

Poder Público, garantem a eficácia e eficiência no cumprimento das metas norteadoras das ações desenvolvidas na instituição. Para Sales e Dimenstein (2009), o CAPS busca estabelecer cuidados em saúde mental na perspectiva de atendimento integral e territorial que preza pela permanência das pessoas na comunidade, favorecendo a formação de vínculos estáveis e a garantia de direitos de cidadania. Nesse sentido, é possível perceber um novo olhar no cuidado em relação à pessoa em sofrimento psíquico, reconhecendo esta como um ser de direitos e potencialidades, com capacidade de construir a cidadania e a subjetividade nos termos dos novos dispositivos de atenção a saúde mental. (SALES e DIMENSTEIN, 2009).

Portanto, na perspectiva de uma sociedade democrática, os direitos do cidadão são concedidos a todos indistintamente sem preconceitos ou discriminação. Nesse contexto é que as pessoas com transtornos mentais ganharam espaço para serem cuidadas com dignidade e humanismo. A atenção psicossocial referendada pela reforma psiquiátrica defende a criação de um novo modelo de assistência aos loucos através da incorporação de novos valores e paradigmas. Nesse cenário, surgem os CAPS com a finalidade de promover a integração social e familiar dos pacientes com transtornos mentais oferecendo apoio e incentivo na busca da autonomia. Os CAPS se constituem na principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (SALES e DIMENSTEIN, 2009),

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004, p.09).

Avanços significativos ocorreram com relação à atenção à saúde mental, porém a prática de uma assistência adequada e humanizada ainda é uma utopia visto que a realidade do atendimento nos CAPS na rotina diária apresenta intervenções desarticuladas e fragmentadas.

A consolidação dos serviços prestados nessas instituições pressupõe o rompimento com uma cultura de atendimento asilar, tornando-se assim o desafio da reforma psiquiátrica, pois não depende apenas de condições estruturais, mas de convicções e valores compatíveis com os propósitos dos CAPS.(YASUI, 2009).

Segundo Yasui (2010) o CAPS é o principal instrumento de implantação da política nacional de saúde mental, sendo uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental, portanto, não se limita ou se esgota na implantação de um serviço, pois o CAPS é meio, é caminho e não fim, ou seja, é a possibilidade de trama, de cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é feito

em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores. Nessa perspectiva, entende-se que a rotina de um CAPS deve atender para a elaboração de um projeto terapêutico considerando a individualidade, a integralidade e complexidade de cada paciente de forma que contemple uma diversidade de estratégias de cuidados. (YASUI, 2010).

Conforme afirma o mesmo autor, a atenção psicossocial deve inventar um novo modelo de cuidar do sofrimento psíquico através da criação de espaços de constituição de relações sociais baseadas em princípios e valores que possibilitam reinventar a sociedade, de forma que haja um espaço para o sujeito dito louco. (YASUI, 2010).

Nesse sentido, é importante atender para a prática dos cuidados e que não se reproduza a prática manicomial com outras roupagens conforme alertam Pande e Amarante, (2011): "[...] os serviços podem, a um só momento, cronificar, restringir, segregar, proteger, bem como libertar, favorecer autonomia, cidadania e protagonismo". (PANDE E AMARANTE, 2011, P. 2075).

Segundo o pensamento do autor é possível perceber em um mesmo serviço, práticas dicotômicas que revelam por um lado, o distanciamento e o isolamento entre os interesses dos usuários e o cuidado a eles dispensado, e, por outro lado, práticas de fortalecimento e incentivo a autonomia do sujeito (paciente). A operacionalização desses dois procedimentos de forma concomitante revela a presença de dois paradigmas que influenciam diretamente as ações dos profissionais gerando obstáculos que dificultam a comunicação entre eles com reflexo nos demais serviços que compõem a rede de atenção, comprometendo conseqüentemente, a integralidade do cuidado e a atenção psicossocial. (PANDE E AMARANTE, 2011)

O alcance da integralidade e humanização do cuidado depende da assimilação por parte dos profissionais de três concepções, quais sejam: incorporação de uma nova atitude; adquirir postura crítica à dissociação entre práticas de saúde pública e práticas assistenciais; uma recusa em objetivar e fragmentar os sujeitos sobre os quais as ações incidem. Como parte desse atendimento integral, corresponde o acolhimento nos serviços de saúde mental como mais uma das tecnologias de atenção integral ao sujeito, uma tecnologia que se propõe a legitimar a importância da "materialidade" do encontro, do qual depende inteiramente o trabalho em saúde. A eficácia e a natureza desse encontro entre profissional e usuário são definidas pela forma como os usuários são acolhidos pelos profissionais a quem confiam seus cuidados, podendo gerar empatia ou antipatia por parte do usuário, dificultando o tratamento. (PANDE E AMARANTE, 2011)

A produção da subjetividade é fator decisivo nos encontros entre profissionais e usuários com problemas mentais, devendo, portanto, ser o propósito inicial do profissional envolvido. Amarante, (2008), menciona que, é fundamental para os CAPS oferecer estruturas flexíveis, evitando tornarem-se espaços burocratizados, repetitivos, os quais tendem a trabalhar mais em relação com a doença do que com as pessoas; propiciar o acolhimento aos sujeitos que estão em crise e às demais pessoas envolvidas (familiares, amigos e outros). (AMARANTE, 2008).

Como recomenda o autor, é importante que os serviços de atendimento nos CAPS priorizem as relações interpessoais em que a equipe de profissionais possa interagir com os pacientes e familiares de forma natural, amistosa e participativa ensejando um acolhimento prazeroso e integrativo.

Na oportunidade de realização do estágio nos períodos: março/2016 e abril/2017 no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Município de Capistrano - Ceará, o contato direto com essa realidade permitiu compreender a extensão do desafio na consolidação de atendimento adequado aos usuários daquela instituição. Entendendo ser uma abordagem importante para as pessoas com transtornos mentais e para as famílias, surgiu o desejo de compartilhar com os profissionais e usuários a minha percepção sobre o atendimento ali realizado. Assim, essa pesquisa procura responder a pergunta: Como se dá o atendimento aos pacientes com transtorno mental na percepção dos profissionais e usuários do CAPS do Município de Capistrano - CE?<sup>1</sup>

Para responder essa pergunta e fundamentar a análise do problema levantado, a presente pesquisa propôs por objetivo geral: Compreender os desafios na efetivação dos direitos dos usuários no Centro de Atenção Psicossocial de Capistrano - CE. E por objetivos específicos: discorrer sobre as Políticas Públicas de saúde mental no Brasil; como se dá o fluxo de atendimento aos pacientes; apreender os fatores que dificultam o atendimento dos pacientes.

Para desenvolver esta pesquisa foi necessário traçarmos uma metodologia adequada que nos permitiu estabelecer um contato direto com o fenômeno que estava sendo vivido, sendo que para compreender esse fenômeno foi preciso buscar a descrição da experiência pelos sujeitos que o vivenciam.

Desse modo, a metodologia da pesquisa foi uma abordagem qualitativa porque trabalhou com o universo de significações, atitudes, aspirações e valores contribuindo para

---

<sup>1</sup>Curso: Serviço Social, Disciplina Estágio Supervisionado Obrigatório realizado no CAPS – Capistrano - CE

uma compreensão adequada dos fenômenos sociais de relevância no aspecto subjetivo (MINAYO, 2000).

O estudo foi iniciado com a pesquisa bibliográfica permitindo a compreensão e análise da temática abordada. Para o levantamento de fontes bibliográficas seguimos as etapas sugeridas por Medeiros, (2000): “identificação, localização, compilação e fichamento.” Os documentos utilizados compreenderam: artigos de revistas, jornais, livros, sites, relatórios, bibliotecas virtuais, leis, etc., que de maneira indireta fornecem informações sobre o objeto da pesquisa. O problema foi levantado no período de estágio e para compreendermos e fundamentá-lo buscamos embasamento nas leis que regulamentam o sistema de saúde mental e nas ideias de autores como: Paulo Amarante, Castão Campos, Carvalho, Ana Maria Costa, Michel Foucault, Paulo Freire, Antônio Lancetti, R. Matos, Eduardo Vasconcelos, A. Yasul e outros.

Também foi realizada uma pesquisa de campo que propiciou o conhecimento do fenômeno investigado através do contato direto com a realidade social revelada. Segundo Minayo, (2010):

O trabalho de campo permite a aproximação do pesquisador da realidade social sobre a qual formulou uma pergunta, mas também estabelecer uma interação com os “atores” que conformam a realidade e assim constrói um conhecimento empírico importantíssimo para quem faz pesquisa social. (MINAYO, 2010, p.61).

A pesquisa de campo foi realizada nos períodos de cumprimento da disciplina Estágio Supervisionado Obrigatório, desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Capistrano, localizado na Rua Galdino Ferreira Lima, s/n, no Centro. Cidade que leva o nome de um importante historiador Cearense, Capistrano de Abreu, tem sua extensão territorial de 194.8km<sup>2</sup>, de acordo com o último censo do IBGE (2010), sua população era de 20.234 habitantes e seu IDHM 0,631. Está localizada no maciço de Baturité, cresceu a partir da estrada de Ferro, prosperou na Agricultura e se fortaleceu na religiosidade do povo. É Motivo de inspiração, pois possui desde os últimos 12 anos um grande desenvolvimento.

A seguir apresentamos a fachada da estrutura física do prédio, onde funciona o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS de Capistrano - CE, localizado na Rua: Galdino Ferreira Lima, s/n, registrado na figura 1.

Figura 1: Fachada do Centro de Atenção Psicossocial de Capistrano – CE.



FONTE: ACERVO DA PESQUISADORA

O município é dividido em 62 comunidades: Capistrano (sede), Carqueja dos Alves, Carqueja Guilherme, Carqueja Diocese, Carqueja São Mateus, Carqueja de Baixo, Carqueja Sabino, Carqueja dos Fernandes e Carqueja Centro, Pesqueiro, Mazagão 1, Mazagão 2, Mazagão 3, Vila do Cursino, Serra do Vicente, Lú, Manga, Boqueirão, Lagoinha, Serra das Bananeiras, Marmoré e Riacho do Padre 1 e 2, Cajazeiras, Catolé, Ipús, Agrovila, Camará, Cajuás de Cima e Chapada dos Cajuás, Serrinha de Baixo, Serrinha de Cima, Mocó, Belo Monte, Brejo, Várzea das Palmeiras, Putiú de Cima, Putiú de Baixo, Putiú dos Doroteus, Putiú dos Marcelinos, Vila Fernandes, Vila Osório, Conjunto Boa Esperança ( Japão), Bom Jardim das Palmeiras, Buenos Aires, Curimatã, Manos Copos, Pasmado, São Bento, Juamirim, Boqueirão de Baixo, Boqueirão de Cima, Massapê, Tenente, Novas Passagens, Cabeça da Onça, Jenipapeiro, Conjunto Planalto (1,2 e 3), SansSoucy, Lagoa Nova e Mangueiral. Possui também um aglomerado habitacional na sede da cidade, onde se encontra a maior parte dos habitantes de Capistrano que são as 3 Ruas: Rua Vidolina, Rua do Meio e Rua do Trilho<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup>Mapa Político do Município de Capistrano-CE

O universo da pesquisa foi constituído de familiares de pessoas com transtornos mentais usuários do CAPS de Capistrano e profissionais envolvidos no programa de assistência aos usuários. Estabelecemos como critérios de inclusão para definição dos sujeitos da pesquisa o nível de afinidade e contato direto com os pacientes atendidos mediante a aceitação em participar da pesquisa. A amostra selecionada compreende 12(doze) funcionários e profissionais e 10 (dez) familiares usuários.

As técnicas da coleta de dados seguiram as orientações que compreendem: a observação, realizada de forma inteligente e sagaz, de modo a permitir clara distinção entre os fatos que são relevantes para o estudo em causa, e os inúmeros outros casos que se apresentem concomitantemente. Por isso deve ser atenta, precisa e metódica. Deve ser pertinaz, completa, porém analítica. Exige que o pesquisador seja curioso, paciente, objetivo e imparcial; capaz de ver com olhos isentos de preconceitos e a cabeça livre das fórmulas tradicionais, de ideias fixas ou baseadas em dogmas ou em autoridades que não demonstraram cabalmente, na prática, a validade de suas teses. ( REY,1998 ).

O método observacional é um dos mais utilizados nas ciências sociais e apresenta alguns aspectos curiosos. Por um lado, pode ser considerado como o mais primitivo, e conseqüentemente o mais impreciso. Mas, por outro lado, pode ser tido como um dos mais modernos, visto ser o que possibilita o mais elevado grau de precisão nas ciências sociais. Tanto é que em Psicologia os procedimentos de observação são frequentemente estudados como próximos aos procedimentos experimentais. Nestes casos, o método observacional difere do experimental em apenas um aspecto: nos experimentos o cientista toma providências para que alguma coisa ocorra, a fim de observar o que se segue, ao passo que no estudo por observação apenas observa algo que acontece ou já aconteceu. (GIL, 1987, p. 35).

A observação foi realizada de forma participativa, formal e informal em diferentes momentos de funcionamento dos serviços desenvolvidos na instituição, através do contato direto do pesquisador com os sujeitos envolvidos para coleta de informações sobre o problema levantado. O aspecto formal da observação refere-se aos encontros de discussões e relatos de experiências, ocorridos por ocasião da execução do projeto de intervenção realizado no âmbito da instituição nos períodos de estágio com a participação dos usuários familiares dos pacientes.

