causa a diminuição de cuidados nos atendimentos prestados aos usuários, como a frequência nos cuidados como o acolhimento, autonomia/emancipação e contratualidade social.

Segundo o relato dos coordenadores de oito municípios com onze serviços CAPS pesquisados, quatro deles com CAPS I, o C1 não apresenta equipe completa. Os quatro CAPS II os coordenadores C6 e C8 narram que não dispõem de equipe completa e os coordenadores C 6, C 8 e C9 apresentam a falta da equipe nos três CAPS AD. O que fica evidenciado dentre todos os serviços pesquisados é o fato de que: 100% dos CAPS AD, 50% dos CAPS II e 25% de CAPS I não apresentam equipe completa, o que demonstra a fragilidade nos atendimentos, um fator de grande relevância para o trabalho com os usuários de saúde mental.

Para Secchi, (2010) que apresenta uma política pública como sendo uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público, evidencia-se um problema: “como trabalhar o acolhimento, o cuidado, a autonomia/emancipação e a contratualidade social dos usuários quando um serviço não dispõe de equipe?” O autor complementa “uma política é uma orientação à atividade ou à passividade de alguém”. E Amarante, (2007) complementa que muitas mudanças ocorreram por parte de profissionais comprometidos, no entanto, grandes experiências foram reduzidas a reformulação dos serviços. Porém, deve-se pensar em como realizar as mudanças necessárias para os processos de trabalho em saúde mental, promovendo a autonomia e consequentemente a cidadania dos usuários.

A seguir será abordado o atendimento “**porta aberta**” do serviço CAPS, que se refere ao acolhimento diário, de grande importância para os usuários de saúde mental, os quais necessitam de um atendimento mais humanizado, para que possam iniciar vínculo com o serviço e profissionais, aumentando assim, a possibilidade de adesão ao tratamento.

Para esta análise é importante trazer a proposta das autoras, Schmidt & Figueiredo, (2009, p. 131) de três eixos descrito por elas, para avaliar o serviço CAPS, como: “acesso, acolhimento e acompanhamento”, e apontam que: “o acesso está diretamente atrelado ao acolhimento”, sendo inseparáveis.

As autoras concluem que:

O acesso e o acolhimento estão imbricados, pois é o desenho do serviço que potencializa ou não esse acesso, e o modo como o acolhimento é feito é determinante para os desdobramentos do atendimento. (SCHMIDT & FIGUEIREDO, 2009, p. 136)

De acordo com as respostas dos coordenadores, dos 11 serviços pesquisados, 100% apresentam o atendimento porta aberta.

Ao se analisar como ocorre o acolhimento nos serviços CAPS, observa-se as seguintes narrativas: o C2 relata que “ocorre na quinta-feira pela manhã e quando há necessidade”; O C6 fala que “é de segunda a quinta-feira pela manhã no CAPS II, e de segunda a sexta-feira e em horários alternados, manhã e a tarde, no CAPS AD”, o que faz pensar sobre como esta disponibilidade é administrada pela equipe, como ocorre o cuidado de quem ali está. Outro fator observado na resposta do “C4 é o relato de atendimento com fila de espera”, o que também sugere não se tratar de acolhimento, pois o acolhimento é diário. Isso levou a uma pergunta: para quê, por que ou quem o usuário espera? O C9 complementa informando que “não há fila de espera para o acolhimento, apenas para o primeiro atendimento de psiquiatria”, o que sugere o atendimento por um profissional não integrado ao trabalho da equipe.

Sendo assim, chegou-se à conclusão de que a porta do serviço não está totalmente aberta, pois, com dias e horários determinados para acolhimento, não se trata de acolhimento. O acolhimento é para atender a necessidade do usuário no momento em que este chega ao serviço, sem dia e hora pré-determinados, para que possa receber este cuidado de acordo com a sua necessidade, e o psiquiatra não pode ser excluído e nem se excluir desse cuidado.

E reforçamos a dimensão teórico-conceitual, segundo a qual é necessário construir conceitos como **“existência sofrimento”**. É importante que os profissionais tenham essa compreensão em relação aos usuários dos serviços de saúde mental, sendo o cuidado ofertado conforme as necessidades destes, de acordo com Amarante, (1999).

Segundo Silva Júnior e Mascarenhas, (2006, p. 241), apud Pinheiro, (2004):

O Acolhimento pode ser compreendido como uma postura que pressupõe atitude, por parte do trabalhador, de receber, escutar e tratar humanizadamente o usuário e suas demandas [...] é uma técnica que instrumentaliza procedimentos e ações organizadas que facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas aos problemas demandados, além de funcionar como orientador dos processos de trabalho, já que pontua problemas e oferece respostas a questões referentes à organização dos serviços de saúde (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2006, p. 241 APUD PINHEIRO, 2004).

Para as autoras Schmidt e Figueiredo, (2002, p. 136):

Acolher é um processo que depende não só da estrutura ou de aspectos físicos do acesso, mas dos recursos clínicos da equipe, como atender, escutar, avaliar, e discriminar as demandas. O acolhimento exige, por um lado, uma ação imediata (urgência) e, por outro, um intervalo de tempo para a resposta (traçar a conduta) (SCHMIDT & FIGUEIREDO, 2009, p. 136).

As autoras Schmidt e Figueiredo, (2009, p. 136) ainda complementam ser o momento em que é apresentado na primeira abordagem tendo assim um “o diagnóstico da situação, passando do acolhimento ao acompanhamento, demonstrando assim, o encargo do serviço, realizado por profissionais da equipe, num trabalho partilhado”. O acolhimento se dá no sentido do encaminhamento para a inclusão do usuário no serviço, dando continuidade ao cuidado.

De grande relevância para o usuário também é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), criado para as necessidades de cada paciente. De acordo com as respostas dos coordenadores municipais relacionadas à oferta do serviço, dos 11 serviços pesquisados, apenas o entrevistado C1 relata “não estarem realizando o serviço, por falta de equipe”; o C3 explica que “os casos são analisados em grupos”; os demais coordenadores responderam sim. Complementando a pergunta, o entrevistado C9 relata que “no CAPS AD poderia ser melhor”. Isto sugere que o entrevistado tem conhecimento de como vem ocorrendo o trabalho das equipes, mas qual é o poder de contratualidade perante esta equipe e situação?

Em suas narrativas, os coordenadores demonstram que alguns serviços estão realizando o PTS dos usuários. Estes instrumentos são essenciais para desenvolver o acolhimento, cuidado, autonomia/emancipação e contratualidade social, conforme descrito no eixo teórico-conceitual. Porém, ao se comparar as respostas dos usuários de saúde mental com relação à elaboração do PTS, no momento da entrevista e na transcrição dos dados relatados, observa-se que dos 11 usuários entrevistados, somente quatro relatam conhecer o PTS, e um participou do seu projeto e o revê a cada seis meses. Cinco descreveram participar de uma reunião sobre o tratamento, mas nada foi explicado sobre o PTS. O que demonstra que a substituição de modelo não está ocorrendo, pois o usuário não é incluído em seu tratamento, não sendo trabalhada sua subjetividade, autonomia para desenvolver sua emancipação e o seu poder de contratualidade social. Também é importante evidenciar, qual o poder de contratualidade do coordenador de saúde mental, perante as equipes dos serviços CAPS.

As autoras Schmidt e Figueiredo, (2002, p.136) apresentam que o acompanhamento de caso, depende de uma série de fatores e acontecimentos dentro e fora do serviço CAPS, e reforçam a supervisão, a fim de elaborar estratégia de ação para cada caso.

Segundo Campos & Campos, (2006, p. 670) de acordo com a concepção de saúde, “um projeto terapêutico aplicado em cogestão com o usuário estará produzindo saúde para este indivíduo”.

E para finalizar a análise do trabalho multidisciplinar necessário nos serviços CAPS, em relação à mudança da lógica do cuidado, observou-se que os relatos dos coordenadores dos oito municípios pesquisados, com 11 serviços CAPS na rede são: o entrevistado C1 diz “não conseguir realizar o trabalho, por falta de conhecimento e integração da equipe”; o entrevistado C8 relata que “cada profissional direciona o serviço CAPS W conforme sua convicção”; o C9 relata que “não ocorre o trabalho com um serviço CAPS Y”. Oito serviços desenvolvem o trabalho com equipe integrada, porém, esta integração não os leva para o trabalho que deveria ocorrer nos serviços CAPS, conforme os apontamentos. As narrativas vêm respondendo à pergunta central e trazem a compreensão sobre qual é a contribuição dos serviços na construção do cuidado, da autonomia/emancipação e contratualidade social dos usuários.

Ao se verificar a atuação de uma equipe multidisciplinar dentro de um serviço CAPS, percebeu-se algumas fragilidades evidenciadas, outras não comentadas. Mas a comparação dos relatos dos usuários com a não execução de PTS mostra as dificuldades presentes no dia a dia dos serviços.

Costa-Rosa; Luzio; Yasui; (2003, p. 32) apud Amarante, (2003) apontam, que no campo teórico-conceitual, alguns caminhos como: “tem se operado, antes de tudo, a desconstrução de conceitos e práticas sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental”. Assim, evidencia-se a necessidade da mudança de visão, por parte dos profissionais do serviço CAPS, os quais deveriam ser referências em saúde mental.

Santos, (1996) expõe que o território, hoje, pode ser formado de lugares contínuos e de lugares em rede, sendo que os mesmos lugares formam o espaço comum e as redes, compondo-se dos mesmos pontos, mas que contêm funcionalidades distintas, “quiçá divergentes ou opostas”. O autor explica que estes fatos acontecem simultaneamente, “graças aos milagres da ciência”, criando a possibilidade de um acontecer solidário, apesar de todas as diferenças entre lugares e entre pessoas. Amarante, (1994) complementa que o trabalho no território é de reprodução de vida e de subjetividades.

Para o Ministério da Saúde, os serviços CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica e o articulador da rede de cuidado em saúde mental, promotor de vida na construção de uma rede de atenção à saúde mental, sendo fundamental empregar todos os recursos existentes, como: as relações pessoais, afetivas, familiares, de trabalho, esportivas, escolares, econômicas, religiosas, de lazer e culturais. Sua característica principal é integrar os usuários a um ambiente social e cultural concreto, denominado como seu ambiente, o ambiente da cidade onde se desenvolve a vida no seu cotidiano de familiares e usuários (BRASIL, 2004^a).

Sendo assim, neste trabalho constatou-se a necessidade de capacitação continuada dos gestores, coordenadores e de suas equipes de saúde mental e, após, dos trabalhadores da saúde, da intersetorialidade, dos familiares, usuários e da sociedade, para a efetivação da mudança de modelo, do paradigma psiquiátrico, que precisa acontecer no território, para uma mudança cultural.

4.2 O DIREITO À VOZ PARA O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA, CONTRATUALIDADE SOCIAL E CIDADANIA DOS USUÁRIOS

O Quadro 2 apresenta os usuários dos serviços CAPS pesquisados e o tipo de modalidade de serviço, para a compreensão da composição da rede municipal.

Quadro 2 – Usuários de Saúde Mental

USUÁRIOS				
MUNICÍPIO USUÁRIO	TEMPO DE TRATAMENTO	TIPO SERVIÇO	FREQUÊNCIA NO SERVIÇO	ALTA DO SERVIÇO
U 1	Maio 2006	CAPS I	3 vezes	Em tratamento
U 2	Fevereiro 2015	CAPS I	2 vezes	Em tratamento
U 3	Fevereiro 2008 ou 2009	CAPS I	Nenhuma	Sim
U 4	Não lembra	CAPS I	Nenhuma	Sim
U 6.1	Agosto 2012	CAPS AD	2 vezes	Em tratamento
U 6.2	Fevereiro 2011	CAPS II	2 vezes	Em tratamento
U 7.1	Junho 2015	CAPS II	5 vezes	Em tratamento
U 7.2	Janeiro 2015	CAPS AD	1 vez	Em tratamento
U 8.1	2009	CAPS II	2 vezes	Em tratamento
U 8.2*		CAPS AD		
U 9.1	2014	CAPS II	1 vez	Em tratamento
U 9.2	Junho 2012	CAPS AD	Nenhuma	Sim

Fonte: a autora (2016).

Nesta seção serão apresentados um relato, e os dados extraídos e selecionados do roteiro de entrevista com base na categoria analítica pesquisada no eixo teórico-conceitual, com a percepção do usuário do serviço CAPS, em relação ao cuidado, autonomia/emancipação e a contratualidade social necessários para à atenção psicossocial.

No Apêndice G consta o Quadro 7 – Apresentação de Resultados dos Usuários de Saúde Mental, para a visualização das perguntas selecionadas para a análise.

*U 8.2 – Usuário foi selecionado, porém, não foi chamado para participação pelo responsável.

Os usuários dos serviços CAPS estão identificados pela letra “U” enumerada de um a quatro e de cinco a nove, que os relacionam aos respectivos coordenadores municipais, para que se possa compreender a rede municipal, sendo evidenciado o tempo de permanência, frequência e alta do usuário no serviço.

Nesta pesquisa, optou-se por realizar a entrevista seguindo um roteiro, para que se pudesse conduzir o informante aos assuntos que se pretendia investigar.

Ao dar voz aos usuários, optou-se por seguir um roteiro de entrevista para obter as respostas, porém, o caminho percorrido com cada usuário foi um processo de interação social de acordo com a sua realidade e subjetividade, respeitando seu tempo e sua trajetória, para que se pudesse estabelecer um momento acolhedor, e assim, compreender como está sendo construída a sua autonomia e contratualidade social para o exercício da cidadania.

Esta pesquisadora fez o trabalho de campo sempre acompanhada do coordenador municipal de saúde mental ou, na falta deste, um representante da gestão municipal para nos serviços CAPS, ser apresentada aos usuários pelos coordenadores dos serviços. Após a apresentação ao usuário, no local definido para a entrevista, foi explicado ao paciente o motivo da pesquisa e deixando-o tranquilo quanto sua participação, bem como, foi explicado o interesse da pesquisadora em contribuir com as transformações do cenário em saúde mental. Em seguida, a pesquisadora leu o termo de consentimento e solicitou a assinatura do usuário para a autorização da sua participação.

Durante as entrevistas realizadas com os usuários de saúde mental, foi observada a forma predominante de atendimento em regime ambulatorial, por parte dos serviços CAPS, o que será apresentado nos dados compilados, para a melhor compreensão do eixo teórico-conceitual. Para tanto, aos usuários de saúde mental foram apresentadas perguntas destinadas a entender como vem ocorrendo o tratamento e quais são os caminhos que orientam a pergunta central do trabalho de mestrado, que é: “Como contribuir para a construção da autonomia dos usuários de saúde mental?”

Iniciou-se perguntando sobre o tempo de permanência do usuário no serviço, para se compreender como vem sendo realizado o trabalho de construção do cuidado, da autonomia/emancipação e contratualidade social, para sua reinserção psicossocial.

O U1 relata que “iniciou o tratamento em 2006, aproximadamente há dez anos, e não avançou devido a muitas mudanças de equipe. Quando a coordenação atual assumiu o serviço, o atendimento foi humanizado e capacitado, ocorrendo melhor trabalho de equipe, apesar das dificuldades com relação ao médico, que tratava mal todos os pacientes”. O U1 complementa dizendo que, “apesar do mau atendimento do médico foi sua melhor fase no tratamento, pois conseguiu desenvolver suas atividades e passou a cuidar da sua casa e de seus pais”. “Disse que conhece a legislação e procura seus direitos”. Segundo esse entrevistado, “o serviço vem apresentando mudanças, com muita rotatividade de profissionais, e ele atualmente está tendo dificuldades nos atendimentos por parte dos profissionais recém-formados, que ele considera sem conhecimento e muitas vezes sem ética, para os atendimentos”. Fala “da importância do vínculo com profissionais, e quando este não ocorre, ele sente que perde o tratamento”. Complementa que “um problema encontrado é com relação à gestão municipal, por falta de compreensão e de conhecimento, principalmente dos direitos dos usuários”. “Está frequentando o serviço três vezes por semana e não tem confiança em alguns profissionais”.

