

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ- UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

PAULO HENRIQUE DIAS QUINDERÉ

**ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE:
Interações entre os Níveis de Complexidade, Composição das Práticas e
Serviços**

FORTALEZA

2008

PAULO HENRIQUE DIAS QUINDERÉ

**ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE:
Interações entre os Níveis de Complexidade, Composição das Práticas e
Serviços**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Mental. Universidade Estadual do Ceará –UECE como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora:

Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

Linha de Pesquisa:

Política e Gestão em Saúde

FORTALEZA

2008

a 7 a Quinderé, Paulo Henrique Dias

Atenção à saúde mental no município de Sobral-CE: interações entre os níveis de complexidade, composição das práticas e serviços / Paulo Henrique Dias Quinderé. __ Fortaleza, 2008.

104 p; il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Salete Bessa Jorge.

Dissertação (Mestrado acadêmico Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

1. Assistência em saúde mental. 2. Prestação integrada de cuidados em saúde. 3. Níveis de atenção à saúde I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

CDD: 362.20425



U.E.C.E

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - CMA SP

FOLHA DE AVALIAÇÃO

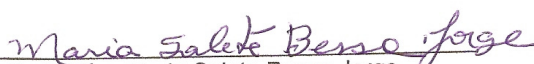
Título da dissertação: "Atenção à saúde mental no município de Sobral - CE:
Interações entre os níveis de complexidade, composição das práticas e serviços"

Nome da Mestranda: Paulo Henrique Dias Quinderé

Nome do Orientador: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA/CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM "POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE".

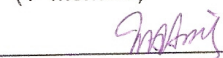
BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge
(Orientadora)



Prof. Dr. Túlío Batista Franco
(1º membro)



Prof. Dr. Marluce Maria Araújo Assis
(2º membro)

Data da defesa: 19/12/2008.

(Dom Quixote)

Tem teatro no canto do bode,
Agora também no pagode.

...Que somente os dementes, os loucos, os teatros,
Os corações, os quixotes, os palhaços,
Podem vencer os dragões aliados
Aos caminhões e aos supermercados.

E assim retornando essa doce loucura
Que o transe, o abandono e o delírio procura
Pra devolver ao amor plenitude
No êxtase ter-se outra vez a virtude.

Que a inocência, essência do sonho, devolva
Os sais abissais do amor às alcovas.
Desta casa onde casa e se cria
Um degrau
Da minha catedral
O teatro do ator que recria
Quixotes de Espanha
La Mancha e Bahia.
E pelo arauto
No alto do palco
Onde o mito vomita uma história
Que repete a estória da história.

O canto do bode
Espermatozóide
E o pagode na prece
Do samba-enredo reconhece

- Sancho Pança:
Que somente os dementes... etc

TOM ZÉ

AGRADECIMENTOS

A Toda equipe de saúde mental do município de Sobral-CE. Pessoas as quais estimo bastante e que ajudaram no meu crescimento profissional e pessoal;

Um agradecimento especial ao Drº César, uma pessoa simples e profunda que sempre tem me mostrado ser quem eu sou e me fazer, com o seu trabalho, acreditar que a atenção saúde neste País pode ser cada vez melhor;

A todos os usuários que tive a oportunidade de conviver e aprender sobre “a dor e a delícia de ser o que é”;

Aos colegas e professores do Curso de Mestrado Acadêmico Saúde Pública (CMASP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), pelo convívio, amizade e aprendizado mútuo;

Às funcionárias, Mairla e D. Maria (CMASP), ambas da Universidade Estadual do Ceará (UECE), pelo apoio estratégico e operacional e pelos inúmeros “abacaxis descascados” e incontáveis cafés degustados;

Aos estudantes, bolsistas, voluntários, pesquisadores e técnicos do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE) pelas discussões temáticas, debates construtivos, momentos e vivências, apoio na coleta de dados;

Um agradecimento especial ao meu colega acadêmico e amigo Antonio Germane Pinto, que contribuiu nos momentos informais na formalização deste trabalho;

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento da pesquisa.

À professora Dra. Marluce Maria Araújo Assis da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) pela dedicação profissional e o compartilhamento de idéias e saberes.

Um agradecimento mais que especial a Profa Salete por todas as possibilidades oportunizadas para a confecção deste trabalho.

DEDICATÓRIA

À família Barreto Dantas, em especial à pessoa do Alvinho que em muito contribui com afeto por essa jornada!

Aos meus familiares de sangue e sintonia: Quinderé, Dona Meire, Hosana Régia, Pedro Ênio, Glauco Barros, Anna Mendes, Yan e Pietro. Sem eles este trabalho não seria possível!

À minha companheira, amiga, amor que tão longe e tão perto possibilita reflexões sobre loucura e sanidade: Mirella Vêras.

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica brasileira trouxe uma nova visão de tratamento e acompanhamento para as pessoas com transtornos mentais. A criação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) assume um importante papel no cenário das novas práticas de saúde mental, configurando-se como dispositivos estratégicos para a transformação do modelo hospitalocêntrico. Os Caps subvertem a lógica da hierarquização do sistema de saúde e organizam-se agregando os diferentes níveis de atenção à saúde em uma só unidade. Precisamos de estudos analíticos que discutam a inserção dos serviços de saúde mental na rede de serviços do sistema de saúde, e principalmente de que forma esses serviços têm se organizado em relação à sua concepção de rede. O estudo tem como objetivo analisar a organização de Rede Integral à Saúde Mental de Sobral-CE na composição das práticas e serviços e discutir as interações estabelecidas entre os níveis de complexidade da Rede e o sistema de saúde. O estudo é de natureza histórico-social. Tem como finalidade a compreensão do conhecimento, buscando o sentido e o significado do fenômeno estudado. O Estudo foi realizado na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental do município de Sobral-CE. Para realização da coleta de dados, utilizamos as técnicas de observação sistemática, documentos e a entrevista semi-estruturada. Os sujeitos da pesquisa foram definidos pela saturação teórico-empírica, sendo entrevistados 10 usuários, 9 trabalhadores e 4 coordenadores dos serviços de saúde mental. Construímos duas categorias empíricas imprescindíveis para a compreensão do objeto a ser estudado: (Des) Construção da atenção à saúde mental no município de Sobral-CE e o Fluxo de atenção à saúde mental de Sobral-CE (interação entre os níveis de complexidade). Os resultados revelam que foi reestruturado todo o modelo assistencial do município com o deslocamento das ações em saúde mental do Hospital Psiquiátrico para os diversos níveis de complexidade do sistema de saúde. Os serviços de saúde mental de Sobral possuem diversas portas de entrada. Os usuários advêm dos mais diversos setores sociais, bem como de quaisquer níveis de complexidade do sistema de saúde. A Rede Integral à Saúde Mental possibilita não só uma capilaridade no atendimento de seus usuários entre os serviços que a compõem, mas também com os outros serviços de saúde em seus diversos níveis de complexidade, organizando-se de maneira horizontalizada. Concluímos que o modelo de Atenção Psicossocial prestado às pessoas portadoras de transtornos mentais no município de Sobral-CE tem contribuído para a transformação do modelo psiquiátrico asilar na composição dos saberes e das práticas em saúde mental. A assistência em rede possibilita a construção de uma integração maior dos serviços de saúde mental com os demais serviços de saúde nos vários níveis de complexidade e outros setores sociais, contribuindo para a (des) construção do preconceito e estigmatização das pessoas com transtornos mentais.

Assistência em Saúde Mental, Prestação Integrada de Cuidados de Saúde, Níveis de Atenção à Saúde.

ABSTRACT

The Brazilian Psychiatric Reform has brought a new vision of treatment and monitoring for people with mental disorders. The creation of the Community Mental Health Center (CAPS) took an important role in setting the new practice of mental health, setting up devices such as strategic for the transformation of model hospital. The CAPS subvert the logic of the hierarchy of the health system and organize themselves aggregating the different levels of health care in a single unit. We need analytical studies to discuss the integration of mental health services in the network services of the health system, especially how they have organized services for the design of network. The study aims to analyze the organization of the Integrated Network of Mental Health Sobral-CE in the composition of the practices and services and discuss the interaction established between the levels of complexity of the network and the health system. The study is a socio-historical. It aims to the understanding of knowledge, seeking the meaning and significance of the phenomenon studied. The study was conducted at the Network of Integral Attention to Mental Health of the city of Sobral-CE. For the data collection using the techniques of systematic observation, documents and semi-structured. The research subjects were defined by the saturation theoretical and empirical. Were interviewed 10 users, 9 Workers and 4 coordinators of mental health services. We built two categories empirical essential to the understanding of the object being studied: (Des) Construction of attention to mental health in the city of Sobral-CE and flow of attention to the mental health of Sobral-CE (interaction between the levels of complexity). The results show that was restructured care model of the entire municipality, with the displacement of the shares in mental health of the Psychiatric Hospital for different levels of complexity of the health system. The mental health services for Sobral-CE have several ports of entry. Users come from many different social sectors, as well as any level of complexity of the health system. The Integrated Network for Mental Health allows not only a capillary in caring for their users among the services that compose it, but also with other health services in their different levels of complexity, organizing themselves on a horizontalise. We conclude that the model for Psychosocial Care provided to people with mental disorders in the city of Sobral-CE has contributed to the transformation of the model psychiatric asylum in the composition of knowledge and practice in mental health. Assistance Network allows the construction of a greater integration of mental health services with other health services at the various levels of complexity and other social sectors, contributing to the deconstruction of prejudice and stigmatization of people with mental disorders.

Key-words: Assistance in Mental Health, Providing Integrated Health Care, Levels of Attention to Health

LISTA DAS SIGLAS

CAPS - AD – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial – Infantil

CRASS: Centro de Referência da Assistência Social

GRUPSFE -Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem

INSS: Instituto Nacional da Seguridade Social

PSF - Programa Saúde da Família

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

UIPHG - Unidade Internação Psiquiátrica em Hospital Geral

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Pirâmide do Sistema de Saúde	19
FIGURA 2: Rede de Atenção à Saúde Mental	32
FIGURA 3: Distribuição geográfica do município de Sobral-CE por bairros	37
FIGURA 3: Divisão Distrital do município de Sobral-CE	38
FIGURA 4: Rede de atenção em saúde mental Sobral-CE	81

LISTA DE QUADROS

Quadro I - Critério de Inclusão e Exclusão dos participantes da pesquisa	41
Quadro II – Trabalhadores de saúde Mental	42
Quadro III - Usuários da Rede Integral à Saúde Mental de Sobral-CE	43
Quadro IV - Coordenadores da Rede de Saúde Mental de Sobral-CE	44
Quadro V - Confronto dos depoimentos dos Usuários (Grupo 1)	48
Quadro VI - Confronto dos depoimentos dos Trabalhadores (Grupo 2)	49
Quadro VII - Confronto dos depoimentos dos Coordenadores (Grupo 3)	50
Quadro VIII - Confronto das unidades analíticas entre os grupos 1, 2 e 3	50
Quadro IX - Confronto das categorias empíricas entre os grupos 1,2 e 3	51
Quadro X - Riscos e benefícios da pesquisa	53

SUMÁRIO

<i>CAPÍTULO I: O PESQUISADOR E O OBJETO DE ESTUDO</i>	14
1. O Pesquisador	14
2. O objeto de estudo e os pressupostos teóricos	17
<i>CAPÍTULO II: BASE TEÓRICA</i>	31
1. Processo de descentralização e organização dos serviços de saúde no Brasil	31
1.1 Processo de descentralização da saúde	33
1.2 Organização dos serviços de saúde no Brasil.....	36
2. Políticas de saúde mental e Organização dos serviços de saúde mental no Brasil	42
2.1 Primeiras ações de saúde mental no Brasil	43
2.2 Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica.....	46
2.3 Organização do serviço de saúde mental	50
<i>CAPÍTULO III: METODOLOGIA</i>	61
1. Natureza e tipo de estudo	61
2. Local da pesquisa	62
3. Participantes do estudo	68
4. Técnicas e instrumentos de coleta de dados	80
4.1 Documentos:	80
4.2. Entrevista semi-estruturada:.....	80
4.3 Observação sistemática:.....	81
5 Análise e tratamento dos dados	82
5.1 Ordenação dos dados	82
5.2 Classificação dos dados	82
5.3 Análise final dos dados.....	88
5.4 Questões éticas.....	89
<i>CAPÍTULO IV: (DES) CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE SOBRAL</i>	98
(Des) Construção do Hospício	98
Práticas em saúde mental	116
<i>CAPÍTULO V: FLUXO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DE SOBRAL (INTERAÇÕES ENTRE OS NÍVEIS DE COMPLEXIDADE)</i>	123
Acesso	123
Atenção em rede	128
<i>CONSIDERAÇÕES FINAIS</i>	135
<i>REFERÊNCIAS</i>	138
<i>APÊNDICES</i>	145
Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido usuários	146
Apêndice B - Termo de consentimento livre e esclarecido gestores/trabalhadores	147
Apêndice C- Roteiro de Entrevista Usuários	148
Apêndice D - Roteiro de Entrevista Trabalhador/Coordenador	149
Apêndice E - Roteiro de Observação Sistemática	150
<i>ANEXOS</i>	151
ANEXO I – Portaria CCA – 113 de 10 de Julho de 2000	152
ANEXO II – Parecer do Comitê de Ética	154

CAPÍTULO I: O PESQUISADOR E O OBJETO DE ESTUDO

1. O Pesquisador

Durante a graduação em Psicologia na Universidade Federal da Paraíba, tive a oportunidade de participar de um estágio extracurricular num hospital psiquiátrico da capital paraibana. O foco da atenção era voltado para a doença, numa forte negação do indivíduo como ator desse processo. O hospital psiquiátrico era o único ambiente em que ocorria o atendimento às pessoas portadoras de transtornos mentais, sendo as práticas desenvolvidas naquele ambiente inóspito a única forma de se abordar o problema. Não concebíamos outra forma nem imaginávamos cuidar de alguém naquelas condições. Todo nosso conhecimento esbarrava nos muros do manicômio e nas limitações impostas por ele. O processo de organização dos saberes e das práticas em saúde mental era centrado no hospital psiquiátrico, focalizado no tratamento medicamentoso, no confinamento e na exclusão social dos pacientes.

Via na prática a impossibilidade de se prestar um atendimento de qualidade e transformador diante de tal situação. Pessoas sem vínculos familiares e sociais, abandonadas na instituição, cronificação de quadros e, salvo algumas exceções, pessoas que conseguiam se reorganizar, mesmo em condições terapêuticas inadequadas. A organização desses serviços se manifestava baseado nestas premissas: grades, confinamento, divisão entre pavilhões – agitados/calmos, saídas monitoradas, exclusão social, distanciamento das famílias, tutela, interdições, nenhuma participação do indivíduo na discussão do seu processo de tratamento.

Embora tivesse o conhecimento acerca dos movimentos de transformação do modelo psiquiátrico hegemônico, faltava

a oportunidade de desenvolver diferentes práticas. Não tinha a dimensão de como lidar com as pessoas com transtornos mentais de outra forma. Como intervir de outra maneira? Como prestar uma atenção ambulatorial? Como inverter o modelo de atenção para uma lógica psicossocial?

Não compreendia como realizar uma assistência para aquelas pessoas de uma maneira extra-hospitalar. O Hospital minava todas as chances de reinserção dos indivíduos internados ao convívio social, isolando-os, privando-os do contato com as famílias e com a sociedade. Essa premissa era incorporada por nós estudantes, que víamos aquele modelo de assistência como única forma de lidar com a problemática. Inquietava-me como poderia funcionar um outro modelo de assistência baseado numa perspectiva ambulatorial, inserido na comunidade e capaz de reverter a lógica da segregação, da exclusão e da cronificação dos casos.

Em 2001, após o término da graduação, tive a oportunidade de trabalhar na Rede Integral à Saúde Mental do município de Sobral no Ceará. O estado já acumulava uma boa experiência em serviços alternativos ao manicômio, principalmente nas cidades interioranas. Somente, na prática, comecei a perceber como se dava o modelo de atenção psicossocial que tanto havia estudado por iniciativa própria. Ficava bastante deslumbrado com o fato de estar trabalhando com a lógica do processo de atendimento totalmente invertida.

Entretanto, percebia na prática que muitos dos resquícios manicomial persistiam. Mesmo no novo modelo de atenção inserido na comunidade, ambulatorial, com internações em hospitais gerais, com os sujeitos mais ativos no seu processo de tratamento havia dificuldades alguns profissionais permaneciam repetindo a lógica

manicomial dentro dos serviços. Alguns setores sociais tinham dificuldades na interlocução com a Rede de Saúde Mental, o preconceito ainda se fazia presente na própria sociedade com estigma do louco perigoso, agressivo, sem falar na atenção aos usuários de drogas. Vários eram os desafios: interação da Rede de Saúde Mental com os demais serviços de saúde do Município, organização do fluxo de atendimento dentro da própria Rede da Saúde Mental, integração com os diversos setores sociais como escolas, setor judicial, instituições privadas.

Ao longo da minha história profissional, realizei capacitações, dentre elas uma merece destaque a especialização em saúde mental, a qual tive oportunidade de pesquisar acerca do perfil da clientela atendida no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

Com a minha aprovação em 2006 no Mestrado de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará – UECE, surge mais uma vez a oportunidade de aprofundar meus conhecimentos no campo da saúde mental fazendo parte do grande projeto financiado pelo CNPq: **Organização das práticas de saúde mental no Ceará na produção do cuidado integral: dilemas e desafios**, que tem como um dos recortes a atenção à saúde mental no município de Sobral-CE. O Projeto faz parte do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem – GRUPSFE; sendo financiado pelo programa de bolsas CAPES.

O estudo possibilitará, de maneira mais profunda, observar como os serviços substitutivos do hospital psiquiátrico têm se configurado ao longo desses anos.

Foi através da minha experiência na Rede de Saúde Mental de Sobral-CE que pude perceber como se está se processando a Reforma Psiquiátrica no Brasil, quais os avanços, retrocessos, dificuldades, erros e acertos. Agora

no mestrado é a oportunidade, de maneira mais teórica, complementar a minha compreensão e dividi-la com o meio acadêmico.

2. O objeto de estudo e os pressupostos teóricos

Ao longo dos últimos 30 anos, o campo da saúde mental vem passando por diversas transformações. As formas de organização dos serviços, o modo de abordagem às pessoas com transtornos mentais, as práticas de saúde, o modelo assistencial, os saberes no campo da psiquiatria têm se modificado na nossa sociedade. Fruto das mobilizações políticas da década das décadas de 1970 e 1980, pelo processo de redemocratização do Brasil, a área da saúde como um todo vem se reconfigurando através de novos saberes e novas práticas.

A palavra prática vem do termo grego *práxis* e significa ação; sendo um termo referente a uma ação voluntária voltada para uma razão prática, ou seja, um agir prático. De acordo com o materialismo dialético a ação transformadora das condições concretas da existência seria a *práxis*, que englobaria tanto a ação objetiva do homem sobre o seu meio como as construções subjetivas, estando articuladas as ações e as intenções (ACIOLI, 2001).

Na concepção de Pinheiro e Luz (2003), a ação é o elemento processual da prática. Através do movimento processual da ação se constrói a prática. A ação deve ser entendida como um componente cultural de uma determinada civilização. A ação seria, portanto, o componente primordial para a construção das práticas, ou seja, elas seriam moduladoras do próprio fazer e formuladoras de saberes, seriam uma fonte inesgotável de transformações, pensamentos e sentidos.

As práticas são originadas de uma seqüência de aspectos políticos, sociais, econômicos, além dos aspectos da

ordem do desejo e da inter-relação dos grupos envolvidos, portanto falar em práticas implica em saber de que maneira e em que campo essas práticas estão ocorrendo. Nessa relação entres estes diversos aspectos, objetivos e subjetivos, intenção e ação, disposição e acontecimentos, manifesta-se uma conjuntura capaz de transformar as práticas em ação coletiva (ACIOLI, 2001).

Para Costa-Rosa (2000) as novas práticas em saúde mental são desencadeadas a partir de diversos movimentos sociais e científicos, de vários campos teóricos. Uma gama de teorias influenciou na mudança da atenção em saúde mental no Brasil. A psiquiatria de setor e psicoterapia institucional francesa, a antipsiquiatria e as comunidades terapêuticas inglesas, a saúde mental comunitária norte-americana e o movimento da desinstitucionalização italiano são exemplos da complexidade teórica que influenciou o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira trouxe uma nova visão de tratamento e acompanhamento para as pessoas com problemas relacionados aos transtornos mentais. O modelo hospitalocêntrico, ainda de certa forma vigente, começou gradativamente a ser substituído por um modelo mais voltado ao suporte social no contexto ambulatorial e comunitário. A tentativa de real transformação do modelo psiquiátrico hegemônico vem ocorrendo desde a Reforma Constitucional de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde e sua efetiva implementação em 1990, com a implantação de uma rede assistencial extra hospitalar para as pessoas com transtornos mentais. Essa transformação é fruto de experiências exitosas que emergiram do movimento de reforma psiquiátrica do Brasil, através de novas práticas no campo da saúde mental e da influência de teorias de diversos países no campo da psiquiatria e

saúde mental, apontando assim para a construção de um novo modelo de atenção.

Os modelos de atenção ou modelos assistenciais têm sido conceituados como “combinações técnicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços/populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade” (PAIM, 2003, p. 567). Nesse aspecto os modelos de atenção em saúde não podem ser considerados como uma forma de organizar os serviços, nem tampouco um modelo administrativo do sistema de saúde. São, portanto, uma forma de articular técnicas e tecnologias para atender as necessidades e dar resolubilidade aos problemas de saúde individuais e coletivos, não se tratando de normas rígidas a serem seguidas, mas sim racionalidades variadas que informam as intervenções em saúde.

Teixeira (2006) amplia a discussão sobre os modelos assistenciais quando inclui três dimensões que vão além das práticas desenvolvidas em saúde propriamente ditas. São elas: a **dimensão gerencial**, relacionada aos meios de condução do processo de reorganização das ações e dos serviços; uma **dimensão organizativa**, de como se estabelecem as relações entre os níveis de complexidade do sistema assistencial na produção do cuidado e uma **dimensão técnico-assitencial**, que diz respeito a como se estabelece as relações entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho, mediadas pelo conhecimento e pelas tecnologias que operam nesse processo de trabalho em saúde, em diversos planos, seja na promoção à saúde, seja na prevenção de riscos e agravos ou na recuperação e reabilitação.

Esta ampliação na concepção dos modelos assistenciais procura, com a articulação dessas três dimensões, possibilitar mudanças no campo das práticas em saúde através da indução de ações voltadas à intervenção sobre os processos que determinam os problemas, e não apenas centrado nos seus efeitos.

Cabe aqui destacar, de forma rápida, que, segundo Paim (2003) dois grandes modelos assistenciais imperam de forma contraditória no Brasil, são eles os modelos médico-assistencial privatista, essencialmente pautado na pressão da demanda desordenada e espontânea, essencialmente curativo e individualista, desconsiderando a assistência integral dos indivíduos e a comunidade; e o modelo sanitarista centrado no controle de certos agravos ou em determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer, não estimulando a integralidade da atenção, nem a descentralização na organização dos serviços de saúde.

No entanto é importante destacar que modelos alternativos mais condizentes têm surgido no País principalmente a partir das reformas ocorridas da década de 1970 e com a implantação do Sistema de Único e Saúde. Vale destacar os modelos de Saúde da Família, Cidades Saudáveis, “Em Defesa da Vida”, que visam à reestruturação no campo da assistência à saúde no Brasil.

De acordo com Costa- Rosa (2000), no campo da saúde mental, um novo modelo de atenção vem se construindo: o modelo ou modo psicossocial de atenção em saúde mental. é uma forma de atenção que se contrapõe ao modelo manicomial que tem como principais características: o saber médico hegemônico, o espaço do hospital psiquiátrico como o ambiente autorizado a realizar intervenções de cura aos portadores de transtornos mentais e a patologização da loucura, criando todo um aparato tecnológico de intervenções e práticas, sobretudo de

caráter individual (CARVALHO; AMARANTE; 2000). O Novo modelo tenta intervir nas diversas dimensões da assistência: organização dos dispositivos institucionais, modalidades do relacionamento com os usuários e a população, definição do objeto de cuidado e dos meios teórico-técnicos de intervenção; incluindo as formas da divisão de trabalho.

Teixeira (2003) coloca que mudanças organizativas são essenciais para a transformação dos modelos assistenciais, sejam elas pelas modificações nas proporções entre os diversos níveis de organização da produção dos serviços, como por exemplo, a ampliação da rede básica de saúde, seja pelo estabelecimento das relações hierárquicas entre os níveis de complexidade tecnológica do sistema de saúde, como estratégias de racionalização dos custos e organização da demanda. Essas mudanças proporcionam práticas mais adequadas aos problemas de saúde da população.

Modelos mais verticalizados de atenção, com estabelecimentos de hierarquias entre os diversos níveis de complexidade do sistema de saúde (primário, secundário e terciário), foram num primeiro momento muito importantes no Brasil para a organização da demanda e otimização dos custos na área da saúde. No entanto, várias são as críticas relacionadas a essa forma organizativa do sistema, que aprofundaremos mais tarde, fomentando a discussão dos modelos mais horizontalizados de articulação entre os serviços, o que chamaríamos de organização horizontalizada ou em rede.

Mostra-se uma rede assistencial em saúde horizontalizada, sem hegemonias verticais, onde não há maior ou menor, anterior ou posterior, início ou fim. Uma rede de múltiplas ligações e conexões, comparado ao modelo de rizoma de Deleuze e Guattari (1995), onde a característica principal

desse sistema são as múltiplas entradas, em contraposição ao modelo piramidal do sistema de saúde, hierarquizado (primário, secundário, terciário) e com as portas de entrada pré-definidas.

A organização dos dispositivos institucionais é fundamental para a transformação do modelo de atenção à saúde mental. O organograma de organização do serviço precisa ser horizontal tanto na organização do trabalho de equipe, diluindo-se os poderes entre os trabalhadores que a compõem, quanto entre os trabalhadores e os usuários. No novo modelo, a população assume uma postura de participação ativa das decisões da instituição; não somente na organização interna dos serviços substitutivos, mas também na sua inserção na macro rede assistencial de saúde, compondo-se de forma horizontal, ou seja, em forma de rede.