O diário de campo foi mais um instrumento de registro de dados, onde anotamos as impressões pessoais que ao longo da pesquisa foram se modificando na medida em que as informações eram colhidas através da observação participativa. De acordo com Minayo, (2013): “em qualquer nível de profundidade em que foi realizada a observação participativa, é tradicionalmente utilizado o diário de campo” (MINAYO, 2013)

Diante da questão levantada e as investigações realizadas a partir da dimensão teórica-prática, esta pesquisa foi estruturada em três capítulos em que os dois primeiros compõem o referencial teórico nos quais constam os direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil, um pouco sobre a história da loucura, a reforma psiquiátrica e as Políticas Públicas de saúde mental no Brasil. O quarto capítulo apresenta os resultados da pesquisa de campo cujo título: Desafios à efetivação dos direitos dos usuários do CAPS de Capistrano, pontua o fluxo de atendimento e os fatores que dificultam o atendimento dos pacientes. O percurso metodológico utilizou a pesquisa bibliográfica/documental e contato direto com usuários e profissionais

No terceiro capítulo as abordagens contemplam os direitos das pessoas com transtornos mentais, um breve histórico sobre a loucura destacando sua evolução conceitual ao longo dos períodos históricos até a reforma psiquiátrica. Faz referências à questão da Reforma Psiquiátrica no Brasil e o papel dos Centros de Atenção Psicossocial na assistência aos indivíduos com transtornos mentais, e às políticas de saúde mental no Brasil.

No quarto capítulo relata a experiência das vivências efetivadas no CAPS do Município de Capistrano - CE, com indicação das atividades desenvolvidas, bem como os resultados das ações desenvolvidas na pesquisa.

## 2. O TRAJETO DA PESQUISA

### 2.1 Definição do Objeto

Conforme dito anteriormente, o objeto de estudo desta pesquisa foi compreender os desafios na efetivação dos direitos dos usuários no Centro de Atenção psicossocial (CAPS) de Capistrano - CE. No entanto, esta temática não foi de início a minha escolha. No ano de 2016, durante a disciplina de Pesquisa 2, a minha temática estava relacionada ao Centro de Referencias de Ação Social CRAS de Antônio Diogo, distrito de Redenção – CE, cuja intenção de pesquisa tinha como tema: “Serviço Social e Família: Reflexões a Partir de Assistentes Sociais do CRAS em Antônio Diogo, Redenção - CE”. Objetivo Geral era: refletir sobre quais as percepções do profissional de assistência social sobre a relação família e serviço social no CRAS de Antônio Diogo.

Nesse mesmo período descobri que minha tia “Marliene”, muito próxima a mim, estava internada em uma Clínica psiquiátrica há quase um mês, com duas tentativas de suicídio e meus familiares estavam me ocultando esse fato, pois na época estava no começo de uma gestação planejada e desejada há muito tempo. Quando descobri, fiquei em choque, pois minha tia era uma pessoa cheia de vida, amava sua vida e sabia aproveitá-la como ninguém. Envolvi-me diretamente com esse problema e tratei de ajudar em tudo que podia e não podia, pois minha família era muito passiva em relação a isso, deixando tudo nas mãos de seu marido que tinha o problema de alcoolismo e enfrentou situação semelhante. Por isso considerou que a única solução era sua internação para evitar reincidência das tentativas de suicídio. Em seguida, outros acontecimentos tristes foram acontecendo em minha vida, pois tive minha gestação interrompida com um aborto espontâneo e o sonho tão desejado tinha se tornado um pesadelo muito doloroso.

Durante a disciplina de TCC 1 outro fato triste abalou minha estrutura emocional: a morte do meu honroso avô ,Chico Simião, que venceu várias batalhas, mas perdeu a vida inesperadamente quando se feriu com um simples pedaço de ferro no dedo e morreu de tétano. Fiquei muito triste e reflexiva sobre a vida que levava e as pessoas ao meu redor, buscando sempre ser solidária para com o outro sem esperar nada em troca. Não estava tendo forças nem uma boa concentração para concluir o TCC 1, pensei em mudar de temática, mas fui orientada a permanecer com a mesma, já que estava próximo ao final do semestre.

Na sequência de acontecimentos trágicos meu pai descobriu que tinha cirrose hepática devido aos anos de consumo de álcool e acabou falecendo em um domingo, em pleno dia dos pais, enquanto todos comemoravam e almoçavam com seus pais, tive que arrumar o velório do meu. Quando descobriu a enfermidade, parou de beber e nossos laços se estreitaram mais

ainda, pois sempre tive muito amor por meu paizinho, teimoso e amoroso que sempre me ludibriava com suas promessas que nunca cumpria. Passei toda minha vida pedindo para ele parar de beber, conselhos e mais conselhos e nunca me ouviu. Quando parou de beber os laços afetivos se fortaleceram permitindo maior aproximação com a neta Ana Gabriela, minha filha. Esses momentos de aproximação foram interrompidos com seu falecimento depois de um ano da descoberta da doença.

A dor da perda de um ente tão querido provocou o desequilíbrio emocional que me levou a procurar ajuda psicológica e medicamentosa. Esse fato aliado a afinidade com os profissionais e usuários do CAPS de Capistrano – CE, criada nas vivências ali desenvolvidas nos períodos de estágio, impulsionaram-me a mudar de tema, que a priori era outro.

Além da experiência pessoal vivida, com relação à saúde mental, um fator determinante para a realização dessa pesquisa foi a vivência no CAPS de Capistrano, onde realizei o Estágio Supervisionado Obrigatório em dois períodos distintos. Na ocasião, o primeiro contato com a equipe de profissionais e usuários permitiu-me em primeiro momento observar os mecanismos de atendimento aos usuários ali realizado. Na oportunidade percebi o aglomerado de pessoas na sala de espera onde se sobrepunha um clima de insatisfação pelo longo tempo de espera por atendimento, havendo casos de desistência e/ou adiamento de consultas. Esse fato gerou o interesse pela elaboração de um projeto de intervenção que foi executado com êxito e bastante receptividade, mediante a satisfação dos usuários ao se sentirem coparticipantes das atividades desenvolvidas.

Durante todo o período de estágio meu interesse pelo tema se consolidava na medida em que mantinha contato com os usuários que demonstravam satisfação ao perceberem o empenho e cordialidade de todos para consigo. As atividades e dinâmicas realizadas na execução do projeto de intervenção foram decisivas na elevação da autoestima dos usuários participantes, permitindo o aumento da confiabilidade nos serviços prestados. Conheci de perto a realidade familiar dos pacientes quando acompanhei a Assistente Social nas visitas domiciliares, onde foi possível definir o universo de situações relatadas pelos parentes e afins dos pacientes com transtornos mentais. Essas percepções me permitiram compreender que o enfrentamento do adoecimento mental não é exclusivo do paciente, mas de toda a família que com ele acaba adoecendo também.<sup>3</sup>

Na ocasião do estágio foi possível perceber que muitas questões permeiam a compreensão dos usuários no que se refere à competência do CAPS. Dentre tais questões destacam-se: Qual a finalidade do CAPS? Quais os objetivos do CAPS? Qual a importância

---

<sup>3</sup> Peço licença ao leitor para me dirigir na primeira pessoa neste tema que trata do meu interesse pela pesquisa

dos serviços prestados para a comunidade? Qual a função de cada profissional da equipe? Por que as consultas só são realizadas em um único dia da semana?

Minha aproximação com o objeto de estudo em questão deu-se nos meses de abril a agosto dos anos 2016 e 2017, através do estágio supervisionado realizado no CAPS de Capistrano - CE, onde tive a oportunidade de vivenciar o cotidiano, observar o funcionamento da instituição, de compartilhar ideias e desenvolver um projeto de intervenção na sala de espera com os usuários. Essa experiência foi gratificante e proveitosa na medida em que proporcionou prazer e evitou as queixas e inquietações dos participantes com relação ao longo tempo de espera para serem atendidos, mas não foi suficiente para solucionar o problema relacionado ao tipo de atendimento ali realizado.

Assim percebendo senti a necessidade de aprofundar os estudos sobre a qualidade do atendimento realizado no CAPS de Capistrano e refletir sobre o que define as Políticas Públicas de saúde mental e as reais condições de atendimento ao usuário naquela instituição.

As vivências e o contato direto com profissionais e usuários do CAPS possibilitaram a apreensão de uma realidade em que se observa profundo descompasso entre a teoria e a prática de atendimento aos usuários do sistema de saúde mental.

No período de realização do estágio, logo no primeiro momento o aglomerado e o clima de insatisfação dos usuários na sala de espera chamaram minha atenção. Foi esse o primeiro problema levantado para o qual elaboramos projeto de intervenção. Porém, com o passar dos dias outros problemas eram detectados, compartilhados e discutidos com a equipe de funcionários que reconhecem a extensão dos problemas, mas que a solução desses não está ao alcance de nenhum deles. São problemas estruturais, de material, pessoal e político que comprometem diretamente a qualidade do atendimento naquela instituição.

Os CAPS, assim como outros serviços de saúde, apresentam, em suas experiências, relatos de demandas numerosas, as quais geram sobrecarga nas equipes e necessidade de respostas mais adequadas que contribuam para o acesso e acompanhamento adequado dos usuários/familiares que procuram assistência especializada em Saúde Mental. O CAPS de Capistrano passa exatamente por esse problema.

Em agosto do corrente ano iniciamos os estudos para elaboração do TCC (Trabalho de Conclusão do Curso) a partir do problema levantado no CAPS por ocasião da realização do estágio supervisionado. No primeiro momento foi realizada a pesquisa bibliográfica e documental com a seleção do material necessário para fundamentar a temática escolhida, estabelecer parâmetros com os dados coletados, sistematizar e dar início a etapa de elaboração do TCC.

## 2.2 Inserção no campo e apresentação do Campo de Pesquisa

O primeiro contato com a instituição, o (CAPS) de Capistrano - CE deu-se de abril a agosto de 2016 por ocasião do cumprimento da disciplina Estágio Supervisionado Obrigatório. Formalmente após os cumprimentos e entrega do ofício de apresentação, a Assistente Social conduziu as estagiárias para o reconhecimento das dependências físicas e em seguida apresentou o horário de funcionamento, a proposta de trabalho com a definição dos objetivos, missão e organograma contendo a estrutura organizacional da instituição. Sentindo-nos bem acolhidas iniciamos a leitura dos documentos com a finalidade de interagir com as equipes de trabalho e acompanhar de perto os serviços prestados e colaborar na execução desses.

Foram dois períodos de estágio cumpridos na instituição. O segundo ocorreu um ano depois, de abril a agosto de 2017, com o retorno aos trabalhos de assistência e acompanhamento às pessoas com transtornos mentais, na mesma instituição. Durante os períodos de frequência ao CAPS, as afinidades com o trabalho e o clima amistoso do ambiente advindo das relações interpessoais desenvolvidas entre equipes de trabalho e usuários geraram interesse pelo desenvolvimento dessa pesquisa.

Assim, com a experiência de vivências e conhecimento dos mecanismos de funcionamento da instituição foi possível definir a temática e iniciar o processo de elaboração do TCC. No estágio realizado na instituição delimitamos o tema e estabelecemos objetivos na perspectiva de refletir sobre o problema da qualidade do atendimento realizado no CAPS de Capistrano - CE. As vivências e o contato direto com profissionais e usuários do CAPS foram fatores decisivos na realização da pesquisa.

O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, local no município de referência de tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e persistentes e demais quadros que justifiquem sua permanência num dispositivo de atenção diária, como também dependência química, fatos que prejudiquem a interação social do usuário na sociedade, buscando sempre reintegrá-lo a sociedade e promovendo a vida, através de acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários através de trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Tem um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, direcionando as políticas e programas de saúde mental, com

intuito de diminuir as internações e mudar o modelo existente em nosso País. (BRASIL, 2004)

Durante treze anos o CAPS de Capistrano foi referência para o maciço de Baturité sendo o único CAPS da região. A partir de 2014, com a implementação da portaria GM 3.088/ 2011 os municípios vizinhos que compõem a 4º CRES foram contemplados com a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, apenas o município de Aratuba continua até hoje sendo atendido neste serviço. A abertura desses CAPS significou um avanço das Políticas Públicas na construção da Rede de Atenção Psicossocial de cada município, fortalecendo as ações da saúde mental na região e priorizando a continuidade do tratamento e melhor acessibilidade para todos.

Conforme discriminação constante no plano de trabalho da instituição, constituem sua missão e valores: promover recuperação, reabilitação e reinserção do paciente psiquiátrico a sociedade através de cuidados intensivos, semi-intensivos e não intensivos realizados por equipe multiprofissional. Entendemos por equipes específicas as que atuam de forma integrada, ocupando seus espaços específicos sem perda de sua identidade profissional, buscando os enriquecimentos mútuos, almejando assim atingir objetivos e finalidades comuns. Os objetivos<sup>4</sup> e metas traçados são: promover a recuperação, habilitação, reabilitação e reinserção do paciente psiquiátrico à sociedade, oferecer atendimento Inter profissional nas áreas de psiquiatria, psicologia, enfermagem, serviço social, promover a diminuição do número de internações e reintegrações psiquiátricas, sensibilizar e capacitar às famílias e a comunidade na compreensão dos aspectos bio-psico-social dos transtornos mentais.<sup>5</sup>

A equipe de trabalho é composta de 14 profissionais, sendo a maioria dos funcionários efetivados por meio de concurso público. É constituída de: 1(uma) Supervisora em Saúde Mental da Atenção Primária, 1 (Uma) Psiquiatra, 1(uma) Coordenadora e Psicóloga, 1(uma) Assistente Social, 1(uma) Enfermeira, 1(uma) Farmacêutica, 1(um) Motorista, 1(uma) Técnica em Saúde Mental, 1(uma) Técnica de Enfermagem, 1(um) Agente Administrativo, 1(uma) Auxiliar de Serviços, 1(uma) Cozinheira, 1 (uma) Recepcionista.<sup>6</sup>

A seguir apresentamos a Estrutura Organizacional do CAPS de Capistrano, registrado na figura 2.