A sua fala sugere descontinuidades na implantação da Política Municipal de Saúde Mental por parte da gestão, o que reflete diretamente no tratamento dos usuários do serviço, explicando o motivo do tempo de permanência. A inexistência da rede para o trabalho social, aliada à falta de profissionais capacitados, traz para o cerne a questão colocada por esta pesquisa: “como contribuir para a construção da autonomia dos usuários”?

Apesar das descontinuidades, U1 relata “ter conseguido uma melhora em sua autonomia e está conseguindo cuidar de si e de sua família”. O poder contratual envolve três dimensões fundamentais: “trocas de bens, de mensagens e de afetos”. Saraceno, (1999) também aponta que a reabilitação é um conjunto de orientações estratégicas de troca de afetos e recursos, e com esta dinâmica é possível criar um efeito habilitador, o que leva a compreender o aumento de autonomia da usuária quando se refere à família e ao cuidado.

As questões apresentadas por U1 sobre a forma como o serviço CAPS vem sendo conduzido pela gestão municipal apontam para a necessidade emergente de avaliação da política de saúde mental e a tomada de decisão para uma mudança de modelo, o que também leva à pergunta: “de quem é a competência para avaliar os serviços”? Para o Ministério da Saúde, a avaliação para a gestão pode produzir

conhecimento e informação para orientar decisões dos gestores (BRASIL 2002^d). Outra ferramenta de grande importância do SUS é o DENASUS, ao qual cabe realizar auditorias e apoiar componentes estaduais e municipais do Sistema Nacional de Auditoria, contribuindo para a transformação da gestão.

E complementa-se citando Melo, (1998) para quem a avaliação de políticas públicas está intensamente ancorada em valores e noções a respeito da realidade social. Ao se demonstrar essas situações conflitantes, observa-se a necessidade de aproximação com a esfera municipal, para um alinhamento orientado pela ética.

O U2, em sua narrativa, explica que “iniciou o tratamento há seis meses, que já esteve de alta, mas precisou voltar, pois teve uma recaída. Durante a participação nas oficinas e atividades no serviço, não ouviu falar sobre seus direitos nem sobre a Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001^a)”. Complementa que “sua família participou do serviço, sua mãe faz artesanato e atuou na oficina do CAPS. Relatou ter sido ajudado pela equipe no momento necessário, após ter seguido as orientações da equipe, evitando, assim, a necessidade de internamento”. Em seu relato, “diz estar participando somente da parte ambulatorial, com consultas e reconsultas, por estar trabalhando na empresa da família e que tem trabalhado bastante, devido à quantidade de serviço”. “Fala do acolhimento e elogia o serviço. Disse que pode contar com a equipe, e vem ao serviço duas vezes por semana”. Na narrativa, o U2 explica já ter participado do tratamento, está frequentando novamente o serviço e não conhece a legislação, nem seus direitos. A fala sugere que a equipe não trabalha o usuário para desenvolver sua autonomia e contratualidade social, o que demonstra que o serviço está centralizado. Ao elogiar o serviço e saber que pode contar com a equipe, demonstra a referência para com o CAPS e profissionais, porém, a falta do trabalho comunitário impossibilita o usuário a aumentar sua autonomia, pois o serviço atende mantendo uma autonomia “regulada”.

Segundo Maia e Fernandes, (2002, p. 160) ao avaliar o código civil brasileiro de 1919, nos artigos: 5, 12, 84,145, e 177¹¹, citam que “é definido uma cidadania tutelada e assistida ao doente mental”.

¹¹ Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro n. 10.406 de 10/01/2002. Institui o Código Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm

Também complementam os autores que: “trata-se de uma cidadania tutelada porque nega a competência e autonomia dos doentes mentais na determinação das condições de suas próprias vidas”. Assim, existe a necessidade de rever a prática que orienta os serviços substitutivos e que dispõem de nova legislação na atualidade, porém repetem as velhas práticas.

A forma de trabalho centrada no próprio serviço demonstra o quanto os profissionais estão aprisionados a velhos conceitos e práticas e necessitam trabalhar a desinstitucionalização, para não repetir o modelo hospitalocêntrico. Amarante, (1994) aponta a necessidade de novas práticas assistenciais territoriais, com a desconstrução dos conceitos e práticas psiquiátricas.

A U3 foi solicitada pela equipe do serviço a comparecer no CAPS para a entrevista. Ao chegar e antes da entrevistadora ligar o gravador, já foi se apresentando, “falou da sua loja e do trabalho que desenvolve”. No momento oportuno, foi solicitada a sua participação na pesquisa e explicado o motivo da entrevista, antes de se dar prosseguimento ao trabalho e à leitura do termo de consentimento. Quando foi perguntada sobre a data em que participou do tratamento, “afirmou não se recordar ao certo, achava que havia ocorrido em fevereiro de 2008 ou de 2009, data em que esteve “internada no CAPS”. Também “não se lembrou de ter ouvido falar na lei e sobre seus direitos”. Explicou “a importância da medicação para o seu tratamento, do atendimento psicológico e de ter conseguido se ajudar”. Relatou “ter passado por preconceitos da sociedade, por morar em cidade pequena, mas, com o passar do tempo e se ajudando”, venceu seu próprio preconceito e suas dificuldades. Atribuiu à “superação em muito ao processo vivido quando encontrou um namorado, ao convívio em sociedade, ao retorno aos estudos após término do namoro, ao convívio em família com os sobrinhos”. “Não se recordava ao certo sobre a frequência ao serviço, acreditava que havia frequentado o CAPS duas vezes na semana”. Encontra-se de alta e sem acompanhamento.

No relato, a U3 “apresenta o trabalho realizado e a importância do serviço através dos profissionais, o que demonstra um trabalho mais ambulatorial, atribuindo sua melhora à ajuda do médico e do psicólogo, como também a si própria, por seguir as orientações dadas”. Como se pode observar em seu depoimento, ela atribui sua melhora ao convívio em família com os sobrinhos, ao retorno aos estudos e ao fato de ter uma loja, participando mais ativamente de sua vida, fazendo escolhas e desenvolvendo o poder de negociação. Esses fatores são apontados por Saraceno,

(1999) quando expõe que todos nós atuamos em três cenários: habitat, mercado e o trabalho, tendo espaços de trocas sociais, e são nestes cenários, que os indivíduos se beneficiam dos efeitos como “afetos, dinheiro, poderes, etc.”, o que leva ao aumento da contratualidade.

Faz-se importante ressaltar que, para a U3, não se evidenciou um trabalho voltado à reinserção psicossocial realizado pela equipe na rede, porém demonstra que o trabalho realizado através dos profissionais foi eficaz para a busca de seus contratos sociais, através da autonomia e emancipação.

A entrevistada U4, em sua narrativa, diz não recordar o ano em que iniciou o tratamento. Lembra que vinha sempre acompanhada de um de seus filhos e que o tratamento “era muito pesado” àquela época, pois não conseguia ir sozinha ao CAPS. Fala da importância das oficinas: aprendeu a fazer “muitas coisas de artesanato” e hoje continua fazendo curso e muitas atividades, “não fica mais em casa chorando”. Não se lembrou de ter ouvido sobre leis e seus direitos, e informou que seu convívio familiar melhorou com o tratamento. Outro fato importante recordado foi o de ter participado de algumas visitas a locais como parques e outros passeios em Curitiba, o que foi importante para seu tratamento, pois conseguiu saber que era capaz de ir a outros lugares. Isso possibilitou a ela procurar o Clube de Mães, através da indicação da equipe, onde teve outras oportunidades de aprendizagem, o que na atualidade aumenta sua renda, com a barraca onde vende seus produtos. Lembra que frequentou o serviço três vezes na semana, depois duas, e uma vez na semana, até a sua alta.

A narrativa sugere que a equipe realizou um trabalho mais integrado, tendo a usuária participado do tratamento através de oficinas e passeios que a ajudaram, assim como o cuidado familiar. O depoimento sobre ter participado e se sentir capaz reforça as subjetividades e possibilidades encontradas no território. Nesse sentido, observa-se uma mudança ocorrida no eixo teórico-conceitual com relação às práticas, o que a levou ao aumento da autonomia e consequentemente à emancipação e contratualidade social, conforme descrito por Amarante, (1999). Neste caso, evidencia-se o protagonismo nos três cenários: casa, trabalho, mercado e, como consequência, nas relações sociais - surgiu o afeto, de acordo com Saraceno, (1999). Porém, no relato, quem procura a própria reinserção é a usuária, e consegue sua autonomia e emancipação, a equipe apenas indica os meios, o que sugere que as ações voltadas para o trabalho em rede no território não ocorrem.

O U6. 1 iniciou o tratamento em 2012, e relata “ter ficado sem beber durante oito anos”. Trabalhava, mas, “após ter recaído deixou o trabalho, precisando de tratamento no CAPS, e opina que deveria haver mais internamentos, pois a pessoa fica vulnerável ao usar a “substância”. Considera o serviço CAPS “um porto seguro: os profissionais prestam um bom atendimento”, e relata que já recebeu visita domiciliar uma vez. Não conhece os direitos nem a Lei nº 10216/2001 (BRASIL, 2001^a), sobre a qual perguntou se servia para “ficar encostado”. Não conhece o serviço de ouvidoria do município, nem os profissionais da unidade básica, próxima de sua residência”. Relatou que “atualmente realiza um trabalho e frequenta o serviço duas vezes na semana”.

No relato, ele traz as dificuldades e apresenta o bom trabalho da equipe, porém, demonstra a falta de um trabalho voltado às necessidades do usuário. Sua fala sugere a vulnerabilidade social e a falta de uma rede de suporte social, que atue para as suas necessidades. Para a mudança de modelo, os profissionais necessitam romper com as práticas disciplinares e construir novas possibilidades, para que os usuários “sujeitos de direitos” possam recuperar seu estatuto de sujeito. Nesse sentido, Amarante, (1999) expõe um entrelaçamento entre os eixos teórico-conceitual e técnico-assistencial, para que haja mudança de visão com a reconstrução de conceitos, sendo necessário operar nessas dimensões.

Faz-se importante ressaltar a falta de orientação com relação a questões importantes para a continuidade da política de saúde mental, aumentando as informações e conhecimento aos usuários, da rede de atenção psicossocial e os componentes da rede que devem ser implantados, contribuindo para o aumento do poder contratual, autonomia e emancipação, na luta por seus direitos.

Os CAPS III tem o papel de funcionar 24 horas ao dia, sendo um dispositivo da rede de atenção psicossocial, em conformidade com as Portarias nº 336/2002 (BRASIL, 2002^a), nº 3088/2011 (BRASIL, 2011^a) e nº 3089/2011 (BRASIL, 2011^d), substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. E os componentes da rede, os usuários dos serviços necessitam de orientações com relação às portarias, leis e direitos, para aumentar sua autonomia e poder de contratualidade social.

U6. 2 deu início ao seu tratamento em fevereiro de 2011. Em sua narrativa, diz que “o serviço o ajudou bastante, devido ao apoio dos profissionais e o acompanhamento da médica”. Relatou que, “sem o controle da medicação, não sabe se conseguiria seguir com a vida social”. Comenta que “alguns profissionais

têm um jeito diferente de tratar, mais firmes, mas são bem atenciosos”. “Atribui à equipe a melhora no convívio familiar. Tem conhecimento da ouvidoria, mas não utilizou o serviço, conhece a profissional da unidade básica de saúde por ser uma vizinha”. Relatou que “apresentou um problema de saúde grave, precisando se aposentar”. “Não trabalha atualmente, ajuda a esposa com tarefas de casa e complementa que não gosta de ficar em casa, pois não quer ficar trancado e isolado”. Relata “ter criado um grupo de amigos, com pessoas que frequentavam o CAPS e vão para uma chácara, e lá criaram uma horta, na qual ajuda com tarefas leves, e também costumam ir para casa de parentes nos finais de semana”. “Não conhece a Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001^a) e fala da importância de se ter os profissionais necessários, pois estão faltando o terapeuta ocupacional e o oficinairo”. Atualmente “frequenta o serviço duas vezes na semana”. “Disse aguardar a visita da pesquisadora, para saber dos resultados desta pesquisa”.

A narrativa do usuário demonstra a dificuldade da falta de profissionais para compor a equipe, e apesar disto, “esta atende bem”, e o entrevistado atribui a ela melhora no convívio familiar e se refere ao tratamento médico e medicamentoso como importantes para o convívio social. Sendo assim, evidencia-se um aumento do poder de contratualidade social deste usuário, através dos afetos no cenário social, nas relações com a família e amigos.

Porém, o tempo de permanência no serviço, (cinco anos) sugere algumas questões com relação à falta de um trabalho mais voltado às necessidades do usuário. Novamente volta-se à questão central de como, é possível desenvolver um trabalho voltado às necessidades do usuário, para que este desenvolva a sua autonomia. A equipe reduzida realiza um trabalho centralizado no serviço, impossibilitando ações que possam favorecer a sua singularidade e maior poder de contratualidade social.

Para esta narrativa, considera-se importante trazer a III Conferência Nacional de Saúde Mental, de 2011. Em seu relatório final, foi citado que, para que fosse concretizada a reorientação do modelo assistencial, seria essencial a criação de indicadores de sistema de avaliação da política dos serviços de saúde mental “para o acompanhamento, intervenção e redirecionamento das práticas”, para a consolidação dos princípios do SUS. Assim, está-se a frente de um desafio e o Ministério da Saúde determina que: “ao invés de se criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários, permitir que estes habitem os circuitos de

trocas nos territórios da sociedade.” Levando a saúde mental a um desafio além do SUS que é: “sua realização implica na abertura da sociedade para a sua própria diversidade” (BRASIL, 2013^a). Porém, observa-se pouco avanço na questão da política de saúde mental e na reforma psiquiátrica, no território em que se atua, atualmente.

O U7.1 iniciou no serviço, em junho de 2015 e em seu depoimento, ele relata “que estava perdido no início do tratamento, por não compreender o que estava fazendo no CAPS, não sendo explicado a sua participação”. A fala sugere que o usuário não sabia o motivo de estar ali, sentia-se fora do processo de tratamento. No entanto, quando os profissionais passaram a atendê-lo em separado, ele relatou “se sentir mais acolhido”. “Foi passando por etapas, sendo atendido separadamente pelos profissionais, e depois passou a participar das atividades”. Expõe que os profissionais tentam fazer com que consiga retomar a rotina, e nos atendimentos familiares os profissionais orientam a família. “Trabalhava e estudava, mas, devido a muita pressão, “não deu conta”, mas pretende voltar a fazer faculdade e trabalhar”. “Não conhece as leis. Com relação à ouvidoria, já ouviu falar, mas não usou o serviço. Também relata conhecer a Unidade de Saúde e já tê-la frequentado”. Ele explica que “a convivência está sendo boa, pois realiza as atividades que quer”, também “aprendeu a fazer artesanato e está se sentindo bem”. “Atribui uma melhora no convívio familiar à equipe. Relata estar conseguindo cuidar das suas atividades da vida diária e prática e conseguindo contribuir na limpeza e organização da casa”. Está frequentando o serviço em cinco dias na semana.

Seu depoimento demonstra a fragilidade do serviço no atendimento por especificidades, a falta de integração da equipe multidisciplinar para prestar o atendimento necessário através do serviço, o que sugere atendimento ambulatorial. Os CAPS são serviços substitutivos e devem ser um lugar de referência e tratamento, oferecendo cuidado à população de sua área de abrangência, promovendo o cuidado, a reinserção social pelo acesso aos “direitos civis, lazer, trabalho e o fortalecimento de laços sociais”. O CAPS deve ser o articulador da rede, promotor de vida e de possibilidades (BRASIL, 2004).

Schmidt e Figueiredo, (2009, p. 131-132) apontam três dimensões destacadas para o acolhimento e pode-se comparar a primeira como a postura, que implica na “atitude humanizada e receptiva dos profissionais ao receber, escutar e tratar as demandas dos usuários, implicando relação de interesse mútuo, confiança

e apoio”. E complementam que: “o acolhimento como técnica é a utilização do saber profissional para produzir respostas ao usuário”.