Essa articulação e organização em rede pelos serviços substitutivos possibilitam uma maior capilaridade de ações tanto em relações aos serviços que compõem a rede assistencial em saúde mental (residência terapêutica, CAPS, Unidade de internação psiquiátrica em hospital geral), quanto com o restante da rede assistencial em saúde (PSF, serviços de saúde especializados), bem como demais setores sociais como escolas, associações de bairros e centros comunitários.

Como se organizam os serviços de saúde mental e como estabelecem conexões com o restante da rede assistencial são de vital importância para a transformação do modelo. A criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) assume um importante papel no cenário das novas práticas de saúde mental, configuram-se como dispositivos estratégicos para a transformação do modelo hospitalocêntrico. São serviços que objetivam articular as ações de saúde mental em rede, conceito a ser

aprofundado posteriormente neste estudo, junto à atenção básica (Programa Saúde da Família – PSF), ambulatórios, leitos de internação em hospitais gerais e ações de suporte e reabilitação psicossocial (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

O Estado do Ceará é um dos pioneiros na transformação do modelo manicomial para um modelo de assistência psicossocial. O primeiro CAPS do Estado foi inaugurado em novembro de 1991 na cidade de Iguatu, em seguida vieram os CAPS de Canindé (agosto de 1993), Quixadá (dezembro de 1993) e Icó (março de 1995). As mudanças nas cidades em que se implantaram os serviços de atenção psicossocial eram visíveis. Os gastos com internações psiquiátricas eram reduzidos, esboçam-se movimentos sociais para a criação de núcleos de Movimento da Luta Antimanicomial, Comissões Municipais de Saúde Mental e aprovação de Leis Orgânicas Municipais com introdução de princípios da Reforma Psiquiátrica. Porém, as mesmas mudanças não eram observadas na capital do Estado: Fortaleza. (SAMPAIO; SANTOS; ANDRADE, 1998).

A capital do estado tem seu processo de transformação do modelo assistencial atrasado. Em 1993, é criada uma Comissão de Reforma Psiquiátrica, por iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de implantação de nove CAPS, nos dois anos seguintes. No entanto, as mudanças são limitadas, pois a assistência hospitalar psiquiátrica formada por dois hospitais psiquiátricos, um estatal e outro privado, absorve boa parte dos investimentos na área, restando um singelo deslocamento de recursos para uma instituição intermediária: o hospital-dia. Iniciativa muito aquém para a transformação do modelo. (SAMPAIO; SANTOS; ANDRADE op. cit.). Ao contrário da colonização do

nosso estado, a Reforma Psiquiátrica tem ocorrido do sertão para o litoral.

O processo de implantação dos serviços substitutivos em Fortaleza tem início em 1998, com a implantação do Caps geral da Secretaria Executiva Regional III (SER III). Até o ano de 2005 existiam apenas três Caps, num município com população superior a dois milhões de habitantes. Somente no ano de 2006 é que há uma reestruturação da rede assistencial com a ampliação dos serviços substitutivos e implantação de novos Caps, residências terapêuticas e albergues terapêuticos (GUIMARÃES, 2007).

As iniciativas para a transformação do modelo na capital do estado são lentas; diferente do interior em que muitos municípios se adiantaram e instalaram seus serviços de atenção psicossocial. Um destes municípios foi o de Sobral, com uma experiência exitosa, transformando seu modelo de atenção asilar através de uma rede de assistência, iniciada com emergência e internações psiquiátricas em hospital geral, um hospital-dia, duas residências terapêuticas, um pequeno ambulatório de pronto-atendimento para referência aos municípios que não possuem políticas de atenção à saúde mental e um Caps para a assistência do município (SAMPAIO; BARROSO, 2001).

Voltando um pouco no tempo, o serviço de atendimento psiquiátrico do município de Sobral data do início da década de 70, com a abertura de um pequeno serviço particular de atendimento psiquiátrico, criado pelo médico Dr. Remo Cardoso Machado. No ano de 1974, foi criada a Casa de Repouso Guararapes, pelo senhor Wladimir Ferreira Gomes, hospital que atendia a microrregião de Sobral e dispunha de 80 leitos de internação. Funcionava aos moldes da psiquiatria clássica, com a maior parte da

sua clientela com alto grau de cronificação dos quadros, com grande tempo de permanência e frequentes reinternações (SILVA; OLIVEIRA; MARTINS JÚNIOR 2000).

O município ainda contava com um serviço emergencial, com menores proporções, na Santa Casa de Misericórdia de Sobral, onde significativa parcela dos atendimentos psiquiátricos era registrada como outros procedimentos. O atendimento ambulatorial dos casos era praticamente inexistente na cidade, pois havia pequena quota de assistência pública na Santa Casa de Misericórdia de Sobral (conveniada ao SUS), no Hospital Perpétuo Socorro (conveniado SUS) e no posto de atendimento médico – PAM (próprio do SUS). Existiam ainda dois consultórios privados para atendimentos psiquiátricos, feitos através de pagamento direto ou por meio de planos de saúde (SILVA; OLIVEIRA; MARTINS JÚNIOR op. cit.).

O hospital psiquiátrico de Sobral, embora com vinte anos de funcionamento, apresentava deficitários recursos terapêuticos, um enorme reducionismo de ferramentas clínicas, resumindo-se à abordagem biofarmacológica com característica prisional e de exclusão social. O hospital custava caro aos cofres públicos e tinha pouca eficácia terapêutica. Em relação aos internamentos, custava ao SUS mais caro que os hospitais gerais da capital Fortaleza, lembrando que os custos com internações psiquiátricas são bem menores (SAMPAIO, 1997).

Em 10 de julho de 2000, diante de constantes denúncias de maus-tratos e torturas a pacientes do hospital Guararapes, a instituição foi descredenciada como prestadora de serviço ao SUS, depois de uma intervenção de 120 dias, motivada principalmente pela denúncia da morte do paciente Damião Ximenes Lopes. Com o fim do

Guararapes foi realizada uma nova estruturação do sistema de atenção à saúde mental no município de Sobral, uma rede de assistência, embrião que hoje se constitui na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral (RAISM) (SILVA; OLIVEIRA; TOMAZ JÚNIOR 2000).

Ao longo dos últimos anos a RAISM se ampliou, consolidando uma política de atenção à saúde mental que atua nos três níveis de atenção: Internação psiquiátrica no hospital geral Dr. Estevão, CAPS e a preceptoria em saúde mental realizada nas unidades básicas de saúde visando à capacitação das equipes em abordagem aos clientes com transtornos mentais. O último dispositivo a ser incluído na rede foi o Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas (CAPS – AD).

Sobral fechou as portas do seu manicômio em 1999, criando a sua Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, porém ainda existiam “destroços” do manicômio por toda parte. A articulação dos serviços com os demais setores sociais era dificultada pelo estigma do louco deixado nos “escombros” do manicômio, o preconceito construído pelo modelo manicomial ainda era presente nas atividades diárias, iniciava-se a construção do processo de preceptoria em saúde mental nas unidades básicas de saúde.

A implantação de serviços alternativos extra-hospitalares não é suficiente para se mudar a lógica da assistência manicomial. Velhas práticas do manicômio continuam presentes nesses serviços, tais como a centralização do atendimento na figura do médico de maneira individualizada, a utilização do medicamento como terapêutica principal, a não-participação dos clientes na construção dos seus projetos terapêuticos, a falta de capacitação adequada dos profissionais para atuar na área da saúde mental e coletiva; assim como as dificuldades

dos profissionais em trabalhar de maneira articulada com os demais setores sociais e serviços de saúde.

Um estudo realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Andradas-MG, observaram uma forte tendência dos profissionais do serviço em orientar as suas práticas baseadas no diagnóstico psiquiátrico, tendo como referência as causas biológicas da doença mental. Embora haja o constante debate acerca dos novos pressupostos teóricos em saúde mental considerando o trabalho multiprofissional como indispensável, a prática ainda permanece impregnada pelo modelo tradicional; buscando, na intervenção medicamentosa a cura para o acometimento mental. O saber médico permanece hegemônico na percepção dos demais profissionais do referido serviço, ao qual se submete a lógica dominante do modelo biológico reforçado pelo comportamento dos usuários que buscam o serviço com demandas específicas (sintomas) a espera de alívio imediato (remédio) (ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

Esse duplo movimento onde os profissionais assumem uma postura tradicional centrada no modelo biológico da doença mental e os usuários buscam o serviço na esperança que uma medicação aplaque todos os seus males, tende a se retro alimentar virando um ciclo vicioso. A pesquisa realizada nos serviços de saúde mental de Fortaleza-Ceará, demonstrou fragilidades quanto à formação/qualificação permanente em serviço. A maioria dos profissionais não estava participando de nenhum curso de formação na área oferecido pela instituição à qual prestam serviços. A qualificação dos profissionais de saúde mental é de vital importância, visto as mudanças ocorridas no campo da saúde mental e da reorganização do modelo de assistência, que provoca uma nova lógica de formação dos trabalhadores (JORGE *et. al.* 2007).

Embora, os estudos sobre o tema saúde mental tenham crescido ao longo dos anos, ainda são poucos os que visam compreender o funcionamento dos serviços de saúde mental em rede, bem como a articulação desta rede de atenção com os demais serviços que compõem o sistema de saúde. Fazem-se necessários estudos analíticos que discutam a inserção dos serviços de saúde mental na rede de serviços do sistema de saúde, principalmente de que forma tais serviços têm se organizado em relação à sua concepção de rede.

Segundo Passos (2003), numa pesquisa acerca da cartografia das publicações científicas em saúde mental, entre os anos de 1980 e 1996, a maioria dos estudos estão voltados para a organização dos serviços (34,6%), tendo relatos de experiências, estudos empíricos exploratórios, avaliações sistemáticas de serviços e da assistência, projetos e propostas, relatórios oficiais de avaliação, avaliação de reabilitação e reinserção de clientela na comunidade, como subcategorias. Com (23,1%) aparecem as análises teóricas da Reforma Psiquiátrica, seguidas dos estudos clínicos com (14,1%) e estudos epidemiológicos com (11,3%).

Numa pesquisa realizada por Razzouk *et. al.* (2006) sobre a produção científica brasileira em saúde mental e psiquiatria nos anos de 1999 a 2003, observa-se um grande crescimento de publicações em periódicos internacionais, porém elas estão voltadas para a área eminentemente clínica. A maioria diz respeito a transtornos mentais: depressão (29,1%) das publicações, seguida de transtornos devido a substâncias de abuso (16,4%), psicoses (10%), transtornos infantis (7%) e demência (6,7%). Revela, portanto, uma carência de publicações em nível internacional que discuta a saúde mental interligada à saúde coletiva.

Existe carência de estudos locais que demonstrem como, na prática, os serviços extra-hospitalares estão se organizando e funcionando. Os estudos locais são importantes devido à diversidade do território brasileiro e da forma diferenciada como tem ocorrido a implantação dos serviços substitutivos nas várias regiões do País. Há regiões que, muitas vezes, têm de conviver com hospitais psiquiátricos que resistem ao movimento de reforma e implantação dos Caps. Existem municípios que tinham hospitais psiquiátricos e que substituíram totalmente sua atenção em saúde mental pelos Caps, e municípios em que não havia manicômios e implantaram sua assistência na lógica antimanicomial.

O estudo possibilitará um aprofundamento na temática, levantando questionamentos fundamentais para a construção do conhecimento na área da saúde mental, aumentando o grau de compreensão dos processos envolvidos na organização dos serviços alternativos na atenção à saúde mental; proporcionando apreender o conteúdo inerente às novas práticas realizadas. A discussão do modelo de saúde mental é importante para a compreensão das estratégias práticas relacionadas aos problemas/necessidades da população do município de Sobral-CE, a fim de garantir o acesso universal com efetividade e resolutividade, como o grande desafio a ser enfrentado na luta pela implementação efetiva do Sistema Único de Saúde e da construção da cidadania.

O presente estudo visa contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento, sendo uma das formas de vislumbrar essa transformação, através de pesquisas que possam apontar para uma análise qualitativa dos diferentes dispositivos que compõem a Rede de Saúde Mental. A compreensão dos dispositivos orienta o debate em torno da integralidade da atenção como um atributo do processo de

trabalho em saúde e da organização dos serviços de saúde mental.

Diante do exposto, as leituras e as experiências do pesquisador possibilitaram levantar múltiplos questionamentos: como vem se organizando a Rede Integral à Saúde Mental de Sobral-CE, na composição das práticas e serviços? Quais são as interações estabelecidas entre os níveis de complexidade do sistema de saúde e a saúde mental? Qual a concepção de rede implementada na atenção à saúde mental do município de Sobral?

Nesse contexto, elaboramos os objetivos operacionais da pesquisa:

Analisar a organização de Rede Integral à Saúde Mental de Sobral-CE entre os anos de 1999 e 2008, na composição das práticas e serviços.

Discutir as interações estabelecidas entre os níveis de complexidade do sistema de saúde na atenção à saúde mental.

Compreender a conformação da rede de atenção à saúde mental em Sobral-CE.

Para ampliação e aprofundamento das discussões, formulamos pressupostos teóricos, com a finalidade de proporcionar embasamento teórico-metodológico para o desenvolvimento do estudo:

- O modelo de Atenção Psicossocial prestado às pessoas portadoras de transtornos mentais tem contribuído para a transformação do modelo psiquiátrico asilar na composição dos saberes e das práticas em saúde mental.
- A assistência em rede possibilita a construção de uma integração maior dos serviços de saúde mental com os demais serviços de saúde nos vários níveis de complexidade e outros setores sociais, contribuindo para a (des) construção do preconceito e estigmatização das pessoas com transtornos mentais.

CAPÍTULO II: BASE TEÓRICA

1. Processo de descentralização e organização dos serviços de saúde no Brasil.

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é fruto das discussões teóricas e práticas em diversos países do mundo, assim como é concomitante ao processo de reforma do setor de saúde no País. Inicialmente, vamos fazer uma discussão acerca de como o processo de descentralização da saúde no Brasil foi importante para a organização desses serviços. Faremos uma discussão de como o processo de descentralização foi imprescindível para a experimentação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e, em seguida, trataremos a construção das políticas de saúde mental no Brasil e uma discussão da organização e funcionamentos dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Na década de 70, o Brasil vive o “milagre econômico” ironicamente caracterizado por indicadores sociais perversos: exclusão social, fome e desemprego. O modelo de atenção à saúde do País assume uma postura privatista, incentivando a assistência médica hospitalar e individualizada. A contratação pelo Estado de serviços particulares de saúde centrou a assistência num modelo eminentemente curativo, dissociado de ações coletivas no âmbito da saúde pública e consolidando um padrão de intervenção estatal com caráter privatista e excludente (ALMEIDA, 2002).

Com o processo gradual de abertura militar, começam a surgir novos atores no processo da saúde no Brasil. Os movimentos populares, a retomada do movimento sindical, a luta pela democratização do País, a anistia política que trazia de volta ao País pessoas importantes para o processo de transformação política da nossa sociedade. É nesse contexto que se dá a Reforma Sanitária

Brasileira, que traz na sua ideologia a luta por mudanças estruturais no âmbito da saúde. O movimento sanitário que encabeça a luta é constituído por médicos, lideranças políticas do setor saúde e intelectuais, que propõem discussões sobre o modelo de saúde vigente e critica o carácter privatista assumido pelo Estado na assistência à saúde.

O modelo psiquiátrico vigente pauta-se nas internações em massa, realizadas de maneira indiscriminada e sem triagens especializadas. Os gastos públicos com os hospitais psiquiátricos somam 92% dos custos operacionais totais, praticamente não havendo gastos com serviços extra-hospitalares. Importante destacar que havia estados da federação que não aplicavam os recursos destinados nestes tipos serviços extra-hospitalares. (LIMA, *et. al.* 2007).

Para o autor supracitado as ações de saúde mental seguiam a lógica do modelo de saúde vigente no País, além, claro da já exclusão construída ao longo dos últimos séculos. As ações eram estritamente desenvolvidas nos grandes hospitais psiquiátricos sem nenhuma interligação com serviços extra-hospitalares, era freqüente a descontinuidade do tratamento dos pacientes e havia altos índices de cronificação dos casos. Não existiam normas de procedimentos, bem como manuais que orientassem ações no campo da saúde mental.

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil ocorre no contexto da luta pela redemocratização e reorganização da sociedade. Em meados da década de 1970, período em que se intensificaram as reflexões e os debates acerca da assistência à saúde mental, com o surgimento de vários movimentos sociais, entre os quais o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). O estopim para o surgimento do MTSM foi a crise do DINSAM – Divisão

Nacional de Saúde Mental, gerada pelas denúncias de maus-tratos a pacientes, reivindicações por melhores condições de trabalho e críticas ao modelo assistencial em saúde mental, deflagradas no Rio de Janeiro, no ano de 1978, e ecoada no restante do País. A violência psiquiátrica passou a ser entendida dentro de uma violência cometida contra os presos políticos, os trabalhadores e todos os outros cidadãos (AMARANTE, 1995).

O nascimento do MTSM foi primordial para o surgimento do que hoje chamamos de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Objetivava constituir-se num espaço de luta não institucional, tendo como foco a transformação da assistência psiquiátrica. O Movimento aglutina informações, promove eventos, reúne trabalhadores de saúde mental e amplia suas forças para os demais setores da sociedade (AMARANTE, 1995).

Antes de entrarmos na discussão propriamente dita da transformação do modelo psiquiátrico no Brasil, vamos fazer uma breve discussão acerca do processo de descentralização da saúde e quais as suas conseqüências para a nova organização dos serviços de saúde e, em seguida, os serviços e saúde mental.

1.1 Processo de descentralização da saúde

O Brasil, na década de 70, vivia um momento de transição política, bem como vivenciava a transformação do modelo de atenção à saúde. Um dos momentos importantes nessa transição são as novas modalidades de convênio estabelecidas entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o da Saúde (MS), demarcando uma trajetória específica nas políticas públicas de saúde no Brasil. A aplicação do modelo de 'co-gestão', onde o MPAS custeia, planeja e avalia as

unidades hospitalares do Ministério da Saúde; estabelecendo a construção de uma nova forma de gerenciamento destes hospitais, mais descentralizados e dinâmicos (AMARANTE, 1995).

O que antes era comprado das empresas particulares de saúde, agora é também de responsabilidade do Estado, o que exige uma racionalidade maior dos gastos, um maior e mais eficaz planejamento das ações de saúde. Para isso, centralizar o custeio de todos os gastos de saúde não era uma boa alternativa. Descentralizar os gastos era uma tarefa importante a ser realizada.

Com a ampliação das funções assistenciais em saúde pelo Estado há uma combinação de dois estilos administrativos que norteiam a organização dos serviços: a tradição estatal rígida e autoritária, centralizadora, a gestão burocrática, permeável ao clientelismo e às diversas formas de utilização da coisa pública pelo setor privado. O modelo liberal conserva a autonomia relativa dos profissionais de saúde, principalmente da figura do médico, que resultou numa imensa alienação do trabalho (CAMPOS, 1992).

A máquina estatal estava travada pelas dificuldades de financiamento, devido à crise da Previdência, e pela má gerência do sistema de saúde, havendo sido entregue ao modelo privatizado, que se aproveitava da ineficiência do Estado para lançar os seus 'tentáculos' e lucrar demasiadamente. Diante dessa situação o Estado vê-se necessitado de controlar seus gastos e delegar tarefas e poder de ações para reduzir sua carga centralizadora, a qual já não mais se sustentava. Para dar resolubilidade a esse problema entra em ação o modelo de 'co-gestão', tentando uma nova forma de integração do sistema de saúde e proporcionando a realização de acordos entre as três esferas do poder: federal, estadual e municipal (AMARANTE, 1995).

Para Gerschman (2004), a descentralização do sistema de saúde no Brasil, em estados e municípios foi de vital importância para a implementação da reforma sanitária. O deslocamento do poder para demais esferas governamentais, a desconcentração das funções e tarefas possibilitava o surgimento de experiências locais importantes para o desenvolvimento das políticas de saúde pública no País. Embora o processo tenha demorado a acontecer de forma mais eficaz e mesmo havendo sérias críticas a forma como fora processado, a descentralização fora um marco importante para a desconstrução do modelo centralizador, acumulador de poder e ineficiente.

Uma das críticas à forma como ocorreu a descentralização diz respeito ao fato de que mais poderes, funções e tarefas foram repassados aos estados e municípios, porém sem o devido acompanhamento dos recursos necessários para implementação daquelas.

Para Campos (1992), as políticas do Sistema Descentralizado de Saúde (SUDS), de certa forma ampliaram os poderes locais, assim como as responsabilidades sanitárias, o que teoricamente possibilitava uma maior eficiência e eficácia das ações. No entanto, a distribuição dos encargos do poder central para as demais esferas locais não fora acompanhada de uma contrapartida financeira suficiente, e nem houve uma plena delegação de autonomia gerencial e política às esferas locais.

O processo de Reforma da Saúde no Brasil mobilizou diversos setores sociais e da sociedade civil. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e a sua implementação a partir de 1992, o Estado garante o direito à saúde da população através de seus princípios: Universalidade, Equidade e Integralidade das ações, assegurando participação ativa dos usuários ao sistema de

saúde. O processo de descentralização possibilitou uma maior aplicabilidade das ações locais, favoreceu o surgimento de experiências exitosas nos diversos setores da saúde e nos seus diversos níveis de atenção (FERLA; LEAL; PINHEIRO, 2006).

1.2 Organização dos serviços de saúde no Brasil

Com o objetivo de disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e dos serviços de saúde, é criada a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB 01/1993). Os tópicos principais da NOB: redistribuição de poder, redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas e controle social. No âmbito da organização dos serviços a NOB tem como objetivo a reformulação da assistência à saúde. A assistência se desloca do modelo individualizado, fragmentado, assistemático e centrado no hospital para a assistência integral universalizada, regionalizada e hierarquizada; assim como para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera do governo, em todos os pontos do sistema (BRASIL, 2006).

Embora com o SUS tentemos evoluir de uma perspectiva assistencial hospitalocêntrica, pautada pela demanda espontânea, com uma prática médica liberal caracterizada pelo modelo de consulta, para uma perspectiva de assistência universal, de responsabilidade do Estado para com todos; equânime, tratando os diferentes de forma diferenciada, e integrada, com os serviços funcionando de maneira articulada entre si, guardamos certos resquícios de práticas normalizadoras e racionalizadoras. Através de programas verticais e das normas operacionais que estruturam o sistema de saúde, seguimos as premissas da concentração de poder no “núcleo central” da gestão e a

respectiva limitação da autonomia dos demais segmentos e sujeitos implicados (GUIZARDI *et. al.* 2006).

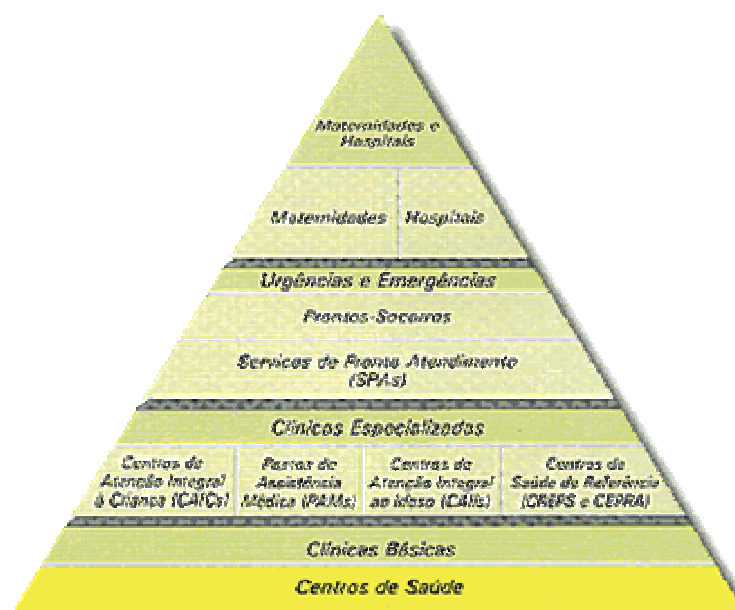
As ações de normalização e racionalização do Sistema Único de Saúde surgem na tentativa de controle mais eficaz dos gastos, bem como no sentido de uma maior e melhor organização dos serviços. Ações que fujam da lógica centrada no hospital e na demanda espontânea e corroborem para uma sistematização das ações político-administrativas através da regionalização e hierarquização; dividindo a estrutura organizacional dos serviços em três esferas de ações: primária, secundária e terciária.

A regionalização e hierarquização dizem respeito à organização dos serviços de saúde. A primeira diz respeito à responsabilidade dos serviços de saúde, nos seus vários níveis de atenção, em relação ao seu território de abrangência, ou seja, em relação à sua população adscrita. A segunda caracteriza-se pela diferenciação dos vários níveis de atenção à saúde que compõem o sistema, com cada nível oferecendo uma gama de procedimentos e apresentando um conjunto de recursos tecnológicos capazes de atender a uma dada população. Essas duas diretrizes do SUS são implementadas através de procedimentos normativos, que tentam organizar o fluxo das pessoas através do sistema, ocasionando um enriquecimento da atenção à saúde (MATTOS, 2007).

De acordo com Cecílio (1997), a proposta de regionalização e hierarquização traduz uma forma piramidal de estrutura e organização dos serviços e da assistência à saúde. Esse modelo tecno-assistencial representa três níveis de atenção do sistema de saúde: 1) a atenção primária, responsável pelo conjunto de ações básicas a uma determinada população adscrita, constituindo-se uma “porta de entrada” para os demais níveis de complexidade tecnológica do sistema de saúde.

Ela seria a base da pirâmide; 2) num nível intermediário da pirâmide, estariam os serviços especializados, chamados de secundários. Seriam responsáveis pelo apoio diagnóstico e terapêutico nas mais variadas especialidades de saúde. Também poderiam estar nesse nível atendimentos de urgência e emergência e os hospitais gerais distritais; 3) no topo da pirâmide, estariam os serviços hospitalares de maior complexidade. Hospitais de grande porte de referências regional, estadual e até mesmo federal, formando o nível terciário do sistema de saúde porém algumas questões se fazem presentes na discussão desse modelo.

FIGURA 1: Pirâmide do Sistema de Saúde



Fonte: Cohn; Elias, (2005).

Uma das discussões está relacionada à concentração de recursos no topo da pirâmide, onde o setor terciário concentra grande parte dos recursos advindos do Estado. É um nível hierárquico predominantemente controlado pelo setor privado e que presta serviços ao Estado tendo o lucro como principal objetivo, portanto saindo caro aos cofres públicos, pois esta atenção exige pessoal altamente especializado, equipamentos e instalações de alto custo (COHN; ELIAS, 2005).