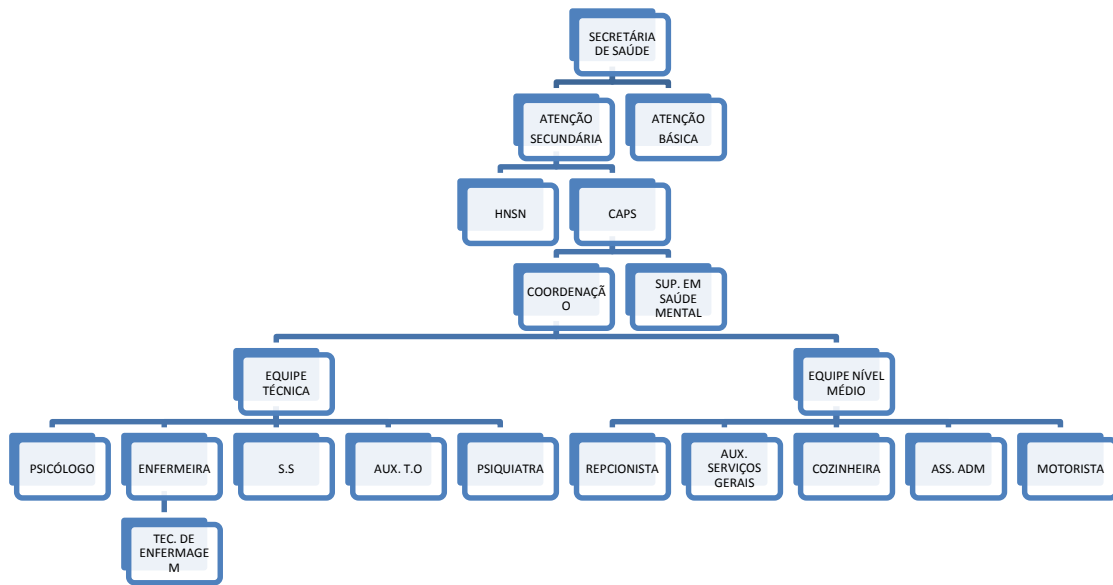
---

<sup>4</sup> Durante a realização dos estudos tive a oportunidade de manusear documentos com informações sobre o funcionamento do CAPS de Capistrano

<sup>5</sup> Plano de Trabalho

<sup>6</sup>

Figura 2: Organograma (próxima página)



Fonte: Proposta de trabalho do CAPS de Capistrano - CE.

Para dar continuidade a este estudo obtemos a informação de que o espaço físico é um prédio alugado pela prefeitura, observamos que sua estrutura é composta por uma recepção, onde é feito o acolhimento aos usuários e serve também como sala de espera. O espaço dispõe de sete salas, sendo uma da coordenação, uma de intercorrência para pacientes em crise, e as outras para atendimento dos profissionais de nível superior, uma cozinha, um refeitório e uma dispensa. No prédio tem dois banheiros para os usuários, sendo um adaptado, e dois para os funcionários.

Com relação ao equipamento verificamos que existem apenas um computador e uma impressora, que ficam na sala da coordenação. Apenas uma sala é equipada com ar condicionado, na cozinha tem um freezer, uma geladeira, um bebedouro de água e um fogão, além dos utensílios domésticos como panelas, pratos, copos, colheres, talheres e etc.

### 3. OS DIREITOS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS

#### 3.1 Um pouco sobre a história da loucura

Ao longo da evolução das civilizações, diferentes enfoques foram dados a loucura: enfoque mitológico-religioso na visão de Homero; concepção passional ou psicológica de Eurípedes; Hipócrates e Galeno eram considerados como disfunções somáticas. Ramminger, (2002). Na idade média a loucura passou a ser vista como possessão diabólica por iniciativa própria ou para atender desejo de algum bruxo. Essa possessão segundo o autor ocorre de duas maneiras: na primeira o diabo se aloja no corpo da pessoa e na segunda o demônio determina as percepções e emoções da pessoa. (RAMMINGER, 2002).

O enfoque diabólico dado a loucura com o passar dos tempos foi superado pela teoria patológica de Hipócrates que considera o delírio como marca de insanidade, sendo as perturbações intelectuais a condição primeira para o diagnóstico da loucura. No processo de evolução da concepção de loucura surge em 1801, à psiquiatria como especialidade médica a partir do Tratado Médico-Filosófico sobre Alienação Mental elaborado por Pinel (RAMMINGER, 2002). Conforme Roudinesco (1998), “logo após a saída do universo da religião e da magia, o fenômeno da loucura começou a ser abordada a partir de três maneiras: [...] a primeira consiste em introduzi-la no quadro nosológico construído pelo saber psiquiátrico e considerá-la uma psicose (paranóia, esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva); a segunda visa elaborar uma antropologia de suas diferentes manifestações de acordo com as culturas [...] a terceira, finalmente, propõe abordar a questão pelo ângulo de uma escuta transferencial da fala, do desejo, ou da vivência do louco (psiquiatria dinâmica, análise existencial, fenomenologia, psicanálise, antipsiquiatria).” (ROUDINESCO, 1998, p. 478).

As ponderações dos autores apontam que o conceito de loucura evoluiu junto com a organização social, segundo a psicologia, loucura ou insanidade é uma condição da mente humana cancerizada por pensamentos considerados anormais pela sociedade. É resultado de doença mental, quando não classificada como a própria doença e o diagnóstico da insanidade mental só podem ser feito por especialistas em psicopatologia.

Muitas são as definições e conceitos dados a loucura ao longo da história, porém não se pode ignorar a imbricada relação do estado de saúde física/mental dos indivíduos com o contexto social em que se inserem, pois o estado de saúde é determinado pela cultura na qual o sujeito está inserido. Segundo (FOUCAULT, 2010, p.186):

O louco afasta-se da razão, mas pondo em jogo imagens, crenças, raciocínios encontrados, tais quais, no homem de razão. Portanto, o louco não pode ser louco para si mesmo, mas apenas aos olhos de um terceiro que, somente este, pode distinguir o exercício da razão da própria razão (FOUCAULT, 2010, p.186).

Essa afirmação corrobora a ideia de que a saúde e a doença mental estão inseridas no mundo social histórico e é definida pela cultura e legitimada pelo senso comum. O estado de adoecimento psíquico assume diferentes configurações em diferentes períodos, de acordo com a cultura de cada período histórico: doença mental, sofrimento psíquico e ou/ mental, transtorno psíquico e/ou mental, loucura.

Segundo Frayze-Pereira, (2008), nas sociedades primitivas, o louco era aceito e reconhecido como diferente, porém, não como sendo doente. No final da Idade Média, segundo o mesmo autor, o Europeu estabelecia relação com os loucos, que circulavam livremente e faziam parte da vida cotidiana.

Durante a idade média os espaços de exclusão social eram destinados ao leproso. Porém, com o fim das cruzadas e o combate a infecção esse foco é redirecionado para a figura do louco. As primeiras medidas a serem tomadas em relação ao louco eram confiná-los em estabelecimentos e assim retirar do convívio social as pessoas que não se adaptavam a ele.

Dessa forma podemos observar que, no final da idade média quando os leprosários não eram mais considerados doentes, uma nova forma de substituir os internatos foi direcionada para a loucura. A respeito deste assunto, Foucault (1972, p. 8) demonstra um fato curioso:

É sob a influência do modo de internamento, tal como ele se constituiu no século XVIII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da Loucura, num espaço moral de exclusão. De fato, a verdadeira herança da lepra não é aí que deve ser buscada, mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará para se apropriar. Esse fenômeno é a Loucura.

De acordo com a concepção do autor os loucos são considerados uma ameaça para a sociedade e por isso são banidos do convívio social e confinados em espaços isolados em função da preocupação não com a mente do louco, mas sim, com a perturbação que esse poderia causar com seu modo de agir. Essa percepção também inclui as pessoas com doenças venéreas. Porém, a partir do século XIX, conforme Foucault, (1997), a psiquiatria toma as rédeas da loucura e, com as promessas de cura, justificaria as formas de asilamento. (FOUCAULT, 1997).

A partir do século XVII a Europa deu início ao processo de criação de casas de internamento destinadas aos loucos. Dessa forma a concepção da loucura filosoficamente

influenciada pelo pensamento moderno é associada ao poder da razão e se configura como a impossibilidade do pensamento. Frayze – Pereira, (2008). Assim a dimensão da exclusão da loucura diversificou-se e foi além do nível filosófico. Foucault denominou esse período de a “Grande Internação” iniciando aí a institucionalização da loucura. O Hospital Geral fundado em 1656, em Paris, de cunho assistencial e ordenamento social tinha a função não só de acolher os doentes, mas também os pobres da cidade atendendo aos interesses da burguesia acatada pela igreja. Nessa instituição os pobres e miseráveis eram submetidos a maus tratos. Além de serem obrigados a realizarem trabalhos forçados.<sup>7</sup>

A exclusão social a que esses indivíduos eram submetidos pressupõe a ausência de lugar no mundo social, com a ruptura dos vínculos nas dimensões do mundo do trabalho, da sociedade, da família, da política da cultura, ou seja, o indivíduo perde sua identidade social. Nessa conjuntura o alvo das políticas de proteção eram os indivíduos incluídos no mundo do trabalho sem nenhum sinal de proteção aos excluídos.<sup>8</sup>

A partir do século XVIII o fenômeno da loucura passou a ser objeto do saber médico sendo, portanto, considerada uma doença mental com possibilidades de cura. O pensamento científico é valorizado e nesse contexto surgem os hospitais como espaços terapêuticos. No entanto esse acontecimento não se revestia de caráter humanitário e solidário, uma vez que esses espaços mantinham os loucos distantes do convívio social. Dessa forma, percebe-se que esse sistema hospitalar surgiu para institucionalizar as relações já exercidas. O beneficiário desse modelo de assistência não era o louco, mas a sociedade, pois a medicação não visava uma ação positiva sobre o doente, mas a anulação dos efeitos negativos do hospital.<sup>9</sup>

Assim no final do século XVIII, a loucura era vista como ausência de liberdade, e o ato de trancafiar os loucos repressivamente apenas faziam aumentar sua loucura. Dessa forma, o internamento deixava de almejar a repressão e passava a buscar a libertação, o que, a princípio, contribuiu para o fim do internamento e o surgimento dos asilos. Nesse período, o fenômeno da exclusão dos loucos se evidencia com as internações. Trata-se de uma forma de aprisionamento dos loucos, com fins terapêuticos e penitenciários.<sup>10</sup>

---

<sup>7</sup>A criação do Hospital Geral pelo Rei da França em 1656, inaugurou as funções sociais e políticas do hospital. Em seu decreto de fundação, o Hospital Geral destinava-se aos pobres de todos os sexos, lugares e idades, de qualquer qualidade de nascimento, e seja qual for sua condição, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis (Foucault, 1978:49 apud Amarante).

<sup>8</sup>Ao longo de toda a modernidade, o espaço da loucura e dos loucos foi, por excelência, o da exclusão. Considerados inaptos, desazotados, imorais, indisciplinados ou loucos, desde a fundação do Hospital Geral, em 1652, foram mantidos fora do convívio social (OLIVEIRA, 2011, p.142).

<sup>9</sup> Idem

<sup>10</sup> Idem

Assim, uma nova visão desponta no cenário da contemporaneidade com os movimentos reformistas da psiquiatria confrontando o próprio dispositivo psiquiátrico e as instituições a ele relacionadas, a exemplo da experiência de Franco Basaglia nas cidades italianas de Gorzia e Trieste, cuja referência era a defesa da desinstitucionalização. Para o Ministério da Saúde, desinstitucionalização<sup>11</sup>:

[...] é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005b, p. 06).

Nessa nova concepção a reforma psiquiátrica brasileira encontra seus principais fundamentos teóricos, propondo-se a seguir a visão teórica adotada na reforma italiana. No entanto, dentro do processo histórico, a forma de lidar com a loucura no Brasil difere daquela praticada na Europa.

De acordo com a Resolução n. A/8429 da Assembleia Geral da ONU de 22 de dezembro de 1971:

1. O deficiente mental deve gozar, na medida do possível, dos mesmos direitos que todos os outros seres humanos,
2. O deficiente mental tem direito aos cuidados médicos e aos tratamentos físicos apropriados, assim como à instrução, à formação, à readaptação e aos conselhos que o ajudem a desenvolver ao máximo as suas capacidades e aptidões.

Assim, observamos que os propósitos de defesa dos direitos das pessoas com transtornos mentais remontam aos anos 1970, sendo, portanto, inseridos nas Políticas Públicas de saúde mental a partir do lançamento do Relatório Mundial da Saúde ocorrido em Genebra em 2001 que assim determina:

A saúde mental e a saúde física são dois elementos da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. Avanços na neurociência e na medicina do comportamento já mostraram que, como muitas doenças físicas, as perturbações mentais e comportamentais resultam de uma complexa interacção de factores biológicos, psicológicos e sociais<sup>12</sup>.

<sup>11</sup>Franco Basaglia era médico e psiquiatra, e foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiana conhecida como Psiquiatria Democrática.

<sup>12</sup>No âmbito das actividades desenvolvidas no transcurso do ano de 2001, que foi dedicado à discussão do tema Saúde Mental pela Organização Mundial da Saúde, temos a satisfação de apresentar esta edição em língua portuguesa do Relatório Mundial de Saúde 2001, que traz uma importante contribuição para o aprofundamento do nosso conhecimento neste campo relevante da Saúde Pública.

Em solenidade de lançamento desse Relatório a diretora “GroHarlemBrundtland”, em mensagem de apresentação denominou esse dia com o lema: “Cuidar sim, Excluir, não”. Essa mensagem se configura como uma alerta para as pessoas que insistem na rejeição aos indivíduos portadores de distúrbios mentais, mantendo distância ou fingindo ignorá-las com postura de incompreensão e não aceitação. GroHarlemBrundtland Genebra (Outubro de 2001).