O U7.1 também relata melhora no convívio familiar, o que demonstra uma melhora na contratualidade familiar, e nesse sentido se retoma a Saraceno (1999), nos cenários: “a rede social, o habitat e o trabalho”.

U7.2 iniciou o serviço em janeiro de 2015, e relata “ser fundador, pois participou de todo o processo para a mudança de modelo de ambulatório para CAPS, estando vinculado ao serviço desde sua inauguração”. O entrevistado expõe “ter tido vários episódios de recaída e internamentos, necessitando retornar ao serviço. Traz o bom atendimento realizado pela equipe, o cuidado dos profissionais, e as orientações com relação ao uso da medicação”. “Explicou como a equipe realiza visita domiciliar, sendo conforme as necessidades, e também realiza contatos telefônicos quando não comparece ao serviço”. Além disso, “afirma que desenvolvem bom trabalho familiar”. Também foram apontadas diferentes posturas na equipe, e o usuário menciona “a falta de profissional por muito tempo, expondo a necessidade deste, para que haja um bom trabalho”. Conhece o serviço de ouvidoria, não sabe explicar as leis, fala que a assistente social desenvolvia um grupo com direitos e deveres, mas como ficou muito tempo sem este profissional, isto parou de ocorrer. “Pega a sua medicação na unidade básica de saúde, porém, não conhece qualquer profissional”. “Traz algumas questões relacionadas ao trabalho formal, dizendo não ter conhecimento dos seus direitos, e receia perder os benefícios de ter um trabalho informal”. Relata que “faz jardinagem e “mexe” com eletricidade”. Atualmente frequenta o serviço uma vez na semana.

A fala deste entrevistado sugere que a falta de profissional tem acarretado dificuldades de acesso às informações fundamentais para o aumento da autonomia e o seu poder de contratualidade social. Também identifica diferentes posturas profissionais dentro da equipe, o que demonstra a necessidade de um trabalho mais próximo, para superar as dificuldades. Nesse sentido, aponta-se a supervisão clínico-institucional como sendo um dispositivo para a formação constante, para sustentar a responsabilidade compartilhada da equipe do serviço e como uma forma de encarar empecilhos institucionais e diminuir conflitos que comprometem o seu funcionamento (FIGUEIREDO, 2008).

É importante complementar a necessidade de apresentar uma equipe completa para um trabalho multidisciplinar, promovendo o aumento da autonomia

dos usuários, e criar possibilidades para que estes possam desempenhar papéis no meio social, onde ocorrem as trocas e afetos.

U8.1 iniciou o tratamento em 2009 e relata “a falta de profissionais, o que está afetando o seu tratamento, pois faz três meses que estão sem médico e sem medicação, e não dispõem de recurso financeiro para a compra da medicação”. A entrevistada diz “se sentir abandonada”. Também relata “a grande rotatividade de profissionais no serviço desde o início de seu tratamento, porém, apesar das dificuldades, os poucos profissionais se desdobram para atender a todos e dar conta da medicação e dos atendimentos e acolhimento”. “Conhece a unidade básica de saúde e alguns profissionais, e relata o preconceito de alguns deles, também dos vizinhos e da sociedade”. Complementa sua narrativa dizendo que “foi trabalhar em uma família, e foi dispensada logo em seguida, por saberem do seu problema”. Solicita que “as autoridades tenham conhecimento do que vem ocorrendo no CAPS e pede providências”. “Não tem conhecimento das leis”. Frequenta o CAPS duas vezes na semana.

A narrativa evidencia as dificuldades enfrentadas pela U8.1, quando não consegue um tratamento adequado. A falta de envolvimento do poder público, quando relata a falta do profissional médico e da medicação, para a continuidade do seu tratamento e a rotatividade de profissionais da equipe. Estes fatos sugerem que as leis e a construção da política pública necessitam ser acompanhadas. Os autores Amarante, Oliveira e Dorneles, (2005) apresentam, como um dos maiores desafios da reforma psiquiátrica, o fato de alguns profissionais militantes tentarem lidar e conduzir o movimento, tomando para si a responsabilidade. E complementam analisando que, se não houver mudança de foco na lógica dos serviços substitutivos, o avanço ocorrerá somente no discurso. Os autores apontam, ainda, que os centros de formação necessitam de integração no processo e atribuem essas dificuldades à demora das instituições governamentais em focar os sintomas sociais e estruturais, aliada à ausência de estratégias definidas.

O U9.1 lembrou-se do ano 2014, quando iniciou seu tratamento. Narrou que “foi avaliada pela assistente social e pela psiquiatra, que definiram a forma de sua participação no tratamento”. Relata que em seguida, lhe “foi comunicado os dias em que deveria participar dos atendimentos com a psicóloga e a psiquiatria”. Relatou ainda, “ter sido bem acolhida e orientada por elas com relação ao uso de

medicação e ao atendimento psicológico, o que a tem ajudado muito”. Explicou “o trabalho realizado junto aos familiares e a importância do tratamento”. Relatou também, “ter presenciado na recepção do serviço, conduta inadequada por parte de uma profissional, “que sempre está nervosa e não trata bem as pessoas”.

Relatou ainda, “fatos que ocorreram, mas que o dono da empresa aonde ela trabalha ajudou a resolver, transferindo-a para outro local, sanando tais dificuldades, e atualmente está bem contente”. Narrou “a dificuldade de privacidade nos atendimentos no CAPS, pois o imóvel não está adequado para os atendimentos, o que dificulta bastante”. “Não conhece as leis nem a ouvidoria. Sabe da existência da unidade básica de saúde, pois tem uma consulta agendada para dar continuidade aos seus atendimentos médicos e receber a medicação”, mas diz, “que dará continuidade ao tratamento psicológico”. Permanece no CAPS uma vez por semana.

O seu depoimento, denota a importância do serviço, o vínculo com a profissional psicóloga, e atribui sua melhora aos atendimentos. Reforça a evolução no convívio familiar e social, sugerindo um bom trabalho com relação à família e ao aumento do seu poder contratual, pois consegue cuidar da sua família e trabalho, demonstrando os cenários descritos por Saraceno, (1999) ao afirmar que nestes cenários desenvolvem-se os afetos. Porém, a entrevistada não conhece leis e direitos, o que leva a mencionar a importância do conhecimento e seus efeitos, para ampliar a autonomia e a contratualidade social. Dessa forma, considera-se a necessidade de enfatizar o trabalho do serviço CAPS, com a equipe multi e transdisciplinar com a maior informação aos usuários a respeito de seus direitos, de acordo com a Lei nº 10216/2001 (BRASIL, 2001^a).

A entrevistada apresenta em sua narrativa, as dificuldades presentes no serviço, por falta de adequação nos ambientes, o que acarreta um prejuízo nos atendimentos por falta de privacidade, além da conduta inadequada ao serviço por parte de uma profissional. Secchi, (2010) apresenta a política pública como sendo uma diretriz formada para encarar um problema público, e complementa afirmando que uma política pública é uma orientação à atividade ou passividade de alguém, e que estas atividades ou passividades são decorrentes e também fazem parte da política pública. Com este depoimento, surge novamente a questão: como contribuir para desenvolver a autonomia dos usuários nos serviços CAPS?

Importante destacar a funcionária que trabalha na recepção do serviço “estar nervosa e não tratar bem as pessoas” segundo Schmidt e Figueiredo, (2002) o acesso ao serviço e o acolhimento estão relacionados, pois é a maneira como produz o serviço que potencializa ou não o acesso, e o modo como o acolhimento é feito é determinante para os desdobramentos do atendimento, a primeira dimensão abrange todas as outras. Aponta na perspectiva de reorientação do serviço, o acolhimento está no cerne da proposta do projeto organizacional, sendo este a base que orienta o trabalho dos profissionais, o processo em equipe, a busca de capacitação. Destaca-se ainda, a supervisão como importante para a organização do serviço e acompanhamento do cotidiano de trabalho afirmando-se a articulação entre o acolhimento tanto como atitude, assim como técnica, implicando em uma determinada concepção da clínica para além dos protocolos de triagem.

U9.2 iniciou seu tratamento em junho de 2012 e relatou “ter gostado bastante, queria saber de tudo e perguntava o porquê de tudo, sendo-lhe explicado pela equipe”. Relata que “o convívio familiar mudou totalmente após a ajuda da equipe e que agora está vivendo uma ótima fase. Voltou a estudar, terminando seus estudos, e retomou seu trabalho”. Também “atribui suas conquistas ao fato de ter “se ajudado e ter muita garra”. “Sabe que existe conselho municipal de saúde, mas não conhece o serviço de ouvidoria”. “Conhece a unidade básica de saúde e opina que os profissionais que lá atendem deveriam ter mais respeito com o próximo, pois falta humanidade”. Narrou “conhecer tanto os direitos quanto os deveres. Em sua opinião, o serviço CAPS é bem completo”. Atualmente está de alta do serviço e não necessita de acompanhamento.

Em seu relato, esta usuária traz a importância do serviço e diz que é bem completo, porém, ao dizer que conhece “tanto os direitos quanto os deveres”, entende-se que a resposta sugere que a usuária não está respondendo adequadamente à pergunta realizada, pois esta se refere aos direitos concedidos pela Lei nº 10.216/2001, e na referida lei não constam “deveres”. Ao ser perguntada de outra maneira, a usuária preferiu não comentar, e isto lhe foi respeitado. Também em seu relato fica evidenciada a não realização de um trabalho voltado para a reinserção psicossocial, demonstrando que houve um trabalho apenas centralizado no serviço. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), os serviços CAPS são considerados estratégicos para a

organização da rede. Pode haver a reinserção psicossocial a partir do CAPS, porém, sempre em direção à comunidade. Para Amarante, (2003) as equipes multiprofissionais, nesses espaços institucionais e territoriais, atuam de maneira mais integrada à vida dos usuários.

Dessa forma, dos 11 usuários entrevistados, três encontram-se inseridos no território: o U3, U4 e U9.2. Oito deles ainda permanecem em tratamento: o U1, por um período de aproximadamente dez anos; o U2 diz “ter permanecido por um longo período, retornando há seis meses”; o U6.1 relata ter “iniciado em 2011, permanecendo três anos em tratamento”; o U6.2 menciona que “o início do tratamento foi em fevereiro de 2011, permanecendo por um período de três anos”; U7.1 relata ter “iniciado seu tratamento em junho de 2015, completando seis meses”; o U7.2 relata ter “iniciado seu tratamento em janeiro de 2015”; o U8.1 informou que “iniciou em 2009 seu tratamento, completando seis anos”; U9.1 relata “ter iniciado em 2014, permanecendo um ano em tratamento”; e U9.2 narrou “ter iniciado em 2012 e está inserido socialmente”.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta essencial para o desenvolvimento da contratualidade social dos usuários de saúde mental, pois trabalha as subjetividades, ou seja, as necessidades individuais e pessoais de cada um. A categoria analítica analisada a dimensão teórico-conceitual tendo como frequência: acolhimento, cuidado, a autonomia/emancipação e contratualidade social. Nesse sentido, as narrativas demonstram que quatro a conhecem e sete não a conhecem.

Dos usuários que relatam conhecer o PTS, um participou do seu projeto e o revê a cada seis meses. Outros cinco disseram participar de uma reunião sobre o tratamento, porém, não lhes foi explicado que se tratava de um Projeto Terapêutico Singular.

As narrativas sugerem que as equipes necessitam de capacitação para atuarem na construção de projetos dos usuários. Nesse sentido, o Ministério da Saúde apresenta o projeto terapêutico singular como a principal ferramenta de trabalho interdisciplinar, construído coletivamente, amparando as equipes na definição e direcionamento das ações, garantindo a coerência no contexto de vida de cada pessoa e possibilitando a participação, reinserção e construção da autonomia do usuário e família (BRASIL, 2008^a). Ainda o Ministério da Saúde aponta, entre os afazeres da supervisão, que ela seja clínica e institucional, levando

em conta a integração da equipe para permitir a construção de projetos terapêuticos que articulem os conceitos de sujeito, rede, território e autonomia (BRASIL, 2009).

O projeto coloca o usuário como ator de sua história de vida, criando possibilidades de trocas nos cenários sociais onde a vida acontece, e cria a possibilidade de compartilhar a responsabilidade de seu tratamento, promovendo a sua autonomia.

Segundo Campos & Campos, (2006, p. 671) a coprodução de maiores níveis de autonomia:

Depende do acesso dos sujeitos a informação, e mais do que isso depende de sua capacidade de utilizar esse conhecimento em exercício crítico de interpretação. O sujeito autônomo é o sujeito do conhecimento e da reflexão. Reflexão sobre si mesmo e sobre o mundo. Mas a autonomia depende também da capacidade do sujeito de agir sobre o mundo, de interferir sobre sua rede de dependências. Sujeito da reflexão e da ação (CAMPOS & CAMPOS, 2006, p. 671).

Campos & Campos, (2006, p. 671) complementam que “a partir desse ponto o poder aparece, oportunizando ao sujeito lidar com o sistema de poder, operando conflitos, estabelecendo compromissos e contratos com outros sujeitos”.

Segundo Yasui, (2003, p. 139-140) a construção de um projeto terapêutico, é um grande desafio e inicia-se na construção de um vínculo, durante a procura do usuário ao serviço, “de sua recepção, do acolhimento e da escuta”. Complementa, que a relação não se estabelece “a priori”, e reforça que “vínculos iniciais são frágeis e demandam atenção e cuidado especial”. Também expõe “ser uma proposta pactuada por diferentes atores, tais como: profissionais do serviço, o usuário, seu familiar, outros profissionais de outros serviços, e outros de acordo com a necessidade do usuário”.

Para a melhor compreensão e seguindo o Roteiro de Entrevista, foi possível perguntar como ocorreu o trabalho realizado pela equipe e solicitar como e quando aconteceu a revisão do PTS, ou do trabalho realizado pela equipe com relação ao tratamento. As narrativas abaixo demonstram o tratamento realizado pelas equipes dos serviços.

U1 relata que “o PTS não é realizado atualmente, por falta de profissionais”; U2 narra “não conhecê-lo, mas sabe que a equipe realiza um trabalho”; U3 relatou “não ter conhecimento”; U4 não conhece; U6.1 relata que “a equipe se reúne para falar sobre tratamento a cada um ano”; U6.2 narrou “ter participado e feito revisão

quatro vezes com enfermeiro, assistente social e psicólogo”; U7.1 “não sabe e complementa dizendo que os profissionais se reúnem e informam o tratamento (TO, Psicólogo e Enfermeiro)”; U7.2 relatou “conhecer, mas não soube informar, diz participar de reunião com profissionais (Assistente Social, TO, Psicólogo e Enfermeiro)”; U8.1 relatou “não conhecer e informou que a equipe revê tratamento, mas não soube explicar; U9.1 relatou não ter ouvido falar; U9.2 narrou que sentaram para falar do tratamento, mas não explicaram”.

As falas dos usuários sugerem que os profissionais ainda atendem de acordo com os modelos centrados na doença, com práticas ambulatoriais, e não focados na saúde mental, que pede ações voltadas para a comunidade e a atenção psicossocial, como descritas por Amarante, (1999) no campo teórico-conceitual: a emancipação e a contratualidade social, baseadas em noções e conceitos como existência e sofrimento.

O fato de não dar voz ao usuário e deixar a equipe decidir o que ele deve fazer, demonstra que não estão sendo incluídos em seu tratamento, para a sua autonomia e o seu poder de contratualidade social, para que o usuário possa participar plenamente das decisões sobre sua vida, para o convívio social e exercício da sua cidadania.