Já, numa perspectiva de composição hierárquica de sistema de saúde, predominam os fluxos do menor nível hierárquico para o maior, não havendo caminhos alternativos para esse fluxo. O caminho vertical e burocratizado promove estrangulamentos nos pontos de articulação que impedem uma mobilidade da população aos níveis superiores da hierarquia. Como um dos pontos de estrangulamento, vale citar as dificuldades de acesso da população às unidades básicas de saúde, para solicitação das guias de referência para centros de referência secundária e terciária. O que ocorre é a busca direta pelos centros de maior hierarquia, ocasionando grandes filas e, muitas vezes, na falta de atendimento (OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004).

No entanto, os defensores dessa forma de organização dos serviços de saúde destacam como uma das vantagens do modelo piramidal a proximidade dos serviços de saúde às residências dos usuários em decorrência da ampliação da rede assistencial básica de saúde, fruto do processo de hierarquização do sistema. Com a hierarquização dos serviços, houve uma maior racionalização dos recursos da saúde; possibilitando ampliação da rede assistencial, criando espaços que possibilitem a construção de um modelo contra-hegemônico onde o *locus* da atenção estaria na base da pirâmide. Este modelo seria um orientador consistente para a priorização dos recursos e investimentos tanto em recursos humanos como na construção de equipamentos, pois seria mais fácil visualizar as reais necessidades da população (CECÍLIO, 1997).

Como bem ressalta o autor acima citado, na prática, esse modelo piramidal não tem funcionado da forma como fora idealizado. Como já foi destacado, o acesso aos serviços especializados é precário. As exigências quanto às

referências e contra-referências não organizam a demanda, pois há uma procura desses serviços sem obedecer à hierarquia do sistema. Mesmo quando há um controle rigoroso não existem vagas suficientes nos serviços especializados, ocasionando enormes filas e desistências das consultas. Outro aspecto é que a atenção básica não tem se instituída como a “porta de entrada” do sistema, visto as buscas primeiramente da população pelos serviços de urgências e emergência, ou seja, a principal entrada no sistema de saúde continua sendo o hospital (CECÍLIO, *op. cit.* p 471).

Outra questão pertinente quanto à proposta normatizadora e hierarquizada da organização dos serviços diz respeito à qualidade da atenção. A diretriz normativa, baseada em ações programáticas, com horários de atendimentos específicos, utilização de fichas, senhas, cria amarra nos profissionais responsáveis pela atenção em saúde. Há um aprisionamento do profissional, impedindo o estabelecimento de relações positivas com os usuários (FRANCO, 2006). Cria-se, portanto, uma mecanização do atendimento, ficando os profissionais limitados aos procedimentos e, em muitos casos, somente preocupados em encaminhar aquela queixa que se apresenta na sua frente. Muitas vezes esse encaminhamento é desacompanhado de uma continuidade de cuidados do profissional que encaminhou com o referido paciente.

Mattos (2007) coloca que um dos pontos críticos desta forma hierarquizada é a de que os serviços sejam organizados de uma maneira a racionalizar o trabalho médico, e não com o objetivo de atender às reais necessidades da população. É importante que a demanda seja atendida nas suas reais necessidades e não buscar uma forma de ordenar os fluxos de acordo com as necessidades do sistema de saúde ou dos profissionais.

Diante da dificuldade de operacionalização do modelo piramidal, são propostos novos modelos de organização e de assistência à saúde. Cecílio (1997) propõe uma organização para os serviços de saúde que se assemelhe a um círculo. Para o autor o círculo está associado à idéia de movimento, de várias alternativas de entrada e de saída. Um círculo não tem ponta, não possui hierarquia e funciona de forma horizontal, sem gradação de níveis hierárquicos verticais. Para o autor, o sistema precisa funcionar de acordo com as necessidades dos seus usuários, e não a partir de forma preestabelecida, onde os seus usuários é que tem de se encaixar.

As características desse modelo de assistência se apresentam da seguinte forma: todas as esferas de atendimentos são portas de entrada para o sistema, bem como setores sociais capacitados para identificarem situações problemas, a criação de protocolos de atendimentos em pronto-socorro capazes de identificar quais as patologias que necessitam ter acompanhamento mais adequado nestes locais e o encaminhamento dos casos que necessitem de outros cuidados; responsabilizando-se pelo acompanhamento do usuário até o seu acolhimento num outro espaço tecnológico do sistema. Os centros de saúde funcionariam com a missão do identificar grupos vulneráveis na sua área de atuação e a responsabilidade de garantir atendimento adequado às populações sujeitas a maior risco de adoecimento e morte (CECÍLIO, 1997).

È importante trazer essa discussão dos modelos assistenciais em saúde para o campo da saúde mental, principalmente em relação aos serviços alternativos ao modelo manicomial. Como têm funcionado os serviços? A que lógica de funcionamento eles têm atendido? Ao modelo verticalizado e muitas vezes burocrático

normativo, ou estão obedecendo a uma lógica de funcionamento horizontalizada, como a diluição das suas ações nas diversas estruturas de complexidade do sistema de saúde?

A descentralização, com seus avanços, recuos e conflitos, teve sérias implicações que possibilitaram experiências inovadoras de ações extra-hospitalares, de forma comunitária que promoveram a efetivação das práticas no campo da saúde mental. Faremos uma discussão de como as políticas de saúde mental se configuraram ao longo da História do Brasil, passando pelo movimento de Reforma Psiquiátrica e com a discussão do modelo de atenção psicossocial, suas novas composições de saberes e práticas, bem como a organização dos serviços alternativos ao hospital psiquiátrico.

2. Políticas de saúde mental e Organização dos serviços de saúde mental no Brasil.

Ao longo da História do Brasil, a estruturação do campo da saúde mental passou por diversas transformações. Transformações que possuíam características específicas de cada momento histórico e sofria influências dos mais variados campos de saberes, de experiências teórico/práticas de outras partes do mundo, e claro, de novas adaptações e experiências de acordo com a nossa cultura e sociedade.

Para iniciar, faremos um breve histórico de como se deram as políticas relacionadas à saúde mental, desde seu primeiro momento, até os dias atuais com o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Por fim, trataremos uma discussão de como os serviços alternativos ao hospital psiquiátrico têm se estruturado atualmente e como esses serviços têm contribuído para a transformação do modelo manicomial. Assim, como qualquer processo histórico trataremos os avanços e retrocessos, as críticas ao

funcionamento deste novo modelo, as tensões, os conflitos e os atores da nova conjuntura.

2.1 Primeiras ações de saúde mental no Brasil

Uma das fontes mais importante referentes ao histórico da Psiquiatria no Brasil, descrita por Cunha Lopes, traz uma divisão em três períodos importantes. O primeiro é chamado de fase “empírica” que vai do Descobrimento do Brasil em 1500 até 1830, quando é realizada a primeira intervenção em relação aos alienados. O segundo é chamado de “histórica” que parte da primeira intervenção até o ano de 1903 quando ocorre a reforma Juliano Moreira, período descrito com “fase preparatória de auspiciosas realizações”, e uma terceira fase que vai da Reforma Juliano Moreira até os dias em que viveu o autor 1930 (LOUGON, 2006. p.51).

Sampaio, Santos e Andrade (1998) propõem que houve várias reformas psiquiátricas ao longo da História do nosso País, que se iniciou com a Reforma Clemente Pereira, da década de 1850. Nessa época o Brasil cria espaços para os escravos (senzalas), para a morte (cemitérios), doenças infectocontagiosas (sanatórios de lepra e tuberculosos) e para a loucura (hospícios). O objetivo dessas ações era o de isolar a cidade daquilo que possa perturbar e excluir os improdutivos, ao bom e velho modelo higienista francês. É considerada a era de ouro dos asilos. Nessa época, é criado o hospício D Pedro II, sob direção leigo/religiosa.

É um período vivenciado tardiamente no Brasil. As concepções de institucionalização da loucura já se fazem presentes na Europa. A reivindicação da medicina e a ordenação do espaço hospitalar já se constituem realidade no velho mundo (AMARANTE, 1999). No Brasil é somente durante esse período que ocorre a reivindicação

da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro para a criação de um hospital destinado exclusivamente aos alienados mentais (LOUGON, 2006).

A segunda seria a Reforma Teixeira Brandão, da década de 1890, tendo como momento histórico a abolição da escravatura e Proclamação da República. As idéias do positivismo são incorporadas na nossa sociedade de que somente o Estado é quem pode excluir, seqüestrar e definir quem é ou não sujeito de direito. Portanto, é estimulada no país a estatização dos hospitais psiquiátricos e a criação de campos de trabalho agrícola, o que virá a se tornar o processo de construção das grandes colônias de internação dos alienados mentais (SAMPAIO; SANTOS; ANDRADE, 1998).

É um período marcado pela força das idéias positivistas e pelo controle do Estado Republicano sobre os encargos aos doentes mentais. O Estado absorve a responsabilidade do cuidado ao doente mental antes delegada a instituições filantrópicas e religiosas. O saber psiquiátrico assume o poder efetivo para gerir a loucura (LOUGON, 2006).

Uma terceira reforma seria a chamada Aduino Botelho que se configura na década de 1940, ocorrendo no momento histórico da modernização autoritária do governo de Getúlio Vargas. É a era de ouro dos grandes hospitais estaduais, fruto das campanhas para atender os abandonados sociais e criar uma máquina previdenciária-assistencial para os trabalhadores (SAMPAIO; SANTOS; ANDRADE, 1998).

A Reforma Leonel Miranda, da década de 1960, se configuraria com a quarta reforma. Acontece no momento histórico do golpe militar e tem como estratégia política a transferência das funções do Estado para o setor privado, principalmente o setor da saúde. Há o objetivo de aumentar a capacidade instalada dos hospitais e,

conseqüente, aumento dos leitos de internações. Com isso, há uma terceirização no campo da saúde mental, ocasionando uma desenfreada abertura de hospitais psiquiátricos financiado pelo Estado e controlado pelo setor privado que obtém enormes lucros. É a era de ouro dos hospitais psiquiátricos privados (SAMPAIO; SANTOS; ANDRADE, *op. cit.*).

Esse momento é caracterizado pela proliferação de hospitais psiquiátricos pelo Brasil. Havia incentivos do Estado para construção de novos dispositivos hospitalares que visavam o lucro, com aquela parcela improdutiva da população. É importante destacar que os hospitais psiquiátricos reforçavam a lógica manicomial de exclusão, de relações de poder bem definida, entre quem detém o conhecimento científico, capaz de tratar aqueles que sofrem de transtornos mentais.

Por fim, temos o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica entre as décadas de 70 e 80, configurando-se como uma proposta reformista, de caráter socialista e social-democrata, o qual trataremos de forma mais aprofundada neste estudo. Vale destacar que, ao longo das reformas, principalmente as que antecedem ao Movimento de Reforma Psiquiátrica, várias Leis foram criadas. No entanto, estas Leis apenas mudavam algumas determinações acerca dos acometidos mentalmente, mas não traziam mudanças na maneira como se cuidar das pessoas acometidas, nem em relação ao tratamento, muito menos em relações às transformações políticas de saúde mental. O decreto nº 508, de 21/06/1890, versava sobre a assistência Médico-Legal a alienados. O decreto nº 17.805, de 23/05/1927, cuidava agora da assistência aos *Psychopathas*. Ainda teríamos mais dois decretos: o Decreto-Lei nº 3.171, de 02/04/1941, criando o Serviço Nacional de Doenças Mentais e o Decreto nº 66.623, de

22/05/1970, que criava a Divisão Nacional de Saúde Mental (LOUGON, 2006).

2.2 Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica

O período germinativo para o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira vai dos anos de 1978 a 1987. Os temas principais que mobilizaram esses anos foram a redemocratização do País, o movimento de reforma sanitária, as denúncias e as sérias críticas ao modelo asilar psiquiátrico privatista, bem como a luta por melhores condições trabalhistas pelos trabalhadores de saúde mental (LOUGON, *op.cit.*).

Amarante (1995) coloca dois momentos de extrema importância para a construção da reforma psiquiátrica no Brasil. O primeiro refere-se ao período de redemocratização do País, com a retomada dos movimentos sociais e a maior participação política dos cidadãos, tendo em vista o “afrouxamento” da censura militar, a reorganização dos partidos políticos, a luta por melhores condições de vida e de trabalho.

A redemocratização traz à tona a necessidade de se lutar pelos direitos dos cidadãos, que se entrelaça com o movimento de luta pelo fim dos tratamentos desumanizados e asilares, de caráter punitivo e segregador. Uma ânsia por liberdade toma conta do País depois dos anos de ‘chumbo’ em que viveu mergulhado.

Um segundo momento é caracterizado pela trajetória sanitarista, que promove mudanças significativas no setor saúde, nos primeiros anos da década de 80. O Estado passa a desenvolver mudanças no sistema de saúde, absorvendo um pensamento crítico em seu interior, objetivando reduzir os agravos originados de uma política tradicional de saúde privatizante, custosa e elitista (AMARANTE, 1995).

Outro aspecto de vital importância para a construção do Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira foram as teorias e experiências práticas no campo da saúde mental em vários países do mundo. Após a segunda guerra mundial, o mundo ocidental experimenta novas formas terapêuticas de abordagem dos problemas de saúde. Novas formas de perceber o processo de saúde e doença são engendradas, surgindo novas concepções e conceitos. No campo da saúde mental esse movimento se faz presente com algumas concepções que vão de encontro ao modelo de assistência psiquiátrica tradicional, ao próprio questionamento acerca dos transtornos mentais e de discussões como cidadania, indivíduo, sujeito, direitos e deveres do Estado.

As principais correntes que influenciaram a Reforma Psiquiátrica no Brasil foram a psiquiatria de setor e a análise institucional da França, a comunidade terapêutica e antipsiquiatria ambas de origem inglesa, a psiquiatria preventiva e comunitária norte-americana e a psiquiatria democrática italiana. Todas tiveram uma dose de contribuição para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, seja através de contribuições teóricas, seja de forma mais prática, por meio de organização e composição dos serviços.

Iniciaremos pela psiquiatria de setor francesa da década de 1940, que tem como fundamentos a racionalização dos gastos com a saúde. Adota uma política de regionalização e hierarquização do sistema de saúde. Como terapêutica, propõe uma postura de prestação de serviços extra-hospitalares com ênfase na vinculação entre equipe e clientela, dispensa de cuidados domiciliares, serviços de internação parcial e oficinas terapêuticas, incorporadas pelo Ministério de Saúde do Brasil apenas no final da

década de 1970 (SAMPAIO; SANTOS; ANDRADE, 1998).

A Comunidade Terapêutica Inglesa do início da década 1950 tem como característica a transformação da assistência psiquiátrica, denunciando o desrespeito e a violência aos direitos humanos, imprimidos pelo modelo manicomial hegemônico. É fim da Segunda Guerra mundial e os hospitais psiquiátricos se assemelham aos campos de concentrações nazistas. A relação faz com que um movimento de reformulação da assistência aos acometidos mentalmente seja no intuito de garantir seus direitos enquanto cidadão, e que os espaços para tratamento sejam mais terapêuticos (AMARANTE, 1999). A proposta de comunidade terapêutica fora assimilada de maneira equivocada no Brasil na década de 60, através do *marketing* de modernidade dos hospitais privados, coexistindo com a prática asilar e adotando a linguagem de intervenção educacional preventiva na comunidade, não havendo impacto algum sobre o modelo manicomial (TENÓRIO, 2002).

Análise Institucional Francesa, também do início da década de 1950, sofre influências da comunidade terapêutica, e se propõem a transformar o espaço do hospital psiquiátrico num campo de relações significantes, pois a própria instituição é doente e precisa ser também tratada (SAMPAIO; SANTOS; ANDRADE *op.cit.*; AMARANTE *op. cit.*).

A Antipsiquiatria Inglesa, da década de 1960, denuncia a violência do poder psiquiátrico sobre o louco. Uma violência perpetrada pelos “sadios” sobre os “loucos”. Questiona os conceitos de loucura da nossa sociedade e afirma que as definições sobre saúde mental na sociedade são iguais à noção de conformismo e alienação das pessoas ao conjunto de normas estabelecidas (COOPER,

1989). Essa corrente de pensamento ficou restrita aos guetos intelectuais, apenas na discussão moral sobre algo que pudesse ser resolvido no campo das idéias (SAMPAIO; SANTOS; ANDRADE, 1999).

A Psiquiatria Preventiva e Comunitária Norte Americana da década de 1960, com matriz teórica na epidemiologia funcionalista, tem como modelo de aplicação a saúde pública e busca entender os determinantes sociais da doença mental, ou seja, compreende a patologia mental como um fenômeno social. Propõe o atendimento dos casos em ambulatórios, deslocando o centro do tratamento do hospital psiquiátrico para outros dispositivos, porém sem conseguir superar o modelo de atenção, pois agregou a cultura hospitalar aos ambulatórios e centros comunitários de atenção. A perspectiva preventiva é um marco para a transformação do objeto da Psiquiatria, saindo da terapêutica das doenças mentais para um território mais amplo: Saúde Mental (SAMPAIO; SANTOS; ANDRADE, 1998; LOUGON, 2006; AMARANTE, 1999).

A Psiquiatria Democrática Itália da década de 1970, com matriz teórica o marxismo, parte da crítica radical ao modelo manicomial que concretiza a exclusão produzida pela modernidade com os diferentes. O paradigma médico positivista reforça a segregação da loucura não sendo terapêutico, exigindo da prática psiquiátrica modelos diferenciados de atenção às pessoas com transtornos mentais. A psiquiatria tradicional colocou o sujeito entre parênteses para se ocupar de uma doença abstrata. Nessa perspectiva, a doença é colocada em parênteses para que os profissionais possam se ocupar de pessoas concretas em suas experiências (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Colocar a doença mental entre parênteses não é negar a existência desse acometimento, mas sim, que este

fenômeno é construído na sua interação com o observador. Para tanto o fenômeno do transtorno mental é uma construção a partir de diversos elementos. Não é um simples processo em que a pessoa adoece e precisa de um remédio para lhe proporcionar cura, mas um evento complexo, que envolve diversos atores: a pessoa acometida, como a sociedade o percebe e com ele interage e como o conhecimento científico de saúde o apreende e o aborda. É nessa perspectiva, que surgem as primeiras iniciativas para a construção de um modelo de assistência que abarque todas estas dimensões e não se limite ao modelo biologicista.

2.3 Organização do serviço de saúde mental

Os movimentos em torno da reforma psiquiátrica ganham força com a participação de fóruns de discussão, congressos e a participação nas conferências, municipais e nacionais de saúde. Multiplicam-se em vários Estados, principalmente do Sudeste, intensas discussões acerca do novo modelo assistencial em saúde mental. Junto ao Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, vêm outras iniciativas que fazem crescer o corpo da reforma psiquiátrica no Brasil, como os Encontros de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste (1985), e posteriormente, estendidas às demais regiões, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), como uma extensão da 8ª. Conferência Nacional de Saúde. Por outro lado, o cenário internacional fundamenta, de forma teórica, o arcabouço da reforma psiquiátrica com as idéias e experiências da tradição italiana de Franco Basaglia e da realização do III Encontro latino-americano da Rede de Alternativas à Psiquiatria, em dezembro de 1986 na cidade de Buenos Aires, do qual participaram muitos militantes do MTSM; proporcionando uma profunda reflexão quanto

ao pensamento e ao trabalho dos profissionais em saúde mental (AMARANTE, 1995).

No final da década de 80, tramita um projeto de Lei de nº 3.657-B, que versa sobre a normalização das internações psiquiátricas compulsórias¹. É a Lei Paulo Delgado (PT/MG), que só vem a ser sancionada em 06/04/2001, tramitando por mais de 10 anos no Congresso Nacional, até ser convertida em Lei nº 10.216. A lei versa sobre a responsabilidade do Estado na área da saúde mental, institui definitivamente a substituição gradual dos manicômios pelos serviços substitutivos, assegura direitos às pessoas portadoras de transtorno mentais, assegura uma organização da assistência a essas pessoas, além de versar acerca do processo de internação voluntária e involuntária dos pacientes (LOUGON, 2006).

A aprovação da Lei 10.216 foi de vital importância para a ampliação da assistência em saúde mental no Brasil. Mesmo antes de ser sancionada, já inspirava modelos de assistência pautados nos preceitos da Reforma Psiquiátrica com atendimentos em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Mesmo ainda de forma descontínua, a implantação dos CAPS e NAPS já era uma realidade em algumas cidades do País, devido à implantação do SUS e, conseqüente, descentralização das ações de saúde, o que dava autonomia a experiências exitosas no campo da saúde mental.

Uma destas experiências foi o surgimento do Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Professor Luiz Rocha Cerqueira em São Paulo, no ano de 1987, que exerceu forte influência na abertura de vários outros serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos tradicionais, em

¹ Internações realizadas sem o expreso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviços de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

todo o Brasil. Junto com os Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps), os Caps foram regulamentados pelo Ministério da Saúde e passaram a ser modelos de atenção à saúde mental em todo o País. A criação desses dispositivos foi fruto de um amplo movimento social dos trabalhadores da saúde mental e dos movimentos de luta antimanicomial (AMARANTE, 1995).

Os Caps são unidades de atendimento para portadores de transtornos mentais e se constituem uma alternativa ao modelo hospitalocêntrico, caracterizado pelas internações de longa duração e regime asilar. Tais Centros permitem uma participação maior dos familiares no tratamento dos acometidos pelos transtornos, bem como não priva os pacientes do convívio com a comunidade (DELGADO, *et.al.* 2007).

Os CAPS são definidos de acordo com a população de abrangência. A Portaria Ministerial GM 336 de 19 de fevereiro de 2002 define:

CAPS I – é a unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando em regime de dois turnos, desenvolvendo atividades diárias em saúde mental.

CAPS II – é a unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando em regime de dois turnos, desenvolvendo atividades diárias em saúde mental.

CAPS III – é a unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras

modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 200.000 habitantes, funcionando vinte e quatro horas, com no mínimo cinco leitos para observação e repouso para atendimentos, inclusive feriados e fins de semana, desenvolvendo atividades diárias em saúde mental.

Embora a Portaria Ministerial GM 336 traga avanços para implantação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, ainda centraliza sua forma de remuneração através dos procedimentos Intensivo², Semi-Intensivo³ e Não-Intensivo⁴. Ou seja, financia os serviços, através do atendimento realizado a cada paciente, dificultando as ações de promoção coletiva de saúde na comunidade. Essa forma de remuneração reforça as ações de saúde dentro do serviço, inviabilizando ações mais amplas nos territórios, pois o financiamento fica atrelado aos pacientes atendidos no serviço, ou seja, atuando ainda em função da doença e não da saúde.

Para Alves (2001), os dispositivos estratégicos mais eficientes para a superação do modelo manicomial são os CAPS e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Por serem comunitários, esses serviços estão inseridos em uma determinada cultura, num território definido, com dificuldades, problemas e potencialidades. Lócus onde as crises precisam ser enfrentadas, crises oriundas de uma teia complexa de aspectos individuais, familiares e sociais. Nesse sentido, diferem da estrutura manicomial, onde as trocas sociais são praticamente inexistentes. O hospital

² Atendimento destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário.

³ Tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS.

⁴ Atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. (BRASIL, 2002).

psiquiátrico repete esta estrutura manicomial como uma instituição total, de acordo com o conceito de Goffman, atuando com uma estrutura de poder englobante e possuindo um sistema rigoroso de normas explícitas. Tem um corpo profissional reforçador das normas, funcionando de forma padronizada, dentro de um ritual cotidiano preestabelecido, numa composição hierarquizada de poder, distante dos usuários e refém da burocracia (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2007). A estrutura manicomial representa uma gama de aparatos científicos, legislativos e administrativos, que vão além das grades e lajes do hospital/hospício. Representa um conjunto ideológico que pode estar presente em ambulatórios, centros de saúde mental comunitários, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais e na sociedade como um todo (AMARANTE, 1992).

Com o objetivo de implementação do processo de reabilitação psicossocial, foi sancionada a Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, que prevê um auxílio-reabilitação psicossocial para acompanhamento, assistência e integração social dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos. A Lei cria o programa “de volta pra casa” que possibilita um auxílio financeiro aos pacientes egressos de hospitais psiquiátricos. O benefício pode ser diretamente entregue ao paciente ou a um representante legal constituído, na hipótese de incapacidade do mesmo exercer pessoalmente os atos da vida civil (BRASIL, 2003).

Além dos CAPS, outros dispositivos também são criados, formando uma rede de cuidados aos portadores de transtornos mentais e suas famílias. As residências terapêuticas são parte do processo gradual da redução de leitos implementada pelo Estado. Como processo de desinstitucionalização, os dispositivos têm o objetivo de

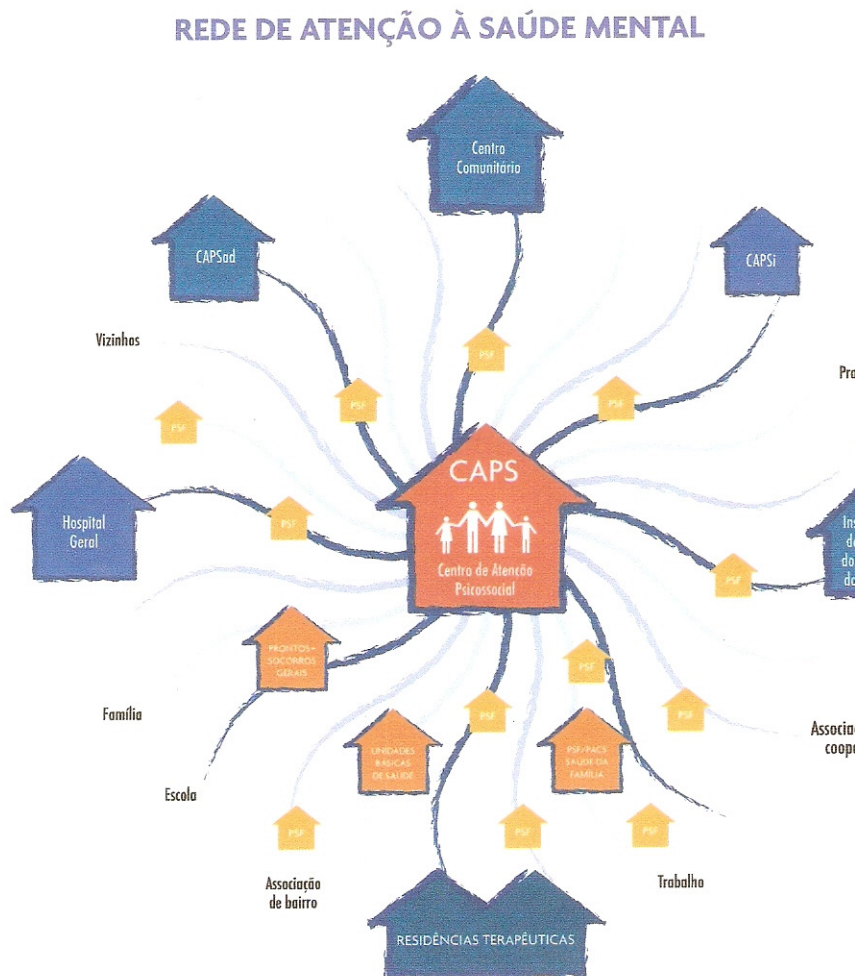
acolher as pessoas com transtornos mentais graves egressas ou não dos hospitais psiquiátricos que perderam completamente seus vínculos familiares e sociais. São casas localizadas na comunidade, no espaço urbano, com a capacidade de garantir moradia, respeitando as necessidades, os gostos, hábitos e a dinâmica dos moradores (DELGADO *et. al.* 2007).