O tema desse relatório: “Nova Conceção, Nova Esperança”, mostra como a ciência e a sensibilidade se combinam para derrubar as barreiras reais à prestação de cuidados e à cura em saúde mental. Isso porque existe uma nova compreensão que oferece uma esperança real aos doentes mentais: a compreensão de como fatores genéticos, biológicos, sociais e ambientais se juntam para causar doenças da mente e do cérebro; a compreensão de como são realmente inseparáveis a saúde mental e a física, e de como é complexa e profunda a influência de uma sobre a outra. E isso é apenas o começo. Para mim, falar sobre saúde sem falar em saúde mental é como afinar um instrumento e deixar algumas notas dissonantes. A OMS está a fazer uma declaração muito simples: a saúde mental – negligenciada durante demasiado tempo – é essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países, e deve ser universalmente encarada sob uma nova luz. GroHarlemBrundtland<sup>13</sup>(Outubro de 2001).

A dicotomia entre saúde mental e saúde física geralmente é encontrada nas práticas dos serviços prestados, confrontando os documentos nacionais e internacionais que abordam a necessidade de integrá-las. O citado relatório sobre a saúde no mundo em: Saúde mental: “nova concepção, nova esperança”, considera ser a saúde mental comumente ignorada e negligenciada, diferente do que sucede com a saúde física, ressaltando ser a maioria das doenças mentais e físicas influenciadas por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Este documento aponta que muitos países não possuem orçamentos específicos para a saúde mental, e boa parte daqueles que a incluem entre seus gastos consigna menos de 1% do orçamento da saúde pública para a saúde mental.

Essa nova concepção nos termos do documento pressupõe que saúde mental e saúde física são inseparáveis, que uma influencia a outra, e que a saúde mental, os sentimentos e os pensamentos, são tão importantes quanto à saúde física.

Conforme as Políticas Públicas que orientam as APS e o entendimento de que não existe dissociação entre saúde física e mental e considerando que essas, oferecem à

---

<sup>13</sup> RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE  
Saúde mental: nova concepção, nova esperança.

população, os cuidados necessários para os problemas de saúde, é possível afirmar que os CAPS emergem no bojo das estratégias que orientam a funcionalidade desse sistema de saúde.

Os distúrbios mentais conforme critérios estabelecidos pela OMS através das APS não podem ser tratados com o isolamento do paciente, prática por muitos anos adotada em hospitais psiquiátricos e manicômios, mas que atualmente é considerada inadequada, insipiente e extremamente desumana.

Nesses termos é que surge no cenário da sociedade brasileira, movimentos e manifestos em defesa dos direitos das pessoas com transtorno mental, planejados e executados por profissionais da área da saúde e sociedade organizada. Essa manifestação foi denominada de Reforma Psiquiátrica a ser abordada no item a seguir.

### 3.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil

A forma Psiquiátrica do Brasil iniciou na década de 1970 concomitantes com o “Movimento da Reforma Sanitária” que defendia mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde com proposta de equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. (BRASIL, 2005). Segundo, Silveira, (2009):

Pode-se dizer que o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira é contemporâneo ao movimento sanitário, nos anos de 1970. Entretanto, é a Reforma Sanitária que dá sustentação política à Reforma Psiquiátrica, até que ela se firme como um movimento social independente. (SILVEIRA, 2009, p. 37)

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem história própria que, inserida num contexto internacional de mudanças defendeu a extinção da violência asilar ao lado dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Constitui-se em um processo amplo de reformas que se sobrepõe a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde. Trata-se de um processo político e social complexo com seus atores e forças de diferentes origens com repercussão nas esferas federal, estadual e municipal, nas instituições públicas de educação, no mercado dos serviços de saúde, nas associações e organizações sociais alcançando todos os setores sociais. Essa reforma compreende um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais que alcançam o cotidiano das instituições intervindo nas relações interpessoais. São novas propostas coerentes com o modelo de sociedade democrática que

possibilita o resgate da dignidade dos portadores de transtornos mentais até então excluídos do convívio social, em respeito aos direitos humanos e aos princípios que orientam o exercício da cidadania. (SILVEIRA, 2009)

A Reforma Psiquiátrica brasileira tem como principal característica a reivindicação da cidadania do louco, coerente com o modelo de sociedade democrática do atual contexto histórico, político e social. A ordenação dos conceitos de loucura é marcada por profundas mudanças ao longo da história da civilização. Nesse contexto, Amarante (1995) define reforma psiquiátrica como: "... um 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." (AMARANTE, 1995, p.91)

Em 2007 o mesmo autor caracteriza a Reforma Psiquiátrica como “um processo complexo, que abrange quatro dimensões: teórico conceitual, técnico assistencial, jurídico-político e sociocultural.”. (AMARANTE, 1995, p.91)

A dimensão teórico-conceitual diz respeito à construção de um novo paradigma no campo das ciências sociais, compreendendo dois conceitos: a desinstitucionalização e o conceito de doença mental. A dimensão técnico-assistencial está ligada à dimensão conceitual, pois nela se concentra a construção de serviços substitutivos ao manicômio; na dimensão jurídico-política, pode ser compreendida como uma série de mudanças na legislação sanitária, civil e penal, no que diz respeito aos novos conceitos e ações que tradicionalmente vinculavam a loucura com a periculosidade, a incapacidade social e a irresponsabilidade; a dimensão sociocultural, que traz à tona a construção de um novo lugar social para a loucura e para o sujeito louco, por meio do imaginário social e de sua relação com a sociedade. Essa dimensão está intimamente ligada às ações e estratégias de cunho cultural, que têm por objetivo trabalhar socialmente o estigma produzido ao longo dos séculos em torno da loucura.<sup>14</sup>

A Reforma Psiquiátrica no Brasil ensejou o processo de delineamento progressivo da política de saúde mental do Ministério da Saúde e o surgimento de leis que definem um modelo de assistência psiquiátrica coerente com os princípios da reforma.

Os movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país iniciou com fortes críticas ao modelo hospitalocêntrico(1978-1991) como marco inicial da Reforma psiquiátrica.Outros movimentos se aliaram à causa da Reforma como: O Movimento dos

---

<sup>14</sup>O momento histórico referia-se a um processo de redemocratização do País; uma transição da fase sanitária – reformas com o princípio de inverter a política nacional de privatizante para estatizante e a implementação de serviços extra hospitalares – para a fase de desinstitucionalização – desospitalização. (AMARANTE; TORRE, 2001).

Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Foram esses campos de luta que protagonizaram a denúncia da violência nos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.<sup>15</sup>

A crítica radical ao manicômio sugerida pela experiência italiana foi o referencial que encorajou e inspirou o povo brasileiro a romper com os antigos paradigmas para forjar o surgimento das primeiras propostas de ações e reorientação da assistência aos pacientes psiquiátricos, experimentadas em um asilo com mais de 2.000 internos no início dos anos 80, no estado do Rio de Janeiro.

Nesse contexto, é que a partir do II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, que adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, e a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro), surgem os primeiros CAPS no Brasil na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Com essa intervenção desponta a possibilidade real de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. É nesse momento que as lutas do movimento de Reforma Psiquiátrica alcançam os campos legislativos e normativos formados pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”.<sup>16</sup>

Com a criação do SUS a Reforma Sedelineia na prática, começando a implantação da rede extra-hospitalar (1992-2000). A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, ganha espaço.

---

<sup>15</sup> DIAZ, F. S. Os movimentos sociais na Reforma Psiquiátrica: o “novo” na História da Psiquiatria no Brasil. 2008. Tese (Doutorado) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

<sup>16</sup> Diretrizes para a área de Saúde Mental, redigido pelo Ministério da Saúde, na década de 1980, defendendo o tratamento extra-hospitalar, a limitação do período de internação, a reintegração familiar e a promoção de pesquisas epidemiológicas no campo da Saúde Mental (VASCONCELLOS, 2008).

O papel da rede básica na Reforma Psiquiátrica é fundamental, pois de acordo com o pensamento de autores como Lancetti e Amarante, a saúde mental é o eixo da Estratégia da Saúde Família (ESF) e esta é um programa de saúde mental que trabalha próximo à comunidade, todos os profissionais conhecem os pacientes pelo nome bem como suas histórias. Admitem os autores que a Saúde da Família tem poder de inserção dos indivíduos ao seu território mais que os CAPS, pois a saúde mental é responsabilidade conjunta de todos os profissionais de saúde.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, no Brasil, O SUS tem na estratégia de saúde da família (ESF), seu modelo de APS – ou atenção básica, como também é designado este nível do sistema de saúde nas Políticas Públicas brasileiras. A estratégia de saúde da família é implementada por meio de uma equipe de saúde da família formada por: um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a), um(a) técnico(a) de enfermagem e agentes comunitários de saúde em número proporcional ao número de pessoas atendidas (no máximo, 12 ACS por equipe; no máximo, setecentos e cinquenta pessoas por ACS). Esta equipe é responsável por oferecer serviços de APS à população de um determinado território delimitado geograficamente, levando em conta, também, aspectos culturais, econômicos e de acessibilidade à equipe, entre outros. A média populacional recomendada para cada equipe é de três mil pessoas, com o máximo de quatro mil.<sup>17</sup>

Em Reforma Psiquiátrica e política em saúde mental no Brasil, destaca-se que as equipes de atenção básica, por sua proximidade com famílias e comunidades, “se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico” (p. 33). O documento também aponta que: “existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis” (p.33). Segundo esta publicação, o Ministério da Saúde viria estimulando, nas políticas de atenção básica, diretrizes inclusivas da dimensão subjetiva do usuário e o atendimento aos problemas mais frequentes.<sup>18</sup>

Em 1990, a “Declaração de Caracas” defende a atenção psiquiátrica na Atenção Primária à Saúde (APS) e na comunidade, propondo não centrar a assistência à saúde mental nas internações hospitalares.

---

<sup>17</sup>Idem

<sup>18</sup>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

Dando prosseguimento às conquistas de “Caracas”, no Brasil, a Lei 10.216 /2001 após 12 anos tramitando no senado finalmente foi sancionada. Essa lei defende o benefício à saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção da família no trabalho e na comunidade enfatizando o uso de serviços comunitários saúde mental e tratamento que visem à reinserção social de pessoas com transtorno mental. Assim, o Ministério da Saúde declina sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e recomenda a integração da atenção à saúde mental na APS.

A Reforma Psiquiátrica tem sido nas últimas décadas, objeto de discussões e preocupação dos seus defensores. A exemplo da afirmação a marcha dos Usuários pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial realizada em 30 de setembro de 2009 os usuários e profissionais de serviços de saúde mental estiveram na rua para defender os seguintes pontos:

Defender o Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltando o papel fundamental que o Sistema tem na Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, que é oferecer estrutura adequada e melhores condições de atendimento para tratamento de portadores de sofrimento mental.

Defender o cumprimento da Lei da Reforma Psiquiátrica (10.216/01)

Reivindicar a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (9 anos após a III, realizada em 2001), com a proposta de discutir os passos fundamentais para o avanço da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, além de estabelecer novos marcos para profissionais da área e portadores de transtornos mentais. Em 9 de fevereiro de 2010, a proposta de realização da conferência foi aprovada e a realização do evento foi em Brasília, de 27 de junho a 1 de julho de 2010.

Exigir a efetiva implantação do "Programa de Volta para Casa", criado pelo Ministério da Saúde em 2003 com o objetivo de reintegrar socialmente pessoas com transtornos mentais que passaram por longas internações. O programa dispõe também de um auxílio financeiro para o beneficiário ou seu representante legal.

A questão da integração entre saúde física e mental ainda é motivo de preocupação visto que 8 anos depois da Lei da Reforma Psiquiátrica ainda é visível a realização de movimento em defesa dos direitos conferidos às pessoas com transtorno mental.

### 3.3 As políticas de Saúde Mental no Brasil

Novos rumos para as Políticas Públicas de saúde mental no Brasil se delineiam a partir da aprovação da Lei n. 3.657/89 que finalmente depois de mais de uma década tramitando no Congresso Nacional foi sancionada pelo Presidente da República no dia 6 de abril de 2001. Esta lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (BRASIL, 1990)

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 198 ensejou a promulgação das leis 8.080 de 19/09/1990 e 8.142 de 28/12/1990. Essas leis implementam o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinam a constituição do Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.(BRASIL 1990).

Nessas circunstâncias o SUS tem como diretrizes principais a universalidade e integralidade no atendimento aos usuários, a descentralização dos recursos e a regionalização, visando ao atendimento das peculiaridades de cada região. Os dispositivos das leis são claros e objetivos quanto à concepção de saúde que ultrapassa a simples ideia da ausência de doença e, ainda, envolvem outros fatores para a sua efetivação, evidenciando que, a Política de Saúde no Brasil, está organizada, no âmbito da legislação, de forma Inter setorial para que seja possível o enfrentamento dos fatores que envolvem o processo de adoecimento através de uma ação integrada com outras políticas sociais.<sup>19</sup>

Os níveis de saúde de uma população recebem diretamente influências do contexto social, político, econômico e cultural em que se insere com o agravamento da questão social. De acordo com Campos: A definição da saúde como resultado dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores, exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação.<sup>20</sup>

A intersetorialidade como prática de gestão na saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo, que atuam na produção da saúde. Assim, a intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem [...]. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes (BRASIL, 2006).Conforme Dias, (2010):

---

<sup>19</sup>LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Artigo 7

<sup>20</sup>CAMPOS, Gastão W. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 84, 2004.

A intersectorialidade remete, também, ao conceito/ideia de “rede”, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. Desta maneira, permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, colabora para ações resolutivas em saúde. Não obstante a construção de necessárias parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança, Alimentar e outros. (DIAS, 2010).

Entendemos, portanto, que sem as parcerias firmadas entre os diferentes setores da organização social, as ações voltadas para a solução dos problemas de saúde não alcançam os resultados esperados.

O enfrentamento do processo de adoecimento e a efetivação de um processo de produção de saúde requerem a prática da intersectorialidade, da articulação, da participação. Desta forma, “a promoção da saúde depende da satisfação de diversas necessidades sociais, através das mais diversas políticas sociais e que não se esgotam no setor da saúde” sendo necessário o envolvimento de outros segmentos, de forma que seja possível a superação dos diferentes fatores que envolvem o processo de saúde/doença, que são identificados como as expressões da questão social.