Para avaliar a mudança do modelo em saúde mental e a legislação que define os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, retorna-se à Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001^a), denominada como “lei da reforma psiquiátrica” por Amarante, (2007) para conhecer como vem ocorrendo este trabalho nas equipes. Nesse sentido, foram obtidas as narrativas a seguir: U.1 “diz que conhece a lei e procura seus direitos”; U.2 “explicou não ter ouvido falar sobre seus direitos nem sobre a lei”; U.3 “não se lembra de ter ouvido falar sobre a lei e direitos; U.4 não se lembra das leis e seus direitos; U6.1 não conhece os direitos, nem a Lei”; U6.2 disse “não conhecer”; U7.1 informou “não conhecer as leis”; U7.2 “não soube explicar a lei”; o relato de U8.1 sugere que “não tem conhecimento da lei”; U9.1 “não conhece as leis”; U9.2 relatou “conhecer tanto os direitos quanto os deveres”.

Sendo assim, dos 11 usuários entrevistados, nove deles não conhecem a legislação, apenas dois referem conhecer a lei e os direitos, conforme os depoimentos de U.1, que “conhece e procura seus direitos”; e de U9.2, que, ao relatar “conhecer tanto os direitos quanto deveres”, a pesquisadora levantou uma

pergunta: “quais são esses deveres?”, sugerindo não ter entendido a pergunta. A esse questionamento, o usuário preferiu não responder.

O Ministério da Saúde publicou a Lei nº 10.216 em 06 de abril de 2001, a qual “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, atribuindo novo impulso e novo ritmo ao procedimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil. O parágrafo 1º do Art. 4º define, quanto à proteção do pessoa acometido de doença mental: “O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (BRASIL, 2001^a). A Lei dá nova direção ao modelo assistencial em saúde mental no país, confirmando que “é de responsabilidade do Estado, tanto o desenvolvimento de políticas de saúde mental quanto à assistência e a promoção de ações de saúde”, com a inclusão da participação da família e da sociedade (BRASIL, 2001^a). Com a sua aprovação, foi possível observar a mudança do modelo de assistência psiquiátrica, que contou com esforços da sociedade para a mudança cultural, gerando, no país, um grande avanço à assistência, focando nos direitos dos portadores de transtornos mentais e sua inclusão social, com a expansão e consolidação da rede de atenção extra-hospitalar. Importante ressaltar que os movimentos sociais no país através da Portaria nº 399/GM/2006 (BRASIL, 2006^a), Pacto pela Saúde, apresenta o controle social como fundamental neste processo. Observa-se que o conhecimento das leis deve fazer parte do tratamento dos usuários, pois estes precisam deste conhecimento para garantir a sua reinserção psicossocial, assumindo papéis na sociedade, aumentando assim o seu poder contratual. Como aumentar a autonomia dos usuários, se estes não recebem informações fundamentais em seu tratamento e não participam do cenário onde a vida acontece?

Para conhecer a reinserção psicossocial dos usuários, perguntou-se de várias maneiras como vem ocorrendo o processo de “alta” dos serviços. As narrativas apresentadas pelos três usuários que obtiveram alta dos serviços são as mesmas: nenhum dos entrevistados saiu através de alta programada por equipe com o objetivo de sua reinserção psicossocial. O U3 “deixou o serviço CAPS por ter mudado de cidade e não manifestou qualquer referência da equipe relacionada ao meio social”; o U4, “ao deixar o serviço, foi aconselhado por um profissional a procurar outras atividades, sendo-lhe indicado o clube de mães, onde está inserido

atualmente, não sendo inserido no contexto social através da equipe do CAPS”. O U9.2 “solicitou alta por achar que “estava pronto”, também não foi inserido por equipe do serviço”.

O cuidado deveria ser realizado no meio social e monitorado pela rede, através da Unidade Básica de Saúde responsável por seu território. A Atenção Básica em Saúde é a primeira referência de acesso dos usuários ao sistema de saúde, abrangendo o cuidado aos que necessitam de assistência em saúde mental, com ações desenvolvidas no território, possibilitando uma maior proximidade para conhecer suas necessidades e o contexto em que vivem (BRASIL, 2013). Ainda segundo o Ministério da Saúde, a atenção básica deve cumprir determinadas funções para colaborar com o funcionamento das redes de atenção à saúde. Entre suas várias funções, deve atuar na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos (BRASIL, 2013).

A estratégia de saúde da família segue as diretrizes da atenção básica e, em conjunto com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), pode atuar no território de forma integrada, com a responsabilização de casos compartilhada, para a integralidade do cuidado (BRASIL 2013). Amarante, (2003) explica que os espaços institucionais e territoriais proporcionam que as equipes trabalhem mais integradas à vida das pessoas, com o desafio de apontar os condicionantes territoriais do processo saúde-doença, o que pode contribuir para diminuir o preconceito, aumentando o poder de contratualidade social. No entanto, neste trabalho observou-se a fragilidade e a inexistência do trabalho integrado em rede e em saúde mental, o que demonstra a permanência dos usuários no serviço. Assim, como inserir o usuário num contexto, quando os próprios equipamentos do SUS, ou seja, os serviços não estão preparados para mudar a realidade e atuar nos cenários com os usuários? Novamente se retoma a questão central da pesquisa: como contribuir para a construção da autonomia para a inserção social dos usuários de saúde mental?

O U1, para quem ainda não foi programada a inserção no território, narra que “conseguiu alguns avanços, mas não conseguiu evoluir em seu tratamento devido a tantas mudanças de profissionais e não está preparada para a inserção”. “Ele traz que a cidade é pequena e existe preconceito, além de não existir integração do serviço CAPS com o município”. O U2 relata “que sua alta ainda não foi programada, mas que pretende manter a abstinência, para poder sair”; o U6.1

“diz não estar programada sua alta e não querer sair do serviço”; e o U6.2 “diz que não foi programada sua saída e relata nunca ter pensado em sair”. O U7.1 narrou “não ter sido programada sua alta e não se sente seguro para sair”; o U7.2 relata “não ter programação, nem pressa para sair”. O U8.1 narra “não ter sido programada a alta e não respondeu as várias tentativas de esclarecimento”, sendo-lhe respeitado o seu silêncio. A U9.1 relata “não ter sido programada e que não está preocupada com a alta”, quer sair bem.

Com relação à pergunta da alta do serviço CAPS, não se considera correto o termo usado pois, em saúde mental, este termo remete ao velho, às práticas realizadas no modelo hospitalocêntrico, de tutela, quando, incapaz de decidir, o usuário perde o poder sobre sua própria vida. Porém, para velhas práticas, a mudança, novas práticas e as leis que as normatizam são necessárias, porém elas não se concretizam apenas por si mesmas, necessitam de mudanças nos processos de trabalho em saúde mental, através do eixo teórico-conceitual, que devem ocorrer através das práticas no cotidiano, pelos profissionais, com vistas à atenção psicossocial.

E para finalizar, avaliou-se a participação dos usuários e familiares no meio social. Para esta avaliação, optou-se por compreender como vem ocorrendo a aproximação com o conselho municipal de saúde, principal articulador das políticas de saúde nos municípios.

Dos 11 usuários pesquisados, cinco têm conhecimento do conselho municipal de saúde: U1; U3; U6.1; U7.2 e U9.2. Seis não têm conhecimento: U2; U4; U6.2; U7.1; U8.1 e U9.1, somando mais de 50% a desconhecer a existência do conselho. Os depoimentos sugerem que os usuários não estão sendo informados sobre seus direitos e permanecem excluídos do processo, fundamental para o fortalecimento do SUS, através do Pacto pela Saúde, o qual indica o controle social. Para a melhor compreensão, retoma-se os movimentos sociais no país, para a consolidação do SUS, criado através da Portaria 399/GM/2006 – Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006^a), que indicou o controle social como parte integrante e fundamental desse pacto, definindo as ações a serem desenvolvidas para fortalecimento do sistema. Portanto, devem ser apoiados os conselhos de saúde, as conferências de saúde, assim como os movimentos sociais, para ocorrer o seu fortalecimento. O Pacto cita, ainda, que deve haver auxílio ao desenvolvimento das seguintes ações: apoio aos processos de transformação dos conselheiros, estímulo à participação e à

avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde, sustentar os processos de educação permanentes, apoiar à implantação e implementação de ouvidorias nos estados e municípios, e amparo ao processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.

Nos depoimentos dos pesquisados, observa-se que, dos cinco usuários que têm conhecimento do conselho, o U1 narrou “ter participado da primeira conferência municipal de saúde”; U2 afirma “não sei”; U3 disse “conhecer por ter sido funcionário da prefeitura, mas não frequentava”; U4 relatou “não saber”; U6.1 relata “não ter participado, mas vai participar e concluiu sua fala dizendo que participou da conferência realizada este ano (2015)”. O U6.2 narra “não ter conhecimento sobre se ocorrem reuniões mensais do conselho e explica que ocorreu a conferência este ano (2015”; U7.1 relata “desconhecer”; U7.2 narrou “ter participado de duas ou três reuniões”; U8.1 respondeu “não conhecer”; U9.1 relata “não saber se existe”; e U9.2 informou “não saber”.

As narrativas apresentadas comprovam que os serviços estão centralizados em si mesmos, além de não fornecerem um trabalho com vistas à reinserção psicossocial. Para Saraceno, (1999) a construção do direito da cidadania como eixo prioritário não é uma escolha somente ética, mas também técnica: somente o cidadão pleno poderá exercitar as suas trocas. Complementa que um serviço de qualidade é aquele que possa ofertar reabilitação a todos que possam se beneficiar.

Para Amarante, (2008, p.72):

A construção de cidadania diz respeito a um processo social e, tal qual nos referimos no campo da saúde mental e atenção psicossocial, um processo social complexo. É preciso mudar mentalidades, mudar atitudes, mudar relações sociais (AMARANTE, 2008, p.72).

Dessa forma, para aumentar as possibilidades de autonomia em saúde mental, é necessário inserir os usuários no cenário social de trocas e afetos, aumentando o seu poder contratual, valorizando a sua atuação em seu cenário, seu território, e produzindo, nesse lugar, maiores possibilidades de encontros entre pessoas, desenvolvendo a sua participação social e uma mudança na cultura que se faz no território, onde a vida acontece.

Ao se permitir que os “pacientes” permaneçam dentro dos serviços de forma tutelada, sem projeto de vida, sem conhecimento das leis e de seus direitos, como

também sem conhecer a função e funcionamento do conselho municipal de saúde, fundamental para a consolidação do SUS e a participação social, está-se mantendo o serviço aprisionado ao conceito de doença, isto é, a “velhos” conceitos, e não se avança na substituição de modelo.

Assim, para que ocorra a mudança, é necessário mudar o cenário para protagonistas atuantes no eixo teórico-conceitual, que desconstroem conceitos e práticas sustentados pela psiquiatria e psicologia, centrados na doença, para desenvolver novos conceitos, relacionados à “existência e sofrimento” do sujeito, para que as demais dimensões possam emergir e se entrelaçar, permitindo que o usuário desenvolva sua autonomia e possa refazer contratos sociais, com trocas e afetos advindas das relações sociais, no território, promovendo a mudança na cultura e no cenário social.

Assim, o caminho a ser percorrido pelos gestores, profissionais, usuários, familiares e sociedade é desenvolver ações no território, construindo novos valores e novas práticas. As representações de exclusões sociais precisam ser modificadas por inclusões, e os atores sociais devem representar o seu papel na ação de “saúde mental para todos”!

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa apresentou como objetivo geral avaliar o processo de inserção social dos usuários dos serviços CAPS na Rede Assistencial à Saúde Mental na Região Metropolitana de Curitiba, no eixo teórico-conceitual, conforme descrito por Amarante, (1999) para avaliar como vem ocorrendo a esfera dos direitos sociais, condições de cidadania e democracia efetivas.

Foram selecionados, para fins desta pesquisa, os usuários de serviços CAPS e coordenadores municipais de saúde mental e utilizado um questionário semiestruturado aos coordenadores e aos usuários um roteiro de entrevista, perfazendo 50% por modalidade de serviço de oito municípios da Região Metropolitana de Curitiba.

Os critérios para os usuários participarem da pesquisa apresentados à equipe dos serviços foram apresentar quadro estável, tendo como objetivo descrever a participação social e o exercício da cidadania.

Os dados obtidos foram analisados à luz do referencial teórico, na categoria analítica descrito por Amarante, (1999) no eixo teórico-conceitual, observando a frequência desenvolvida do cuidado, autonomia/emancipação e contratualidade social, para uma mudança de conceitos amparados pela psicologia e psiquiatria, com relação às visões sobre a doença mental, para a substituição e construção de novos conceitos.

Como resposta ao problema da pesquisa – “como contribuir para a construção da autonomia dos usuários de saúde mental?” – evidencia-se o uso da palavra autonomia para que se pudesse demonstrar como aumentar o poder contratual dos usuários na implantação da política de saúde mental, por todos os atores (gestores, coordenadores, equipe dos serviços CAPS), e, quando não ocorre, observa-se o quanto os usuários podem permanecer nos serviços de forma tutelada, com sua autonomia “regulada”.

Na análise dos dados apresentados, averigua-se a falta de equipe completa, apontada pelos coordenadores, para atuar nos serviços, o que afeta diretamente no desenvolvimento do trabalho junto aos usuários para a construção da sua autonomia, e, ficou mais evidenciado através dos relatos dos usuários.

A rotatividade e a falta de capacitação dos profissionais, outro ponto de grande relevância, bem como a falta de comprometimento de alguns profissionais e

ética nos atendimentos, também foram evidenciados e narrados por usuários e coordenadores, apontando assim, a fragilidade nos serviços para a categoria analítica pesquisada.

Ressalta-se, ainda, as descontinuidades, quando pessoas capacitadas para os serviços são substituídas por pessoas sem capacitação. Assim, volta-se ao cerne da questão: “como dar continuidade à Política de Saúde Mental e à construção da autonomia dos usuários?” Este é um tema a ser compreendido pela gestão municipal, para a busca de solução.

Outra questão levantada são as dificuldades das coordenações, que devem fazer o papel de gestão. Nesse sentido, questiona-se como conseguir o comprometimento das equipes dos serviços CAPS, com o cuidado aos usuários para a sua autonomia. E, principalmente, de que maneira o gestor, Secretário Municipal de Saúde, pode contribuir para o gerenciamento da gestão compartilhada com seus coordenadores municipais de saúde mental, considerados referências em saúde mental pelo Ministério da Saúde, no seu território.

Diante dessas questões, aponta-se a necessidade de um trabalho, do coordenador municipal de saúde mental, mais voltado para a implantação da política de saúde mental, em seu território, com maior autonomia, para o aumento da contratualidade social de todos os atores envolvidos na construção social.

Também se questiona como ampliar esta participação em rede para a implantação da política, sendo necessário que os atores sociais aumentem o poder de contratualidade e pratiquem as mudanças através de trocas e afetos, no cenário social, o território, para a mudança cultural.

Para integrar e articular o sistema de saúde brasileiro, preconizado pelo Ministério da Saúde, tem-se as redes de atenção, para a inclusão dos serviços baseados no território, como benefício ao cidadão usuário, enfatizando a cidadania e as redes dentro das políticas públicas e seus processos democráticos. Porém, na análise não é evidenciada a rede de atenção psicossocial e a atuação no território.

Nas narrativas foi evidenciado que um serviço não está adequado, com interferência no ambiente que prejudica a privacidade dos atendimentos, conforme se ouviu de um dos usuários, que relatou esta dificuldade em seu tratamento. Faz-se importante ressaltar a Portaria n. 3089/2011 (BRASIL, 2011^d) que regulamenta a adequação de espaço físico do serviço. Também a falta de recursos materiais, traz consequências ao bom desempenho do serviço e interfere no tratamento dos

usuários, como a falta de material para o funcionamento das oficinas. Estas dificuldades são apontadas por coordenadores e usuários ao relatarem as influências nos serviços e para sanar essas interferências, são necessários direcionamentos e apontamentos pelas competências das esferas de governo, para a avaliação e acompanhamento dos serviços.

Conforme descrito pelo Ministério da Saúde, a principal ferramenta de trabalho dos serviços CAPS é o Projeto Terapêutico Singular, porém ainda observa-se que os usuários não têm conhecimento. A opção em seguir um roteiro de entrevista teve o objetivo de saber como o serviço está se desenvolvendo, aumentando as possibilidades de interação social com o usuário e, consequentemente, de obter respostas adequadas às suas necessidades, e assim, colher as informações necessárias para a pesquisa. Nas narrativas, observou-se que alguns usuários ainda não estão incluídos na corresponsabilização do seu PTS, ao não terem conhecimento do que é um Projeto Terapêutico Singular.