O descredenciamento dos hospitais psiquiátricos em más condições, de acordo com avaliação do Ministério da saúde, através do Programa Nacional de Avaliação Hospitalar (PNASH/Psiquiatria), contribuiu para a ampliação da rede extra-hospitalar. Este movimento ainda é visto atualmente devido à convivência simultânea em algumas regiões do País dos dois modelos de atenção à saúde mental. A princípio tem-se como meta a redução dos leitos de hospitais psiquiátricos de grande porte para hospitais de menor porte e, finalmente, com a utilização de leitos em hospitais gerais. Para que a redução ocorra, são necessários outros dispositivos, acionados como parte do movimento de transformação do modelo de assistência à saúde mental. Os centros de convivências e os ambulatorios de saúde mental são iniciativas que procuram interagir com os demais dispositivos, criando-se uma rede de assistência. A rede estaria inserida nos territórios e funcionaria com as prerrogativas do SUS de regionalização e hierarquização em relação às esferas do governo, e em relação aos níveis de complexidade do sistema de saúde (DELGADO *et. al. op. cit.*).

Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) assumem um importante papel no cenário das novas práticas de saúde mental, configuram-se como dispositivos estratégicos para a transformação do modelo hospitalocêntrico. São serviços que objetivam articular as ações de saúde mental em rede e junto à atenção básica (Programa Saúde da Família –

PSF), ambulatórios, leitos de internação em hospitais gerais e ações de suporte e reabilitação psicossocial (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Como bem observamos na Figura 2, os serviços de saúde mental funcionariam como articuladores das ações de saúde mental dentro da macro rede de serviços de saúde que compõem o SUS. Não seria uma rede de serviços de saúde mental separada da grande rede de serviços que compõem o Sistema Único de Saúde, mas funcionaria em interconexão com os diversos serviços de saúde, além de estarem interconectados com os diversos setores que estão inseridos no território.

FIGURA 2: Rede de Atenção à Saúde Mental

Fonte: Delgado *et. al*, (2007)

Estes serviços atuam como articuladores das ações de saúde mental nos territórios onde estão inseridos. Seriam responsáveis por ações que possibilitem o acompanhamento das pessoas com transtornos mentais em atividades individuais e coletivas, promovam suporte aos familiares, atuem na educação em saúde e na reabilitação psicossocial dos portadores de transtornos mentais. Embora os serviços sejam especializados e fazendo parte, na lógica hierarquizada do sistema de saúde, do nível secundário de atenção, possuem uma atuação que foge à lógica vertical de fluxo, pois agrega, em suas ações,

articulação com os leitos de internação psiquiátricos em hospitais gerais, com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com atenção básica, através do apoio matricial às equipes de saúde da família, assim como os demais setores sociais como a justiça, a educação e a sociedade de uma maneira geral.

Os Caps subvertem a lógica da hierarquização e organizam-se agregando os diferentes níveis de atenção à saúde em uma só unidade. Fazem, portanto, surgir importantes questões na própria organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Podem atuar em nível de atenção primária, no acompanhamento e apoio matricial de casos nas Unidades Básicas de Saúde. Fazem atendimento especializado dos casos de transtornos mentais e são responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes nas unidades de internação nos hospitais gerais, perpassando os níveis de complexidade da rede de saúde (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

A proposta de rede verticalizada, com fluxos de atendimentos normatizados e bem definidos, é superada pelo modelo de assistência psicossocial, visto a sua permeabilidade de atuação nos diversos níveis de atenção do sistema de saúde. Porém, Viera Filho e Nóbrega (2004) afirmam que o estilo de gestão e de atendimento dos Caps são influenciados por traços culturais da administração burocrática brasileira, concentradora de poder, personalista, com postura de espectadora e com tendência a evitar o conflito. A absorção desse modelo de gerência possibilita práticas não muito democráticas e reproduz uma lógica corporativista.

É importante que tais serviços estejam interconectados com os demais serviços do Sistema de Saúde, evitando a fragmentação dos atendimentos. Os CAPS (centro de gravitação dos atendimentos em saúde mental) e o

Programa de Saúde da Família (serviços de atendimento de saúde em geral) precisam estar articulados para que seja facilitado o planejamento de ações na respectiva área distrital de cobertura, principalmente no que diz respeito às visitas domiciliares e às intervenções clínicas na rede de suporte social e de inter-relações pessoal significativas do usuário do serviço (VIERA FILHO; NÓBREGA, *op. cit*). Assim também é necessário que os Caps interajam de maneira horizontalizada com os demais dispositivos que compõem a rede de assistência à saúde mental: unidades de internação psiquiátricas com o acompanhamento dos clientes durante o período de internação, alta e pós-alta; serviços residenciais terapêuticos através do atendimento/acompanhamento dos moradores nas unidades básicas e especializadas em saúde mental; interlocução com os demais setores sociais com o intuito de desconstruir a imagem de periculosidade das pessoas com transtornos mentais.

Não é apenas a implantação de serviços substitutivos e extra-hospitalares que promovem a real mudança no modelo de assistência às pessoas portadoras de transtornos mentais. Não adianta termos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico se reproduzimos, na prática destes serviços, o modelo manicomial de atenção. É necessário que os serviços de saúde mental estejam sempre construindo articulações e novos fluxos de atenção com os demais serviços de saúde, assim como articulações com outros setores da sociedade, para que possam prestar uma atenção mais integral aos que deles necessitem.

Finalmente, é necessário que as práticas não sejam cristalizadas e estejam sempre em processo de (des)construção, pois a complexidade que envolve o adoecimento psíquico e as reais necessidades do sujeito acometido e seus familiares não cabem numa estrutura

organizacional preestabelecida. A composição de modelos ideais padronizados indica um engessamento das práticas, uma burocratização das ações, um enrijecimento do poder contratual das interações sociais e, conseqüentemente, a reprodução de um modelo inflexível, excludente e segregador (AMARANTE; GULJOR, 2005).

CAPÍTULO III: METODOLOGIA

1. Natureza e tipo de estudo

O estudo é de natureza histórico-social e do tipo qualitativo. Tem como finalidade a compreensão do conhecimento, buscando o sentido e o significado do fenômeno estudado.

A natureza histórico-social tenta conjugar as diversas dimensões do processo de transformação histórico do modelo em saúde mental e da composição das novas práticas. Segundo Minayo (2006, p 104), a pesquisa qualitativa, com suas bases fundadas nas ciências sociais, pode constatar que o seu objeto de estudo reflete uma “historicidade (sociedades humanas vivem o presente, estão marcadas pelo passado e são projetadas para o futuro), uma consciência histórica (seres humanos e grupos sociais atribuem significado e intencionalidade a suas ações), uma identidade entre o sujeito e o objeto (investigador e investigado, embora com referenciais diferentes partilham da cultura humana) e um caráter ideológico (nele se refletem interesses e visões de mundo)”.

Para Minayo (1999), a metodologia é o principal instrumento no campo das teorias sociais. Ela se comporta como o caminho de abordagem da realidade. Constitui-se como ferramenta indispensável para a construção do conhecimento no campo das ciências sociais. O objeto destas ciências é qualitativo, dada a conformação histórica e a inexistência de neutralidade entre sujeito e objeto que se quer apreender, ou seja, é um processo dialético.

A pesquisa qualitativa reconhece a existência de uma relação entre o pesquisador e o objeto de estudo, ou seja, uma interdependência entre o sujeito e o objeto, estabelecida de maneira interpretativa, sem neutralidade. O sujeito é parte do processo. Sujeito-observador que atribui significado aos fenômenos que interpreta. O objeto é construído, ou seja, é significado na relação direta entre ele e o sujeito, a partir de uma problematização (DEMO, 1989).

A incorporação das ciências sociais no campo da saúde foi de vital importância para o desenvolvimento da saúde coletiva. Foi uma incisão profunda nas ciências da saúde de cunho

biologicista, possibilitando a inserção de um modelo histórico-social, imprescindível no campo da saúde coletiva. A inserção da perspectiva sócio-histórica através do método histórico-estrutural rompe com a tradição médica higienista e curativa avançando para um modelo que abarque de forma ampla a concepção do processo saúde-doença e seus determinantes (DÂMASO, 1989).

Essas mudanças se dão na composição das práticas e nos modelos teóricos de se apreender uma realidade e, conseqüentemente, a produção do conhecimento. Não somente há um redimensionamento do estudo do corpo pela clínica, que agora absorve características sociais, econômicas, de luta de classe e de grupos, como também a incorporação de novos saberes para a construção do conhecimento, antes limitado à relação causa e efeito.

O campo da saúde mental é abrangente e envolve uma dimensão histórica da transformação de um modelo hegemônico e a construção de um novo modelo de atenção no campo da saúde coletiva. Nesse percurso, temos idéias hegemônicas e contra-hegemônicas, assim como práticas conflitantes. Fazem parte desta construção diversos atores: profissionais de saúde, pacientes, familiares, trabalhadores de saúde mental, formuladores de políticas, bem como setores sociais diversos. Para tanto, o estudo será de natureza qualitativa analítica e do tipo histórico-social.

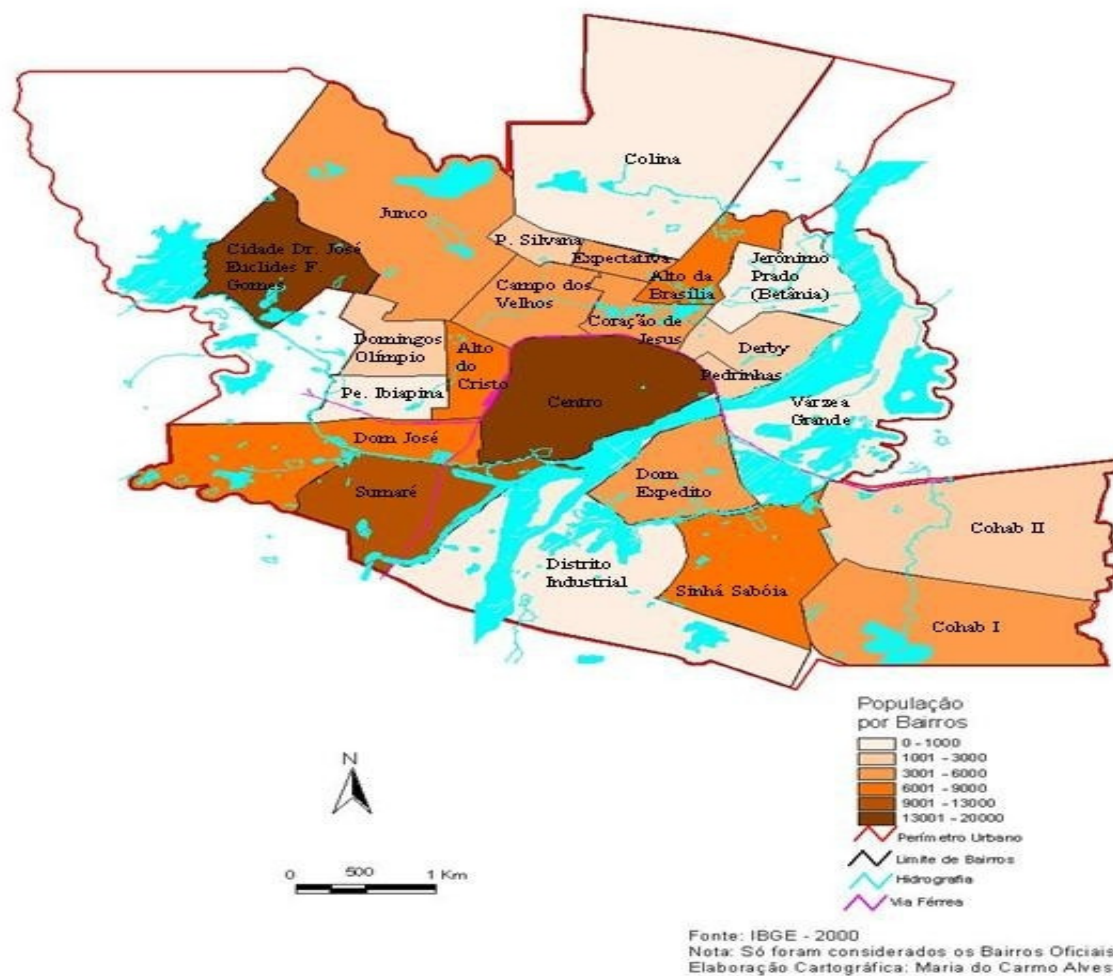
2. Local da pesquisa

O Estudo foi realizado na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental do município de Sobral cidade localizada na região norte do Estado do Ceará. O município é sede do pólo da macrorregião norte do estado. Está localizado a noroeste do estado, distando 240Km da

capital, Fortaleza. Possui uma população de 175.814 habitantes, subdivididos na sede (compostas por bairros) e em distritos.

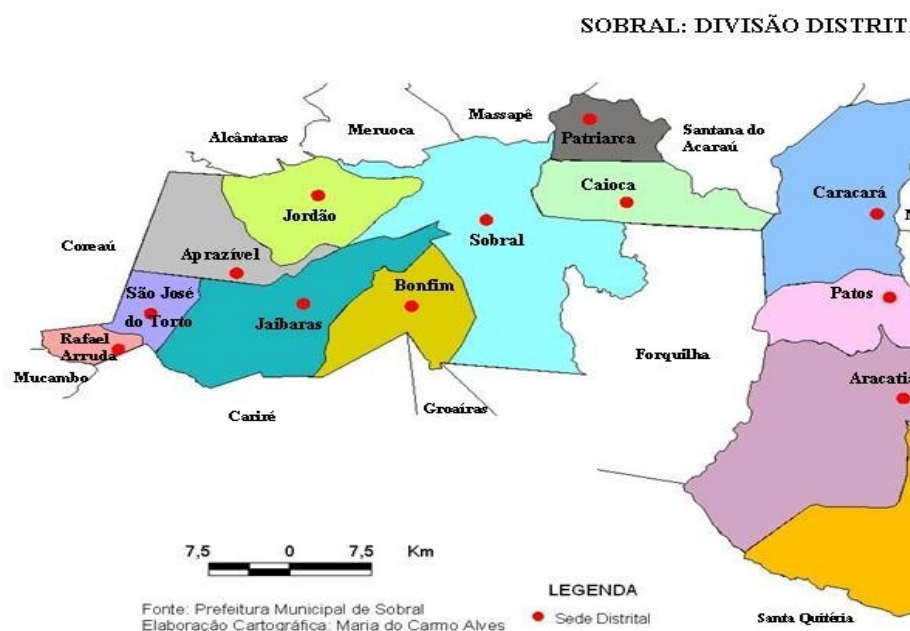
A sede do município é dividida em 22 bairros: Junco, Colina, Várzea Grande, Parque Silvana, Campo dos Velhos, Sinhá Sabóia, Betânia, Dom José, Sumaré, José Euclides F. Gomes, Derby, Pedrinhas, Dom Expedito, Expectativa, Cohab I e II, Alto do Cristo, Domingos Olímpio, Distrito Industrial, Padre Ibiapina, Centro e Coração de Jesus.

FIGURA 3: Distribuição geográfica do município de Sobral-CE por bairros.



Existem 10 distritos no município, são eles: Caracará, Patos, Aracatiaçu, Taperuaba, Bonfim, Jordão, Jaibaras, Aprazível, São José do Torto e Rafael Arruda.

FIGURA 3: Divisão Distrital do município de Sobral-CE.



O município é sede de Pólo Assistencial de Saúde da Microrregião de Sobral, referência para internações psiquiátricas para macrorregião de Sobral e em atendimento ambulatorial em psiquiatria para as microrregiões de Sobral, Tianguá e Camocim (QUINDERÉ, 2006).

De acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/2002, o município de Sobral fora habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, sendo responsável pela gestão do sistema local de saúde. Seu modelo de atenção à saúde está organizado de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem adotado uma concepção de saúde abrangente, não somente limitada ao setor saúde, mas atuando de forma intersetorial, através de práticas interdisciplinares, construídas a partir da contribuição de diversos atores das mais diversas áreas do conhecimento (ANDRADE, et. al. 2004).

Em 2006, é publicada a Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que contempla o pacto firmado pelos gestores do SUS. Esse pacto traz mudanças importantes na execução do SUS, tais como a regionalização solidária e cooperativa, como eixo estruturante do processo de descentralização, a integração das várias formas de repasse de recursos federais e a unificação dos diversos pactos existentes até o momento (BRASIL, 2006). Sobral é uma das cidades que incorpora o Pacto pela Vida e em Defesa do SUS.

Como já fora destacado a atenção à saúde mental do município é composta por uma rede que perpassa os diversos níveis de atenção e que atualmente conta com os seguintes serviços:

1. Serviço Residencial Terapêutico – Moradia para 08 pessoas que não possuem mais vínculos sociais e familiares. A Moradia conta com a seguinte equipe de trabalhadores: cinco cuidadores, um auxiliar de serviços gerais e um enfermeiro, contabilizando sete (07) trabalhadores.
2. Caps-Geral (Damião Ximenes) - Serviço que atende à população com transtornos mentais do município. Conta com a seguinte equipe profissional: quatro médicos psiquiatras, três psicólogos, dois enfermeiros, dois assistentes sociais, dois terapeutas ocupacionais, dois auxiliares de enfermagem, uma psicopedagoga e um administrador; além da equipe de apoio, formada por: cinco auxiliares de escritório, três auxiliares de serviços gerais, três zeladores de patrimônio público e um motorista. Tudo isso totaliza trinta (30) trabalhadores. O serviço apresenta uma média de 470 pessoas atendidas mensalmente, entre procedimentos intensivos, semi-intensivo e não-intensivo.
3. Caps-Ad (Maria do Socorro Lima Victor) - serviço que atende à população com transtornos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas do município. A equipe de profissionais é composta por

dois auxiliares de enfermagem, um médico clínico, um médico psiquiatra, um enfermeiro, um psicólogo, um assistente social, uma terapeuta ocupacional e uma educadora física. Tem como equipe de apoio dois auxiliares de escritório, dois auxiliares de serviços gerais, três zeladores do patrimônio público e um oficineiro; totalizando dezessete (17) trabalhadores. O serviço possui uma média de 200 pessoas atendidas mensalmente nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva.

4. Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral DR^o Estevam Pontes (Luís Odorico Monteiro). Unidade de referência para internações psiquiátricas do município de Sobral e Zona Norte do Estado. Conta com a seguinte equipe de profissionais: quatro enfermeiros, quatro médicos psiquiatras, um médico clínico, um psicólogo, um terapeuta ocupacional, dez auxiliares de enfermagem, sendo vinte e um (21) trabalhadores no total.
5. Ambulatório de Psiquiatria no Centro de Especialidades Médicas (CEM): Unidade de referência para atendimentos psiquiátricos aos municípios da Região Norte que não possuem atenção à saúde mental. Conta com um psiquiatra e um auxiliar de enfermagem. São agendados uma média de dez (10) por dia.

É importante destacar que os profissionais podem atender em vários desses serviços, como por exemplo, a educadora física que realiza atividades em todos os serviços que compõem a rede. Todos os médicos psiquiatras atuam na Unidade de Internação em regime de escala e em plantões nos finais de semana, e também fazem apoio matricial na equipes de saúde da família do município. Os coordenadores dos serviços também atuam como profissionais da assistência dos serviços.

3. Participantes do estudo

Os sujeitos da pesquisa foram definidos pela saturação teórico-empírica e pela relevância das informações e das observações que indiquem contribuições significantes e adequadas ao delineamento do objeto em apreensão. Na abordagem qualitativa, busca-se, portanto, uma amostragem ideal que possa refletir a totalidade nas suas diversas dimensões. A amostragem qualitativa caracteriza-se por privilegiar os sujeitos sociais que possuem os atributos necessários, os quais o pesquisador pretende investigar; considerar os sujeitos em número suficientes para possibilitar certa recidiva de informações, sem desprezar aquelas com potencial explicativo; compreender que na sua homogeneidade em relação aos atributos o conjunto de informantes possa ser diverso, possibilitando a apreensão de semelhanças e diferenças e por fim procura escolher do *lócus* do grupo de observação e informação o conjunto de experiências e expressões que se objetiva alcançar com a pesquisa (MINAYO, 1999).

Para conformar os sujeitos foram, selecionados em três grupos de informantes-chave:

1. Trabalhadores Saúde Mental (Quadro II);
2. Usuários (pacientes e familiares) (Quadro III);
3. Coordenadores dos serviços (Quadro IV).

Para a formação dos três grupos de informantes-chave utilizamos os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Quadro I: Critério de Inclusão e Exclusão dos participantes da pesquisa.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<p>Trabalhadores de saúde mental com maior tempo de serviço na Rede de Saúde Mental.</p> <p>Trabalhadores de saúde mental que realizaram atividades em hospitais psiquiátricos no</p>	<p>Usuários que estejam internados na Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral sem</p>

<p>modelo manicomial</p>	<p>condições emocionais e cognitivas são suficientes para responder às questões da entrevista</p>
<p>Trabalhadores de saúde mental que estejam atuando em mais de um nível de atenção à saúde</p>	
<p>Usuários/</p>	

<p>Familiare s que tenham recebido atendime nto de saúde mental nos vários níveis de atenção do sistema de saúde (atenção básica, serviço especializ ado, internaçã o hospitalar); Usuários e familiares que recebera m cuidados de saúde mental no modelo</p>	
---	--

psiquiátri co tradiciona l	
-------------------------------------	--

Para a confecção dos critérios de inclusão, optamos por privilegiar os trabalhadores que possuíam mais tempo no serviço na rede, pois acumularam uma maior experiência e estiveram presente em momentos distintos da conformação da rede. Optamos também por trabalhadores/profissionais que possam ter trabalhado no hospital psiquiátrico no modelo tradicional, para que possamos apreender a visão dos dois momentos da transformação do modelo em saúde mental.

Ainda em relação aos trabalhadores, optamos entrevistar aqueles que estivessem envolvidos em ações de saúde mental em mais de um nível de atenção do Sistema de Saúde, pois assim teríamos uma visão destas ações e de como elas se configuram nos mais variados espaços da rede.

Em relação aos usuários e familiares, utilizamos como critério de inclusão para a entrevista aqueles que receberam cuidados de saúde mental nos mais diferentes níveis de atuação na Rede, com o intuito de observar de que maneira são realizadas essas ações do ponto de vista dos usuários e familiares. Também incluímos os usuários/familiares que possam ter recebidos cuidados de saúde mental no antigo modelo de assistência psiquiátrica com o objetivo de observar os dois momentos de distintos da atenção.

Como critério de exclusão, não entrevistamos clientes que estivessem internados na Unidade Psiquiátrica do Hospital Geral ou que apresentem

dificuldades emocionais e cognitivas que impossibilitam sua participação.

Quadro II – Trabalhadores de saúde Mental

Local	Quantitativo por serviço	Participante Grupo 1
Serviço Residencial Terapêutica	07	01 coordenador
CAPS GERAL	30	01 Psicólogo;01 Asssitente Social; 01 Auxiliar de enfermagem;
CAPS AD	17	01 Assistente social; 01 profissional da equipe de apoio; 01 auxiliar de enfermagem.
Unidade de Internação Psiquiátrica	21	01 Auxiliar de enfermagem; 01 enfermeiro.
Ambulatório de Psiquiatria do CEM	02	01 Médico Psiquiatra

Em relação aos trabalhadores de saúde mental incluímos aqueles que pudessem está em vários serviços e ações nesta rede obedecendo aos critérios estabelecidos. Porém, o processo é de amostragem intencional, isto é, à medida que for coletando e analisando cada segmento dar-se-á a saturação teórica.

Quadro III: Usuários da Rede Integral à Saúde Mental de Sobral-CE.

--	--	--	--

O processo de saturação teórica se deu com os seguintes usuários entrevistados, obedecendo ao mesmo processo de amostragem intencional. Não foram entrevistados moradores do Serviço Residencial Terapêutico, que no momento da coleta de dados não se encontravam na casa, estavam em atividades juntamente com os demais usuários dos serviços da rede.

**Quadro IV: Coordenadores da Rede de Saúde
Mental de Sobral-CE.**

A Rede de Saúde Mental de Sobral possui um coordenador geral, e cada serviço possui as suas respectivas coordenações. Abrangemos todas as coordenações com o intuito de observarmos os fluxos de atendimentos de cada serviço, assim como comparar a inter-relação dos serviços entre si e as interações dos serviços com os

demais dispositivos sociais e do sistema de saúde. *In loco* observamos a importância e incluir a entrevista com a coordenação da terapia comunitária, um serviço prestado pelo município que também faz parte das ações em saúde mental.

4. Técnicas e instrumentos de coleta de dados

4.1 Documentos:

As fontes documentais foram selecionadas de acordo com a sua importância de complementação dos dados coletados através das entrevistas. Entre as fontes pesquisadas, selecionamos as que seguem:

1- Projetos terapêuticos dos serviços CAPS que compõem a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental do Município;

2-Portaria nº 026, de 02 de Março de 2000 que cria a junta interventora no hospital psiquiátrico de Sobral Casa de Repouso Guararapes;

Os documentos não foram analisados a partir dos quadros classificatórios, mas foram utilizados de maneira a complementar o material empírico coletado, sendo de extrema relevância para o enriquecimento do estudo, possibilitando confrontos importantes e dando subsídios à comprovação do material empírico coletado e observado

4.2. Entrevista semi-estruturada:

As entrevistas foram gravadas na íntegra em aparelhos digitais, com autorização prévia dos entrevistados através da leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Ver Apêndices A e B). Após gravação, o material foi colocado à disposição do entrevistado, para que o mesmo pudesse ouvir, e caso desejasse modificar ou acrescentar questões relativas ao seu depoimento, poderia ficar à vontade para fazê-lo. Após coleta, os dados contidos no material gravado foram

analisados pelos pesquisadores e guardados por cinco anos, sob responsabilidade do grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem da UECE para serem utilizadas por outros pesquisadores que se interessem sobre o tema em estudo, contanto que seja preservado o anonimato dos sujeitos.