Portanto, a incorporação da intersectorialidade estimula e requer mecanismos de envolvimento da sociedade. Demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre qualidade de vida e saúde para buscarem as condições adequadas a uma vida saudável através de Políticas Públicas (BRASIL, 2006).

A questão da intersectorialidade envolve outro aspecto importante a ser discutido - a integralidade no atendimento. O conceito de integralidade, assim como o conceito de intersectorialidade surgem no cenário das políticas sociais através da política de saúde, sendo difundidos às demais posteriormente. Na saúde mental, a integralidade do cuidado é um princípio ético e político (BRASIL, 2005) que implica organizar e efetivar o atendimento e os serviços de forma que o usuário seja atendido na sua integralidade, buscando superar a fragmentação no atendimento, tendo em vista a concepção ampliada de saúde e todos os fatores que causam o adoecimento.

De acordo com Mattos, (2001), a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma bandeira de luta, pois a proposta da integralidade é uma ruptura com estruturas organizadas dos serviços de saúde (centralidade no saber biomédico) e com as práticas fragmentárias e reducionistas. Através desta ruptura das estruturas organizadas, como afirma Mattos, ocorre o fortalecimento efetivo do atendimento, descentraliza-se a figura do médico, e criam-se mecanismos que possibilitem a atuação interdisciplinar. E como consequência ações de prevenção, promoção e reabilitação, e não somente ações de tratamento, tanto no âmbito individual, quanto no coletivo. (MATOS. 2001)

Para Cezar et al., (2008), “a integralidade pressupõe que o atendimento e as ações de saúde sejam realizadas de forma integrada, e voltadas para a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde”. Nessa análise das ações que visam à integralidade no atendimento, o autor afirma que a mesma “está assentada em dois pilares básicos, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade”. Ou seja, o pressuposto para a efetivação da integralidade do atendimento é uma atuação do Serviço Social na saúde mental: entre os desafios e perspectivas estruturação e articulação da equipe do serviço, bem como uma estruturação e articulação desta mesma com outras equipes de outros espaços e serviços. Logo, para que isso seja possível, é necessário o envolvimento e a articulação do setor saúde como um todo, juntamente com outros campos de política social, por meio de iniciativas, projetos e programas em várias áreas. (CEZAR, et.al., 2008, p. 2),

Costa (2004) afirma: a integralidade deve ser o ideal de prática cotidiana. E acrescenta: cabe defender a integralidade como valor a ser sustentado nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expresse na forma como os profissionais responderão aos pacientes que os procuram. (COSTA, 2004).

A implementação do princípio da integralidade do atendimento é transformar o modo de atuação. Pressupõe a adoção de mecanismos de escuta e respeito com o usuário. Como ressaltado pela Política Nacional de Promoção de Saúde a integralidade implica, para além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, a ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde (BRASIL, 2006).

Dessa forma ações integrativas devem perpassar o cotidiano das instituições, pois a integridade não é apenas um conceito, mas uma diretriz que orienta a dinâmica de atendimento nas unidades de saúde. E o alcance deste processo se dá através da intersetorialidade e interdisciplinaridade, mecanismos que devem compor a atuação do assistente social, como objetivo e estratégia da ação profissional.

As políticas de saúde pública que incluem a questão da integralidade e intersetorialidade no atendimento nas unidades de saúde através das APS continuam sendo objeto de discussões no que se refere a efetivação dessas políticas. Não basta instituir leis, mas criar também mecanismos de execução que possam possibilitar o alcance da eficiência e eficácia nos serviços de atendimento as pessoas com transtorno mental.

Nessa perspectiva é que na IV Conferência Nacional de Saúde Mental realizada no ano de 2010 foi ressaltada a importância e a necessidade de aprofundamento sobre as ações intersetoriais na política da saúde mental. Na oportunidade foi destacada a importância de participação dos assistentes sociais nesses debates para, a partir de reflexões teóricas-práticas, contribuir para este avanço e, assim, possa presenciar a efetivação destas ações. O tema gerador desta Conferência foi exatamente a discussão sobre a necessidade de ações intersetoriais, para a efetividade do atendimento da Política de Saúde Mental, em conjunto com as outras políticas sociais, sociedade civil, trabalhadores, usuários e familiares<sup>21</sup>.

Diferentes razões justificam a integração da saúde mental na APS, quais sejam: as altas prevalências de transtornos mentais e o baixo número de pacientes que recebem tratamento em todos os países; o aumento do acesso aos cuidados em saúde mental, quando realizados na APS; a maior qualificação das ações e dos serviços desenvolvidos na APS minimiza o estigma e a discriminação; é mais barato para pacientes, comunidades e governos o tratamento em saúde mental na APS que em hospitais psiquiátricos; e os bons resultados obtidos relativamente à integralidade da saúde de sujeitos com sofrimento psíquico.<sup>22</sup>

As responsabilidades e funções da atenção básica e da ESF na saúde mental é citado em diversos documentos legislativos, normativos e técnicos do SUS. A Portaria nº 224 de 1992 é a primeira normatização do atendimento à saúde mental no SUS, e apresenta as unidades básicas de saúde e os centros de atenção psicossocial (CAPS) como serviços preferenciais, não hospitalares de atenção à saúde mental. A Lei nº 10.216 de 2001 é o principal marco legislativo da saúde mental no Brasil, garantindo, aos portadores de transtorno mental: acesso ao melhor tratamento disponível no sistema de saúde, proteção contra qualquer forma de abuso e exploração, e tratamento preferencial em serviços

A Portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde regulamenta de forma detalhada sobre o modelo de atuação dos CAPS, que passaram a serem organizadas em três modalidades, em ordem crescente de porte/em três modalidades, em ordem crescente de porte/complexidade e abrangência, porém não há orientações sobre o papel da atenção básica. É descrito que os CAPS têm entre suas atribuições: “supervisionar e capacitar às equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial” (p. 126).

---

<sup>21</sup>ESCOREL, S; BLOCH, R.A. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: Lima, Nísia Trindade et al. (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. p. 83-119. 200

<sup>22</sup>Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília: MS; 2006.

A partir da Lei n. 10.216/2001, sancionada em 6 de abril de 2001, novos horizontes se descortinam em favor das pessoas com transtorno mental. A lei direciona e redireciona a Atenção à Saúde Mental, que regulamenta a não internação dos indivíduos que têm transtorno mental; apresenta um novo modelo de assistência psiquiátrica na internação social do usuário (paciente), bem como a implantação de Residências Terapêuticas e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). (VASCONCELOS, 2008). Essa transformação dos serviços de saúde mental representa uma esperança de mudança significativa no tratamento dado aos usuários que, historicamente foram tratados de forma cruel e desumana. É o rompimento com o modelo asilar e injusto praticado até então.

Os serviços de saúde mental passaram a ser praticados através do sistema de rede. Para constituir essa rede é necessária a composição de todos os recursos afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer. Somente assim é possível potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial. Nessa perspectiva, os CAPS constituem dispositivos que devem estar articulados na rede de serviços de saúde e necessitam de outras redes para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais.<sup>23</sup>

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos, etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte, etc.), econômicos (dinheiro, previdência, etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial. Nesta perspectiva, os CAPS precisam dispor de dispositivos articulados na rede de serviços de saúde que precisam de forma permanente de outras redes sociais para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais.

Portanto os CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. Esses são os direcionamentos atuais da Política de Saúde Mental para os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial.

Tendo em vista a complexidade dos conceitos de Redes de Atenção à Saúde, Mendes, em 2009 publica o livro *Redes de Atenção à Saúde* com a seguinte definição:

---

<sup>23</sup> Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: MS; 2003. Circular Conjunta nº 01/03, de 13 de novembro de 2003.

[...] 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 permite ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde – presta dano tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidade sanitária e econômica por esta população.

Esta definição nos permite entender que se trata de um serviço integrado que depende não somente de condições materiais, mas de revisão de conceitos e paradigmas para orientar as ações de atendimento no âmbito dos CAPS.

A Organização Mundial de Saúde conceitua Redes como: “a organização e o gerenciamento dos serviços de saúde de forma a ofertar às pessoas o cuidado de que necessitam, quando necessário, de forma acessível, que permite o alcance dos resultados esperados com o custo adequado” (WHO, 2008). Nesse documento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reforça que, a integração é um meio para atingir um fim, e não um fim em si mesmo. A integração dos serviços de saúde refere-se à necessidade de se ofertar uma gama de serviços para determinada população em determinado território e sob uma única gestão, a fim de garantir a continuidade do cuidado durante todo o ciclo de uma condição ou doença. Integração também se refere aos diferentes níveis de atenção, que requer uma gestão que integra esses níveis e os diferentes serviços. Do mesmo modo, requer a integração das políticas para a tomada de decisão.

De acordo com a Lei 10.246/2001 as redes foram criadas com a finalidade de: respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular; desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; participação dos usuários e de seus familiares no controle social; Organização dos serviços em rede de atenção à saúde, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; promoção de estratégias de educação permanente.

Para efetivar as novas políticas de saúde mental foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com a finalidade de assumir seu papel estratégico na articulação e no fornecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc.

Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”.

Para Amarante, (1998), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram os primeiros serviços criados com uma nova proposta de atenção à saúde mental e incentivaram o Ministério da Saúde a regulamentar a implantação e o financiamento para ampliar os serviços por todo o País (AMARANTE, 1998).

A Portaria no 336/GM, estabelecida em 2002 pelo Ministério da Saúde, redefiniu os parâmetros da Portaria no 224/92 e ampliou a abrangência dos CAPS, que passam a ser constituídos por modalidades de serviço de acordo com a abrangência populacional: CAPS I (municípios acima de 20 mil habitantes), CAPS II (entre 70 mil e 200 mil habitantes), CAPS III (acima de 200 mil habitantes), CAPSad II (acima de 70 mil habitantes) – para usuários de álcool e outras drogas – e CAPS i II (cerca de 200 mil habitantes) – voltado para crianças e adolescentes (BRASIL, 2002). Nos termos dessa portaria os CAPS são estruturados para organizar a rede de atenção à saúde mental, atender diariamente a população em seu território e prestar acompanhamento clínico e reabilitação psicossocial aos sujeitos com sofrimento psíquico intenso (BRASIL, 2004a). Contam com uma equipe multidisciplinar formada por psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, assistente social e outros profissionais, que devem prestar cuidados aos usuários através de atendimento individual e em grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento da família e atividades comunitárias, entre outros serviços, conforme a modalidade dos CAPS.<sup>24</sup>

Em 2011, foi instituída a Portaria GM nº 3.088, que cria, amplia e articula 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 SUS. Essa portaria sintetiza

---

<sup>24</sup>Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>> Acesso em: 10 jun. 2017.

todo o processo de rede de atenção à saúde mental, a partir da ótica do combate ao abuso de substâncias, e coloca os CAPS na categoria de atenção psicossocial especializada, vinculando-os a uma extensa rede, que inclui desde os dispositivos da atenção básica até os de emergência, atenção hospitalar e estratégias de desinstitucionalização, entre outros (BRASIL, 2011).

Assim considerando o processo de institucionalização dos CAPS integrados a rede de serviços das APS com embasamento na reforma político-oficial do governo e nos fundamentos teóricos que conduziram a criação dos CAPS, iniciou em 1989 com o CAPS Prof. Luiz Rocha Cerqueira na cidade de São Paulo, despontando como um dos marcos inaugurais dos novos paradigmas em saúde mental tornando-se uma espécie de modelo de cuidados para a psiquiatria brasileira. A partir de então diante do êxito das ações implantadas e alcançadas intensificou-se os serviços implantados no país. Dados de 2006 mostraram que o número de CAPS passou de aproximadamente 200 em 2002 para mais de 850 em 2006. Esse crescimento, segundo o Ministério da Saúde, em dezembro de 2008, alcançou a média de 1.326.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup><http://pvc.datasus.gov.br> :

#### **4. OS DESAFIOS NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO CAPS NO MUNICÍPIO DE CAPISTRANO - CE: Relato da pesquisa de campo**

##### 4.1 Fluxo de Atendimento no CAPS

Os objetivos estabelecidos para a pesquisa, quais sejam: objetivo geral: compreender os desafios na efetivação dos direitos dos usuários no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Capistrano - CE; e objetivos específicos: discorrer sobre as Políticas Públicas de saúde mental no Brasil; analisar como se dá o fluxo de atendimento aos pacientes; apreender os fatores que dificultam o atendimento dos pacientes foram alcançados, haja vista os resultados obtidos. Esses resultados apontam satisfatória percepção dos direitos dos usuários e das Políticas Públicas de saúde mental à luz das ideias de autores como Foucault, Ramminger e Roudinesco, Vasconcelos, Amarante, Yasui, Costa, Matos, Cezar, Ramminger, Sales, entre outros. Os conhecimentos construídos embasaram a análise do fluxo de atendimento aos pacientes no CAPS com apreensão dos fatores que dificultam esse atendimento.

Os atendimentos no CAPS são realizados de segunda-feira a sexta-feira, com atendimento médico psiquiatra apenas nas terças-feiras. Nesse dia são realizadas 30 consultas mais as renovações de receitas, que é feita conforme seja a demanda. A triagem fica por conta da enfermeira, da Assistente Social e também do psicólogo, cada dia da semana um desses profissionais fica responsável pela triagem.<sup>26</sup>

Observamos que existe um fluxo de atendimento no CAPS que inicia com o acolhimento que é o primeiro contato do usuário com a instituição. A partir daí se constrói um vínculo, pois essa acolhida é realizada pela Assistente Social, Psicólogo e Enfermeira (quase sempre é feito pela assistente social). Em seguida, é feita a triagem onde o paciente ou familiar é interpelado sobre os motivos que o levou ao CAPS indicando sintomas e aspectos pertinentes ao estado de saúde para facilitar o diagnóstico. Esse paciente, via de regra é encaminhado de outras instituições como CREAS, POSTO DE SAÚDE e outros. Em alguns casos são familiares ou o próprio paciente buscando apenas uma orientação sobre seu direito legal, buscando orientação sendo assistido apenas pela assistente social. A partir daí é elaborado um projeto terapêutico para o paciente de acordo com o diagnóstico apresentado.