Na visão dos coordenadores municipais de saúde mental, os serviços desenvolvem projetos, porém, as narrativas dos usuários dos serviços demonstram outra realidade, assim, não estão sendo realizados projetos de vida para eles. Este dado, comprovado através das narrativas, reflete no cuidado, na autonomia/emancipação e contratualidade social do usuário, ou seja, ele continua tutelado e não participa das decisões do seu tratamento, portanto não se responsabiliza por sua vida. Como se observou em algumas narrativas, a equipe decide por ele.

Nos resultados desta pesquisa, evidencia-se a necessidade de alinhamento de conceitos por todos os atores, para atuarem e serem referência em saúde mental no território.

O acolhimento aos usuários, no momento em que procuram ou são referenciados ao serviço, é de fundamental importância, pois nesse momento todos os recursos precisam ser oferecidos, e assim inicia-se um vínculo que possibilita sua maior adesão ao tratamento, bem como possibilita um encontro de construção entre usuário e profissional.

No entanto, no trabalho de campo percebeu-se que a falta de um acolhimento mais efetivo, interfere no tratamento do usuário. Como exemplo, há o relato de um usuário que, ao iniciar o tratamento, se sentiu “perdido” até ser atendido

por alguns profissionais, evidenciando as fragilidades de condução de casos por parte dos profissionais.

Assim, com a apresentação desses pontos relevantes da análise, foi confirmada a centralidade existente nos serviços CAPS, que repetem a lógica manicomial, ao tutelarem o “paciente”, que fica sem direito de decidir e fazer suas próprias escolhas e, portanto, sem aumentar sua autonomia/emancipação e contratualidade social.

Comprova-se, na análise deste trabalho, a falta de conhecimento para o gerenciamento da condução da Política de Saúde Mental por parte de todos os atores, conforme as narrativas apresentadas nas entrevistas. Os gestores, coordenadores e profissionais dos serviços CAPS precisariam ser as referências em saúde mental em seu território, para promover a mudança de modelo, conforme descrita por Amarante, (1999) na dimensão teórico-conceitual, o referencial analítico utilizado para a este trabalho, o qual aponta a necessidade de deixar a doença de lado e de preocuparem-se com o sujeito da experiência, que sofre, os profissionais necessitam realizar um trabalho voltado para o acolhimento, a autonomia promovendo a emancipação e a contratualidade social.

Nas narrativas relacionadas ao conhecimento da existência de outros equipamentos ou pontos de atenção, de grande importância para a participação e autonomia dos usuários, através do Conselho Municipal de Saúde, uma ferramenta muito importante para a consolidação do SUS, observa-se que estes não participam, por não conhecerem ou por serem excluídos. Também não são realizados acompanhamentos fora do serviço, para outros serviços, como as Unidades Básicas de Saúde, não sendo trabalhado o aumento do poder de contratualidade social dos usuários, nem o meio, com ações voltadas para as Redes.

Faz-se importante ressaltar “um desabafo” de uma usuária ao solicitar, no momento da entrevista, para o poder público, providências com relação a sua necessidade, medicação e atendimento médico. Isso demonstra a necessidade de as esferas do governo acompanharem a política de saúde mental.

Em relação ao trabalho realizado pelas equipes dos serviços CAPS com a família, não se pode deixar de evidenciar que há um aumento da contratualidade social dos usuários, através das trocas e afetos. Também se esclarece que os usuários consideram o CAPS como um espaço acolhedor, o que demonstra que os

serviços são referência, porém, o CAPS não pode permanecer centrado em si mesmo.

Um fator de grande relevância para a implementação da Política de Saúde Mental é o comprometimento da gestão municipal, com vistas a compreender tanto a dimensão administrativa, que compõe a política, através de programas e projetos, como a ação, distinguindo que a política é uma intervenção nas relações sociais, cujo processo decisório influencia e é influenciado por determinados grupos e pessoas de interesses diferenciados.

O SUS apresenta o Pacto pela Saúde, com a Portaria GM nº 399/2006, (BRASIL, 2006) e traz ações definidas, como o controle social, para serem desenvolvidas no sentido de fortalecer o sistema.

Secchi, (2010, p. 2) analisa que a política é uma diretriz preparada para o enfrentamento de uma dificuldade, e complementa que ela “é uma orientação à atividade ou à passividade de alguém”, e que estas fazem também parte da política pública.

Assim, apresenta-se neste trabalho, caminhos para a implantação e implementação da política de saúde mental, bem como o funcionamento das redes de atenção sua capilaridade e a atuação dos profissionais de saúde mental, como referências para a reprodução no território.

O sucesso da implementação da Política de Saúde Mental depende da gestão e de seu envolvimento, como também de todos os atores envolvidos, e do conhecimento técnico e científico necessário para a mudança do modelo. Esta política não deve se limitar apenas a reestruturar os serviços, ou seja, o modelo assistencial, deve obter mais do que práticas e concepções sociais, para todos os atores.

Um dos maiores desafios para o processo da concretização da Reforma Psiquiátrica é a formação de recursos humanos apropriados para ultrapassar o paradigma da tutela do louco e da loucura. A Reforma psiquiátrica exige cada vez mais a formação técnica e teórica dos trabalhadores (BRASIL, 2005^b).

No entanto, comprova-se que o serviço está centrado nele mesmo, não atendendo as necessidades dos usuários, bem como os princípios da reforma psiquiátrica brasileira. Também não se evidencia o trabalho em rede nos municípios, necessário para a consolidação das políticas públicas, para a atenção psicossocial.

Este estudo procurou dar ênfase às mudanças nos processos de trabalho com o arcabouço legal, o qual ampara as necessidades para as transformações, porém, estas mudanças não se concretizam por si mesmas, elas precisam acontecer na atuação profissional, com o apoio da gestão municipal, e na representação significativa da coordenação municipal de saúde mental, dentro e fora das instituições, com os atores protagonizando a mudança de modelo. Assim, ela deve acontecer no território, para haver mudança na cultura, nas relações sociais, como um encontro diário entre o fazer e o acontecer.

Faz-se importante, também, destacar a Portaria nº 854/2012 (BRASIL, 2012^b), que altera e cria novos procedimentos, incluindo necessidades relacionadas para o monitoramento dos serviços CAPS, o RAAS (BRASIL, 2012^a). Mas como realizar e colocar em análise esses dados, sem acompanhamento, sendo que o sistema apenas recebe transmissão de dados?

Por fim, demonstrou-se a realidade da análise do monitoramento do RAAS e comparado ao PTS, entendeu-se que os dados apresentados podem não demonstrar a realidade. Esta suposição é baseada nas evidências do Projeto Terapêutico Singular, quando os coordenadores municipais respondem que a equipe executa o projeto, e os usuários respondem que não têm projeto terapêutico singular. Dessa forma, aponta-se a necessidade do desenvolvimento de um trabalho mais voltado às necessidades da realidade social.

A pesquisa aponta que na categoria analítica, a dimensão pesquisada teórico-conceitual necessita de mudança de modelo, focada no acolhimento, cuidado, autonomia/emancipação e contratualidade social, em direção ao meio social.

Por fazer parte da história da Saúde Mental do Estado do Paraná, como protagonista da SESA/ HCAB/ CPM e 2^a. Regional de Saúde Metropolitana, enquanto coordenadora regional de saúde mental, coordenando a implantação da Política de Saúde Mental, e diante da apresentação desta dissertação de mestrado profissional em políticas públicas, esta pesquisadora propõe algumas recomendações para a implementação da política pública.

Com a apresentação da dimensão teórico-conceitual, observou-se a necessidade de capacitação das equipes de saúde mental, consideradas referência em saúde mental, porém, cabe salientar a necessidade de que estas ações sejam reproduzidas no território, possibilitando a participação da rede com ações voltadas

a intersetorialidade, para a implementação das redes de atenção, como também a rede de atenção psicossocial.

Destaca-se, ainda, a importância da supervisão clínico-institucional, ou supervisão clínico-territorial,¹² com ações voltadas para o território, sendo possível construir o modelo para a mudança de paradigma em saúde mental. Porém, recomenda-se que o supervisor tenha conhecimento técnico e científico, para não correr o risco de o serviço manter o mesmo paradigma. Assim, considera-se necessário desenvolver ações que promovam a mudança de modelo nos processos de trabalho em saúde mental, bem como nas ações voltadas aos serviços e à composição da rede municipal, necessários para o trabalho voltado à atenção psicossocial, promovendo o aumento do cuidado, da autonomia/emancipação e da contratualidade social dos usuários de saúde mental.

Por serem de fundamental importância, espera-se que os processos e programas municipais de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de modificações de gestão administrativa e/ou política, como também, que este trabalho possa contribuir com as gestões municipais, para um direcionamento na condução da Política de Saúde Mental.

Também não se pode deixar de evidenciar a necessidade de inclusão dos usuários de saúde mental no território, para o aumento da sua autonomia e consequentemente da cidadania. Este convívio proporciona as trocas e afetos necessários para a vida das pessoas que sofrem e, como ficou evidenciado nas narrativas, a melhora nas relações familiares. Dessa forma, é necessário pensar em introduzir o usuário no meio social, onde a vida cotidiana acontece, no território.

Amarante, (2009, pg. 7) aponta que: “A reconstrução do conceito e da prática clínica tem sido um aspecto fundamental da Reforma Psiquiátrica, para que a relação técnico-instituição-sujeito não seja reprodução daquela clínica da medicina naturalista”.

Dessa forma, considera-se necessário construir novas possibilidades para os sujeitos em sofrimento, centradas no cuidado e na capacidade de ele se responsabilizar por sua vida, aumentando a sua autonomia e contratualidade social, dando-lhe o direito à voz e reconstruindo conceitos focados no cuidado.

¹² Supervisão Clínico Territorial Um dispositivo de transmissão e formação de equipes da atenção psicossocial. Cleuse Maria Brandão Barleta. 2016.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo D. C. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- _____. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2.ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.
- _____. **O homem e a serpente**: outras histórias para loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.
- _____. **Manicômio e loucura no final do século e do milênio**. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Orgs.). **Fim de Século**: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP. 1999.
- _____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- _____. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**, vol. 1, n.1, jan-abr. 2009 (CD-Rom).
- AMARANTE, P. & CARVALHO, A. L. (1996). **Avaliação de qualidade dos novos serviços de Saúde Mental**: em busca de novos parâmetros. *Saúde em Debate*, 52: 74-82.
- AMARANTE, Paulo D. C.; OLIVEIRA, Walter F. de. **A saúde integral e a inclusão da atenção psicossocial no SUS**: pequena cronologia e análise do movimento de reforma psiquiátrica e perspectivas de integração. *Dynamis Revista Tecnocientífica*, Blumenau, v. 12, n. 47, Edição Especial Atenção Psicossocial na Atenção Básica 2, p. 6-21, abr./jun. 2004. Blumenau (SC): Edfurb, 2004.
- AMARANTE, Paulo D. C; NICÁCIO F.; BARROS D. DORNELES. P. DORNELES, P. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**, 2 coordenação. Rio de Janeiro: Nau, 2005. (Archivos; v.2).
- ARRETECHE, Marta. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2012.
- BARROS, S. **Concretizando a transformação paradigmática em saúde mental**: a práxis como horizonte para a formação de novos trabalhadores. 2004. Tese (Livre Docência em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- _____. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BÖRZEL, T. **Organizing Babylon**: on the different conceptions of policy networks. *Public Administration*, v.76, n.2.1998.

BRASIL. 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

_____. (1988^b). Ministério da Saúde/DISAM. I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: relatório final. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 43p. (Série D. Reuniões e Conferências, 5).

_____. (1989). Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. "Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistências em saúde mental". 12/09/89. **Transformado na Lei Ordinária 10216/2001.**

_____. (1990). Presidência da República. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Publicada no **Diário Oficial da União** de 20 setembro 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em: 26 out. 2015.

_____. (1992) Ministério da Saúde. **Portaria nº 224 de 24 de janeiro de 1992. Decreta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental.** Estabelece normas, proíbe práticas que eram habituais e define, como co-responsável, à luz da Lei Orgânica de Saúde (Decreto Nº 99244 de 10 de maio de 1990) os níveis estadual e municipal do sistema, que são estimulados a complementá-la (cfe. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002642.pdf>). Disponível em: <http://www.mppi.mp.br/internet/phocadownload/saude/Saude-mental/portaria%20ms%20224_92.pdf> Acesso em: 26 out. 2015.

_____. (1994) Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, **Relatório final**, 1992. Brasília, 1994. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf> Acesso em: 26 out. 2015.

_____. (1995) **Decreto 1.651 de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. DOU de 29.9.1995 e republicado em 2.10.1995.**

_____. (1995). Presidência da República. **Decreto nº 1.651 de 21 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Publicado no **D.O.U.** de 29 set.1995 e republicado em 2 out. 1995. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/d1651.htm> Acesso em: 26 out. 2015.

_____. (1988^a). Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil** de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988. 140p.

_____. (2001). Presidência da República. **Lei Federal n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Publicada no **D.O.U.** de 9 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 07 nov. 2014.

_____. (2002^a). Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços:** CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. Publicada no **D.O.U.** de 20 de fevereiro de 2002. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/459319/pg-22-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-20-02-2002>> Acesso em: 07 nov. 2014.

_____. (2002^b). Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria SAS/MS 189 de 20 de março de 2002.** Inclui na tabela de procedimentos do SIH-SUS o grupo de pacientes de saúde mental, conforme descrito na Portaria 336/2002, e determina os procedimentos. Republicada por ter saído com incorreções, do original, no **D.O.U.** nº 56, de 22 de março de 2002. Disponível em: <<http://www.mp.go.gov.br/porta1web/hp/2/docs/189.pdf>> Acesso em: 10 mar. 2016.

_____. (2002^c) Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: cuidar sim, excluir não. **Relatório Final**, 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

_____. (2002^d) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares-PNASH**. 2002^d. Brasília (DF), 2002.

_____. (2002^a) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Portaria n.º. 15 cria o Departamento Nacional de Auditoria do SUS-DENASUS-A** Gestão da Auditoria Federal e o SNA. **DOU 225, de 21/11/02.**

_____. (2003) Ministério da Saúde. **Lei Federal n.º 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.** Publicada no **D.O.U.** de 1º de agosto de 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10708.htm>. Acesso em: 07 nov. 2014.

_____. (2003) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica-01/03-2003.

_____. (2004) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004^a.

_____. (2005^a). Ministério da Saúde. **Portaria n. 245/2005 de 17 de fevereiro de 2005. Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências**. Publicada no **D.O.U.** de 18 de fevereiro de 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0245_17_02_2005.html> Acesso em: 26 out. 2015.

_____. (2005^b) Ministério da Saúde. Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos de Auditoria** da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. SCATS/SES/GO. 2005.

_____. (2005^c) Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.174, de 7 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1174.htm>>. Acesso em: 07 nov. 2014.

_____. (2006) Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM, de 2 de fevereiro de 2006^a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Publicado no **D.O.U.** de 23 de fevereiro de 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html> Acesso em: 26 out. 2015.

_____. (2008^a) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2.^a edição 1.^a reimpressão. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2008.

_____. (2009) Ministério da Saúde. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. **Manual de gestão e gerenciamento**. Brasília (DF). 2009.

_____. (2010^a) Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010^a.

_____. (2011^a) Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Publicada no **D.O.U.** de 26 de dezembro de 2011. Republicada no **D.O.U.** do dia 21 de maio de 2013, por incorreção nas publicações anteriores. Disponível em: <http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&id=2486:ci-n88-republicada-a-portaria-gm-n3088-que-institui-a-rede-de-atencao-psicossocial-para-pessoas-com-sofrimento-ou-transtorno-mental&Itemid=14> Acesso em: 26 out. 2015.

_____. (2011^b) Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Relatório de Gestão**. 2011. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgep>>. Acesso em: 26 out. 2015.