Foram entrevistados usuários, coordenadores e trabalhadores dos serviços de saúde a partir de roteiros preestabelecidos (Ver Apêndices C e D) com questões norteadoras relacionadas à organização e ao fluxo da atenção à saúde mental do município.

Segundo Minayo (1999), a entrevista é uma das técnicas mais importantes para a coleta de dados, sendo a mais usada no processo de trabalho de campo. As entrevistas podem ser estruturadas, semi-estruturadas e não-estruturadas. Dentro dessas modalidades optamos pela entrevista semi-estruturada por apresentar aspectos importantes para a coleta dos dados, combinando perguntas fechadas (possibilitando uma direção com objetivos claros do que se quer apreender) e perguntas abertas (onde o entrevistado poderá ficar livre para discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições preestabelecidas).

4.3 Observação sistemática:

Este trabalho teve como objetivo observar a organização das práticas em saúde mental e as interações estabelecidas na rede. A observação é imprescindível para a realização de qualquer processo de pesquisa científica. Optamos pela observação sistemática. Ela sugere uma estrutura

determinada onde serão anotados os fatos ocorridos contemplados no objetivo da pesquisa (RICHARDSON, 1999).

A observação sistemática foi orientada por um roteiro (Ver Apêndice E) com o intuito de possibilitar o confronto com os dados apreendidos entre a representação (fala/depoimento) e a prática concreta na Rede de Saúde Mental de Sobral-CE. As observações foram registradas em diário de campo, a memória dos momentos distintos observada, sendo disponibilizada para os sujeitos participantes aprovarem, reprovarem ou acrescentarem mudanças no contexto. O momento de registro se deu enquanto aguardávamos as entrevistas com os informantes-chave, na recepção dos serviços e através de conversas com as pessoas (usuários/familiares/trabalhadores) que estavam circulando pelos serviços.

5 Análise e tratamento dos dados

Na análise do material empírico (entrevistas, observação e documentos) para melhor entendimento das questões deste estudo, tomamos como base Minayo (1999), onde o objeto de análise é a práxis social, e o sentido que se busca é a afirmação ético-política do pensamento. Os passos sugeridos por Minayo (1999) estão descritos abaixo:

5.1 Ordenação dos dados

No primeiro contato com os dados brutos, realizamos a transcrição fiel e a leitura geral do conjunto das entrevistas gravadas. Em seguida, procedemos com a organização dos dados contemplados nas entrevistas com o objetivo de estabelecer um mapeamento horizontal e vertical do material empírico coletado no campo de estudo, organizando-o em diferentes conjuntos.

5.2 Classificação dos dados

Foi realizada a leitura “flutuante” e exaustiva dos textos contidos nas entrevistas recortando e realizando uma síntese geral, horizontal e vertical de

cada unidade de análise, o que possibilitou a visualização das idéias centrais sobre o tema em foco e a construção das categorias empíricas, a partir de algumas convergências encontradas, caracterizando o sentido das representações dos discursos ou outras formas de expressão, relacionadas ao objeto de estudo com direcionamento para sistematizar a análise (ASSIS, 1998).

Os dados contidos nas entrevistas foram classificados a partir de categorias que emergiram da leitura repetitiva dos textos, bem como das questões norteadoras e dos objetivos propostos, (des)construção da rede de saúde mental, interações entre os níveis de complexidade e articulação em rede das ações de saúde mental. A identificação de vários núcleos de sentido, nas entrevistas, contribuiu para a estruturação das categorias empíricas.

Depois da leitura das categorias emergentes nos discursos dos sujeitos entrevistados, elaboramos unidades analíticas que foram fundamentais para a construção das categorias empíricas. Após a elaboração das categorias empíricas, selecionamos, em cada entrevista, os discursos que se identificarem com as categorias, “recortando-as” e “colando-as” na categoria correspondente. Em seguida, realizamos a síntese de todos os trechos recortados, em cada categoria, e montamos três quadros de análise dos Grupos entrevistados (Usuários, Trabalhadores e Coordenadores).

Após a montagem dos quadros de análise para os grupos de entrevistados, iniciamos a segunda etapa com a leitura transversal de cada corpo de comunicação, estruturado a partir das categorias

empíricas. Realizamos o cruzamento das idéias contidas nos diferentes grupos que compõem a análise, fazendo-se a filtragem dos temas mais relevantes relacionados ao objeto, às questões orientadoras e aos pressupostos teóricos; buscando o confronto de idéias entre as diferentes representações específicas e singulares, num processo de refinamento e aprofundamento classificatório.

Foi elaborado um quadro para cada grupo de entrevistados (V, VI e VII) como representado nos modelos abaixo.

Quadro V: Confronto dos depoimentos dos usuários - Grupo 1. (10 Pessoas).

Unidades analíticas	Entrevista 1	Entrevista 2(...)	Entrevista 10	Síntese horizontal
Atenção à saúde mental em sobral				
Práticas em saúde mental				
Acesso				
Articulação em rede				
Níveis de complexidade				
Síntese Vertical				

Fonte: Adaptado de Assis (1998).

Quadro VI: Confronto dos depoimentos dos trabalhadores - Grupo 2. (09 pessoas)

Unidades analíticas	Entrevista 1	Entrevista 2 (..)	Entrevista 9	Síntese horizontal
Atenção à saúde mental em sobral				
Práticas em saúde mental				
Acesso				
Articulação em rede				
Níveis de complexidade				
Síntese Vertical				

Fonte: Adaptado de Assis (1998).

Quadro VII: Confronto dos depoimentos dos coordenadores - Grupo 3. (4 pessoas)

Unidades analíticas	Entrevista 1	Entrevista 2 (...)	Entrevista 4	Síntese horizontal
Atenção à saúde mental em sobral				
Práticas em saúde mental				
Acesso				
Articulação em rede				
Níveis de complexidade				
Síntese Vertical				

Fonte: Adaptado de Assis (1998).

Em seguida, confrontamos as unidades analíticas entre os grupos de informantes-chaves da pesquisa com o intuito de construirmos de forma mais precisa as categorias empíricas. O confronto foi buscado por meio das convergências, divergências, diferenças e complementaridades no processo dinâmico da (re)construção dos saberes e concepções emergidas no mesmo

Quadro VIII: Confronto das unidades analíticas entre os grupos 1, 2 e 3.

Unidades analíticas	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Síntese horizontal
Atenção à saúde mental em sobral				
Prática em saúde mental				
Acesso				
Articulação em rede				
Níveis de complexidade				
Síntese Vertical				

Fonte: Adaptado de Assis, (1998).

Em seguida, foi realizado o confronto da síntese de cada categoria entre os diferentes grupos, conforme segue descrito.

Quadro IX: Confronto das categorias empíricas entre os grupos 1,2 e 3.

Categorias Empíricas	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
(Des) Construção da atenção à saúde mental no município de Sobral-CE			
Fluxo de atenção à saúde mental de Sobral (interação entre os níveis de complexidade)			
Síntese Vertical			

Fonte: Adaptado de Assis (1998).

5.3 Análise final dos dados

Enfatiza essa análise, segundo Assis (1998), o encontro da especificidade do objeto, pela prova do vivido, com as relações essenciais que são estabelecidas nas condições reais e na ação particular e social. A análise de um contexto histórico-estrutural específico exige um movimento contínuo entre os dados empíricos e o referencial teórico eleito pelo pesquisador.

Após a classificação dos discursos dos entrevistados, componentes das categorias empíricas, foram realizadas as sínteses horizontais e verticais, e o confronto entre os sujeitos agrupando as idéias convergentes, divergentes, complementares e diferentes.

Foi realizada a análise dos dados empíricos, tendo como referência as categorias empíricas que

emergirem dos dados. A partir do material construído durante as entrevistas e as observações realizadas, realizamos o cruzamento entre diferentes informações levantadas, articulando-as com o referencial teórico, através da técnica de triangulação do material empírico, o que, referendado por Triviños (1992), possibilitará as várias dimensões do processo investigativo confrontarem-se entre si.

A triangulação do material coletado visa legitimar o conhecimento produzido na pesquisa qualitativa. A interação entre diversas fontes possibilita uma maior consistência, continuidade e congruência da produção (REY, 2002). A intersecção de diferentes olhares possibilita a verificação e validação da pesquisa por meio do uso simultâneo de diversas técnicas de análise, diferentes sujeitos e pontos de vistas distintos (MINAYO, 1999).

5.4 Questões éticas

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e aprovado sob o n° de Processo 07520905-5. Os sujeitos entrevistados e observados terão acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que assinarão, caso desejem participar da pesquisa, atendendo aos princípios éticos, conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000). O termo de consentimento deverá ser assinado em duas vias por todos os sujeitos entrevistados.

Em síntese, a coleta do material empírico respeitou os princípios éticos que norteiam o trabalho

científico, guardando o anonimato e sigilo quanto à autoria das respostas dos entrevistados.

5.4.1 Riscos e benefícios da pesquisa.

Em se tratando dos aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, consta na Resolução 196'96 que: “toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade” (BRASIL, 2000). O pesquisador é responsável, caso necessário, por suspender a pesquisa imediatamente se perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante.

Quadro X: Riscos e benefícios da pesquisa.

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

CAPÍTULO IV: (DES) CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE SOBRAL

O presente capítulo constitui a discussão da categoria empírica: *(Des) Construção da atenção à saúde mental do Município de Sobral-CE*, trazendo os aspectos relacionados às transformações ocorridas na atenção à saúde mental do município, na composição das práticas e dos serviços.

(Des) Construção do Hospício

Até o ano de 1999 era a Casa de Repouso Guararapes o único serviço de atenção à saúde mental prestado à população de toda a macro-região Norte do Estado do Ceará. Criada em 1974, foi palco de inúmeras atrocidades, internamentos inadequados e cronificação das patologias dos seus internos, os quais se propunham a tratar (SÁ; BARROS; COSTA 2007). O período de sua implantação é marcado em todo Brasil por uma política de credenciamento de hospitais psiquiátricos privados, fruto do regime da ditadura militar, que havia incentivado a implantação desses serviços em todo País.

Para Cohn (2005), é um período marcado pela intensa burocratização da máquina estatal, inclusive do setor da saúde, com destinação de parcelas significativas dos recursos públicos para a compra de serviços privados. O poder clientelístico, paternalista e arbitrário coloca a assistência à saúde nas mãos de grupos privados, com interesses eleitoreiros, com a apropriação privada da coisa pública. O Estado do Ceará acompanhou tal processo e inaugurou um manicômio judiciário e nove hospitais psiquiátricos privados conveniados

com a previdência pública, dentre eles a Casa de Repouso Guararapes (SAMPAIO; CARNEIRO, 2007).

Observarmos como a atenção à saúde mental em Sobral era realizada de maneira perversa, onde os corpos eram institucionalizados, interditados e submetidos a diversos tipos de violência, inclusive a física. A atenção era estruturada no modelo assistencial médico privatista, onde a figura do psiquiatra era centralizadora de todo o processo de tratamento e cura, através dos mecanismos medicamentosos que iria dar conta de todos os males que acometiam os indivíduos portadores de transtorno mental. Nos discursos que seguem, percebemos as convergências acerca do aparato manicomial que se instalara, inclusive no discurso do trabalhador 3, destacando o atendimento do profissional médico que quase se confunde com o de uma prescrição medicamentosa.

“...fui internado já, internado no Guararapes.... a internação lá era muito ruim, eu sofri muito lá, apanhava muito dos outros pacientes, os outros pacientes me batiam muito. Sofri muito..” (Usuário 4).

“...por que na época do Guararapes era mais assim aquele estilo o paciente chegou psiquiatra e pronto, psiquiatra de três em três dias, pouco era vista por psicólogo, por terapeuta ocupacional... o período que eu passei lá no Guararapes era mais manicomial, mais um manicômio aquilo ali...” (Trabalhador 3)

A instituição hospitalar psiquiátrica como Instituição Total, centralizadora do processo de atenção aos indivíduos acometidos por transtornos mentais impossibilita trocas sociais desses indivíduos com a sua família e com a sociedade à qual ele pertence. As cercas físicas e concretas, assim como as “cercas” do estigma, engendradas no imaginário da sociedade do louco como um ser que precisa ser distanciado, isolado e tratado se apresentam nítidas. Para Vieira Filho e Nóbrega, (2007) o hospital psiquiátrico representa o modelo manicomial como uma Instituição Total, de acordo com o conceito de Goffman, atuando com uma estrutura de poder englobante e

possuindo um sistema rigoroso de normas explícitas, onde as trocas sociais são praticamente inexistentes. Idéia complementada pelo seguinte discurso:

“..lá, não tinha uma atividade, o prédio era cercado com cerca lá. Lá não tinha uma atividade física, lá uns batiam nos outros...” (Usuário 10)

Goffman (1987) afirma que até mesmo no interior das Instituições Totais há restrição entre a transmissão de informações e contato entre os indivíduos, o que ajuda a conservar mundos sociais distintos e com pouca interpenetração. As trocas são violentas e impedem contatos salutaros que promovam a saúde psíquica dos que estão envolvidos nesse processo. Como corrobora Basaglia (2005), quando o doente entra no asilo, alienado pela enfermidade, pela perda das relações pessoais com outro e pela perda de si mesmo, não encontra naquele lugar, espaço onde possa se libertar das imposições dos outros sobre si e reconstruir seu mundo pessoal, depara-se com novas regras e estruturas que o impelem a “objetificar-se” cada vez mais, até finalmente identificar-se com elas.

Quando Pinel, no século XVIII, clama pela liberdade e solta as correntes que aprisionava os loucos, propõe a liberdade vigiada num espaço fechado, agora sob a tutela do poder médico e do poder legislativo. Agora ele está aprisionado de um modo mais real do que poderia ser na cela ou pelas correntes. Está aprisionado em si mesmo, através da experiência de um não-relacionamento com os outros. Tudo no asilo é organizado para que o louco se reconheça neste mundo, deve saber-se vigiado, julgado e condenado (FOUCAULT, 2007).

Vizeu (2005) destaca que a função disciplinadora dos manicômios se reflete no uso de estratégias para o controle social. A contínua mutilação da identidade do indivíduo é promovida pela homogeneização dos mecanismos disciplinares, que deterioram a identificação do sujeito com seus antigos papéis sociais através da transformação desse indivíduo em objeto, especialmente pela perda das posses relativas à sua identidade, como o nome e as roupas.

Nos países subdesenvolvidos, que possuem um modelo assistencialista de saúde, centrado na prática curativa, não foi difícil transformar a doença mental

numa mercadoria rentável. Ao se associar a lógica do capital (lucro) à lógica do modelo manicomial (poder disciplinar), fica fácil perceber que a assistência limitava-se ao mínimo que fosse preciso para manter os loucos sob dominação, sem precisar gastar muito (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

A organização do manicômio, estruturada no modelo Médico-Assistencial Privatista, possibilita uma centralização no pronto atendimento e promove uma desordenação da demanda que procura os serviços que assim se organizam. Esse modelo é centrado na demanda espontânea dos seus usuários, ou seja, os indivíduos precisam estar acometidos de uma doença para que procurem os serviços. Geralmente, tal procura se dá de maneira desordenada e gera, na população, uma busca desenfreada por serviços de pronto atendimento, condicionando uma oferta distorcida por parte dos serviços (PAIM, 2003).

O que ocorria era uma procura desenfreada pelo manicômio nos momentos de crise dos pacientes e a oferta de um serviço que acabava excluindo e cronificando os que deles necessitavam. Criava, na população, a cultura de que a internação e o medicamento eram as únicas ferramentas capazes de resolver os problemas de saúde psíquica dos indivíduos. Esse modelo inviabiliza trocas sociais, é eminentemente curativo e prejudica o atendimento integral ao paciente e à comunidade; não oferecendo um impacto direto na saúde geral da população (PAIM, 2003). Enfaticamente explicitado no discurso deste coordenador:

“...antes o que é que nós tínhamos era o hospital psiquiátrico onde só existia somente a figura do psiquiatra prescrevendo o receituário de medicamentos...” (Coordenador 3).

Ainda nos reportando ao ano de 1999, as mudanças na saúde mental no Brasil já se faziam ecoar. Já se passavam dez anos da promulgação da Constituição Brasileira e da regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS). Dez anos da implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, o Caps de Santos no Estado de São Paulo. (AMARANTE, 1999). O Ceará já vivia suas experiências em serviços de saúde mental extra-hospitalares, com os seus sete anos de implantação do primeiro Caps do estado: o Caps de Iguatu. Outros serviços foram implantados no Estado com respaldo nacional como o Centro de Atenção Psicossocial de Quixadá em 1993, o primeiro na inclusão de supervisão institucional sistemática, no atendimento domiciliar de emergência e na integração com o hospital geral e na integração horizontal com programas sanitário-sociais (SAMPAIO; SANTOS; ANDRADE, 1998).

A cidade de Sobral preparava seu terreno para o que viria a se consolidar como uma Rede de Assistência Integral à Saúde Mental, de referência para todo o Brasil e premiada diversas vezes pela inversão completa do seu modelo de assistência às pessoas com transtorno mental. Bom, mas não foi tão simples assim. Vários conflitos, contradições e desafios foram necessários para que dessa rede se desenvolvesse.

A reforma psiquiátrica do município se embriona quando é assumida a gestão do prefeito Cid Ferreira Gomes, que assume o cargo em 1997 e dá posse ao secretário de saúde Luiz Odorico Monteiro de Andrade (Sampaio e Carneiro, 2007),

de acordo com as convergências dos discursos que se segue:

“...a partir de 1997 nós criamos no PAM uma sala de atendimento aos pacientes que tinha a necessidade de ser atendido, que tinha algum transtorno mental, e aí a gente embrionava a questão dos caps, que já era uma febre a nível de ceará, e a nível nacional também...” (Coordenador 4)

“...antes mesmo do fechamento do Guararapes já existia o ambulatório do CEM. Que, naquele tempo, era o PAM, uma tentativa de mudança para se adequar à reforma psiquiátrica. o problema do Guararapes foi um acidente de percurso porque o negócio já estava caminhando no sentido talvez de desativar futuramente o Guararapes, pra dá início a esse novo rumo da Psiquiatria aqui em Sobral...” (Trabalhador 7)

O ambulatório de Psiquiatria começara a funcionar antes mesmo do fechamento do referido hospital psiquiátrico. Já era uma tentativa de iniciar um processo de reforma no setor no município. Em 1998 foi implantado o Centro de Atenção Psicossocial, que iniciou suas atividades de forma modesta atendendo os casos ambulatorialmente. Com o fechamento do hospital psiquiátrico, devido a denúncias de maus-tratos e da denúncia de morte do paciente Damião Ximenes Lopes, desencadeou-se o processo de completa transformação da assistência em saúde mental em Sobral (TÓFOLI, 2007).

O caso da morte do interno Damião Ximenes Lopes teve repercussão nacional, forçando o poder público a intervir e tomar providências, sendo uma delas a intervenção e, em seguida, o descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes, que se deu em 10 de julho de 2000 de acordo com a portaria/CCA n° 113 (ANEXO I), que descredenciava a referida instituição para a prestação de serviços ao SUS no setor hospitalar em psiquiatria (PEREIRA, 2001).

O mais importante dessa Portaria é que, além de descredenciar a instituição psiquiátrica, traz

avanços na assistência em saúde mental, pois transfere a retaguarda das internações de urgência em Psiquiatria para o Hospital Geral Dr. Estevam Ponte, mais tarde intitulada de Unidade de Internação Psiquiátrica – UIPHG Luiz Odorico Monteiro, sob a supervisão da equipe de saúde mental do município (PEREIRA, *op. cit.*). Foi um marco decisório na transformação da assistência em saúde mental no município e conseqüentemente na desconstrução de que os portadores de transtornos mentais deveriam ser tratados de forma segregada em ambientes específicos, distante da sociedade, dita “normal”.

Machado e Colvero (2003) colocam que as internações psiquiátricas em hospitais gerais não serão por si só responsáveis pela transformação do modelo assistencial em saúde mental, porém a sua contribuição para o estabelecimento de uma relação de maior aceitação dos portadores de transtornos mentais em espaços de tratamento preferencialmente ocupados por diversas outras patologias clínicas são de extrema relevância, possibilitando uma maior interação com esta população historicamente marginalizada e segregada. Outro aspecto interessante a ser destacado é o de que além de as internações serem em leitos em hospitais gerais elas passam a ser bem mais breves do que as internações no antigo hospital psiquiátrico. De acordo com dados do Ministério da Saúde as internações na Unidade de Internação Psiquiátrica de Sobral têm uma média de sete a oito dias de permanência na unidade. (TÓFOLI, 2007). Fato este comprovado empiricamente pelos seguintes discursos convergentes:

“...a nossa média de internação é de sete (7) dias...”
(Coordenador 2).

“... passei oito dias pra nove dias. me internei duas vezes..... a internação lá também é muito boa. é um povo também que ajuda a gente no momento certo..” (Usuário 9).

“...passei duas semanas internados. aí depois eu fiquei sendo acompanhado só pelo Caps mesmo....” (Usuário 3).

A Portaria ainda trazia que o Programa de Saúde da Família (PSF) prestaria atenção básica aos usuários com transtorno mental do município, e que a atenção aos usuários da macrorregião norte, e que Sobral é referência, ficaria a cargo do Ambulatório de Psiquiatria do Centro de Especialidades Médicas (CEM) e o serviço de atenção secundária Caps se responsabilizaria pelo acompanhamento ambulatorial dos clientes com transtornos mentais de Sobral (PEREIRA, 2001).

Embora o CEM, num primeiro momento, tenha apresentado um papel importante no processo de transição do fechamento do Hospital Psiquiátrico em implantação dos serviços substitutivos, atualmente enfrenta alguns entraves na sua articulação com os municípios aos quais é referência. Esse serviço ainda funciona com características dos antigos modelos de atendimento. O ambulatório de Psiquiatria foi construído para atender a demanda da macrorregião norte, e que o município é referência, de acordo com as pactuações de regionalização, fruto do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde.

Embora, de acordo com Conh (2005), o processo de descentralização possibilite um repasse de recursos e delegação de poder para que os níveis estaduais e municipais formulem a política de saúde dos seus territórios, a partir de especificidades locais, esta forma de pactuação também possibilita entraves na organização dos serviços; pois é fato que a delegação de poderes quase nem sempre vem acompanhada do repasse de verbas e de estruturas organizacionais que dêem conta da demanda.

O CEM é referência para quase um milhão de habitantes e o ambulatório conta com um psiquiatra e um auxiliar de enfermagem, e, algumas vezes os assistentes sociais da rede dão suporte aos casos com maior dificuldade de condução. A demanda chega através da central de regulação de leitos ou através dos encaminhamentos da UIPHG

dos casos internados de outros municípios, como observamos nos discursos que se segue:

“...aqui nós recebemos só pacientes da região, não recebemos pacientes da cidade de Sobral recebemos de todos os municípios... chega aqui por marcação de consulta através da central de marcação do seu município... (Trabalhador 7)

Esta pactuação traz alguns entraves para o funcionamento da rede de atenção, pois são deslocados profissionais para dar suporte a esse serviço. Devido à maioria das cidades da macrorregião norte não possuem equipes de saúde mental nem Caps, há uma grande quantidade de encaminhamentos para as consultas no CEM, assim como um grande índice de solicitação de internação na UIPHG, além dos pacientes que conseguem burlar o procedimento padrão que organiza do fluxo de encaminhamento e chegam à unidade de internação e ao ambulatório sem que os serviços estejam preparados pra atender a demanda, como bem destacam os discursos:

“...E tem os pacientes que burla, tem o sistema que burla o próprio sistema.... em vez de pedir a vaga à central de regulação de leitos manda direto, estes pacientes segundo a lei tem que ser avaliados e mandados de volta ou encaminhados para outro serviço, não poderia sair daqui sem uma avaliação e realmente não sai, mas o que acontece é que a gente acaba absorvendo esta demanda que vem sem o encaminhamento adequando, devido a estes cinco leitos extras que a gente tem, então a gente acaba absorvendo e não volta, mas aí a gente manda um ofício para a central de regulação de leitos se queixando do serviço que referenciou e do profissional que referenciou injustamente.....” (Coordenador 2)

“.....chegam aqui pacientes sem ser marcado ...porque chega as vezes em crise.... chega até sem documento e nós somos obrigados a atender por que se trata de uma emergência e chega paciente também que furam até a burocracia e lá do próprio hospital Dr. Estevam... 7manda dá a ele um boletozinho já com a data previamente estabelecida pra ser atendido aqui” (Trabalhador 7)

Isso tem reflexo direto na qualidade da atenção prestada, pois os pacientes advindos de outros municípios têm dificuldades de acesso e acabam tendo um atendimento precarizado, apenas a possibilidade de internação e uma consulta psiquiátrica. Foi fácil percebermos como o atendimento é falho, principalmente através

do discurso de um usuário, que trouxe as dificuldades principalmente relacionadas à infra-estrutura do seu município de origem em lhe dá condições de acesso a transporte e à medicação necessária ao seu acompanhamento

“...é difícil, principalmente agora que você sabe que político, político só são bom pra gente quando tá na época da política, depois que passa, é meio difícil, a gente só consegue se a doença tiver no último recurso, é que eles socorre com a ambulância pra pessoa, às vezes, chega aqui e nem tem mais jeito...aí ele (médico) passou três tipos de comprimidos pra mim, um eu comprei logo, no mesmo dia.... aí dois eu ainda não comprei porque eu não pude...” (Usuário 7)

Embora a rede se esforce para ser resolutiva em relação aos casos que chegam de outros municípios, nem sempre é possível devido a entraves na articulação com os serviços de saúde destes municípios, devido à distância e ao despreparo dos profissionais em atender os casos relacionados à saúde mental.