---

<sup>26</sup> Dados observados e registrados no Diário de Campo.

Os cuidados são realizados de forma individual ou em grupo (cada caso é um caso) nos diferentes núcleos de atendimento: médico psiquiatra, psicologia, terapia ocupacional, etc.

Saindo da triagem o paciente vai para recepção para marcação de consulta para dá início ao seu plano terapêutico, geralmente a demora é de mais de um mês, em alguns casos em que o usuário demonstra muita inquietação como se estivesse em crise ou com histórico de tentativa de suicídio, é encaixado na agenda do médico o mais rápido possível podendo ser de imediato ou até duas semanas para dar início.

Os serviços prestados aos usuários do CAPS pelos profissionais são: médico psiquiatra - realiza consulta individual, acompanhamento psiquiátrico para diagnóstico, prescreve e ministra tratamentos para diversas doenças e perturbações com atendimento somente as terças-feiras; psicólogo - responsável pela acolhida, triagem, atendimento individual e/ou em grupo, quais sejam: grupo da família, grupo superação composto por dependentes e ex-dependente de álcool e drogas com atendimentos de segunda-feira a sexta-feira. Quanto a terapeuta ocupacional, no momento está sem profissional, mas antes era funcionava um grupo que se reunia três vezes por semana, cada paciente com seu plano terapêutico específico com muito assiduidade dos pacientes (era momento de prazer e alegria para o paciente) em que era ofertado lanche e almoço para todos que participavam, com atendimento de segunda-feira a quarta-feira; enfermeira - responsável pela realização da acolhida, triagem, visita domiciliar para ministrar medicamentos em pacientes que usam remédios injetável, atendimento individual, orientações e encaminhamentos com atendimento de segunda-feira a quarta-feira; assistente social - também realiza a acolhida, triagem, visita domiciliar, construção de pareceres e relatórios sociais, atendimento individual e em grupo, encaminhamento, orientações, visitas institucionais, grupo de família, grupo superação como falado anteriormente composto por dependentes e ex-dependente de álcool e drogas.

A seguir a figura da sala da Assistente Social da Instituição onde acontecem as triagens, consultas e as reuniões dos grupos, e em seguida a figura da porta com identificação de que na época do estágio não havia nenhuma identificação, figura 3 e 4.

Figura 3 e 4 : sala da assistente social e identificação da porta de entrada (próxima página).

Figura 3



Figura 4



Assim, considerando os acontecimentos impactantes em meu estágio relatamos a seguir:

No dia 22 de maio de 2017, cheguei ao Centro de Atenção Psicossocial CAPS de Capistrano - CE por volta das 8:00 horas, era dia de médico, o serviço estava lotado, iniciamos os trabalhos com a acolhida, como relatado anteriormente sempre é feita com um profissional por vez, neste dia era o dia da assistente social (quase sempre era feito por ela), posteriormente a assistente social seguiria para triagem de pacientes encaminhado de outros serviços.

Dentre os pacientes presentes, estava um, nunca visto ali que me chamou a atenção, acompanhado de sua mãe e sua tia. Percebemos que ele não estava bem, com pouco tempo de espera começou a gritar com a enfermeira, socar e chutar a porta do consultório de enfermagem saiu da instituição e na calçada começou a danificar uma placa de um comércio vizinho e gritar com os transeuntes. Em poucos instantes a polícia foi acionada e chegou. O paciente se mostrou agressivo e ameaçador, e quando a polícia tentou intervir para contê-lo a família os intimidou com ameaças. O mesmo acontecendo com a médica psiquiatra, que ao tentar intervir foi repreendida pela tia do paciente. A equipe tentou realizar intervenção medicamentosa para posterior internação, porém a família não autorizou, requisitando apenas receituário pra medicação oral. (DIARIO DE CAMPO<sup>27</sup>, 22/agosto/2017)

A Lei Federal nº 10.216, de 06/04/2001, da reforma psiquiátrica brasileira, dispõe sobre o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e os direitos das pessoas ditas portadoras de transtornos mentais. Discorre que esses cidadãos devem ser tratados, Preferencialmente, em serviços comunitários “com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar a saúde, visando alcançar sua inserção na família, no trabalho e na comunidade” (Art.2º, II). Segundo a Portaria no336/2002 do Ministério da Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial - I, II, III (CAPS) seriam os mais representativos desses serviços, que têm como prioridade “o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo” (Art.1º, 1). (BRASIL, 2010)

Depois do ocorrido junto da assistente social fomos analisar seu prontuário para fins de estudos e tentar compreender o comportamento dele, pois ficamos muito assustadas com a situação. O paciente se chama A. A. L. S., paciente do CAPS desde 10 de setembro de 2015, natural de Capistrano, residente na zona rural, faz uso de maconha e álcool, tem 24 anos, residia em São Paulo e voltou a Capistrano no ano de 2005.

Foi visto em seu prontuário que tem quatro suspeitas de diagnostico, CID F25? Transtorno esquizoafetivos; F20? Esquizofrenia; F31.2? Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicoativos; F19? Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substancias psicoativas. Porém, segundo a médica da instituição seu diagnóstico ainda não foi definido com precisão por ele ter pouco tempo no serviço e por ele não vir às consultas e nem fazer uso da medicação. Como presenciamos na acolhida ele só procura o serviço quando está em crise pra pedir remédio. Em seu prontuário consta a prescrição de quatro psicofarmacos, alprazolam, respiridona, biperideno e carbolitium. (DIÁRIO DE CAMPO, 22/agosto/2017)

Os medicamentos que são usados pelos pacientes do CAPS precisam de uma atenção adequada dos profissionais e uma assiduidade dos pacientes devidos aos efeitos colaterais, principalmente dos pacientes que fazem ou já fizeram o uso de substancias química, indiscutivelmente, os psicofármacos são uma importante ferramenta no tratamento dos pacientes, no entanto, sua utilização deve ser constantemente monitorada e avaliada.

---

<sup>27</sup>Instrumento utilizado para coleta de dados na pesquisa.

Sílvio Yasui (2010) aponta que a luta por um atendimento em saúde mental integral para a população que padece de sofrimento psíquico passa pelo reconhecimento desses sujeitos como cidadãos que gozam do direito de buscar ajuda quando avaliarem necessário, e dispor de uma rede de atenção com diferentes serviços a serem acessados em diferentes circunstâncias de suas vidas. Enfim, que não tenham seus destinos selados por um diagnóstico que os atrele indelevelmente a um modo de “tratar” pautado no isolamento manicomial e no cuidado tutelar. Em outras palavras o autor quer dizer que só faz sentido falar em cuidados com a saúde mental se estiverem tratando de sujeitos livres (YASUY, 2010).

O paciente foi encaminhado ao serviço pela médica do PSF no ano de 2015, com queixas de insônia, agitação, agressividade, delírios de grandeza, negando-se a iniciar o tratamento e a fazer uso da medicação e com ameaça de homicídio a sua genitora.

Segundo avaliação da médica, o paciente representa risco para si e para terceiros. Diante desse quadro foi solicitado pela médica internamento para o paciente no Hospital Dr. Frota Pinto, em Messejana. Porém, ele se negou a aceitar o internamento e a fazer uso de medicação.

Diante disso, no mesmo dia a Assistente Social enviou um relatório ao Ministério Público relatando o ocorrido, solicitando intervenção junto à família e internação involuntária. No relatório ela também mencionou que A. L. já vinha causando transtornos no CREAS, tendo inclusive sido preso por bater na mãe, enquadrado na Lei Maria da Penha.

Posteriormente ele foi chamado a comparecer na promotoria juntamente com sua mãe, ficando acordado que ele iria ao para a administração dos psicofarmacos acompanhado por agentes penitenciários. A. L. compareceu ao CAPS acompanhado por agentes e sua mãe, mais se recusou a tomar a medicação. (DIÁRIO DE CAMPO,<sup>28</sup> 22/agosto/2017)

A instituição está sem Terapeuta Ocupacional, mas as atividades estão sendo desenvolvidas pela enfermeira e um funcionário do SAME duas vezes por semana, os pacientes que frequentam a T.O. como dito anteriormente têm direito a duas refeições na instituição, um lanche e o almoço, os pacientes que moram distantes são pegos em casa pelo motorista da instituição.

No serviço existem dois grupos, citado anteriormente um de apoio as famílias dos pacientes e o outro para pacientes de álcool e outras drogas supervisionados pela Assistente Social. Em média são realizadas por mês 10 visitas domiciliares pela Assistente Social, as visitas realizadas são na maioria denúncias de familiares ou vizinhos dos pacientes de abandono ou maus tratos, pedido de Relatórios e Pareceres Sociais solicitado pelo Ministério Público e, ou por outra instituição que faz parte da rede de atendimento em saúde, ou busca

---

<sup>28</sup> Idem pg. 45

ativa de pacientes que não querem fazer o tratamento. Para as visitas a instituição dispõe de carro com motorista.

Segundo a percepção de Vasconcelos e Yasui, foi possível compreender que o sucesso dos serviços prestados nos termos da política de saúde mental pressupõe o rompimento com a estrutura asilar praticada durante décadas. Os estudos de Foucault, Ramminger e Roudines coapontam os diferentes aspectos e concepções da loucura que permitiu a compreensão do sofrimento imposto às pessoas com transtorno mental ao longo do processo de evolução da sociedade. Autores como Cezar, et. al, Matos e Costa desenvolveram importantes estudos que envolvem a questão da integralidade como aspecto significativo no redirecionamento dos cuidados com os pacientes. As abordagens desses autores nos permitem entender que os serviços prestados no âmbito dos CAPS, precisam considerar que sem o princípio da integralidade é impossível a reinserção do paciente no convívio social.

Atualmente além dos pacientes de Capistrano também são atendidos os pacientes da cidade de Aratuba, município vizinho. O público alvo do CAPS consiste de pessoas com maior comprometimento clínico e social decorrentes de transtornos mentais, alguns com maior dependência em drogas, álcool e egressas de instituições manicomiais. Porém, além desses, atende também uma parcela importante de pessoas com quadros não tão graves, mas que demandam assistência especializada em saúde mental.

De modo geral, o público alvo é composto por pessoas egressas de internações psiquiátricas; pessoas com tentativas prévias ou ideias suicidas; pessoas com transtornos mentais diversos; pessoas com dependências químicas diversas e por pessoas em tratamentos clínicos ambulatoriais psiquiátricos ou psicológicos.

Em sua maioria, as famílias atendidas pelo CAPS são da zona rural, pessoas semi analfabetas que só sabem assinar o nome, trabalham na agricultura e estão inseridos no Programa de Transferência de Renda do Governo, o Bolsa Família. Alguns pacientes considerados com transtornos mais graves recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC), já os pacientes da zona urbana têm um nível de escolaridade melhor, exceto os que não desencadearam a doença na infância ou adolescência e por isso foram prejudicados na fase da escola havendo abandono escolar. Os que sabem ler e tem em sua maioria o ensino fundamental e ou, ensino médio são portadores de transtornos leves. Porém a maioria não está inserida no mercado de trabalho, pela incapacidade que a doença mental traz ou por não haver oportunidades de trabalho no município. As mulheres atendidas são em sua grande maioria

donas de casa e os homens agricultores, ou trabalhadores da construção civil, ou fazem bico como eles mesmos dizem, ou estão vivendo à custa dos pais aposentados.

#### 4.2 Os fatores que dificultam o atendimento dos pacientes

De acordo com os resultados obtidos e a reflexão sobre a realidade pesquisada com o estabelecimento de parâmetros entre a teoria e a prática do atendimento realizado no CAPS de Capistrano - CE foi possível perceber acentuada discrepância entre o que se pretendem alcançar e o que é possível desenvolver em ações concretas.

Nessas circunstâncias é premente a necessidade de realização de encontros e discussões com a equipe de profissionais e a sociedade organizada e civil, no sentido de que as questões que dificultam o atendimento no CAPS possam ser socializadas, assumidas coletivamente para que possam ser solucionadas em função da eficiência e eficácia do funcionamento da instituição.

O município de Capistrano oferece uma boa rede de serviços levando em consideração que é um município pequeno com menos de 21 mil habitantes, que conta com dois Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), um Centro de Atenção Psicossocial CAPS AD, sete equipes de PSF, uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Núcleo de Apoio a Educação (NAPE), tem também a Academia da Saúde e um Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Nazaré. É um município que apesar de ser de pequeno porte conta com diversos equipamentos e isso é muito bom porque acaba facilitando parcerias para realizar atividades e intervenções pra dar suporte para o paciente de uma forma integral sem precisar encaminhar para fora do município que é o que geralmente acontece.<sup>29</sup>

Os CAPS, assim como outros serviços de saúde, apresentam, em suas experiências, relatos de demandas numerosas, as quais geram sobrecarga nas equipes e necessidade de respostas mais adequadas que contribuam para o acesso e acompanhamento adequado dos usuários/familiares que procuram assistência especializada em Saúde Mental. O CAPS de Capistrano passa exatamente por esse problema.

---

<sup>29</sup>Informações obtidas em documentos existentes no CAPS

Mediante a precariedade das condições estruturais do prédio onde funciona o CAPS, aliada a escassez de recursos detectada no período de estágio, a realização desse trabalho me possibilitou conhecer a história do CAPS de Capistrano desde a sua origem, ficando para mim a certeza de que ao mesmo tempo em que o CAPS representa um avanço na humanização da assistência psiquiátrica sempre em constante construção, trata-se de um modelo inacabado, que tem falhas estruturais, capacidades técnicas limitadas, vive impasse de gestão e tem dificuldades de articular com toda a rede de saúde do município. Essa realidade gera a deficiência nos mecanismos de atendimento e serviços prestados que são percebidos e sentidos tanto pelos profissionais envolvidos quanto pelos usuários.