_____. (2011^c) Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Sistema Nacional de Saúde. **Auditoria do SUS**: orientações básicas. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF), 2011. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/download/LivroAuditoriaSUS_14x21cm.pdf> Acesso em: 26 out. 2015.

_____. (2011^d). Ministério da Saúde. **Portaria n. 3089/2011 de 23 de dezembro de 2011. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Publicado no **D.O.U.** de 26 de dezembro de 2011. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/portaria-ms-gm-3089-2011>> Acesso em: 26 out. 2015.

_____. (2012^a) Ministério da Saúde. **Portaria nº 276, de 30 de março de 2012. Institui o Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS)**. Brasília (DF), Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0276_30_03_2012.html> Acesso em: 26 out. 2015.

_____. (2012^b) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria 854 de 22 de agosto de 2012. Altera e cria os novos procedimentos pelos CAPS**. Publicada no **D.O.U.** de 24 agosto de 2012 – seção 1 – p. 54. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.ago.12/iels161/U_PT-MS-SAS-854_220812.pdf> Acesso em: 26 out. 2015.

_____. (2012^c) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial-RAPS**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf> Acesso em: 21 abr. 15.

_____. (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013^a.

CALEMAN, G.; MARIZÉLIA, M.C.S.; MOREIRA, L. **Auditoria, Controle e Programação de Serviços de Saúde**, v. 5. São Paulo: Ed. Fundação Petrópolis Ltda. 1998. (Série Saúde & Cidadania).

CAMPOS, Gastão W. S. **Modelo de Atenção em Saúde Pública**: Um modo mutante de fazer saúde. Saúde em debate, n.37. 1992.

CAMPOS, G. W. S.; CAMPOS, R. T. O. **Co-construção de autonomia: O sujeito em questão**. In: Campos, Gastão Wagner; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Junior, Marcos; Carvalho, Yara Maria. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 1ed. São Paulo: HUCITEC, 2006, v. 1, p. 669-689.

CAPLAN, G. **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980, In: AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

CASTELLS, M. A. **A sociedade em rede**. 6. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002. V.1. (Coleção A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura.).

COHN, A. **Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil**. In: LAURELL, A. C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 2ª ed. Cortez, São Paulo: 1997.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil**. Vozes - Abrasco, Petrópolis-Rio de Janeiro. 1986.

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Sílvia. FIDELIS P. **Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva**. In: AMARANTE, Paulo (Coord.) **Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. (Archivos; v.1). Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

CULTURAL, L. **A grande enciclopédia ilustrada**. Circulo do livro. v. 15-20. Nova Cultural, 1993.

DALLARI, D. A. **Classes populares e ampliação da cidadania**. 1997. In: SCHERER, E. F. **Serviço Social e Sociedade**. Cortez: São Paulo, n. 23. 1987.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica** (tradução de Vera Ribeiro). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. (Coleção Loucura & Civilização).

FIGUEIREDO, A. C. **Duas ou três coisas que aprendemos sobre a função da supervisão na atenção psicossocial**, em 12 anos de CAPS na cidade do Rio de Janeiro. **Revista da Escola de Saúde Mental**, SMS Rio, Ano 1, N.1, dez 2008.

FIGUEIREDO, A. C. SCHIMIDT, M. B. **Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental**. *Revista Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 12 n.1, p. 130-140, março 2009.

FOUCAULT, M. **The Archaeology of Knowledge**, London: Tavistock Publications. 1972.

_____. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

_____. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. (1984). **Polêmica, política e problematizações**. In: FOUCAULT, M. *Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. (Coleção Ditos e

Escritos, V).

GAMA, J. R. de A. **Um estudo histórico e conceitual sobre a clínica da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2008. 237 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-UERJ, Rio de Janeiro, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 5^a edição. Petrópolis: Vozes, 1997.

IBGE –Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas-**Censos Demográficos**, 2004.

JUNQUEIRA, L. **Descentralización, y red en la gestión de la ciudad**. Reforma y Democracia. Venezuela: Revista Del CLAD, 1998.

KINOSHITA, T. R. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. 2001, In: PITTA, A. (Org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LAKATOS, Eva Maria & MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa**. 3^a edição. São Paulo: Editora Atlas, 1996.

LASWELL, H.D. **Politics: Who Gets What, When, How**. Cleveland, Meridian Books. 1936/1958, In: SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, nº 16. Porto Alegre: jul./dez, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>> Acesso em: 21 abr. 2015.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. **Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização**. In: PINHEIRO, R. et al. (Org.). **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007.

MACHADO, M. F. A. S. *et. al.* **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- Uma revisão conceitual**. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 2, n. 12, p. 335-342, 2007.

MAIA, R. C. M.; FERNANDES, B. F. **O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol. 17, n. 48, fevereiro/2002.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 2^a. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

MELO, M. A. **As sete vidas da agenda pública brasileira**. In: RICO, E. M. (Org). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. SP: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 1998.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009. In: MENDES, E. V. **Ciência e Saúde Coletiva**. As redes de atenção à saúde. Health care networks. Artigo-Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais 15(5): 2297-2305. 2010.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde Organização Mundial da Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília-DF: 2ª. Ed. 2011.

MINAYO, M.C.SOUZA. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC 1999.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINHOTO, L. D.; MARTINS, C. E. **As redes e o desenvolvimento social**. Cadernos Fundap, São Paulo, n.22, p.81-101, 2001.

MORENO, VANIA; SAEKI, TOYOKO. **Refletindo Sobre Cidadania nos Serviços de Saúde Mental**. R. gaúcha Enferm., PORTO Alegre v. 19, n.2, 91-94 Jul. 1998.

NASCIMENTO, Luiz Carlos do. **Rede de política pública: Estudo de caso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais / SUS – MG**. Belo Horizonte: UFMG, 2007. 130 p. Dissertação (Mestrado) – Centro de Pós-graduação e Pesquisas em Administração, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

PARANÁ. Governo do Estado. Lei Estadual n.º 11.189 de 09/11/1995. **Dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais**. Publicada no Diário Oficial do Paraná. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao/Estadual_Leis/Lei_Estadual_n_11_189PR_de_9_de_novembro_de_1995.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2012.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde. **Paraná mais saúde: Análise da implementação das diretrizes básicas da Política de Saúde Mental**. Curitiba: SESA, 1998. Não paginado. A Associação Arnaldo Gilberti foi criada em 1994, “por iniciativa de profissionais, pacientes e familiares de pacientes em tratamento no Centro Psiquiátrico Metropolitano, especialmente no NAPS”. Através de trabalho voluntário, a entidade filantrópica tem como “finalidade combater tanto o preconceito da sociedade em relação aos pacientes como também o preconceito que os pacientes têm em relação aos seus próprios problemas” PARANÁ, Op cit, s.d. PARANÁ, Op cit, 1998. Não paginado.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. Hygeia. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.

PITTA, A. (Org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

PORTOCARRERO, V. M. **O Dispositivo da Saúde Mental**: uma metamorfose na psiquiatria brasileira, 1990. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

QUEIROZ, M. I. P. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. São Paulo, 1991.

QUEIROZ, V. D. de C. **Entre o passado e o presente: a atuação do assistente social no campo da saúde mental**. Dissertação de mestrado, 2009. Rio de Janeiro. PUC-Rio – Certificado digital N 0710431/CA .

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3ª. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROTELLI, Franco, *et al.* 1990. **Desinstitucionalização, uma outra via**. In: F. Nicácio (org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec. 2001.

_____. (1994). **Por la normalità: taccuino di uno psichiatra**: scritti 1967-1993. Editora Triste: E, 1994. In: AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2.ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

RUA, Maria das Graças. **Políticas públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.

SANTOS, M. **Território, globalização e fragmentação**. São Paulo: Ed. Hucitec. Terceira Edição. 1996.

_____. **O espaço do cidadão**. 7. Ed. São Paulo: EDUSP. 2007.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Corá Editora; Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 1999.

_____. **La fine dell'intrattenimento**. Milano: RCS Libri & Grandi Opere S.P.A. 1995. In: PITTA, A. (Org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

SCHLITTLER, C. R. **Redes de desenvolvimento comunitário**: iniciativas para a transformação social. São Paulo: IDIS, 2004.

SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A.C.; **Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental**. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 12, n. 1, p. 130-140, março 2009.

SECCHI, L. **Políticas públicas**: conceitos esquemas de análise, casos práticos. Ed. Cengage Learning, 2010.

SILVA JUNIOR, A.G.da; MASCARENHAS, M. T. M. **Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade**: aspectos conceituais e metodológicos. 2006. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araujo de. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro, Hucitec, 2004, p. 241-257.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, nº 16. Porto Alegre: jul./dez, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16> e <<http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>.> Acesso em: 21 abr. 2015.

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

TUNDIS, S. A; COSTA, N. R. **Cidadania e loucura**. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

VASCONCELOS, E. **Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica**: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa. *Jornal brasileiro de psiquiatria*. 44 (4). 1995.

VIEIRA, Liszt. **Cidadania e globalização**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. **A atenção psicossocial em saúde mental**: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 2. 2004.

APÊNDICE A – Realidade da Região Metropolitana de Curitiba em 2004

Quadro 3 – Realidade e potencial da Região Metropolitana de Curitiba em 2004

REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA EM 2004		
Município	População	Rede de Atenção à Saúde Mental no ano de 2004, em conformidade com a legislação vigente: Portaria n. 189/2002 e Portaria n. 336/2002.
Adrianópolis	6.224	Cuidado na atenção Primária em Saúde.
Agudos do Sul	7.685	Cuidado na atenção Primária em Saúde.
Almirante Tamandaré	102.163	Implantação de CAPS II e CAPS AD.
Araucária	107.450	Implantação de CAPS II e CAPS AD.
Balsa Nova	11.222	Cuidado na atenção Primária em Saúde.
Bocaiúva do Sul	9.562	Cuidado na atenção Primária em Saúde.
Campina Grande do Sul	40.739	Implantação de CAPS I.
Campo do Tenente	6.781	Cuidado na atenção Primária em Saúde.
Campo Largo	100.995	Implantação de CAPS II e CAPS AD.
Campo Magro	23.769	Implantação de CAPS I.
Cerro Azul	16.468	Cuidado na atenção Primária em Saúde.
Colombo	209.909	Implantação de CAPS II, CAPS AD e CAPS i.
Contenda	14.054	Cuidado na atenção Primária em Saúde.
Curitiba	1.697.703	Não será pesquisado.
Doutor Ulysses	6.408	Cuidado na atenção Primária em Saúde.
Fazenda Rio Grande	78.235	Implantação de CAPS II e CAPS AD.
Itaperuçu	22.826	Implantação de CAPS I.
Lapa	43.382	Implantação de CAPS I.
Mandirituba	19.245	Cuidado na atenção Primária em Saúde.
Piên	10.633	Cuidado na atenção Primária em Saúde.
Pinhais	114.122	Implantação de CAPS II e CAPS AD.
Piraquara	89.719	Implantação de CAPS II e CAPS AD.
Quatro Barras	18.658	Implantação de CAPS I.

REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA EM 2004		
Município	População	Rede de Atenção à Saúde Mental no ano de 2004, em conformidade com a legislação vigente: Portaria n. 189/2002 e Portaria n. 336/2002.
Quitandinha	15.617	Cuidado na atenção Primária em Saúde.
Rio Branco do Sul	30.073	Implantação de CAPS I.
Rio Negro	29.683	Implantação de CAPS I.
São José dos Pinhais	235.476	Implantação de CAPS II, CAPS AD e CAPS i.
Tijucas do Sul	13.084	Cuidado na atenção Primária em Saúde.
Tunas do Paraná	3.915	Cuidado na atenção Primária em Saúde.
Total	3. 085.800	

Fonte: A pesquisadora (2015), com base em IBGE - Censos Demográficos (2004).

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Profissional e do Usuário

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Profissional

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS da Rede Assistencial à Saúde Mental da Região Metropolitana de Curitiba, que faz parte do curso Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Estadual de Maringá – UEM, orientada pela Professora Doutora Rozilda das Neves Alves da Universidade Estadual de Maringá - UEM. O objetivo da pesquisa é avaliar o processo de reinserção social dos usuários dos serviços CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, implantados até dezembro de 2014, na Rede Assistencial à Saúde Mental na Região Metropolitana de Curitiba. Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: respondendo um questionário autoaplicado, para as seguintes categorias profissionais: gestores municipais, coordenadores municipais de saúde mental, e profissionais da equipe multidisciplinar de nível superior. Informamos que não são previstos riscos ou desconfortos inaceitáveis a participação no estudo, caso ocorram, alguns desconfortos com relação a perguntas que serão feitas, você poderá não responder, ou solicitar esclarecimentos a pesquisadora. Caso ainda ocorram eventuais problemas, você poderá solicitar atendimento a um profissional de saúde mental do seu município. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade, os questionários respondidos e identificados por números e não nomes serão destruídos após a conclusão do trabalho. Os benefícios esperados são entender os aspectos da Política de Saúde Mental e propor novos modelos de Gestão. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico. Os resultados serão apresentados aos participantes após a conclusão do trabalho. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM,

ou Comitê de Ética em Pesquisa da UNIANDRADE, cujos endereços constam deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Eu,.....(nome por extenso do sujeito de pesquisa) declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pelo Professora Rozilda das Neves Alves. (nome do pesquisador responsável).

_____ Data:.....

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, ----- (nome do pesquisador ou do membro da equipe que aplicou o TCLE), declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

_____ Data:.....

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Nome:

Endereço:

(telefone/e-mail)

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444 E-mail:copep@uem.br

Comitê de Ética em Pesquisa – UNIANDRADE – Paraná

Rua Marumby nº 283. Campo Comprido.

Curitiba – Paraná

CEP: 81220-090

Fone: (41) 3219-4252 ramal 4239

E-mail : cep@uniandrade.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Usuário

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS da Rede Assistencial à Saúde Mental da Região Metropolitana de Curitiba, que faz parte do curso Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Estadual de Maringá – UEM, orientada pela Professora Doutora Rozilda das Neves Alves da Universidade Estadual de Maringá - UEM. O objetivo da pesquisa é avaliar o processo de reinserção social dos usuários dos serviços CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, implantados até dezembro de 2014, na Rede Assistencial à Saúde Mental na Região Metropolitana de Curitiba. Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma respondendo questionário, com roteiro de entrevista que será gravada, respeitando completamente o seu anonimato. Informamos que não são previstos riscos ou desconfortos inaceitáveis a participação no estudo, caso ocorram, alguns desconfortos com relação a perguntas que serão feitas, você poderá não responder, ou solicitar esclarecimentos a pesquisadora. Caso ainda ocorram eventuais problemas, ou desconfortos você será encaminhado para atendimento de um profissional do serviço, CAPS do seu município, para que possa ser acompanhado. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os questionários roteiro de entrevistas, e o conteúdo da gravação, serão numerados sem nome para identificação e tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa serão destruídos. Os benefícios esperados são entender os aspectos da Política de Saúde Mental e propor novos modelos de Gestão. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico. Os resultados serão apresentados aos participantes após a conclusão do trabalho. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, ou Comitê de Ética em Pesquisa da UNIANDRADE, cujos endereços

constam deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Eu,.....(nome por extenso do sujeito de pesquisa) declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pelo Professora Rozilda das Neves Alves. (nome do pesquisador responsável).

_____ Data:.....

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, ----- (nome do pesquisador ou do membro da equipe que aplicou o TCLE), declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

_____ Data:.....

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Nome:

Endereço:

(telefone/e-mail)

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444 E-mail: copep@uem.br

Comitê de Ética em Pesquisa – UNIANDRADE – Paraná

Rua Marumby nº 283. Campo Comprido.

Curitiba – Paraná

CEP: 81220-090

Fone: (41) 3219-4252 ramal 4239

E-mail : cep@uniandrade.br

APÊNDICE C – Questionário do Coordenador de Saúde Mental

Curitiba, ____ de _____ de 2015.

Prezado colega:

Solicito a sua colaboração no preenchimento do questionário abaixo, que faz parte de minha pesquisa de Mestrado em Políticas Públicas - UEM.