“...mas assim a maioria das pessoas que interna são pacientes de outros municípios, então a gente acaba tendo que ter uma interação com os serviços dos outros municípios da macro não só no atendimento à saúde, porque alguns municípios não têm Caps e aí os profissionais que a gente pode contar de assistente social e psicólogos são dos centro de referência da assistência social, a gente acaba tendo contato com os outro municípios e quando há Caps, com a equipe do Caps, em discutir assim com o familiar deles pensarem num projeto terapêutico de ter o profissional de referência pra quando saia do hospital a gente possa comunicar o profissional lá...” (Trabalhador 5)

Também foi implantado no município o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), o primeiro da Região Nordeste do Brasil, o “Lar renascer”. O SRT cumpre um papel de reintegrar os pacientes que haviam perdido os vínculos familiares e sociais devido às reinternações sucessivas no manicômio.

A SRT foi implantada em Sobral-CE com o objetivo de reinserir os pacientes do antigo manicômio na sociedade. No período da sua implantação fora realizado um período preparatório de integração dos futuros moradores, pois alguns não tinham condições de ser inseridos de volta nas suas famílias porque não se conhecia o paradeiro de

suas famílias, ou porque problemas de relacionamento inviabilizavam a reintegração imediata (DUARTE; OLIVEIRA, 2007). Fato empírico destacado pelo seguinte discurso:

“...os nossos moradores da residência são graves, a maioria oriunda de internações, mais de dois, três anos no antigo Guararapes, a gente tem essa maior dificuldade da inclusão social, já tivemos, depois que a residência foi implantada, já tivemos 5 inclusões foi um avanço não é?...” (Coordenador 5)

Os Serviços Residenciais Terapêuticos tiveram sua expansão no Brasil, principalmente após a sua regulamentação em 2000. Conforme indica o texto da Portaria Ministerial, nº.106, 2000, que cria e regulamenta o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Ela define esses serviços como moradias ou casas destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais que não possuam suporte social e que viabilizem sua inserção social (GENEROSO, 2008).

Há uma preocupação em não se cronificar os moradores do SRT. Os moradores são acompanhados pelos profissionais dos Caps e também pelas equipes de saúde da família de referência, responsáveis pelos cuidados básicos de saúde. As atividades são realizadas dentro e fora da casa. Aspecto observado durante a pesquisa de campo no SRT de Sobral-CE, pois os moradores se encontravam em atividades externas junto aos clientes do restante dos serviços da rede, dado empírico complementado pelo seguinte discurso:

“...Tirando eles o máximo possível de dentro de casa, porque se não se tornaria um minimanicômio. Se preocupando também com o resgate da cidadania, da autonomia dentro da unidade no que for possível... nas atividades que realmente tem que ser feito dentro da casa, as demais a gente conta com o apoio das diversas assistências, nos psfs as consultas, nos caps a terapia ocupacional, o ambulatório, os grupos, dentre outras atividades externas feitas por educadora física e terapeuta ocupacional também....” (Coordenador 5).

Ferreira (2007) reforça a idéia de que os serviços não-manicomiais, inclusive as residências terapêuticas, precisam possibilitar atividades que permitam um maior trânsito de seus moradores pelo seu território: centros comunitários, espaços públicos, feiras livres, centros de saúde. Viabilizar a construção de redes sociais e articulação com os diversos atores, promovendo a reconstrução social, castrada pelo aparato manicomial, e a transformação da cultura. Leal e Delgado (2007) reforçam a idéia afirmando que a saída de um paciente de um período de longa internação requer um trabalho intenso de agenciamento no território na reconstrução de vínculos e direitos sociais que garantam a sobrevivência desses indivíduos fora da instituição hospitalar. A construção de redes alternativas de cuidado e suporte na comunidade é imprescindível para a sustentação destes indivíduos no meio social.

Como observamos, foi reestruturado todo o modelo assistencial do município com o deslocamento das ações em saúde mental do Hospital Psiquiátrico para os diversos níveis de complexidade do sistema de saúde. O hospital privado que prestava serviço ao SUS deixa de ser o centro da atenção e entram em cena serviços que visam abordar e conduzir os casos de transtorno mental num novo modelo de atenção: o modelo psicossocial.

Segundo Teixeira (2006) para que a transformação do modelo de atenção seja concretizada, é necessária a conjunção de três dimensões: a dimensão gerencial no que tange aos mecanismos que irão conduzir os processos de reorganização das ações e dos serviços; uma

dimensão organizativa, que se estabelece através da hierarquização por níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado; e da dimensão técnico-assistencial, que se opera nas relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho, mediadas pelo saber e por tecnologias em diversos planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e recuperação e reabilitação).

De acordo com o conceito de transformação do modelo assistencial discutido acima, percebemos que o município de Sobral implementa um novo modelo de assistência em saúde mental nas três dimensões. Primeiro na gerencial, quando desloca os cuidados à saúde mental do setor privado que presta serviços ao estado, para a total responsabilidade dos cuidados em saúde mental para o setor público, inclusive os leitos de internação em hospital geral, que se dá numa instituição privada, através de prestação de serviço ao SUS são de responsabilidades da equipe de saúde mental que presta serviço ao município, no que diz respeito à gerência das ações.

Na dimensão organizativa, a atenção em saúde mental passa a ser de responsabilidade em níveis de complexidade diferentes do sistema de saúde. Os cuidados básicos das pessoas com transtornos mentais passam a ser de responsabilidade do nível hierárquico primário de saúde, através dos PSFs e das rodas de terapias comunitárias. O Caps é responsável pelo nível hierárquico secundário de atenção às pessoas com transtornos mentais e o Hospital Geral fica responsável pelos atendimentos de urgência e emergência em Psiquiatria. Com isso

os cuidados relacionados à saúde mental em Sobral passam a ser operacionalizados em níveis diferentes de complexidade do sistema de saúde, com ações de promoção de saúde, de prevenção aos agravos e de recuperação e reabilitação psicossocial.

“.....essa intervenção aconteceu durante 90 dias e prorrogada por mais 30 dias o que culminou com o fechamento do manicômio e a implementação da rede de saúde mental...” (Coordenador 3).

“...daí quando começou a necessidade de ampliação de rede, por conta da intervenção que houve no Guararapes de 2000 pra 2001 e aí se pensou como é que vamos fazer isso se agente tem pouco profissional e qual é a saída pra atender esta clientela que vai vim e o Caps tem que está mais aberto a acolher e a dar respostas a estes que realmente têm problemas psiquiátrico, mas que não pode ficar na fila de espera aí foi quando nasceu a oportunidade dessa idéia de a gente montar um serviço de saúde mental comunitária..... aí surgiu a grande chance de implementar mais um serviço de saúde mental voltado pra população na comunidade. aí surge a terapia comunitária em Sobral...” (Coordenador 4)

Aos poucos, os serviços e as ações foram sendo ampliados e a rede de atenção foi ficando cada vez mais complexa. As rodas de terapia comunitária tiveram como objetivo inicial, em Sobral, desafogar a demanda que batia incessantemente no Caps, devido ao fechamento do hospital psiquiátrico, gerando uma grande espera por consultas. O Caps passa a referenciar para essas rodas de terapia comunitária espalhadas pelas unidades básicas de saúde do município os casos leves que não teriam indicação de serem atendidos nos serviços secundários, mas que também não poderiam prescindir de algum tipo de intervenção, pois apresentavam um considerável sofrimento psíquico que comprometia suas atividades diárias.

A Terapia Comunitária (TC) surgiu no fim da década de 1980 na favela do Pirambu em Fortaleza-CE, criada pelo psiquiatra e professor Dr. Adalberto

Barreto e caracteriza-se como uma estratégica terapêutica não mais centrada no modelo medicalizado, mas nas potencialidades dos indivíduos, promovendo o equilíbrio físico e mental através de uma abordagem sistêmica aliada a crenças e aos valores da comunidade. (HOLANDA; DIAS; FERREIRA FILHA, 2007). Os encontros possibilitam a articulação de redes apoio e despertam possibilidades de mudanças, pois as pessoas da comunidade partilham entre si recursos de comunicação e laços de identidade, apresentando afinidades em seus sofrimentos e a busca de soluções para os mesmos (BARRETO, 2005).

Essa foi mais uma ação criada para atender a demanda de saúde mental que se apresentava, agora com mais um recurso inserido na comunidade, o que vem a enfatizar a mudança no modelo de atenção em saúde mental. Um modelo que se propõem a atuar nas diversas dimensões biopsicossociais dos indivíduos e não somente no aspecto biológico medicamentoso. Como vemos, as ações de saúde mental são ampliadas para os territórios, não ficando reclusa aos serviços assistenciais. São diluídas na comunidade e surgem de acordo com as necessidades que são demandadas dos seus usuários.

O último dispositivo a ser inserido à rede de saúde mental de Sobral foi o Caps-Ad. Segundo serviço a ser implantado no Estado do Ceará. O Caps-Ad, iniciou suas atividades em setembro de 2002, sendo um serviço especializado nos atendimentos das pessoas com problemas relacionados ao abuso de álcool e outras drogas. O serviço é referência para as cidades de Sobral, Forquilha e Massapê (QUINDERÉ, 2006).

No ano de 2002, o Ministério da Saúde junto à Secretaria Nacional Anti-drogas lançam a Política e Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Com ela reforçam-se as ações e ampliam-se os serviços para tratamento de dependência química no Brasil, assim como define a estratégia de redução de danos como metodologia que irá direcionar as abordagens e o tratamento (BRASIL, 2003).

Quando a política foi implementada, já existiam vários Caps-Ad funcionando no País. Eram ao todo 42 centros divididos entre 14 estados brasileiros, implantados entre abril e dezembro de 2002, ou seja, o Caps-Ad de Sobral é um dos primeiros serviços implantados no Brasil. Esses serviços têm como objetivo atender à população de uma determinada região, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas em relação ao uso de drogas na comunidade. (BRASIL, 2003).

A rede assistencial em saúde mental de Sobral inverte a lógica da atenção do modelo manicomial asilar, centrado na instituição hospitalar psiquiátrica, para o modelo de atenção psicossocial, com serviços inseridos nas comunidades, com equipe multiprofissional e atuando em diversos níveis de complexidade do sistema de saúde.

Para Costa-Rosa (2000), a superação do modelo asilar e a suplantação do modo psicossocial se dá de diversas formas. Primeiro com a substituição de uma abordagem com ênfase nos determinantes orgânicos que se dava no hospital psiquiátrico através dos tratamentos quase que exclusivamente medicamentoso para uma abordagem que leva em consideração as diversas dimensões dos indivíduos, tais como os aspectos sociais: sua relação com a família e a comunidade; psíquicos: as idiosincrasias, sentimentos, aspectos subjetivos; e orgânicos.

É isso que faz a rede de atenção psicossocial, tenciona abranger as formas de atenção aos

indivíduos portadores de transtorno mental, sabendo que quanto maior for o leque de atividades que contemple a integralidade dos indivíduos, melhores serão os resultados. Porém este trabalho de transformação do modelo é repleto de contradições que se manifestam em alguns discursos dos próprios trabalhadores dessa rede de saúde mental e como observamos no discurso abaixo, que diverge das concepções psicossociais instaladas no município:

“...era bom que tivesse assim uma clínica que deixasse assim as pessoas por mais tempo, só pra eles mesmos, reservado só pra eles mesmos, que ficassem internados uma semana um mês, pra acabar o sofrimento dessas famílias.... Acho que se tivesse um lugar só pra eles seria bem melhor, gerava até mais emprego, que funcionasse assim 24 horas, tipo um hospital...”
(Trabalhador 1)

Percebemos no discurso do trabalhador os escombros do manicômio. Como se as paredes manicomialis ainda estivessem alicerçadas no imaginário da sociedade e que ainda levará tempo para vir abaixo por completo. De acordo com Antunes e Queiroz (2007), ainda é forte o preconceito e os temores guardados pela população em relação à loucura. Nos próprios serviços que tentam reverter a lógica manicomial, ainda é fato vermos profissionais assumindo posturas biologicistas e dando ênfase ao trabalho fragmentado dentro dos Caps.

A convivência com o manicômio na Região Norte do Estado do Ceará fez com que as famílias das pessoas com transtornos mentais descreditassem da possibilidade de melhora e reinserção social desses indivíduos. Guljor e Pinheiro (2007) destacam que as solicitações de internações permanentes são uma expressão dos familiares diante da percepção de que esses indivíduos são incapazes de gerir suas vidas, além do fato de que a própria clientela

institucionalizada, há anos, anseia por permanecer internada devido à sua acomodação ao aparato manicomial. Dado empiricamente complementado e destacado abaixo:

“...a gente tem uma determinada dificuldade em conseguir este acompanhamento familiar porque a cultura aqui no estado, pelo menos eu acredito que a cultura seja no Brasil, mas o que eu tenho certeza é que a cultura na macrorregião de Sobral era de mandar o paciente para o Guararapes e deixar ele internado durante meses, anos, né, isto de certa forma a família tirava férias deste paciente, descansava, e lá não precisava está acompanhando , o paciente ficava lá sozinho por um bom tempo...” (Coordenador 2).

Outro desafio a ser enfrentado é o da visão dos profissionais da atenção básica no trato com os portadores de transtornos mentais. Ainda guardam no seu imaginário que, por serem pessoas com problemas mentais, somente podem ser acompanhadas nos serviço que se propõem a tal, mesmo em cuidados que demandam uma assistência básica de saúde.

“...a gente ainda nota dificuldade que os próprios profissionais saúde tem com relação ao paciente com doença mental..... ainda é um trabalho que a gente tem que fazer porque: ‘esse é paciente do Caps’. Ou então: ‘leve lá pro Caps que ele resolve’.....Outra coisa que a gente tem dificuldade, por exemplo, que é doente mental tem algum problema clínico aí procura o hospital geralmente o hospital de referência para psiquiatria é o hospital Dr. Estevam, se o paciente tem algum estigma psiquiátrico, ou diz que é paciente do Caps, geralmente, é até, às vezes, de certa forma pelo clínico da emergência negligenciado a questão clínica para encaminhar para o psiquiatra. Porque o hospital lá também tem psiquiatra, mas ele esquece que o paciente não é só um doente mental e que o doente mental tem várias patologias: hipertensão, diabetes, várias questões clínica...” (Trabalhador 9).

É notório vermos no discurso o quanto o estigma e o preconceito ainda estão enraizados no imaginário da sociedade em relação às pessoas com transtornos mentais. No entanto, a instalação da Rede de Saúde Mental, a sua inserção nos diversos níveis de complexidade de saúde e a sua interlocução com os

diversos setores sociais têm possibilitado a (des) construção do modelo manicomial no imaginário da sociedade local. Vieira e Nóbrega (2004) afirmam que o processo de desmonte das Instituições Totais em saúde mental conjectura uma estratégia política, institucional e técnico-profissional de desestruturação do circuito hospitalocêntrico e das representações sociais excludente, como vemos nas convergências dos discursos:

“...as pessoas vêem a saúde mental Sobral como uma rede que tem certo poder... as pessoas quando vêm um paciente encaminhado pelo Caps, se dedicam a causa... Conquistas de moradia naqueles programas da prefeitura de habitação então a relação do serviço social do Caps com o serviço social de outras instâncias tem surtido um efeito bom a relação do serviço social com fórum, com o INSS... não fosse pela existência da rede ou de uma equipe trabalhada unida isso não aconteceria do modo que acontece..” (Trabalhador 6).

“...os dois Caps estarem localizados em áreas bastante valorizadas, privilegiadas, acho que isto mexe com o imaginário das pessoas , nós tínhamos muitos exemplos de pessoas que tinham vergonha de fazer tratamento no Caps, porque o que elas sentiam, era tinha um preconceito muito grande, ‘ah se eu entrar no Caps vão dizer que sou louco, o que que vão falar’, as pessoas muitas vezes elas pediam para que fossem atendidas no final da tarde, que era pra ser vista por um menor número de pessoas....” (Coordenador 3).

Como bem observamos, a transformação do modelo de atenção em saúde mental passa por toda uma transformação da percepção da sociedade em relação à abordagem da loucura, enraizada no imaginário da população, necessitando de práticas que possibilitem a (re)significação do trato às pessoas com transtornos mentais e que viabilizem saberes capazes de suplantar os preconceitos e a segregação imposta a esses indivíduos.

Práticas em saúde mental

É notório que várias foram as mudanças ocorridas ao logo desses anos na atenção às pessoas com transtornos mentais. No entanto, percebemos

que há no imaginário da sociedade preconceitos enraizados que são difíceis de se (des)construírem, inclusive em relação às práticas dos profissionais de saúde. Percebemos que as práticas relacionadas ao cuidado dos pacientes com transtornos mentais ainda guardam muito do manicômio, principalmente no que se refere às práticas medicamentosas. É comum nos discursos convergentes dos usuários a referência ao medicamento como centro do acompanhamento:

“..toma o remédio, de 5 remédio. 1 de noite e outro de manhã, 1 de noite e outro de manhã, oito horas da noite, oito horas da manhã, eu tomo remédio todo dia, quando chegar em casa eu tomo remédio de novo..” (Usuário 6).

“.....aí ele passou três tipos de comprimidos pra mim....”(Usuário 7)

“...tomava a medicação, vinha buscar aqui, no horário que estava indo pro trabalho eu passava aqui e pegava a medicação..” (Usuário 2)

Observamos que a prática medicamentosa ainda é muito emergente nos discursos dos usuários de saúde mental. Os transtornos mentais ainda são compreendidos através de uma perspectiva biológica. Para Antunes e Queiroz (2007), as práticas nos Caps ainda estão centradas no saber médico. Num contexto de transição de uma ordem focada no hospital para uma abordagem mais voltada para a família e o meio social do paciente as práticas antigas ainda estão institucionalizadas e cristalizadas, difíceis de serem rompidas e substituídas por novas práticas. Como corrobora Onocko-campos e Furtado (2005), há uma tendência de repetir o referencial aprendido anteriormente e repetido durante anos, devido ao fato de que a convivência com a loucura e seus desdobramentos não é algo simples e fácil – razão pela qual, justamente, as sociedades criaram todas as formas de defesa que tentamos superar atualmente.

Basaglia (2005) refere que o uso dos fármacos pode ter um enorme poder institucionalizante, principalmente se o seu uso vem acompanhado de um ambiente que inviabiliza trocas sociais e reforça a perda da liberdade do indivíduo, já comprometida pelo transtorno. O fármaco se utilizado um espaço que viabiliza novos contatos sociais, potencializa o indivíduo para a reconstrução das suas atividades diárias, a reestruturação dos vínculos afetivos, podendo ser facilitador do processo libertário do indivíduo.

Para tanto outras práticas que não apenas a biológica e medicalizante estão inseridas nos serviços de saúde

mental em Sobral. A articulação entre vários profissionais possibilita novas formas de acompanhamento dos pacientes e engloba toda uma série de intervenções psicológicas, sociais, familiares, visando a uma abordagem que dê conta das diversas dimensões dos indivíduos, como observamos nos discursos abaixo:

“..desde novembro ela vem participando, com psicólogo, assistente social, com clínico, como psiquiatra. Eu só acompanho ela, mas às vezes quando eu estou muito difícil eu venho sozinha, eu venho para o psicólogo, acompanho, ou então venho conversar com assistente social, quando eu me sinto muito só em casa eu venho.” (Usuário 1).

“...á o paciente vem pro serviço, participa de grupos de orientação, a família também é muito importante no tratamento do paciente, porque o paciente depende muito do suporte familiar, sem o suporte familiar fica mais difícil.. (Trabalhador 4)

“...é uma equipe multidisciplinar, cada qual tem sua importância no tratamento do paciente....existe também as reuniões setoriais, que são só com os profissionais de cada unidade, e existem as reuniões gerais que é com a equipe da rede inteira, que é feita quinzenalmente.... do coordenador geral ao pessoal da limpeza, para discutir os problemas do serviço....” (Trabalhador 2)

“....E lá no Caps eu sei que tem os médicos, tem a terapeuta, o psicólogo, onde tem grupos de familiares, que orienta o paciente a tomar a medicação, orienta a família, o quanto é necessário a tomada da medicação e o cuidado com ele pra que não interne....” (Trabalhador 8).

Como percebemos, novos saberes e novas práticas são inseridas nos serviços substitutivos ao manicômio, tais como a abordagem aos familiares, imprescindível para o acompanhamento dos casos. A possibilidade do encontro em reuniões de equipe com todos os trabalhadores juntos possibilita a construção de novas práticas, não somente em relação à organização dos serviços, mas também nas discussões acerca do acompanhamento dos casos.

Como bem destaca Onocko-Campos e Furtado (2005), a confluência de vários saberes é propiciadora de uma certa relativização de poderes entre categorias profissionais, o recente e complexo campo da saúde mental possui limites imprecisos e indefinições – o que o torna exatamente por isso bastante propício às experimentações e produção de novas práticas. Não por acaso, a saúde mental vem sendo um espaço, por excelência, para o desenvolvimento de novas formas de cuidado, novas formas de colaboração interprofissional, e, sobretudo, geradora de novos modelos de atenção e conseqüentemente novas práticas.

Para Onocko-campos e Furtado *op. cit.*, garantir que a reforma psiquiátrica avance para além da simples implementação de novos (e mais) serviços e da alocação de mais profissionais, é necessário ter um quadro de profissionais imbuídos de uma postura profissional profundamente distinta do modelo anterior. Não surtirá efeito se esses novos serviços e os diversos profissionais mantiverem práticas antigas, sobretudo se considerado o fato de que as novas modalidades de atenção em saúde mental não se resumem a novas técnicas de tratamento, mas constituem outra política, uma ética de inclusão. Idéia defendida por Amarante e Torre (2001, p. 32), quando afirmam que a reforma psiquiátrica não se dá apenas com a implantação de “novos” serviços. O fato de serem denominados de “novos” não garantem que esses serviços sejam mediadores e operadores e novas forma e intervenção na abordagem da loucura ou que sejam substitutivos ao manicômio.

Somente a construção de equipes multiprofissionais não é suficiente para a transformação do modelo de atenção e também podem não ser suficientes para modificar as práticas no campo da saúde mental. É necessário que essas práticas estejam condizentes com a transformação do modelo tradicional. Percebemos que, nos serviço de saúde mental de Sobral, há práticas que vislumbram a (des)construção do modelo tradicional em saúde mental e apontam para estratégias que superam a

saber/fazer antigo, como observamos empiricamente nos discursos que se complementam:

“...muitas vezes a terapeuta ocupacional me ajuda a fazer artes para trabalhar, faz currículo, currículo pra mim entregar nas empresas, então isso o que me chama mais a vim no Caps que ela tá me ajudando, eu já fiz dois cursos de informática.....” (Usuário 3).

“...e através daqui eu ganhei minha casa. eu moro na minha própria casa agora..... a assistente social que arranhou pra mim. Ela andou muito comigo, através da, fizeram uma sessão lá na prefeitura e conseguiram uma casa.....(Usuário 8).

“...conquistas de moradia naqueles programas da prefeitura de habitação então a relação do serviço social do Caps com o serviço social de outras instâncias têm surtido um efeito bom a relação do serviço social com fórum, com o INSS... (Trabalhador 6)

Como percebemos nos discursos, há uma tentativa de se inserir novas práticas no campo da saúde mental. A inserção social também passa a ser uma preocupação da atenção à saúde mental. As intervenções deixam de se limitar ao aspecto biológico e abrangem dimensões dos indivíduos outrora negligenciados. Amarante e Torre (2001) defendem a idéia de que os serviços de saúde mental devem promover rupturas quanto à noção de doença mental, construída pelo modelo psiquiátrico clássico, como patologia que tem que ser curada e partir para uma perspectiva de (re)inserção social destas pessoas, como sujeitos do seu processo, como capazes de fazerem parte e de estarem empoderadas e não simplesmente à margem, tuteladas sob posturas medicalizantes e psicologizantes que só as cronificam.

Como enfatiza Guljor e Vidal (2006), para que ocorra a ruptura do modelo assistencial tradicional, faz-se necessário o deslocamento do paciente compreendido como um conjunto de sinais e sintomas psicopatológicos para a conquista de espaços sociais que possibilitem a construção da sua autonomia e da sua cidadania, avançando para uma

abordagem mais ampla que inclua o resgate dos direitos básicos, tais como: ter um nome, documentos, residência e emprego.

Campos (2000) entende que as demandas são também manifestações concretas das necessidades sociais construídas pelo embate social e histórico, não são apenas demandas por medicação ou atendimentos. Os serviços precisam criar novas formas de saber/fazer que desconstrua o caráter técnico e individualista da clínica tradicional que restringe a ação no campo da saúde coletiva. Nesse sentido, Onocko-campos (2001) comunga com o fato de que a doença não ocupa todo o lugar do sujeito, não o desloca totalmente de todo um cenário social no qual está inserido. Ele sempre é um sujeito multifacetado e não restrito apenas aos aspectos biológicos, ele também tem em sua integridade um ser social, histórico e subjetivo, que demanda outras necessidades e necessita ser abordado nas suas diversas dimensões.

Embora percebamos ações nos serviços de saúde mental que ainda estão pautadas no modelo tradicional psiquiátrico, como a ênfase na medicação, percebemos novas ações que promovem a construção de novos saberes e de novas práticas que (des)constróem o modelo antigo. A abordagem familiar de forma grupal, as reuniões de equipe com a presença de todos os trabalhadores e a articulação dos serviços de saúde mental com outros setores sociais, com o objetivo de reinserir socialmente os indivíduos, aponta para uma abordagem mais ampla e integrada, assim como promove a (des)construção do louco como alguém que precisa ser isolado, curado e incapaz de gerir sua vida.

São muitas as transformações ocorridas na atenção à saúde mental em Sobral. Toda a rede foi instalada para prestar serviços aos seus usuários de forma integral. O deslocamento das ações de saúde mental do hospital psiquiátrico para os serviços inseridos na comunidade possibilita uma diluição das práticas por todo o território e favorece a pulverização das ações em todos os níveis de atenção do sistema de saúde, assim como nos demais setores da sociedade. Mas como esta rede de atenção vem sendo organizada? Como se dá o acesso a esses serviços? É o que veremos no próximo capítulo.

CAPÍTULO V: FLUXO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DE SOBRAL (INTERAÇÕES ENTRE OS NÍVEIS DE COMPLEXIDADE)

O presente capítulo pretende discutir a atenção à saúde mental no município de Sobral, através dos níveis e complexidade do sistema de saúde, bem como compreender qual a concepção de rede de atenção em saúde mental que o município desenvolve e como se dá a articulação desta atenção na rede.