Como se observa, os profissionais envolvidos nos serviços de atendimento em sua maioria têm conhecimento da deficiência nos mecanismos de atendimento, mas alegam não serem responsáveis. Questionados quanto à possibilidade de intervenção para melhorar o atendimento a exemplo do que foi desenvolvido por ocasião da execução do projeto de intervenção para integrar os usuários no sistema e oferecer condições de participação corresponsável, foram unânimes em responder que se trata de uma questão que depende da possibilidade de agregar recursos humanos mediante as atribuições da equipe disponível.

Com relação aos usuários, apesar de reconhecerem a fragilidade no atendimento se consideram satisfeitos mediante o empenho e esforço da equipe de profissionais que os atendem. Declaram que, se houvesse no mínimo mais um plantão semanal do psiquiatra não teriam que perder tanto tempo esperando por atendimento.

Existe comprometimento da equipe interdisciplinar que semanalmente se reúne para discutir sobre a situação de cada usuário e sobre as alternativas de solução de problemas no espaço. Como o objetivo norteador do CAPS está focado nas potencialidades e não nos limites e dificuldades, espera-se que a questão do tempo de espera para atendimento que ultrapassa às 4 horas aliado à ociosidade dos usuários enquanto esperam o atendimento possam ser objeto de discussão nessas reuniões para que todos se integrem e gerem corresponsabilidades nos serviços prestados. A conquista da autonomia do usuário é imprescindível, o incentivo à participação e a ocupação dos espaços pelos usuários e familiares precisam ser observadas pelo serviço social de forma a possibilitar a socialização da informação aos usuários. Nesse sentido, a autonomia é entendida a partir do conceito de Paulo Freire:

A autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si é processo, vir a ser. Não ocorre em data marcada. É nesse sentido que a pedagogia da autonomia tem de ser

centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas da liberdade (FREIRE, 1996, p. 121).

Nessa perspectiva, entendemos que o empoderamento atua como agente principal da socialização da informação e do conhecimento adquirido, tanto pelos técnicos quanto pelos usuários, nos termos da teoria de Vasconcelos (2008):

Uma perspectiva ativa de fortalecimento do poder, participação, e organização dos usuários e familiares no próprio âmbito da produção de cuidados em saúde mental, em serviços formais e em dispositivos autônomos de cuidado e suporte, bem como em estratégias de defesa de direitos, de mudança de cultura relativa à doença e saúde mental, e de militância social e política mais amplo na sociedade e no Estado (VASCONCELOS, 2008. p. 60).

Os resultados da pesquisa apontam que a maioria dos envolvidos entre usuários e familiares não têm um entendimento claro sobre o CAPS e seu funcionamento. Portanto é importante considerar que o interesse na participação advém do nível de conhecimento sobre os serviços e um dos primeiros passos na reorientação dos serviços deverá ser a informação como estímulo a participação. Segundo Vasconcelos,

[...] E aqui, na democratização das informações necessárias para potencializar as escolhas pelos usuários, faz-se necessário não só o conhecimento dos textos e leis que garantem estes direitos, mas o detalhamento destes direitos no cotidiano da população a partir das demandas que colocam, das dúvidas e desinformações que revelam na utilização dos serviços [...] (2007, p. 433).

Com a adoção desse mecanismo é possível acreditar na possibilidade de maior participação e integração da comunidade no cotidiano da instituição. O conhecimento e a informação são necessários para a superação destes desafios e efetivação da rede e melhora na qualidade dos serviços oferecidos, trabalhando em conjunto com as UBSs, partindo da lógica da criação de meios de acesso à informação, visando desta forma ao tratamento do usuário dentro da sua comunidade, conhecendo a realidade e as redes que podem ser acessadas em cada comunidade.

Porém, um desafio que Capistrano ainda enfrenta, refere-se à ausência de incentivo e desenvolvimento nas áreas de geração de renda, esporte e lazer, dificultando e ou limitando o trabalho do Assistente Social, que muitas vezes o CAPS acaba se resumindo a encaminhar, já que não tem essa questão da inclusão produtiva de setores onde o paciente possa desenvolver suas habilidades, então nessa parte de geração de renda o que resta ao Assistente social fazer é encaminhar pro benefício, mesmo sabendo que muitos pacientes não tem indicação de benefício, que seu transtorno não o incapacita para as atividades dentro da vida civil, como do trabalho em família. Porém muitas vezes, acaba se gerando, criando essa ideia de incapacidade para que o paciente consiga se prover e sobreviver. O Assistente Social

encontra poucos pontos de ligação que levem o paciente a se reinserir, apesar de muitas vezes o paciente nunca ter sido nem inserido, tendo em vista o contexto do mundo capitalista em que vivemos, onde para a sociedade só é útil quem trabalha, dificultando cada vez mais a inserção desses pacientes no mercado de trabalho. Essa situação gera a dependência familiar em relação ao benefício, acaba gerando toda uma cobrança para o paciente, que na maioria das vezes é interdito por seus familiares pra conseguir este benefício.<sup>30</sup>

Nessas circunstâncias as evidências indicam que um plantão semanal do psiquiatra é insuficiente para atender a demanda gerando tumulto e insatisfação dos usuários durante o longo tempo de espera para o atendimento. Com relação à inexistência de condições sociais para reintegração dos pacientes recuperados no convívio social e nas atividades produtivas é um forte indício da falta de integralidade do sistema de atendimento realizado no CAPS.

Podemos afirmar que o sistema deficitário no atendimento prestado pelo CAPS pesquisado é um problema de ordem político social. Não se trata de um problema isolado, mas de uma constatação de interesse público por se tratar de uma questão social que influencia o estado de direito civil do cidadão. No entanto, sabemos que não se trata de uma situação única, pois depende de um contexto mais amplo envolvendo sociedade organizada e Poder Público.

Nessas circunstâncias, o trabalho do Assistente Social se torna limitado tendo em vista que seus fios, suas conexões com as redes nem sempre se conectam numa mesma linguagem e seus desafios que são muito maiores se deparam com a burocracia e a morosidade da gestão e da sociedade capitalista em que vivemos.

O registro das observações com os respectivos comentários e reflexões no Diário de Campo, permitiu documentar os fatos observados e facilitou a análise das situações. Segundo Miotto (2001), “consiste no exame minucioso dos dados obtidos no momento anterior, com o objetivo de sistematizar aspectos relacionados à situação estudada visando compreender a situação da maneira mais abrangente e articulada possível”. É no momento de registro das observações que se constrói a referência conceitual e fundamental, pois a análise como afirma a autora, “pode ser tomada como o elemento concatenador entre a teoria e os dados obtidos” com a observação e a intervenção na realidade.

Portanto, os registros dos fatos observados com os respectivos comentários e reflexões no Diário de Campo constituem--se em um valioso instrumento de percepção do fenômeno

---

<sup>30</sup>Relato feito pela Assistente Social Gabriela Moreira Nobre.

pesquisado. Na oportunidade foi possível refletir sobre os acontecimentos de um dia de trabalho e despertar para o acompanhamento do desenrolar dos acontecimentos. Para garantir a sistematização e detalhamento das situações ocorridas nas entrelinhas das falas dos sujeitos, foi um recurso usado diariamente de forma contínua e permanente durante todo o trajeto da pesquisa. Assim considerando alguns acontecimentos considerados impactantes são relatados a seguir:

No dia 13 de junho de 2017 chegamos ao (centro de atenção psicossocial) CAPS de Capistrano - CE por volta das 8:00 horas. Fomos comunicadas que haveria uma visita ao paciente J. R. S. C. tratava-se de uma denúncia feita ao CRES por seus vizinhos. A equipe do CREAS entrou em contato com a equipe do CAPS na pessoa da Assistente Social e foi realizada a visita.

Na visita realizada pela Assistente Social foi constatado que o paciente encontrava-se sozinho e trancado, estava com aparência pálida e segundo a mesma, o paciente havia perdido muito peso, e que foi constatado que se encontrava em cárcere privado, sozinho, não higienizado e a residência estava com mau cheiro. Atualmente R. mora com o pai no Centro da cidade próximo ao CAPS, sua mãe é falecida, seu pai é portador de hanseníase, segundo a Assistente Social, o pai recebe três salários mínimos, o que não justifica eles viverem em condições de vulnerabilidade. Desde que R. passou a morar com o pai deixou de frequentar o CAPS.

A Assistente Social enviou ao Ministério Público relatório do caso do paciente, juntamente com os relatórios do CREAS e da vigilância sanitária, pois o pai é acumulador de lixo e mais lixo em sua residência, solicitando ao Ministério investigar a possibilidade dele voltar a residir com o rapaz que antes era seu tutor, esse rapaz cuidava dele e de sua mãe antes dela falecer. Quando perguntado pela Assistente Social se o mesmo voltaria a cuidar de R. ele concordou, como afirma a Assistente Social, quando R. era cuidado pelo rapaz que não tinha nenhum laço sanguíneo vinha as consultas e fazia uso da medicação e tinha uma ótima aparência. Diante desta situação a Assistente Social enviou relatórios e aguarda resposta do Ministério para audiência de interdição. (DIÁRIO DE CAMPO<sup>31</sup>, 13/junho/2017)

Trata-se de uma situação delicada que demanda cuidados especiais tanto da família como do acompanhamento médico terapêutico adequado, na perspectiva de conferir ao paciente a oportunidade, controle do transtorno mental e melhor condição de vida social através de uma assistência integrada e intersetorializada. Segundo Amarante (2008) como uma condição mais social do que biológica ou psicológica, podendo denunciar a pouca solidariedade entre as pessoas ou uma situação precária no que se refere à existência de recursos para tratamento no território ou domiciliar.

Após providências tomadas continuou tudo igual. Vale ressaltar que diante dessas providências tomadas pela Assistente Social do CAPS o pai de R. tentou intimidá-la com porte de uma faca de mesa fazendo ameaças.

R. frequenta o CAPS desde o ano 2000, natural de Capistrano, filho único, tem 39 anos. Paciente tem diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada CID F20.3. Em uso de medicação injetável, sendo que o mesmo é relutante em vir ao serviço e a tomar a

---

<sup>31</sup> Idem pg. 45, 46

medicação, diante disto a administração do medicamento é feita em sua residência pela técnica de enfermagem do Caps.

Quando iniciou o tratamento estava com 22 anos, porém seu quadro teve início aos 18 anos quando parou de estudar na 5<sup>o</sup> série do ensino fundamental, morava na zona rural e seus pais eram agricultores. Foi levado ao serviço por sua mãe, na triagem ela relatou que seu filho não queria ir à escola, pois não se sentia bem. O mesmo passou a evitar a convivência com amigos e vizinhos, ficava em casa sempre deitado ouvindo música. Na época, a mãe comentou que o rapaz nunca havia namorado, que às vezes demonstrava agitação, se alimentava mal e tinha insônia. Quando diagnosticado começou o tratamento fazendo uso de sete psicofarmacos, porém R. sempre foi relutante em ir para as consultas e a fazer o uso da medicação.

No decorrer do tratamento R. conseguiu o Benefício de Prestação Continuada (BPC) em decorrência das dificuldades financeiras que a família passava pra manutenção do paciente e visto que o mesmo é considerado psicótico crônico e indicava incapacidade permanente para atividades laborais e da vida diária.

No ano de 2010 R. foi diagnosticado com diabetes, porém não faz tratamento nem acompanhamento da doença, segundo consta em seu prontuário seu último exame de glicemia foi feito em 15 de março de 2015[...]. (DIÁRIO DE CAMPO, 13/junho/2017)

Outro caso que nos chamou atenção que foi observado e transcrito do diário de campo refere-se a:

No dia 31 de maio de 2017 chegamos ao Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de Capistrano - CE por volta das 8:00 horas. Participamos da acolhida e posteriormente a assistente iniciou a triagem, dentre os paciente da triagem estava a irmã de um paciente C. de a. dos S. que foi buscar orientações com a Assistente Social do Serviço, porque estava com medo de sofrer represálias da justiça por manter o irmão tanto tempo internado, e ela também apresentava um sentimento de culpa por deixá-lo tanto tempo longe da família.

Segundo sua irmã, responsável por C., a família não conseguia mais contê-lo, estava roubando pra manter o vício, e devendo para bocas de fumo, estavam com muito medo de o matarem e serem mortos também por causa das dívidas do irmão. Na época foram ao CAPS para conversar com a Assistente Social e comunicar a decisão do internamento na Clínica. Ele passou um ano e sete meses internado na clínica, segundo a irmã que é responsável por receber seu benefício e fazer o pagamento à clínica, ela e o outro irmão iam lá visitá-lo todo mês.

A Assistente a orientou a trazê-lo de volta, tendo em vista que se a clínica sofresse uma fiscalização esse prazo de internamento seria considerado ilegal. Na semana seguinte C. voltou a cidade, e já foi levado ao serviço pela irmã e o irmão, foram conversar com a Assistente Social novamente sobre a internação dele, pois os mesmos relatam que no mesmo dia que chegou C. começou a cheirar pó, e não parava em casa passando dia e noite na rua. A irmã diz que não aguenta mais e que não tem mais saúde pra lhe dar com o irmão, visto que ela está adoecida em tratamento de depressão por causa do irmão. Diz ter muito medo de o matarem e de ser morta porque ele já está de novo metido nas bocas de fumo, o irmão diz que conversou muito com ele, o ameaçou de interná-lo novamente e que ele prometeu não fazer de novo, mais não tem jeito. C. foi recebido pela Assistente após conversar com seus irmãos sem sua presença, ela conversou com ele, fez perguntas sobre a clínica, perguntou se ele gostaria de voltar pra lá, ele respondeu se fosse preciso voltaria, perguntou se na clínica ele fazia uso de alguma substância, ele respondeu que não, “e aqui você está usando?” Ele afirmou que sim. (DIÁRIO DE CAMPO<sup>32</sup>, 31/maio/2017)

---

<sup>32</sup> Idem pg. 45, 46, 52

Trata-se de um problema complexo que envolve transtorno mental com o agravamento do uso de drogas. É um caso a ser considerado nos vários aspectos com destaque para o psicológico e social. A dependência química pode ser vista pelas óticas biomédica, genética, psicossocial e um consenso entre as definições de cada área não é esperado. Assim a Organização Mundial de Saúde na sua classificação de Transtornos Mentais e Comportamento da CID 10 definiu a Síndrome da dependência um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, nos quais o indivíduo encontra na substância a sua prioridade. E caracteriza-se pelo forte desejo de consumir drogas psicoativas. (Com ou sem consentimento médico) álcool ou tabaco. (cf CID 10, 1993,p.74).