PESQUISA: AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS DA REDE ASSISTENCIAL À SAÚDE MENTAL NA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Rozilda das Neves Alves

Saliento que esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UNIANDRADE e tenho a responsabilidade de manter em sigilo tanto as informações disponibilizadas quanto a sua fonte. Os resultados serão disponibilizados após a Banca de Defesa.

Grata.

Denise de Castro

ATENÇÃO:

*Esta pesquisa objetiva avaliar as seguintes modalidades de Centro de Atenção Psicossocial: **CAPS tipo I, CAPS tipo II TM e CAPS tipo II AD.***

Caso o seu município possua, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mais de um desses tipos de CAPS acima especificados, as perguntas de 12 a 39 devem ser respondidas para cada um deles, conforme identificação estabelecida na pergunta 3.

Observação: a análise dos CAPS Tipo i (infantil) não será contemplada nesta pesquisa.

COORDENADOR MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL

DATA: ____ / ____ / ____

1. Número do serviço: _____

2. Número de CAPS (tipo I, tipo II TM e tipo II AD) sob a sua coordenação: _____

3. Identificação, tipo de CAPS e data de inauguração:

Identificação do CAPS	Tipo de CAPS (Tipo I, IITM ou IIAD)	Data da Inauguração
CAPS A	_____	____ / ____ / ____
CAPS B	_____	____ / ____ / ____

4. Desde quando você Coordena a Saúde Mental? (mês e ano) ____ / ____

5. Você identifica diferentes modelos de gestão na sua prática cotidiana? () Sim () Não

Quais? _____

6. Qual destes modelos de gestão pública você considera que está presente na Rede de Atenção Psicossocial? Por quê?

7. O que você entende por Rede?

8. A Rede de Atenção Psicossocial é uma Rede Social? () Sim () Não

Por quê? _____

9. O que você entende por Gestão em Rede?

10. Você identifica o modelo de Gestão em Rede na gestão da Rede de Atenção Psicossocial?

() Sim () Não

11. Você conhece a Política de Saúde Mental? () Sim () Não

12. O CAPS atende com fila de espera?

CAPS A: () SIM () Não**CAPS B:** () SIM () Não

13. Qual o horário de funcionamento do CAPS?

CAPS A: () Manhã das ____:____ horas às ____:____ horas
 () Tarde das ____:____ horas às ____:____ horas
 () Noite das ____:____ horas às ____:____ horas

Comente: _____

CAPS B: () Manhã das ____:____ horas às ____:____ horas
 () Tarde das ____:____ horas às ____:____ horas
 () Noite das ____:____ horas às ____:____ horas

Comente: _____

14. O CAPS está em conformidade com a Portaria n 336/02?

CAPS A: () SIM () Não

CAPS B: () SIM () Não

15. O CAPS atende com equipe mínima?

CAPS A: () SIM () Não

CAPS B: () SIM () Não

16. Qual o profissional que o CAPS não dispõe? Especifique a categorial profissional e o tempo que o CAPS está sem este profissional.

	Profissional	HÁ QUANTO TEMPO
CAPS A		
		_____() Meses () Anos
		_____() Meses () Anos
	Profissional	HÁ QUANTO TEMPO
CAPS B		_____() Meses () Anos
		_____() Meses () Anos
		_____() Meses () Anos

17. O CAPS atende porta aberta (demanda espontânea)?

CAPS A: () SIM () Não

CAPS B: () SIM () Não

18. O CAPS desenvolve acolhimento? Especifique o(s) dia(s) da semana e o(s) turno(s):

CAPS A

() Segunda-feira nos turnos () Manhã () Tarde () Noite
 () Terça-feira nos turnos () Manhã () Tarde () Noite
 () Quarta-feira nos turnos () Manhã () Tarde () Noite
 () Quinta-feira nos turnos () Manhã () Tarde () Noite
 () Sesta- feira nos turnos () Manhã () Tarde () Noite
 () Não desenvolve acolhimento. Por quê? _____

CAPS B

- () Segunda-feira nos turnos () Manhã () Tarde () Noite
 () Terça-feira nos turnos () Manhã () Tarde () Noite
 () Quarta-feira nos turnos () Manhã () Tarde () Noite
 () Quinta-feira nos turnos () Manhã () Tarde () Noite
 () Sesta- feira nos turnos () Manhã () Tarde () Noite
 () Não desenvolve acolhimento. Por quê? _____

19. Qual(is) profissional(is) realiza(m) acolhimento no CAPS?

CAPS A:

Assistente Social () Enfermeiro () Psicólogo () Terapeuta Ocupacional () Médico generalista ()
 Psiquiatra () Toda a equipe () Outro ()
 Qual? _____

CAPS B:

Assistente Social () Enfermeiro () Psicólogo () Terapeuta Ocupacional () Médico generalista ()
 Psiquiatra () Toda a equipe () Outro ()
 Qual? _____

20. Quando o paciente não vem ao serviço, é realizada busca ativa?

CAPS A: () Sim () Não

Em caso positivo:

() Para todos os casos atendidos

() Para alguns casos. Quais? _____

CAPS B: () Sim () Não

Em caso positivo:

() Para todos os casos atendidos

() Para alguns casos. Quais? _____

21. Quem faz a busca ativa?

CAPS A:

Assistente Social () Enfermeiro () Psicólogo () Terapeuta Ocupacional () Médico generalista ()
 Psiquiatra () Toda a Equipe () Outro ()
 Qual? _____

CAPS B:

Assistente Social () Enfermeiro () Psicólogo () Terapeuta Ocupacional () Médico generalista ()
 Psiquiatra () Toda a Equipe () Outro ()
 Qual? _____

22. A equipe realiza Projeto Terapêutico Singular com o usuário?

CAPS A: () Sim () Não

Em caso positivo:

() Para todos os casos atendidos

() Para alguns casos. Quais? _____

CAPS B: () Sim () Não

Em caso positivo:

() Para todos os casos atendidos

() Para alguns casos. Quais? _____

23. A equipe discute os casos clínicos?

CAPS A: () Sim () Não

Em casos positivo:

() Para todos os casos atendidos

() Para alguns casos. Quais? _____

CAPS B: () Sim () Não

Em casos positivo:

() Para todos os casos atendidos

() Para alguns casos. Quais? _____

24. A equipe realiza gerenciamento de casos no território?

CAPS A: () Sim () Não

Em caso positivo:

() Para todos os casos atendidos

() Para alguns casos. Quais? _____

CAPS B: () Sim () Não

Em casos positivo:

() Para todos os casos atendidos

() Para alguns casos. Quais? _____

25. Com que frequência é realizada reunião com equipe para gerenciamento de casos?

CAPS A:

() Diariamente () Semanalmente () Quinzenalmente

() Mensalmente () Outro Qual? _____

CAPS B:

() Diariamente () Semanalmente () Quinzenalmente

() Mensalmente () Outro Qual? _____

26. A equipe possui Especialização, Mestrado ou Doutorado em Saúde Mental?

Categoria Profissional	Curso
CAPS A	() Especializ. () Mestrado () Doutorado
	() Especializ. () Mestrado () Doutorado
	() Especializ. () Mestrado () Doutorado
Categoria Profissional	Curso
CAPS B	() Especializ. () Mestrado () Doutorado
	() Especializ. () Mestrado () Doutorado
	() Especializ. () Mestrado () Doutorado

27. A equipe possui Especialização, Mestrado ou Doutorado em outra área?

Categoria Profissional	Curso
CAPS A	() Especializ.() Mestrado () Doutorado
	() Especializ.() Mestrado () Doutorado
	() Especializ.() Mestrado () Doutorado
Categoria Profissional	Curso
CAPS B	() Especializ.() Mestrado () Doutorado
	() Especializ.() Mestrado () Doutorado
	() Especializ.() Mestrado () Doutorado

28. Quais os principais problemas referentes à conduta de atendimento que você identifica na equipe? Comente.

CAPS A: _____

CAPS B: _____

29. Existe profissional que apresente conduta de atendimento diferente dos demais profissionais da equipe multidisciplinar?

CAPS A:

() Sim () Não. Comente: _____

CAPS B:

() Sim () Não. Comente: _____

30. O recurso de custeio mensal do CAPS é aplicado no serviço?

CAPS A: () SIM () Não

CAPS B: () SIM () Não

31. O CAPS recebe lanche diariamente desde sua inauguração?

CAPS A: () Sim () Não. Justifique: _____

CAPS B: () Sim () Não. Justifique: _____

32. O CAPS dispõe de material para realizar as oficinas terapêuticas desde sua inauguração?

CAPS A: () Sim () Não. Justifique: _____

CAPS B: () Sim () Não. Justifique: _____

33. A equipe do CAPS passou por Supervisão Clínica Institucional?

CAPS A: () SIM () Não

CAPS B: () SIM () Não

34. Caso positivo, o profissional supervisor foi indicado pelo Ministério da Saúde?

CAPS A: () Sim () Não. Comente: _____

CAPS B: () Sim () Não. Comente: _____

35. A equipe consegue desenvolver um trabalho multidisciplinar?

CAPS A: () Sim () Não. Comente: _____

CAPS B: () Sim () Não. Comente: _____

36. A equipe trabalha com a redução de danos (em caso de CPAS II AD e CAPS I)

CAPS A: () Sim () Não. Justifique: _____

CAPS B: () Sim () Não. Justifique: _____

37. O serviço CAPS permanece no endereço de sua inauguração?

CAPS A: () Sim () Não. Em caso negativo, qual o motivo da mudança? _____

CAPS B: () Sim () Não. Em caso negativo, qual o motivo da mudança? _____

38. No caso de mudança foi solicitado parecer da 2ª Regional de Saúde Metropolitana?

CAPS A: () SIM () Não

CAPS B: () SIM () Não

39. O imóvel do CAPS está adequado para o seu funcionamento?

CAPS A: () SIM () Não

CAPS B: () SIM () Não

40. Quando surge solicitação para internamento de Saúde Mental você encaminha para o CAPS ou outro ponto existente na sua rede para avaliação?

Sim () Não () Às vezes () Encaminha direto () Outro ()

Comente: _____

41. Você participa das reuniões do Conselho Municipal de Saúde? () Sim () Não

Justifique. _____

42. Você participa de outras reuniões no município? () Sim () Não

Justifique. _____

43. O que você acha do trabalho de redução de danos?

Justifique. _____

44. Você pode explicar em poucas palavras conceitos como:

Sujeito: _____

Rede: _____

Território: _____

Cidadania: _____

45. Qual a sua maior dificuldade para trabalhar a Política de Saúde Mental no seu Município?

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista

USUÁRIOS

Curitiba, ____ de _____ de 2015.

Prezado (a) Usuário do Serviço CAPS:

Solicito participar da entrevista gravada que faz parte de minha pesquisa de Mestrado em Políticas Públicas. Afirmo que tenho a responsabilidade de manter em sigilo quanto à fonte de dados junto à instituição e os resultados da pesquisa serão apresentados após a Banca de Defesa.

PESQUISA: Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS da Rede Assistencial à Saúde Mental na Região Metropolitana de Curitiba

ALUNA: Denise de Castro

CURSO: Mestrado em Políticas Públicas – UEM

ORIENTADORA: Profa. Dra. Rozilda das Neves Alves

Saliento que esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UNIANDRADE e tenho a responsabilidade de manter em sigilo tanto as informações disponibilizadas quanto a sua fonte. Os resultados serão disponibilizados após a Banca de Defesa.

Grata.

Denise de Castro

ATENÇÃO:

*Esta pesquisa objetiva avaliar as seguintes modalidades de Centro de Atenção Psicossocial: **CAPS tipo I, CAPS tipo II TM e CAPS tipo II AD***

USUÁRIO – ROTEIRO DE ENTREVISTA

DATA: ____ / ____ / ____

1. Tipo de CAPS que frequenta: () Tipo I () Tipo IITM () Tipo IIAD
2. Quando você iniciou o seu tratamento neste CAPS? ____ / ____ (mês e ano)
3. Com que frequência você é acompanhado no CAPS?
Dia(s) na semana (____) Dia(s) no mês (____) Comente.

4. Você sabe o que é um Projeto Terapêutico Singular? Sim () Não ()
5. Quem da equipe do CAPS participou do seu PTS?
Assistente Social () Enfermeiro () Psicólogo () Terapeuta Ocupacional ()
Médico Generalista () Psiquiatra () Toda a equipe () Não sei () Outro ()
Qual? _____

6. Qual a periodicidade que a equipe que o atende revê o seu PTS?

A cada 3 meses () A cada 6 meses () A cada 1 ano ()
Sempre que necessário () Esporadicamente () Não sei ()

7. O médico que te atende no CAPS já explicou sobre a sua doença? Sim () Não ()
Comente:

8. O médico que te atende no CAPS explica sobre o uso da medicação? Sim () Não ()
Comente:

9. A equipe que te atende no CAPS explica sobre o seu tratamento? Sim () Não ()
Comente:

10. Existe algum profissional que apresente conduta diferente dos demais profissionais da equipe multidisciplinar? Sim () Não ()

Comente:

11. Nas atividades e oficinas que você participa no CAPS você já foi orientado sobre os seus direitos? Sim () Não ()

Comente:

12. A sua família participou do seu tratamento no CAPS? Sim () Não () .

13. A sua família participou de alguma atividade realizada no CAPS? Sim () Não ()

Comente:

14. Como está o seu convívio familiar?

Comente:

15. A equipe já informou como será realizada a sua alta do CAPS? Sim () Não ()

Comente:

16. Você participou da programação da sua alta? Sim () Não ()

Comente:

17. Você sabe se existe no seu município Conselho Municipal de Saúde? Sim () Não () .

18. Você participa das reuniões do Conselho Municipal de Saúde? Sim () Não () .

19. Você conhece o serviço de Ouvidoria? Sim () Não ()

20. Você já utilizou este serviço para fazer reclamação ou elogio? Sim () Não ()

Comente:

21. Em caso positivo em qual ouvidoria? Municipal () Estadual () Federal ()

Comente:

22. Existe uma Unidade Básica de Saúde perto da sua casa? Sim () Não ()

Comente:

23. Você conhece um profissional deste serviço? Sim () Não ()

Comente:

24. Como você vai dar continuidade ao seu PTS após a alta do CAPS?

Comente:

25. Você tem um profissional de referência no serviço CAPS? Sim () Não ()

26. Você está trabalhando? Sim () Não ()

Em caso afirmativo, assinale. Formal () Informal ()

Comente:

27. Durante o tratamento no CAPS a equipe realizou visita na sua casa? Sim () Não ()

Quantas vezes? (_____) Cite o número de visitas.

Comente:

28. Em caso positivo, a equipe do CAPS durante as visitas orientou a sua família? Sim ()

Não ()

Comente:

29. Nas visitas a equipe do CAPS foi acompanhada por outro profissional que não fosse da equipe do CAPS? Sim () Não () Qual?

Comente:

30. Nas visitas a equipe do CAPS realizou contato com seus vizinhos? Sim () Não ()

Comente:

31. Durante o seu tratamento o serviço CAPS, ficou fechado em algum período? Sim ()

Não ()

Em caso afirmativo, informe o(s) período(s):

32. Em poucas palavras cite o que você achou mais importante em seu tratamento?

APÊNDICE E – Perguntas selecionadas para a avaliação pelo Coordenador e pelo Usuário de Saúde Mental

Quadro 4 – Avaliação realizada pelo Coordenador Municipal de Saúde Mental

COORDENADOR MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL		
EIXO	Número de perguntas que demonstram o trabalho da Coordenação de Saúde Mental para implantação da Política de Saúde Mental e do funcionamento do CAPS.	PERGUNTAS REALIZADAS PARA AVALIAR: A- COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL X RAPS (01 A 11 E DE 40 A 45); B- FUNCIONAMENTO DO CAPS (12 A 39);
TEÓRICO-CONCEITUAL	A- 5; 6; 7; 8;9;10;11;43. B- 15; 17; 18; 21; 22; 25; 29; 35; 36; 37 e 43.	5- Identificação de diferentes modelos de gestão municipal; 6- Modelo identifica presente na RAPS; 7- Compreensão da rede; 8- RAPS x Rede Social; 9- Significado gestão em rede; 10- Identificação de gestão em rede na RAPS; 11- Conhecimento da política de saúde mental; 15- Equipe mínima; 17- Atendimento porta aberta; 18- Acolhimento; 21- Busca ativa; 22- PTS; 25- Gerenciamento de casos; 29- Conduta profissional; 35- Trabalho multidisciplinar, trans; 36- Equipe trabalha redução de danos; 37- Permanência de local; 43-Compreensão de redução de danos.
*O número das perguntas em destaque é em virtude de as ações afetarem todos os campos. As perguntas 45 e 46 são abertas.		