A Rede Integral à Saúde Mental de Sobral é composta pelos seguintes serviços: Centro de Atenção Psicossocial (Caps-Geral), que atende a clientela com transtornos mentais; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps-Ad), responsável pelo atendimento das pessoas com problemas relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas; Serviço Residencial Terapêutico, onde moram pessoas que perderam os vínculos familiares e sociais egressas do antigo manicômio da cidade; Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral Dr. Estevam, que é referência para os usuários do município de Sobral e restante da macrorregião norte do Estado do Ceará; Clínica Médica em Hospital Geral Dr. Estevam para os casos de desintoxicação moderada e grave, Ambulatório de Psiquiatria do Centro de Especialidades Médicas (CEM), referência para os casos de transtornos mentais da Macro-região Norte e a Terapia Comunitária, que são realizadas nas unidades de saúde da família.

Acesso:

Os serviços de saúde mental possuem diversas “portas de entrada”. Os usuários tanto podem ser referenciados pelas diversas unidades de saúde do município, como pelos diversos setores sociais, bem como por empresas privadas. Cada serviço de saúde mental se adapta de uma forma que possibilite um maior acesso às pessoas que dele necessitem.

O Caps-Geral possui uma demanda organizada, com os encaminhamentos realizados a partir dos matriciamentos que ocorrem nas unidades de saúde da família, nível primário de atenção à saúde. Os matriciamentos são atividades de atenção e de educação permanente realizadas pelos profissionais dos serviços de saúde mental em parceria com os profissionais do Programa de Saúde da Família - PSFs.

Para Teixeira e Sola (2006), a organização dos serviços em estruturas piramidais por níveis hierárquicos possibilita a superação do modelo de demanda espontânea de atendimento de doentes e inclui ações de prevenção de riscos e agravos, além de ações de promoção da saúde. Cecílio (1997) corrobora com a idéia de que se pensar uma organização de serviços de saúde numa perspectiva piramidal, com níveis hierárquicos bem definidos, foi

relevante para a desconstrução do modelo hegemônico em saúde e afirma que a formulação de uma “porta de entrada” que garanta acesso universal ao sistema é de extrema importância, pois é uma estratégia que reduz os gastos do sistema de saúde, possibilita a criação de vínculos entre a população e os profissionais de saúde do nível primário e facilita o acesso da população aos serviços de saúde.

Porém, a forma organizacional do serviço de saúde mental Caps-Geral de Sobral, através dos encaminhamentos da atenção básica não tem apenas a finalidade de organização do sistema de saúde em níveis hierárquicos, mas também promover apoio especializado aos serviços de atenção primária à saúde, possibilitando a ampliação dos conhecimentos em abordagem, cuidados e encaminhamentos dos casos de transtornos mentais como observamos empiricamente nos discursos convergentes abaixo:

“...nós trabalhamos com demanda organizada. A demanda é oriunda de encaminhamento que são realizados pelas preceptorias de psiquiatria, realizadas nos centros de saúde da família e também por pacientes egressos da ala de psiquiatria do hospital geral Dr. Estevam.... alguns pacientes que não vão pra ala psiquiatra que vão pra clínica, mas algumas situações eles são encaminhados pra vim ao Caps...” (Trabalhador 5)

“...a porta de entrada é a estratégia de saúde da família...” (Coordenador 3).

Percebemos, claramente, que o fluxo de organização do Caps-Geral se dá de maneira hierarquizada, através de uma demanda organizada que parte da atenção primária e chega até o serviço especializado, através da referência e da contra-referência. Como bem complementa a discurso do seguinte usuário:

“...aí me deram um papel para mim apresentar aqui no Caps, aí passou uns dias aí eu vim aqui no Caps. graças a Deus de lá pra cá tem dado tudo certo...” (Usuário 5).

É fato que o modelo piramidal de organização dos serviços de saúde no Brasil foi de extrema relevância. Reduziu os gastos do sistema, possibilitou maior acesso à população, promoveu a criação de vínculos entre população e profissionais de saúde, educou os profissionais e a população numa perspectiva de conhecimentos de como os serviços funcionam e quais os seus objetivos específicos. Porém, como bem destaca Cecílio (1997) a forma “piramidal” de organização não tem dado conta da demanda dos usuários que buscam os serviços de saúde, pois as pessoas acessam o sistema de saúde por onde é mais fácil conseguirem atendimento, além de não se poder escolher o dia e a hora que vai adoecer. Por exemplo, quando se adocece nos fins de semana e as unidades de atenção primária à saúde não estão funcionando. Onde procurar atendimento se não nos espaços de urgência e emergência?

No caso de Sobral, os casos que necessitam de alguma urgência ou emergência nos finais de semana são referenciados à Unidade de Internação em Hospital Geral Luís Odorico Monteiro, avaliados pelo plantonista clínico e depois passando por uma avaliação psiquiátrica, possivelmente ainda no final de semana, como bem destaca os discursos abaixo:

“...fui direto pra internação, quando eu cheguei lá já tinha um lugar certo pra eu ficar.....(Usuário 9).

“...quando não o Caps já encaminha o paciente com prescrição feita, até laudo já vem preenchido de lá tudo bem organizado ou nos finais de semana quando não tem, recebe a atenção do plantonista e pede uma avaliação o psiquiatra no outro dia.....” (Trabalhador 8)

Os serviços possibilitam diversas formas de acesso aos cuidados necessários, não ficando a população desassistida, principalmente, durante os fins de semana quando os serviços de referência secundária Caps estão fechados. E o mais importante é que o indivíduo que foi atendido na emergência do Hospital será depois encaminhado ao serviço de referência, desobedecendo à hierarquia do modelo piramidal de assistência e podendo até mesmo, caso já seja usuário dos serviços, ser visitado pelo profissional de referência que o acompanha, como bem complementa o discurso:

“...se tem um paciente internado na psiquiatria a gente mantém intercâmbio com os Caps, questão de prontuários, qual foi a última de depósito que foi administrada quando?... Isso já vem no prontuário...e também a gente busca outras informações enquanto o paciente esteja internado, fazer uma visita domiciliar, rastrear melhor o que foi que houve saber se está tomando a medicação mesmo direito, que às vezes não está aderindo bem ao tratamento e assim tem esse intercâmbio...” (Coordenador 5)

Outro aspecto diz respeito aos procedimentos burocráticos do sistema de referência e contra-referência que ocorrem de maneira engessada e rígida sem possibilidades de flexibilização, ficando a circulação dos usuários obstaculizada por inúmeros procedimentos que não garantem em nada os atendimentos dos usuários (SILVA JÚNIOR, ALVES & ALVES 2005). Um desses obstáculos são as exigências formais para que as consultas especializadas só sejam marcadas se referenciadas através da rede básica de saúde, enrijecendo o acesso dos usuários aos serviços prestados (CECÍLIO, 1997).

O fato de a demanda ser organizada não significa necessariamente que ela obedeça ao modelo “piramidal” de encaminhamento, através de referência e contra-referência e obedeça a um fluxo que vai do nível primário ao terciário hierarquicamente. A demanda pode ser

organizada através de encaminhamentos de diferentes níveis hierárquicos do sistema de saúde e de outros setores desde que possua um protocolo a ser seguido e com pessoas habilitadas para realizar tais procedimentos. Assim a demanda pode ser organizada de outra forma, não obedecendo a padrões rígidos de hierarquização e utilizando-se de outros setores que não somente os serviços que compõem a rede de saúde, como os discursos convergentes abaixo nos mostra:

“...só que a gente tem algumas exceções a gente um diálogo muito forte com a Grendene... algumas situações que são verificadas pelo médico do trabalho ou pelo setor de serviço social da empresa que tem risco, que são pacientes com, mas nem só pacientes do Caps, mas pessoas que procuram esses profissionais relatam ideação suicida, ou eles percebem que é uma depressão que já não é algo leve eles já encaminham, ligam pra gente, encaminham e a gente já atende sem passar pelo tramite da atenção básica...” (Trabalhador 5).

“...nossa demanda ela chega na rede, não só espontaneamente direto ao serviço.... ela chega também através dos equipamentos que compõem a rede.... o hospital.... nós temos encaminhamentos da unidades básicas de saúde... de outros equipamentos que não compõem a rede.... de programas sociais daqui do município, como por exemplo conselho tutelar, um CREAS, CRASS... eu citaria também o Juizado, o fórum” (Trabalhador 1)

“...ela tava usando droga, na escola ela teve baixo rendimento escolar, e eu fui pedir ajuda até o SOS criança, onde ela foi colocada no abrigo domiciliar de sobral, e ai ela foi encaminhada pra cá... através do abrigo domiciliar.....” (Usuário 1)

Defendemos, portanto, a demanda organizada como uma forma de melhorar e dar mais qualidade aos encaminhamentos aos serviços de saúde, e não apenas uma forma de se enrijecer em normas e procedimentos técnicos que muitas das vezes dificultam o acesso dos usuários aos serviços. Esta seria uma das formas de responsabilizar os diversos setores da sociedade, bem como os atores envolvidos, garantindo interlocução e proporcionando a criação de novas redes de articulação e responsabilização mútua dos casos encaminhados. Como bem destaca Hartz e Contandriopoulous (2004. p. 334), uma dupla leitura deve ser observada sobre a natureza do objeto “rede”: uma que diz respeito à estrutura organizacional, voltada para a produção dos serviços e outra que diz respeito à renegociação dos papéis dos atores envolvidos no processo; possibilitando novas soluções para antigos problemas através de um contexto de mudança e de compromissos mútuos.

Cecílio (2001) propõe que a integralidade da assistência não está restrita apenas a um serviço de saúde, é fruto da articulação entre os serviços que compõem o sistema de saúde e

mais ainda aos diversos setores da sociedade que estão envolvidos, não necessariamente o setor saúde. Para o autor acima, as tecnologias em saúde para melhorar a qualidade de vida da população estão distribuídas numa ampla gama de serviços, necessitando, portanto, de um esforço intersetorial.

Podemos observar que os serviços de saúde mental de Sobral não se consolidam como modelo “piramidal” através dos procedimentos de referência e contra-referência, pois apresentam outras possibilidades de acesso aos serviços e procuram se adequar à demanda que se apresenta. Não há uma rigidez quanto à “porta de entrada”, ou seja, há uma quebra da lógica verticalizada do sistema de saúde. Os encaminhamentos podem vir tanto no nível primário de atenção quanto referenciado dos hospitais de referência. Os clientes advêm dos mais diversos setores sociais, bem como de quaisquer níveis de complexidade do sistema de saúde, como se comprova nos discursos que se seguem:

“...peguei uma depressão na empresa de calçados e fui encaminhado para o Caps-Geral...” (Usuário 3)

“...Fui no hospital conversei com a assistente social de lá e ela foi e me encaminhou pra cá...” (Usuário 8)

“...se é um caso grave que a pessoa precisa de um atendimento, de um pronto atendimento, aí nós temos o técnico o trabalhador de saúde que fica de referência no acolhimento, tanto no turno da manhã quanto no turno da tarde ele acolhe este caso...” (Coordenador 3).

“...ou de populares que vê uma pessoa desorganizada que está perambulando pela rua e aí nos comunica e a gente faz a busca ativa nessa situação...” (Trabalhador 5).

Outro fator é a particularidade de cada serviço de saúde mental que, devido ao seu perfil de clientela, pode estar aberto à demanda espontânea, como é o caso do Caps-Ad, que atende a clientela com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, que por natureza tem dificuldade de buscar os serviços especializados, como bem ilustra o discurso abaixo:

“...de primeiro tinha que vir encaminhado do médico do posto de saúde do bairro, mas agora pode vir direto já...” (Trabalhador 4).

“o acompanhamento do Caps-Ad quando eu comecei a usar crack...” (Usuário 2).

“...aí o paciente chega né, vem por demanda espontânea... pode ser por encaminhamento, pelo PSF, pelo posto de saúde, ou por intermédio de terceiros...” (Trabalhador 2)

De acordo com o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, no âmbito do SUS, os principais componentes da assistência aos usuários são: a atenção básica; os CAPS-AD, ambulatórios e outras unidades hospitalares especializadas; a atenção hospitalar de referência e a rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços colocados à disposição (MORAES, 2008). A atenção à saúde mental de Sobral demonstra consonância com o referido Programa quando facilita o acesso dos usuários aos serviços, através da demanda espontânea e articula as ações com os diversos níveis de complexidade do sistema de saúde.

Nesse caso o modelo “piramidal” de organização dos serviços pode inviabilizar os encaminhamentos e conseqüentemente o acesso ao referido serviço Casp-Ad, já que naturalmente os usuários de drogas não se sentem à vontade em buscar os serviços de atenção básica em saúde. A necessidade burocrática de um encaminhamento poderá fazer com que o usuário se intimide em buscar um serviço de saúde próximo à sua casa, pois há muito preconceito e discriminação em relação às pessoas que têm problemas relacionados ao abuso de substâncias psicoativas.

Percebemos, portanto, que a atenção à saúde mental em Sobral possui várias “portas de entrada” para os que necessitam de cuidados; caracterizando um modelo de atenção que se distancia de um modelo verticalizado e passa atuar de maneira horizontalizada, aproximando-se de uma articulação em rede, de acordo com o conceito de Deleuze e Guattari (1995): o modelo rizomático, onde uma das características mais importantes deste tipo de modelo é ter sempre múltiplas entradas.

Atenção em Rede

Pelo que já podemos observar, a organização dos serviços de saúde mental se aproxima de uma organização em rede. Não apenas pelo fato de existirem diversos serviços que compõem a saúde mental no município nos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, nem ainda pelas equipes multiprofissionais que integram o quadro de funcionários, mas pelo poder de articulação dos serviços entre si e também pela articulação dos serviços de saúde mental com os demais setores sociais. A organização em rede rompe com o modelo tradicional hierárquico em níveis de complexidade rígidos sem poder de flexibilização das ações, limitando a assistência e organizando a demanda de acordo com as necessidades do sistema e não de acordo com as necessidades dos usuários.

Para Franco (2006), todo processo de trabalho em saúde opera em rede, pois parte da perspectiva que a relação entre os trabalhadores e deles com usuários, que estão inseridos num dado território, possibilita a interlocução entre os atores na construção de redes de

articulação na produção do cuidado, porém a construção desta rede pode estagnar e ficar enrijecida pelos procedimentos burocráticos e normativos, através de regras preestabelecidas que repetem velhos métodos de gerir o cuidado. Isto parece não acontecer na atenção à saúde mental em Sobral, como demonstra o discurso abaixo, que desconstrói a norma estabelecida e lança novas possibilidades de integração entre os diversos serviços que compõem o sistema de saúde:

“...este fluxo pode entrar pelo hospital, que não é a forma preconizada, a forma seria entra pela atenção básica...”
(Trabalhador 9)

A relação entre os serviços de saúde mental secundário Caps e a Unidade de Internação Psiquiátrica é bem estreita, assim como a relação com as unidades do Programa de Saúde da Família. Um dos motivos é o de que vários profissionais que trabalham nos serviços Caps atuam também na Unidade de Internação e realizam o matriciamento nos postos de saúde do município, possibilitando um acompanhamento mais próximo dos casos e facilitando a comunicação entre os serviços, complementando a idéia acima discutida de que o processo de trabalho em rede se constrói a partir da desconstrução dos modelos preestabelecidos e normativos, engessado em funções cristalizadas. Idéia esta complementada pelos discursos que se seguem:

“...Como a equipe de internação é a que compõem os outros serviços então é um processo bem menos burocrático, só precisa saber se tem vaga ou não...” (Coordenador 2)

“...e uma coisa que facilita muito é o fato de ter profissionais num serviço que freqüentam o outro isso ajuda muito a questão da comunicação da relação do paciente com a equipe...” (Trabalhador 6)

“...como a gente tem a unidade psiquiátrica e tem a clínica tem um médico que trabalha com a gente que trabalha todos os dias no hospital ele é que faz esta ponte.... como a gente tem dois assistentes sociais um no Caps-Ad e outro no Caps-Geral que estão uma vez por semana no hospital, casos que precisem de alguma resolução do serviço social... a gente tenta fazer de toda forma para que assim que o paciente saia do hospital seja encaminhado pra cá, como a gente dá plantão, tem todo um envolvimento, não é só o médico que está lá é uma equipe toda...” (Coordenador 1)

“...a comunicação entre UBS e os serviços de referência Caps e Caps-Ad a maioria é feita através da preceptoria de Psiquiatria que agora, há um tempo já está, não só está indo só o psiquiatra em alguns centro de saúde da família já vai o psiquiatra e outro profissional, como terapeuta ocupacional, psicólogo...” (Trabalhador 5)

Este aspecto vem reforçar a idéia de que os serviços de saúde mental de Sobral se organizam em forma de rede, distanciando-se da lógica hierarquizada e “piramidal” dos modelos mais tradicionais de assistência. O fato desta articulação se dá em rede e não de maneira “hierarquizada” não significa que os serviços absorvam a demanda de maneira desorganizada, tais quais os modelos de acesso através da demanda espontânea, na maioria das vezes equivocada e sim pelo fato de haver articulação horizontalizada dos serviços e entre os diversos níveis de complexidade do sistema, através da circulação dos profissionais pelos diversos serviços que compõem a rede, pelos fluxos de encaminhamentos dos usuários dentro desta rede e pela articulação dos serviços com outros setores da sociedade.

Os serviços de saúde mental se articulam entre si e se articulam com o restante da rede de serviços que compõem o sistema de saúde. Rompem com a idéia de hierarquização de organização dos serviços de saúde, permitindo a circulação de profissionais pelos serviços que compõem a rede e atuando nos mais diferentes níveis de complexidade, assim como possibilita a assistência dos seus usuários ao mesmo tempo nos mais diversos níveis de complexidade do sistema de saúde. Essa proposta de organização é qualificada por Tófoli (2007) como uma “des-hierarquização”. Os profissionais estão em vários serviços de saúde mental, nos seus mais diversos níveis de complexidade: Unidade de Internação Hospitalar, Caps e PSF. Podemos ainda empiricamente comprovar que esta “Des-hierarquização” proposta pelo autor também é reforçada no presente estudo quando observamos a circulação dos usuários de saúde mental em níveis de complexidade diferentes ao mesmo tempo, desconstruindo a idéia enrijecida do modelo “piramidal” de atenção à saúde, onde o indivíduo só poderia estar em um nível hierárquico por vez.

O fato de os profissionais poderem circular através dos serviços viabiliza a construção de novas articulações e fluxos conectivos, além da experimentação de novos processos de trabalho, não se cristalizando em determinadas funções específicas. Os profissionais que realizam os matriciamentos têm a possibilidade ainda de observarem os usuários no seu território e observar comportamentos que não poderiam ser percebidos, por exemplo numa internação ou num acompanhamento ambulatorial.

Para Campos (1999) o apoio matricial, ou seja, o apoio especializado Dodô a uma determinada equipe, por profissionais que com maior habilidade em um dado conhecimento, possibilita a construção de um projeto terapêutico singularizado para os

usuários, rompendo com a velha lógica burocrática do encaminhamento das referências e contra-referências, que, na maioria das vezes, costuma ser uma ferramenta de desresponsabilização dos profissionais em relação aos usuários. No matriciamento, há a configuração da construção de um projeto terapêutico amplo, onde não apenas a equipe de referência está envolvida no caso, mas articula outros atores para a condução do caso.

Corroborando com esta idéia Nóbrega e Vieira (2004) propõem que a prática terapêutica no território se modula de maneira diferente da do consultório, construindo um trabalho junto à população local e nos serviços comunitários. A interconecção entre os serviços de saúde de mental e os PSFs evita a fragmentação dos atendimentos e facilita o planejamento das ações no território, tais como: os atendimentos domiciliares e as intervenções clínicas na rede pessoal significativa dos sujeitos.

Como percebemos, o matriciamento possibilita a construção de um projeto terapêutico que não se limita às fronteiras de um dado serviço, é diluído em diversas instâncias, articulado por uma equipe de referência e mobiliza diversos atores para lidar com o andamento do caso. Possibilita um cardápio amplo de estratégias que enriquece o projeto terapêutico e viabiliza a articulação de redes de cuidados. Os serviços de saúde mental, através dos seus profissionais que formam as equipes de matriciamento, podem explorar recursos comunitários outros que não apenas as ferramentas clínicas dos ambulatórios, discutindo com as equipes de saúde da família estratégias que perpassem os diversos níveis de atenção do sistema de saúde, e criando novas linhas de cuidado que visem atender à demanda do usuário.

Destacamos, portanto, que o fato desta junção de serviços de saúde mental se auto-intitular “Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral-CE” poderia suscitar a idéia de uma rede que está dissociada do restante da rede de serviço que compõem o sistema de saúde, porém não é o que identificamos empiricamente nos discursos convergentes que se seguem:

“...a unidade de saúde quer discutir um caso vai a equipe do Caps até eles ou a gente vai discutir um caso aqui no Caps chama a equipe de saúde da família pra vim discutir conosco.....(Trabalhador 5)

“.....dentro dessa rede vai estar circulando dentro dessa rede, e a rede entra tanto os Caps, quanto o hospital como a atenção básica, como por exemplo, ele (o Paciente) pode estar freqüentando os três níveis de atenção dentro dessa rede.... Ele pode ser internado num período e ficar no Caps outro

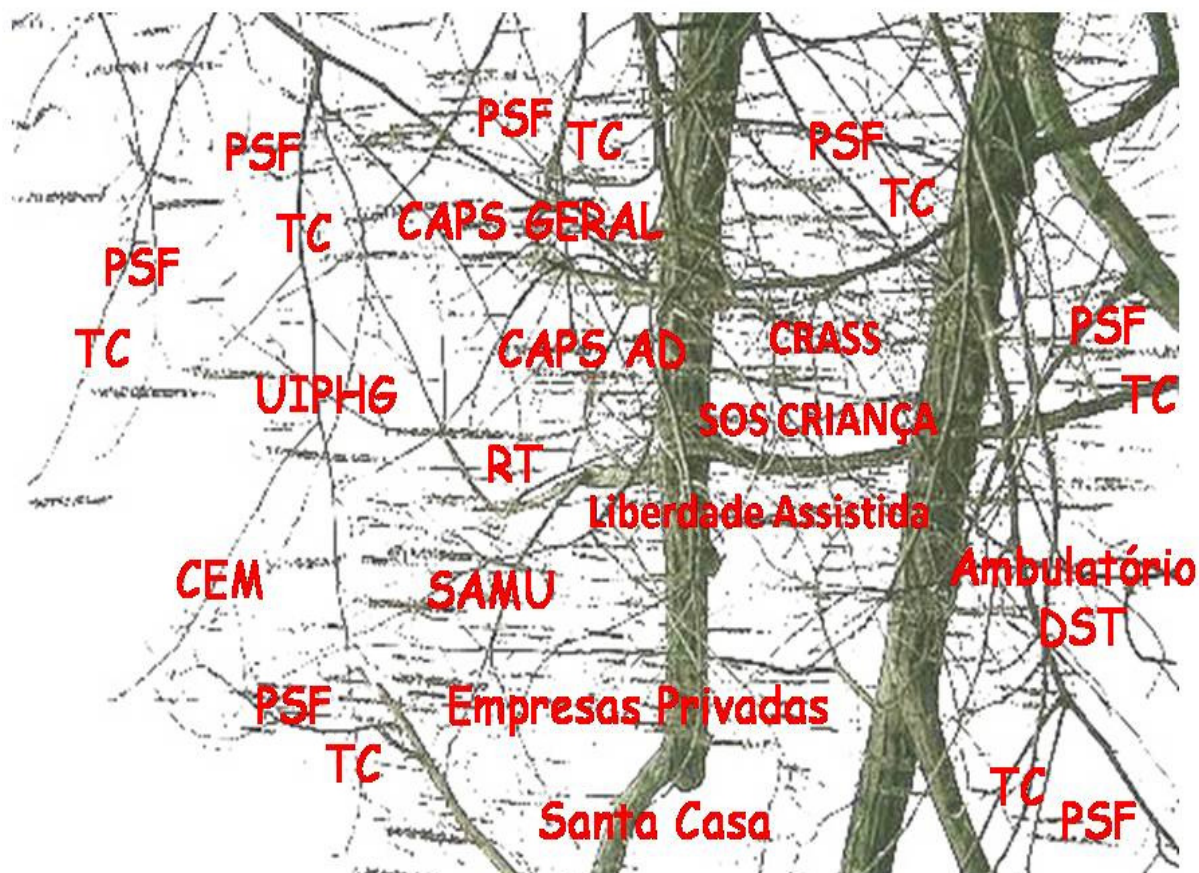
período, pode dentro desse mesmo período esta no Caps e na atenção básica..... participando da terapia comunitária que acontece na atenção básica, participando da massoterapia, ou sendo acompanhado pelo psiquiatra lá na atenção básica e no Caps pelo psicólogo.... então ele vai estar circulando dentro dessa rede dependendo das necessidades dele.....” (Trabalhador 9)

“...Passei primeiro por aqui e daqui eles me botaram pra lá.... Da outra vez foi lá da clínica do Dr. Jurandir (ambulatório de DST), que o médico psiquiatra me levou pra lá também..... de lá ele já me encaminhou pra lá (pro hospital) quando eu passei uns dias lá e sai bem melhor. (Usuário 9)

Vislumbramos a atenção em saúde mental em Sobral como uma raiz do tipo rizoma, de acordo com o conceito de Deleuze e Guattari (1995), onde a forma de organização é caracterizada pelas múltiplas dimensões e interconexões. Não possui uma hierarquia preestabelecidas e sim várias possibilidades de entrada e de circulação por esse emaranhado da rede que se interconecta com o objetivo de prestar atenção aos que dela precisam, possibilitando não só uma capilaridade no atendimento de seus usuários entre os serviços que a compõem a atenção à saúde mental, mas também com os outros serviços de saúde em seus diversos níveis de complexidade.

FIGURA 4: Modelo de Atenção à saúde mental do município de Sobral-CE.

REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL SOBRAL-CE



Fonte: Adaptado do modelo Rizoma de Deleuze e Guattari

A forma de organização em rede rompe com o modelo de hierarquização tradicional e aproxima-se, de acordo com Silva Júnior, Alves & Alves (2005) de uma rede circular, com múltiplas entradas e se organizando a partir das necessidades dos usuários. Uma rede onde não há maior ou menor, posterior ou anterior, início e fim, e sim um emaranhado de ligações e conexões que têm como objetivo final o atendimento da demanda do usuário e a articulação de diversas possibilidades para o cuidado dos pacientes.