C. de A. dos S. paciente do CAPS desde 17 de janeiro de 2001. Nascido em 16 de novembro de 1990. Natural de Capistrano, filho de agricultores. Paciente com CID F71 retardo mental moderado e F60 transtorno específico da personalidade, beneficiário do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Paciente em uso excessivo de drogas em uso de medicação amplictil e Bup, segundo consta em seu prontuário começou a usar maconha com dez anos de idade. Morava com a mãe, seus pais são separados. C. já passou por dois internamentos na FEBEM, o primeiro internamento foi aos 12 anos de idade e o segundo aos 17 anos.

Paciente durante acompanhamento teve altos e baixos, nunca conseguiu deixar a droga, muito pelo contrário passou da maconha para a cocaína. Passou por um internamento em 2007 no Instituto Psiquiátrico Governador Stenio, em Itaitinga. Em 2016 a família resolveu interná-lo em uma clínica para dependentes químicos. A Assistente conversou novamente com os irmãos de C. sobre a longa permanência do paciente na clínica que não é correto, e orientou em caso de internação novamente a família procurar se resguardar com documentos ou declarações que eles estão indo visitar pro caso de uma fiscalização aparecer na clínica. Pediu pra ele ficar vindo pra terapia ocupacional e o encaminhou para a unidade básica de saúde para fazer exames clínicos.

É importante ressaltar que seu transtorno o levou para justiça, antes dele chegar ao serviço de saúde, antes dele ter um diagnóstico de transtorno que o levou a infringir a lei, visto que seu transtorno o torna incapaz de assimilar e compreender o que lhe é falado. (DIÁRIO DE CAMPO, <sup>33</sup>31/maio/2017).

Os fatos aqui descritos evidenciam o nível de complexidade e subjetividade dos cuidados a serem conferidos aos usuários dos CAPS, exigindo competência e compromisso dos profissionais envolvidos, além de atitudes coerentes com os princípios de humanismo, solidariedade e justiça social. É o desafio do enfrentamento de situações adversas com relação ao atendimento as pessoas com transtornos mentais que procuram o sistema de saúde mental, pois somente o domínio de conhecimento na área não é suficiente para garantir o sucesso das ações desenvolvidas no âmbito da instituição.

---

<sup>33</sup> Idem pg. 45, 46, 52 e 53

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa desenvolveu uma análise do fluxo de atendimento ao usuário do CAPS de Capistrano - CE permitindo uma percepção conceitual e prática de uma realidade de atendimento em saúde mental que enfrenta problemas de natureza estrutural, organizacional de pessoal e de recursos materiais.

Profundas transformações têm ocorrido ao longo da história no sistema de saúde mental no Brasil e no mundo. É inegável o avanço ocorrido com relação à perspectiva de inserção das pessoas com transtorno mental no convívio social. As Políticas Públicas de saúde mental recomendam a adoção de mecanismos que viabilizem a legitimação do estado de direito democrático a esses indivíduos, conferindo-lhes um tratamento digno e humanizado. Como se pode perceber alguns avanços nos cuidados com os doentes mentais ocorreram, porém a efetivação de um modelo de assistência dentro dos parâmetros da nova política de saúde mental, apesar de algumas mudanças, ainda não foi alcançado, pois não se trata de um processo como simples modificações e adaptações de estruturas físicas. É necessário antes de tudo rever conceitos e percepções com relação à loucura para que as relações manicomiais não se repitam.

Assim sendo, consideramos ser importante conhecer o processo de construção histórica da loucura para que se possa entender e rever conceitos e concepções para reconstruí-los sob a ótica dos princípios democráticos, possibilitando a efetivação de uma política de saúde mental comprometida com os interesses daqueles a quem se presta assistência.

Fundamentalmente a realização desse trabalho não só possibilitou o alcance dos objetivos traçados, como também, a ampliação dos conhecimentos construídos ao longo do curso. Os dados da pesquisa apresentam informações que embasam a reflexão sobre os limites e possibilidades do atendimento realizado no CAPS do Município de Capistrano - CE, além de subsidiar o redirecionamento das ações na perspectiva de superação das dificuldades no atendimento ao usuário.

O<sup>34</sup> paradigma da saúde mental como problema de saúde pública é o referencial para a revisão do modelo hospitalar que precisa dar espaço para a ampliação significativa da rede extra-hospitalar de base comunitária. Para isso é necessário o empenho coletivo entre governo

---

<sup>34</sup>- Revista Vozes dos Vales da UFVJM: Publicações Acadêmicas – MG – Brasil – Nº 02 – Ano I – 10/2012  
Reg.: 120.2.095–2011 – PROEXC/UFVJM – ISSN: 2238-6424 – [www.ufvjm.edu.br/vozes](http://www.ufvjm.edu.br/vozes)

e sociedade para o enfrentamento dos desafios de promover o funcionamento dos CAPS de forma eficiente e eficaz.

Os estudos desenvolvidos no desenrolar da pesquisa permitiram o conhecimento dos direitos conferidos aos portadores de transtornos mentais, uma reflexão teórica sobre a historicidade da loucura, sua evolução conceitual e as formas de agir perante a mesma. Como se percebe a construção histórica da loucura sofreu profundas transformações assumindo diferentes configurações em diferentes épocas.

Muitas foram às conquistas alcançadas no redirecionamento dos cuidados com os pacientes com transtornos mentais nas últimas décadas, porém, a partir da experiência de estágio no CAPS do Município de Capistrano foi possível entender que as ações desenvolvidas precisam ser repensadas de forma coletiva a partir da concepção do perfil dos usuários e as reais possibilidades de reintegração desses pacientes na vida social e produtiva conferindo-lhes a oportunidade de exercer com dignidade a cidadania.

Os desafios para a efetivação da política de saúde mental nos termos da legislação vigente estão postos e precisam ser gradativamente conquistados e compreendidos pela superação dos fatores que os determinam. Essa conquista e compreensão pressupõem a priori à incorporação de novos valores e atitudes dos profissionais envolvidos a partir da formação em serviço promovida pelo Poder Público. Somente assim é possível consolidar e ampliar o sistema de atendimento nos CAPS, promover a reintegração social e a cidadania e implementar uma política de saúde mental eficaz amenizando o sofrimento das pessoas vítimas da crise social

A pesquisa apontou a primazia da compreensão do princípio do conhecimento, com a preferência em estudar as relações complexas seguida da construção da realidade enquanto ato subjetivo de construção. Nenhum acontecimento ou ação foi observado de forma isolada, mas de forma contextualizada e integrada.

O serviço social no atual contexto de integralidade e intersetorialidade determinantes do sistema de saúde pública com ênfase nas APS desempenha papel primordial na efetivação das práticas que legitimam as Políticas Públicas de saúde na sociedade pós moderna. Nesse sentido é possível perceber a dimensão da responsabilidade imposta ao profissional do serviço social enquanto agente de promoção da integração social nos serviços de assistência à saúde mental. Essa condição impõe a esse profissional o desafio de incorporar valores e atitudes

coerentes com a desmistificação da ideia de que os portadores de distúrbios mentais devam permanecer em condição de exclusão social.

É nesse cenário que o assistente social é convocado para atuar. Sabemos que são muitos os obstáculos a serem enfrentados no cotidiano, tanto humanos quanto financeiros e para isso, além da formação acadêmica necessária ele precisa ter compromisso, responsabilidade e, sobretudo persistência para desempenhar sua função com segurança e otimismo. O incentivo à participação do usuário, como uma das responsabilidades imposta precisa iniciar o processo de socialização da informação por ser uma ferramenta possível de intervenção junto aos familiares e trabalhadores nos espaços de discussão e nos serviços. Não se trata apenas do repasse de informação sobre os serviços, mas a socialização desses, dentro da lógica do direito, da cidadania e de participação.

## 6.REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. Saúde mental e atenção psicossocial. 2. ed. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2008. 117 p.
- \_\_\_\_\_. (Coord.). Saúde mental, políticas e instituições: Programa de Educação a Distância. Rio de Janeiro. Módulo. 7. Fiotec/Fiocruz, EAD/Fiocruz. 2009. 90 p.
- \_\_\_\_\_. 1995 (coord.) Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Fiocruz, Rio de Janeiro. Venancio ATA 1990. Sobre a "nova psiquiatria" no Brasil: um estudo de caso do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 22 de outubro de 2017.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 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. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. Legislação em Saúde Mental. 5. ed. ampl. Brasília: 1990-2004.
- \_\_\_\_\_. Lei Orgânica da Saúde: Lei 8.080/90 de 19.09.1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. 2004a. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caadab/documentos/guia\\_psf.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caadab/documentos/guia_psf.pdf). Acesso em 19/10/2017.
- \_\_\_\_\_. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília – DF, 2004b.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação geral de Saúde mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- \_\_\_\_\_, Política Nacional de Promoção de Saúde. Brasília – DF, 2006.
- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, Lei no 12.151, de 29 de julho de 1993: Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências.
- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial– Brasília 2004
- [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf) acessado em 05/06/2017 às 18h46min

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, Portaria SNAS no 224, de 29 de janeiro de 1992: Normas para o Atendimento Ambulatorial (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS).

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, Portaria GM no 336, de 19 de fevereiro de 2002: Normas para constituição dos CAPS.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação Geral de Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica: O vínculo e o diálogo necessários. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 336/2002, de 19 de fev. 2002. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: Acesso em ou/2017.

CARVALHO, A.de S. Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica. 2. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1991. 93p

CAMPOS, Gastão W. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, Cortez, n. 84, 2004.

CEZAR, C. A.; MIOTO, R. C. T.; SCHUTZ, F. A construção da intersectorialidade em saúde como estratégia na garantia de direitos. In: CONFERÊNCIA MUNDIAL DE SERVIÇO SOCIAL, 19. Salvador, 2008, CD-ROM. ISBN 9788599447048.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 4. Brasília, DF. (Informativo à imprensa). Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=34295](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34295). Acesso em: 20 out. 20

COSTA, Ana Maria. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. Saúde e Sociedade, v. 13, n. 3, p. 5-15, set./dez. 2004.

DIAS, Miriam. Saúde mental e políticas de estado: pactuar caminhos intersectoriais. Apresentação proferida na IV Conferência Municipal de Saúde Mental de Pelotas. Pelotas, 2010.

FOUCAULT. M. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva; 1978.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 97 p.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

L M Tierney, S J McPhee, M A Papadakis (2002). Current medical Diagnosis & Treatment. International edition. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill. pp. 1078–1086. [ISBN 0-07-137688-7](https://doi.org/10.1093/med/9780071376887)

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. 2001. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ –CEPESC

-11ABRASCO,2006.180p.Disponível em: [http://www.lappis.org.br/media/artigo\\_ruben1.pdf](http://www.lappis.org.br/media/artigo_ruben1.pdf). Acesso em: 29 set. 2017.

MENDES, E. V. Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINISTRY OF HEALTH. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, 1920. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>  
OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>.

MIOTO, R. C. T. A perícia social: proposta de um percurso operativo. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, Cortez Editora, n. 67, 2001, p. 145-158.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS, 2001.

Organização Mundial de Saúde (OMS); Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Declaração de Caracas. Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) [Internet]. Caracas; 1990 [citado 2009 set. 12]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf).

PINHEIRO, Maria do Carmo Buonafina. Acolhimento como Diretriz Operacional no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) José Carlos Souto. 2010. Projeto de Intervenção (Especialização em Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010pinheiro-mcb.pdf> acessado em 25/05/2017 às 17h23min.  
<https://psicologado.com/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psi-quiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial> acessado em 09/05/2017 às 15h56min.

PANDE, Mariana Nogueira Rangel; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. Ciênc. saúde coletiva. v.16 n.4, 2011.

RAMMINGER, T. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com Trabalhadores de um hospital psiquiátrico. Bol. da Saúde, v.16, n.1, 2002.

ROUDINESCO, Elisabeth. Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SALES, André Luis Leite de Figueiredo; DIMENSTEIN, Magda. Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. Psicol. cienc. Prof. 2009.

VASCONCELOS, Eduardo M. Abordagens psicossociais. São Paulo: Hucitec, 2008. (V. 2: Reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares) Ocorrida no mês de junho (de 27 de junho a 1º de julho de 2010); após foram realizadas 359 conferências municipais, 204 conferências regionais e 27 conferências estaduais (de março a maio), envolvendo cerca de 46.000 pessoas de todo país na discussão sobre o tema da saúde mental. Consulta: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1663](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1663).

YASUI, Silvio. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

\_\_\_\_\_, S. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. Caderno Brasileiro de Saúde Mental, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1-9, jan./abr. 2009. Disponível em: Acesso em: 06 jun. 2011.

[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf) acessado em 05/06/2017 às 18h46min

<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010pinheiro-mcb.pdf> acessado em 25/05/2017 às 17h23min

<https://psicologado.com/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psiquiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial> acessado em 09/05/2017 às 15h56min

[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf) - Acessado em 04/06/16 às 13h48min.

<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1453> - Acessado em 07/06/16 às 15h32min.

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm) - Acessado em 03/08/17 às 08h41min.