Fonte: A autora (2015).

Quadro 5 - Avaliação realizada pelo usuário do serviço de Saúde Mental

USUÁRIO DE SAÚDE MENTAL		
QUATRO EIXOS	Número de perguntas para obter respostas sobre os temas.	Perguntas numeradas, utilizadas como Roteiro de Entrevista com foco em:
TEÓRICO-CONCEITUAL	2; 3; 4; 6; 10; 11; 16; 17.	2- Tempo de tratamento; 3- Frequência acompanhamento; 4- Conhece PTS; 6- Revê PTS; 11- Conhece seus direitos e a lei n 10216/2001; 16- Programa de alta; 17- Existe CMS.
*As perguntas 32 e 33 são abertas.		

Fonte: A autora (2015).

APÊNDICE F – Resultados do Coordenador de Saúde Mental

Quadro 6 – Apresentação dos resultados do Coordenador

COORDENADOR MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL		
QUATRO EIXOS (figura 3)	PERGUNTAS REALIZADAS PARA AVALIAR: B- FUNCIONAMENTO DO CAPS (12 A 39); PERGUNTAS SELECIONADAS PARA ANALISE: 6; 7; 15; 17; 18; 22; e 35.	MUNICÍPIOS – RESPOSTAS DO COORDENADOR MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL NUMERADOS PARA A IDENTIFICAÇÃO DA REDE.
TEÓRICO- CONCEITUAL (figura 2)	6- Modelo identificado presente na RAPS; 7- Compreensão da rede; 15- Equipe mínima; 17- Atendimento porta aberta; 18- Acolhimento;	6- Modelo identificado presente na RAPS: C1- CAPS ainda centrado nele mesmo; C2 – Compartilhada, existe participação dos pontos no gerenciamento, com mudanças se fragmenta, tendo um tempo readequação; C3 - Modelo gestão hierárquica ainda presente em saúde mental; C4 - Reordenamento e compartilhamento do cuidado; C6 - Não respondeu; C7 – Modelo que deve estar presente é o de gestão em rede; C8 - Participativa possibilitando a contribuição dos setores atuantes junto a gestão. C9 - Modelo participativo. 7- Compreensão da rede: C1 - Modelo de atendimento interligado entre vários setores; C2 - Conjunto de pessoas que se unem com objetivo comum; C3 - Formação de pontos que se interligam com objetivo comum; C4 - Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas; C6 – Conjunto de serviços que se articulam entre si; C7 - Articulação de vários serviços de base comunitária com acolhimento; C8 - Conjunto de pessoas que se unem em prol do SUS; C9 - Ação compartilhada e com responsabilidade de todas as partes. 15- Atende com equipe mínima: C1 – não ; C 2 – sim; C 3 – sim; C 4 - sim; C 6 – não para ambos os serviços CAPS II e AD; C 7 – sim para ambos os serviços CAPS II e AD; C 8 – não para ambos os serviços CAPS II e AD; C 9 – sim para CAPS II e não para CAPS AD. 17- Atendimento porta aberta: C 1 – sim; C 2 – sim; C 3 – sim; C 4 – sim; C 6 – sim (CAPS II e AD); C 7 – sim (CAPS II e AD); C 8 – sim (CAPS II e AD); C 9 – sim (CAPS II e AD). 18- Acolhimento: C 1 – sim atendimento horário de funcionamento do serviço CAPS I; C 2 – sim quinta feira pela manhã e quando há necessidade

	22- PTS; 35- Trabalho multidisciplinar;	CAPS I; C 3 – sim atendimento horário de funcionamento do serviço CAPS I; C 4 – sim atendimento horário de funcionamento do serviço CAPS I; C 6 – sim de segunda a quinta-feira pela manhã CAPS II e sim segunda a sexta-feira horários alternados manhã e tarde no CAPS AD; C 7 – sim atendimento horário de funcionamento dos serviços CAPS II e AD; C 8 – sim atendimento horário de funcionamento dos serviços CAPS II e AD; C 9 – sim atendimento horário de funcionamento dos serviços CAPS II e AD e noturno duas vezes na semana. 22- PTS – Projeto Terapeutico Singular: C 1 – não esta sendo realizado por falta de equipe; C 2 – sim; C 3 – não visto casos em grupo; C 4 – sim; C 6 – sim (CAPS II e AD); C 7 – sim (CAPS II e AD); C 8 – sim (CAPS II e AD); C 9 – sim CAPS II e CAPS AD poderia ser melhor. 35- Trabalho multidisciplinar; C 1 – Não. Equipe não consegue realizar trabalho multidisciplinar por falta conhecimento e integração; C 2 – Sim. Trabalho de acordo com formação, necessitando de incentivo para o trabalho; C 3 – Sim. Não respondeu; C 4 – Sim. Não respondeu; C 6 – Sim. Para ambos os serviços CAPS -Através de reunião clínica semanal para contribuição do PTS; C 7 – Sim. Para ambos os serviços CAPS - Interdisciplinar decisões sobre processo de tto feita através de equipe e pcte; C 8 – Sim. Para serviço CAPS II - Não respondeu e Não - Para serviço CAPS AD - Cada profissional direciona conforme sua convicção; C 9 – Não. Para serviço CAPS II - Não respondeu; e Sim – Para serviço CAPS AD - Não respondeu.
*PERGUNTAS SELECIONADAS PARA RELATO (Apresentação – fala inicial) Avaliado todas as questões com apontamentos de fatos mais importantes para a compreensão ; e perguntas: 45- Maior dificuldade para trabalhar saúde mental; 46- Gostaria de nos dizer algo que não foi perguntado.		

Fonte: A autora (2015).

APÊNDICE G – Apresentação dos resultados do usuário

Quadro 7 – Apresentação de resultados Usuário de Saúde Mental

USUÁRIO DE SAUDE MENTAL		
QUATRO EIXOS (figura 3)	Perguntas Realizadas : 01 a 32 Perguntas Seleccionadas Para Avaliar: 02; 03; 04; 06; 16 e 17.	RESPOSTAS DOS USUÁRIOS DE SAUDE MENTAL
TEÓRICO-CONCEITUAL	2- Tempo de tratamento;	2- Tempo de tratamento; U 1 - Iniciou tto ano de 2006; U 2 - Iniciou fevereiro 2015; U 3 - Iniciou fevereiro 2008 ou 2009; U 4 - Não lembra; U 6.1 - Iniciou agosto 2011; U 6.2 - Iniciou fevereiro 2011; U 7.1 - Iniciou junho 2015; U 7.2 - Iniciou janeiro 2015; U 8.1 - Iniciou ano 2009; U8.2 - *Usuário não foi chamado U 9.1 - Iniciou ano 2014; U 9.2 - Iniciou junho 2012.
	3- Com que frequência é acompanhado no CAPS;	3- Com que frequência é acompanhado no CAPS; U1- 3 U2- 2 U3- 0 U4- 3 U6.1- 2 U6.2- 2 U7.1- 5 U7.2- 1 U8.1- * U8.2- 2 U9.1- 1 U9.2- 0
	4- Conhece PTS;	4- Conhece PTS; U 1 – Sim. U 2 – não sabe o que é um PTS, porém sabe que a equipe realiza um trabalho; U 3 – Não; U 4 – Não; U 6.1 – Sim; U 6.2 – Não; U 7.1 – Sim; U 7.2 – Sim; U 8.1 – Não; U 9.1.– Não; U 9.2 – Não.
	6- Revisão PTS;	6- Revê PTS; U 1 – Não. Paciente informa que não é realizado atualmente por falta de profissionais; U 2 – Não. Sabe que a equipe realiza um trabalho; U 3 – Não tem conhecimento; U 4 – Não tem conhecimento; U 6.1 - Não. Relata que a equipe se reúne para falar tto a cada 1 ano, não soube responder o que é um PTS; (fala confusa) ; U 6.2 – Sim. Já fez revisão 4 vezes com profissionais (Enfermeiro, assistente Social e Psicólogo); U 7.1 – Não. Os Profissionais (TO, Psicólogo e Enfermeiro) se reúnem e passam tto; U 7.2 – Sim. Não soube informar, mas relata reunião com profissionais (Assistente Social, TO, Psicólogo e Enfermeiro); U 8.1 – Não. Fala da equipe rever tratamento, mas não soube explicar; U 9.1 – Não. Relata não ter ouvido falar; U 9.2 – Não. Sentaram para ver tto, mas não explicaram o que era.

	16- Programa de alta; 17- Existe CMS;	16- Programa de alta; U 1 - Alta ainda não programada pela equipe com usuário; U 2 - Alta ainda não programada pela equipe com usuário; U 3 - Alta (obteve alta não programada com equipe); U 4 - Alta (obteve alta não programada, indicaram procurar outras atividades); U 6.1 - Alta não programada pela equipe com usuário; U 6.2 - Alta não programada, relata: "nunca pensou em sair"; U 7.1 - Alta não programada pela equipe com usuário; U 7.2 - Alta não programada, relata: "não esta com pressa de sair"; U 8.1 - Alta não programada pela equipe com usuário; U 9.1 - Alta não programada, relata: "não está preocupado com alta"; U 9.2 - Alta (obteve alta solicitada à equipe relatando: "estar pronta". 17- Existe CMS. U 1 - Sim. U 2 - Não. U 3 - Sim. U 4 - Não. U 6.1 - Sim. U 6.2 - Não. U 7.1 - Não. U 7.2 - Sim. U 8.1 - Não. U 9.1 - Não. U 9.2 - Sim.
*Realizada pergunta aberta . Apresentação com pontos mais importantes da entrevista para algumas questões. Com: 32- Importância do serviço no tratamento.		

Fonte: A autora (2015).

APÊNDICE H – Mudança no potencial de implantação em 2011

Quadro 8 – Visualização das mudanças após a introdução da nova legislação, em 2011

Município	População	Rede de Atenção à Saúde Mental no ano de 2004, em conformidade com a legislação vigente. Portaria nº 336/2002 e nº 189/2002. Ano 2011: Portaria Nº 3088/2011 – Novo cálculo para implantação.	Serviços CAPS implantados
Adrianópolis	6.416	Cuidado na atenção Primária em Saúde.	
Agudos do Sul	8.797	Cuidado na atenção Primária em Saúde.	
Almirante Tamandaré	110.256	Implantação de CAPS II e CAPS AD.	CAPS II
Araucária	129.209	Implantação de CAPS II e CAPS AD.	CAPS II CAPS AD
Balsa Nova	12.059	Cuidado na atenção Primária em Saúde.	
Bocaiúva do Sul	11.826	Cuidado na atenção Primária em Saúde.	
Campina Grande do Sul	41.060	Implantação de CAPS I.	CAPS I
Campo do Tenente	7.550	Cuidado na atenção Primária em Saúde.	
Campo Largo	120.730	Implantação de CAPS II e CAPS AD.	CAPS II CAPS AD
Campo Magro	26.755	Implantação de CAPS I.	CAPS I
Cerro Azul	17.619	Cuidado na atenção Primária em Saúde.	*
Colombo	227.220	Implantação de CAPS II, CAPS AD e CAPS I.	CAPS II CAPS AD
Contenda	17.067	Cuidado na atenção Primária em Saúde.	*CAPS I
Curitiba	1.848.946	Não será pesquisado.	
Doutor Ulysses	5.837	Cuidado na atenção Primária em Saúde.	
Fazenda Rio Grande	89.037	Implantação de CAPS II e CAPS AD.	CAPS II
Itaperuçu	25.974	Implantação de CAPS I.	CAPS I
Lapa	47.023	Implantação de CAPS I.	CAPS I
Mandirituba	24.112	Cuidado na atenção Primária em Saúde.	*CAPS I

Município	População	Rede de Atenção à Saúde Mental no ano de 2004, em conformidade com a legislação vigente. Portaria nº 336/2002 e nº 189/2002. Ano 2011: Portaria Nº 3088/2011 – Novo cálculo para implantação.	Serviços CAPS implantados
Piên	11.956	Cuidado na atenção Primária em Saúde.	
Pinhais	124.528	Implantação de CAPS II e CAPS AD.	CAPS II CAPS AD
Piraquara	101.053	Implantação de CAPS II e CAPS AD.	CAPS II CAPS AD
Quatro Barras	21.417	Implantação de CAPS I.	CAPS I
Quitandinha	18.089	Cuidado na atenção Primária em Saúde.	*
Rio Branco do Sul	31.947	Implantação de CAPS I.	CAPS I
Rio Negro	32.911	Implantação de CAPS I.	CAPS I
São José dos Pinhais	287.792	Implantação de CAPS II, CAPS AD e CAPS i.	CAPS II CAPS AD CAPS i
Tijucas do Sul	15.575	Cuidado na atenção Primária em Saúde.	*
Tunas do Paraná	7.127	Cuidado na atenção Primária em Saúde.	
Total	3.429.888		

Fonte: A autora (2015).

ANEXO A – Autorização para pesquisa da Plataforma Brasil (CONEP)

Plataforma Brasil x Plataforma Brasil x

← → C aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisa.jsf

Cadastros Sua sessão expira em: 38min 25

Você está em: Pesquisador > Gerir Pesquisa

GERIR PESQUISA

Para cadastrar um novo projeto, clique aqui: [Nova Submissão](#) Para cadastrar projetos aprovados anteriores à Plataforma Brasil, clique aqui: [Projeto anterior](#)

Projetos de Pesquisa:

Título da Pesquisa: Número CAAE:

Pesquisador Responsável: Última Modificação: Tipo de Submissão:

Palavra-chave:

Situação da Pesquisa

☒ Marcar Todas
☒ Aguardando para Tramitar
☒ Aprovado
☒ Em Apreciação Ética
☒ Em Edição
☒ Em Recepção e Validação Documental
☒ Não Aprovado - Não Cabe Recurso
☒ Não Aprovado na CONEP
☒ Não Aprovado no CEP
☒ Pendência Documental Emitida pela CONEP
☒ Pendência Documental Emitida pelo CEP
☒ Pendência Emitida pela CONEP
☒ Pendência Emitida pelo CEP
☒ Recurso Não Aprovado no CEP
☒ Recurso Submetido ao CEP
☒ Recurso Submetido à CONEP
☒ Retirado
☒ Retirado pelo Centro Coordenador

Projeto de Pesquisa:

Tipo	Número CAAE	Título da Pesquisa	Pesquisador Responsável	Versão	Última Modificação	Situação	Gestão da Pesquisa
P	42657315.8.0000.5218	Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS da Rede Assistencial à Saúde Mental n(...)	Denise de Castro	1	13/05/2015	Aprovado	  
P		AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS DA REDE ASSISTENCIAL À SAÚDE MENTAL N(...)	Denise de Castro	1	30/03/2015	Pendência Documental Emitida pelo CEP	  
P	43885215.1.0000.0104	AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS DA REDE ASSISTENCIAL À SAÚDE MENTAL N(...)	ROZILDA DAS NEVES ALVES	1	27/04/2015	Em Apreciação Ética	 

DATASUS Departamento de Informática da SUS

Este sistema foi desenvolvido para os navegadores Internet Explorer (versão 7 ou superior), ou Mozilla Firefox (versão 9 ou superior).

Ministério da Saúde SUS Brasil Ministério da Saúde GOVERNO FEDERAL BRASIL PATRIA EDUCADORA

Área de Trabalho Bibliotecas Neide Mari Train Computador Rede PT 14:23 14/05/2015