Observamos, portanto, que a atenção à saúde mental em Sobral aproxima-se de um modelo (des)hierarquizado que viabiliza o cuidado integral dos seus usuários a partir da articulação dos serviços entre si e da articulação dos serviços de saúde mental com o restante da rede assistencial de saúde. Possibilita articulações com os diversos setores da sociedade e ajuda a desconstruir a ideia de que o louco precisa ser tratado apenas num espaço restrito a ele. Onocko-campos e Furtado (2006, p 1056) afirma que os Caps têm a função primordial de articular as ações de saúde mental no território, articulando suas ações nos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde e possibilitando a articulação com outros setores sociais. A

subversão da lógica da hierarquização efetivada pelos Caps, ao estruturarem-se como “equipamentos-síntese”, agregam os diferentes níveis de atenção em uma só unidade; fazendo emergir relevantes questões e debates no âmbito da própria organização do SUS.

Percebemos, portanto que a articulação dos serviços de saúde mental em rede horizontalizada possibilita uma interlocução maior dos serviços com os demais serviços de saúde, promovendo uma maior capilaridade das ações em saúde mental no território e se articulando com outros setores sociais. Desconstroem a lógica piramidal hierárquica do Sistema Único de Saúde, permitindo várias opções de “portas de entrada” para seus usuários na rede de serviços, possibilitando o trânsito dos profissionais da rede de atenção através dos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, permitindo ao usuário estar, de acordo com seu projeto terapêutico, em vários níveis de complexidade ao mesmo tempo, sendo os serviços verdadeiros agenciadores das ações de saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral-CE passou por todo um processo político para ser finalmente concretizada. Após o fechamento do hospital psiquiátrico, foi construída, toda uma rede de serviços que possibilitasse uma assistência integral aos portadores de transtornos mentais. A assistência integral está diluída nos três níveis de Atenção do Sistema de Saúde, nível primário: com ações de saúde mental nos Programa Saúde da Família, através dos matriciamentos em saúde mental, nas discussões conjuntas dos casos atendidos e nas rodas de terapias comunitárias. No nível secundário, com a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps e Caps-Ad), na implantação da Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral – nível terciário e, posteriormente, a internação de casos psiquiátricos mais leves na unidade clínica do mesmo hospital; além da articulação desse serviço com o restante dos serviços que fazem parte do sistema de saúde e com outros setores da sociedade.

Ao longo dos últimos nove anos, a atenção em saúde mental no município tem passado por transformações profundas, avançando não somente na construção de novos serviços de saúde mental, mas também substituindo um modelo de atenção manicomial excludente e biologicista por um modelo de atenção psicossocial e inclusivo.

No entanto, dificuldades são enfrentadas, pois a (des)construção do antigo modelo de atenção não é uma tarefa fácil devido a toda uma construção teórica e prática do antigo modelo psiquiátrico clássico e o da assistência em saúde, ainda centrado na doença e na busca pela cura.

Dificuldades

As mudanças ocorrem de forma lenta, principalmente em relação à (des)construção do estigmas de “louco”, “incapaz” “violento”, “improdutivo” atribuídos as pessoas com transtornos mentais, fruto da institucionalização reforçada e afirmada cientificamente pelo aparato manicomial. Embora passados quase dez anos da implantação da rede, ainda percebemos os escombros do manicômio, por parte dos profissionais, inclusive dos que estão diretamente ligados à saúde mental. Os profissionais dos PSFs ainda têm dificuldades de entender como se aborda indivíduos com transtornos mentais e, por vezes, até desconhecem estas pessoas como potenciais adoecedoras de outras patologias e que podem ser cuidadas em locais que não os espaços que lhes foram reservados por séculos de exclusão.

A idéia de um lugar onde as pessoas possam ser tratadas e curadas ainda aparece nos discursos, como se a única forma de cuidar dessas pessoas fosse isolando-as da sociedade e separando-as das famílias para que venham a ter o mínimo de tranquilidade distante dos que adoecem mentalmente. Esse pensamento ainda está engendrado na população como se o adoecimento psíquico fosse algo centrado no indivíduo, no corpo biológico e não na estruturação do sujeito inserido numa família, numa sociedade, conjunto de várias dimensões.

Percebemos ainda a prática medicamentosa com um grande poder estruturado, com o caráter do tratamento preso à lógica do manicômio, onde os medicamentos eram a única forma de apaziguar os corpos e as mentes insanas. Embora novas práticas estejam inseridas nos novos serviços de saúde mental, o remédio aparece ainda como o recurso que possibilita a cura, que traz o apaziguamento dos sintomas, possuindo assim uma representação muito forte no campo da saúde mental.

Outra dificuldade que percebemos é o da Rede de Saúde Mental de Sobral atender, de forma adequada, a demanda advinda dos outros municípios, devido aos pactos de regionalização. Por ser sede de uma macrorregião é sobrecarregada de funções e não dá conta de fornecer um atendimento de qualidade aos que dela necessitam, além de que os municípios parecem não se mostrarem eficientes na contrapartida, fornecendo as medicações, o transporte e assumindo os casos em seus territórios com responsabilização.

No entanto a Rede de Atenção à Saúde Mental de Sobral nos possibilita refletir sobre questões que perpassam a saúde coletiva, no que diz respeito aos modelos de organização dos serviços de saúde no Brasil.

Reflexões

A atenção à saúde mental em Sobral rompe com normas organizacionais estabelecidas com o objetivo de prestar uma melhor assistência aos que delas necessitem. Rompe com o modelo verticalizado do Sistema de Saúde e possibilita articulações horizontalizadas entre os níveis de complexidade do sistema, através dos serviços de saúde mental, ou das ações que são desenvolvidas. (Des)constrói o modelo hierarquizado quando possibilita a circulação dos profissionais por todos os níveis de complexidade. Os profissionais circulam na rede de atenção em seus diversos níveis, atendendo, acompanhando os casos, experimentando espaços novos de trabalho, conhecendo os usuários em seus territórios, viabilizando a construção de um projeto terapêutico que efetivamente englobe uma maior gama de recursos terapêuticos.

Outro fator que rompe com a lógica verticalizada e hierárquica de organização dos serviços de saúde é a possibilidade de os usuários circularem nessa Rede de atenção à medida que vão demandando necessidades e podendo estar ao mesmo tempo frequentando níveis hierárquicos diferentes no mesmo momento como por exemplo, estar internado na UIPHG e poder e realizando atividades nos Caps, com o objetivo de já construir um vínculo com as equipes que vão acompanhá-lo na pós-alta.

O presente estudo destaca ainda que os fluxos de encaminhamento nos serviço podem acontecer de diversas formas e não apenas se dá a partir da atenção primária, com encaminhamentos burocráticos e desresponsabilização dos casos. Os fluxos podem ocorrer em diversas direções, possibilitando um maior acesso à rede de cuidados de forma organizada e sem desassistência aos seus usuários.

Concluimos, portanto, que a atenção à saúde mental em Sobral tem possibilitado a (Des)construção do modelo manicomial, através da implantação de serviços e ações que abarquem as diversas demandas do usuários nos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, assim como promovendo a (des)construção na sociedade do estigma e do preconceito das pessoas com transtornos mentais. A organização dos serviços em rede, que perpassa os diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, possibilita uma articulação maior dos serviços entre si e entre esses serviços com os demais serviços de saúde, assim como com os diversos setores da sociedade. Esta articulação de forma horizontalizada viabiliza a assistência de maneira mais integrada aos seus usuários, articulando os cuidados aos usuários com uma gama de possibilidades no seu território e nos demais equipamentos sociais; contribuindo para a (des)construção da segregação e do confinamento das pessoas portadoras de transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. Os sentidos das práticas voltadas para a saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, A. R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ. IMS: ABRASCO, 2001. P. 157-166.
- ALMEIDA, P. F. **O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental: um estudo de caso do centro de atenção psicossocial Rubens Corrêa/RJ**. Dissertação apresentada para a obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, da Sub-área de Políticas Públicas e Saúde, Rio de Janeiro, 2002.
- ALVES, S. D. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, A. R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ. IMS: ABRASCO, 2001. p. 167-176.
- AMARANTE, P. D. C. A estratégia do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: KALIL, M. E. X. (Org.) **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. Editoras Hucitec, São Paulo. Rev Saúde Loucura, n 7, p 103-120, 1992.
- AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.
- AMARANTE, P. D. C.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001
- AMARANTE, P. D.; GULJOR, A. P. Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização: a (Re)construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.
- ANDRADE, L. O. M., BARRETO, I. C. H. C., GOYA, N. & MARTINS JÚNIOR, T. **Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde**. Revista de Políticas Públicas: SANARE, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Sobral-CE, ano V, n. 1, 2004.

ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(1): 207-215, jan, 2007.

ASSIS, M. M. A. As formas de produção dos serviços de saúde: o público e o privado. **Tese de doutorado**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 1998.

BARRETO, A. P. **Terapia Comunitária passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BR). **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF); 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. Editora: Ministério da Saúde, 2ª Ed, 2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.336/GM** de 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental e o SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. v.1 Brasília, 2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas/Ministério da Saúde**, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção a Saúde, CNDST/ AIDS. – 1ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, SENADO FEDERAL. Casa Civil, Sub-Chefia para Assuntos Jurídicos. **LEI Nº 10.708**, DE 31 de Julho de 2003.

CAMPOS, W. S. G. **A reforma da reforma: repensando a saúde**. Hucitec, São Paulo, 1992.

CAMPOS, W. S. G. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec. 2000.

CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira; AMARANTE, Paulo. Força, diferenças e loucura: pensando para além do princípio da clínica. In.: AMARANTE, Paulo. (Coord). **Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 41-52. 2000.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, UERJ, IMS, p. 113-126. 2001.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(3): 469-478, jul-set. 1997.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2005.

COOPER, D. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. Ed perspectiva, São Paulo, 1989.

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In.: AMARANTE, Paulo. (Coord). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p 141-168. 2000.

DÂMASO, R. Saber e práxis na reforma sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. (Org). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. Ed Cortez – São Paulo. ABRASCO – Rio de Janeiro. p. 61-90, 1989.

DELGADO, P. G. G.; SCHECHTMAN. A. (et. al.) Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F., MELLO, A. A. F. & KOHN R. (Org). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Artmed, Porto Alegre, 2007.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. Editora Atlas, São Paulo, 1989.

DUARTE, A. R. & OLIVEIRA, E. N. Serviço residencial terapêutico de Sobral-CE: um dispositivo de inclusão social. **SANARE: Revista de políticas públicas Sobral-CE: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia**: vol. 6, n.2, jul/dez. 2005/2007. p. 43-48.

FERLA, A. A., LEAL, M. B. & PINHEIRO, R. Um olhar sobre as práticas avaliativas em descentralização do sistema de saúde: construindo uma abordagem analítica para atuação em rede. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Org). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, Rio de Janeiro, p35-60, 2006.

FERREIRA, G. Desinstitucionalização e integralidade: um estudo do processo da reforma psiquiátrica no Brasil. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.) **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. p. 209-w223. 2007.

FOUCAULT, M. **A história da loucura**. São Paulo: Perspectiva. 8ª edição. 2007.

GENEROSO, C. M. A orientação da psicanálise em um serviço residencial terapêutico: a casa de aposentados - uma pequena construção. **Estudos e pesquisas em psicologia**, UERJ, RJ, Ano 8, n.1, p. 67-73, 1º semestre DE 2008

GERRSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2004.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2ª edição, 1987.

GUIMARÃES, J. M. X. **Satisfação dos trabalhadores de saúde mental: o caso dos centros de atenção psicossocial de Fortaleza – Ceará**. Dissertação de mestrado apresentado no curso de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, nov, 2007.

GUIZARDI, F., PINHEIRO, R., MACHADO, F. R. S. & DELAAI, T. Participação, democracia institucional e competência: algumas questões sobre os modos de produção de gestão no SUS. In: PINHEIRO, R., FERLA, A. A. & MATTOS, R. A. (Org). **Gestão em redes: tecendo fios da integralidade em saúde**. EDUCS – CEPESC – IMS/UERJ, Rio de Janeiro, p 9-23, 2006.

GULJOR, A. P. e PINHEIRO, R. Demanda por cuidado na desinstitucionalização: concepções e percepções dos trabalhadores sobre a construção de demanda e necessidades em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.) **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. p. 65-90. 2007.

GULJOR, A. P.; VIDAL, C. Centro de atenção psicossocial Vila Esperança: o papel das redes na estratégia de suporte à desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes: tecendo fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EDUCS – CEPESC IMS/UERJ. p. 81-95. 2006.

HARTZ, Z. M. A. & CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2: 5331-5336, 2004.

HOLANDA, V. R.; DIAS, M. D.; FERREIRA FILHA, M. O. Contribuições a terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes. **Revista eletrônica de enfermagem**. v. 09, n. 01, p. 79-92. 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/pdf/v9n1a06.pdf>. Acesso em 13 out de 2008.

JORGE, M. S. B., GUIMARÃES, J. M. X., NOGUEIRA, M. E. F., MOREIRA, T. M. M.; MORAIS, A. P. P. Gestão de recursos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial no contexto da política

de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. **Texto & Contexto**, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis- SC, v 16, n 003, pp 417-425, 2007.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. (et. al.) **Tratado de Saúde Coletiva**, São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 615-634, 2006.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. Clínica e cotidiano: o Caps como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.) **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. p. 137-154. 2007.

LIMA, J. C. S. (et. al.). A Psiquiatria no âmbito da Previdência Social. In: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. (Org.) **Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2007.

LOUGON, M. **Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MACHADO, A. L.; COLVERO, L. A. Unidade de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e atuação da equipe de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, set-out; 11(5):672-7. 2003

MATTOS, R. A. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como um valor**. CEPESC - IMS/UERJ – ABRASCO. Rio de Janeiro, p. 369-383, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6 ed. São Paulo (SP): Hucitec, 1999.

MORAES, Maristela. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2008.

OLIVEIRA, E. X. G., CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS C. Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):386-402, mar-abr, 2004.

ONOCKO CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Rev. Latam. Psicopat. Fund.**, VIII, 1, 109-122, mar 2005.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação de rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(5): 1053-1062, mai, 2006.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, Z. M.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 567-586. 2003.

PASSOS, I. C. F. Cartografia das publicações brasileira em saúde mental: 1980 – 1996. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 19, n° 3. pp. 231-240, Brasília, set-dez, 2003.

PEREIRA, M. F. Damião – um grito de socorro e solidão. In: OLIVEIRA SILVA, M. V. **A instituição sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. p. 115-221. 2001.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. D Práticas Eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS. UERJ. ABRASCO. p.7-34. 2003.

QUINDERÉ, P.H.D. **Análise do perfil epidemiológico da clientela atendida no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) de Sobral-CE**. Monografia apresentada ao curso de especialização em saúde mental da Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia e Universidade Estadual Vale do Acaraú – UEVA. 2006, Sobral-CE.

RAZZOUK, D., ZORZETTO, R., DUBUGRAS, M. T., GERODIN, J.; MARI, J. J. Mental health and psychiatry research in Brazil: scientific production from 1999 to 2003. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 40(N esp): 93-100, 2006.

REY, F. L. G. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. Pioneira Thompson Learning, São Paulo, 2002.

RICHARDSON, R. J. (Cols.) **Pesquisa social: métodos e técnicas**. Editora Atlas, São Paulo, 1999.

SÁ, R. A. R.; BARROS, M. M. M.; COSTA, M. S. A. Saúde mental em Sobral-CE: atenção com humanização e inclusão social. **SANARE: Revista de políticas públicas Sobral-CE: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia**: vol. 6, n.2, jul/dez. 2005/2007. p. 26-33.

SAMPAIO, J. J. C. & BARROSO, C. M. C. Centro de atenção psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. In: LANCETTI, A. (et. al.) **Saúde mental e saúde da família**. **Revista saúde loucura**, editora Hucitec, São Paulo, N° 7, p. 167-188, 2001.

- SAMPAIO, J. J. C. Proposta de política de saúde mental de Sobral-CE. 1997. Mimeografado.
- SAMPAIO, J. J. C., SANTOS, A. W. G.; ANDRADE, L. O. M. Saúde mental e cidadania: um desafio local. In: VILAÇA, E. (Org). A organização de saúde no nível local. **Revista Saúde Loucura**. Editora Hucitec, São Paulo, p. 267-280, 1998.
- SAMPAIO, J. J. C.; CARNEIRO, C. Rede de atenção integral à saúde mental de Sobral-CE: planejamento, supervisão e reflexões críticas. **SANARE: Revista de políticas públicas Sobral-CE: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia**: vol. 6, n.2, jul/dez. 2005/2007. p. 7-25.
- SILVA, M. A. A. B. M., OLIVEIRA, E. N.; MARTINS JÚNIOR, T. Organização da nova rede de atenção mental do município de Sobral. **SANARE: Revista Sobralense de políticas Públicas – Políticas Públicas construindo um município saudável**. Ano II, n. 3, out/nov/dez de 2000. Sobral-CE.
- SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev. Latino-am enfermagem**. 13(4): 591-595. Jul/ago, 2005
- TEIXEIRA, C. Mudança do modelo de atenção á saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C.; SOLLA, J. P. **Modelos de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA. p. 19-58. 2006.
- TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **Rev. História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.
- TÓFOLI, L. F. Desinstitucionalização e integralidade no sertão cearense. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.) **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. p. 225-238. 2007.
- TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.
- VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Rev. Estudos de Psicologia**, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 9(2), 373-379, 2004.
- VIZEU, F. A instituição psiquiátrica moderna sob a perspectiva organizacional. **História, ciências, saúde – Manguinhos**. 1(12), p. 33-49, jan/abr. 2005.

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido usuários

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

PESQUISA: ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE: INTERAÇÕES ENTRE OS NÍVEIS DE COMPLEXIDADE, COMPOSIÇÃO DAS PRÁTICAS E SERVIÇOS.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

USUÁRIOS

O estudo pretende contribuir para a discussão do modelo de saúde mental a fim de garantir o acesso universal com efetividade e resolutividade, como o grande desafio a ser enfrentado na luta pela implementação efetiva do Sistema Único de Saúde e da construção da cidadania.

A pesquisa tem como objetivo: Analisar a organização da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral-CE nos anos de 1999 a 2008, na composição das práticas e serviços. A pesquisa será realizada nos serviços que compõem a Rede Integral à Saúde Mental de Sobral, e utilizará métodos qualitativos de pesquisa: entrevista semi-estruturada e observação sistemática das práticas.

Garante-se que:

- A pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes;
- As Informações serão sigilosas, e que não haverá divulgação personalizada das informações;
- Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação;
- Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida;
- Os participantes têm liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa.

Coordenador da Pesquisa: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge. Tel/Fax: (85) 3101.9826/3101.9891

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura do Participante
Pesquisador

Assinatura do

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

PESQUISA **Atenção à Saúde Mental do município de Sobral-CE: Interações entre os níveis de Complexidade, composição das práticas e serviços.**

Eu _____ aceito participar da pesquisa Atenção à Saúde Mental do município de Sobral-CE: interações entre os níveis de complexidade, composição das práticas e serviços de forma livre e esclarecida.

Fortaleza, ____/____/____

Ass./Rubrica do Participante: _____

Ass. do Pesquisador: _____

Apêndice B - Termo de consentimento livre e esclarecido gestores/trabalhadores

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

PESQUISA: ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE: INTERAÇÕES ENTRE OS NÍVEIS DE COMPLEXIDADE, COMPOSIÇÃO DAS PRÁTICAS E SERVIÇOS.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

GESTORES/TRABALHADORES

O estudo pretende contribuir para a discussão do modelo de saúde mental a fim de garantir o acesso universal com efetividade e resolutividade, como o grande desafio a ser enfrentado na luta pela implementação efetiva do Sistema Único de Saúde e da construção da cidadania.

A pesquisa tem como objetivo: Analisar a organização da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral-CE nos anos de 1999 a 2008, na composição das práticas e serviços. A pesquisa será realizada nos serviços que compõem a Rede Integral à Saúde Mental de Sobral, e utilizará métodos qualitativos de pesquisa: entrevista semi-estruturada e observação sistemática das práticas.

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientamos que as informações serão sigilosas, e que não haverá divulgação personalizada das informações.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores da saúde, a fim de criar políticas que melhorem a qualidade dos serviços.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida e a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa.

Coordenador da Pesquisa: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge. Tel/Fax: (85) 3101.9826/3101.9891

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura do Participante
Pesquisador

Assinatura do

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

PESQUISA: **Atenção à Saúde Mental do município de Sobral-CE: Interações entre os níveis de Complexidade, composição das práticas e serviços.**

Eu _____ aceito participar da pesquisa Atenção à Saúde Mental do município de Sobral-CE: interações entre os níveis de complexidade, composição das práticas e serviços de forma livre e esclarecida.

Fortaleza, ____/____/____

Ass./Rubrica do Participante: _____

Ass. do Pesquisador: _____

Apêndice C- Roteiro de Entrevista Usuários
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
(UECE)
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (CCS)
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE
PÚBLICA
Roteiro de Entrevista
(Usuário)

1. Identificação

Você esteve no serviço na condição de:

Usuário(_____)

Acompanhante (_____)

Sexo: [] Masculino [] Feminino

Idade: ____anos

2. Roteiro da Entrevista semi-estruturada

- Fale do seu processo de chegada até este serviço?
- Fale de seu atendimento no serviço (horário de funcionamento, tempo de espera, informações acerca do funcionamento do serviço)?
- O que motivou você a procurar esse serviço?

Apêndice D - Roteiro de Entrevista Trabalhador/Coordenador**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ****(UECE)****CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (CCS)****MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE****PÚBLICA**

Roteiro de Entrevista

(Trabalhador/Coordenador)

1. Identificação

Sexo: [] Masculino [] Feminino

Idade: ____anos

Gestor(a) () Trabalhador(a) ()

2. Roteiro de entrevista semi-estruturada

- Relate como se dá a organização do trabalho nesta unidade (relação entre a equipe e os usuários, admissão do cliente ao serviço, elaboração do projeto terapêutico, internação, encaminhamentos/acompanhamento).
- Fale como se processa o fluxo de atendimento da Rede Integral à Saúde Mental do Município de Sobral-CE (interações dentro da Rede e articulação com os demais setores sociais e de saúde, atuação da Rede nos três níveis de complexidade do sistema de saúde).


Apêndice E - Roteiro de Observação Sistemática
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
(UECE)
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (CCS)
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE
PÚBLICA
(Roteiro de Observação Sistemática)

Utilização de outros espaços na comunidade para realização de atividades e atuação da Rede nos níveis de complexidade do sistema de saúde;

Fluxo da Rede de Atenção à saúde mental e as suas interações com os demais níveis de complexidade do sistema de saúde.

ANEXO

ANEXO I – Portaria CCA – 113 de 10 de Julho de 2000


 Sobral de Goiás
 Prefeitura Municipal de Sobral
 ATT: Milton

SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

PORTARIA/CCA N. 113, DE 10 DE JULHO DE 2000

Dispõe sobre o descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes como instituição contratada para prestação de serviços ao SUS e dá outras providências.

O SECRETÁRIO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL,

CONSIDERANDO o disposto no inciso X do artigo 18 da Lei 8.080, de 19.9.90, que define como atribuição dos municípios celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

CONSIDERANDO a Lei Estadual N.º 12.151, de 28.7.93, que dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos por outros recursos assistenciais e regulamentar a internação psiquiátrica compulsória;

CONSIDERANDO a Portaria/MS/CM, N.º 106, de 11.2.2000, que estabelece diretrizes para a reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais no âmbito do SUS;

CONSIDERANDO as denúncias efetuadas pela Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará, pela Comissão Estadual de Saúde Mental da SESA, e aquelas constantes do Processo N.º 081105.001068/98-62(3) da Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão, entre do Ministério Público Federal, bem como as conclusões e recomendações contidas no Relatório de Sindicância N.º 002/99, encaminhado pelo Sistema Municipal de Auditoria de Sobral, resultante da apuração circunstanciada sobre denúncias de tortura e maus tratos, envolvendo a morte do paciente DAMIÃO XIMENES LOPES;

CONSIDERANDO a reestruturação da assistência psiquiátrica no Município de Sobral, envolvendo a incorporação de novas tecnologias assistenciais propostas dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo como fulcro a humanização da atenção e a reintegração social e familiar dos pacientes psiquiátricos;


 Sobral de Goiás
 Prefeitura Municipal de Sobral

CONSIDERANDO a redefinição das abordagens terapêuticas dos usuários da rede assistencial psiquiátrica do Município por parte da Equipe Interdisciplinar de Saúde Mental de Sobral e da Junta Interativa da Casa de Repouso Guararapes;

CONSIDERANDO o credenciamento do Hospital Dr. Estevão Ponte para prestação de serviços ao SUS, envolvendo as urgências psiquiátricas;

CONSIDERANDO a estruturação da Residência Terapêutica no Município de Sobral como alternativa assistencial aos pacientes em internação e aquelas com perda do vínculo familiar;

CONSIDERANDO a estruturação do CAPS de Sobral para assistência interdisciplinar especializada aos pacientes psiquiátricos residentes no Município no nível ambulatorial, e a adscrição destes às Equipes do Programa de Saúde da Família; e

CONSIDERANDO a vinculação de pacientes psiquiátricos procedentes de outros municípios que necessitem de assistência psiquiátrica no nível ambulatorial ao Ambulatório Especializado em Psiquiatria do Centro de Especialidades Médicas

RESOLVE:

Art. 1.º - Descredenciar a Casa de Repouso Guararapes como instituição contratada para prestar serviços ao SUS na área de assistência hospitalar em psiquiatria;

Art. 2.º - Fica estabelecido que a assistência hospitalar às urgências psiquiátricas concentrar-se-á no Hospital Dr. Estevão Ponte, sob supervisão da Equipe de Saúde Mental do Município;

Art. 3.º - Fica estabelecido que o seguimento ambulatorial dos pacientes psiquiátricos estará a cargo do CAPS de Sobral, no nível especializado, e do Programa de Saúde da Família, no nível da atenção básica, para os pacientes procedentes de Sobral, e a cargo do Ambulatório Especializado de Psiquiatria do Centro de Especialidades Médicas, para os pacientes procedentes de outros municípios;

Art. 4.º - A Secretaria de Saúde e Assistência Social de Sobral encampará as ações desenvolvidas pelo Hospital-dia, cabendo-lhe desincumbir-se das providências necessárias à sua implementação, providenciando sua estruturação e o seu credenciamento junto ao Sistema Único de Saúde (SUS);

Parágrafo Único - A equipe interdisciplinar do Hospital-dia será designada pelo Gestor do Sistema Municipal de Saúde, estando operacionalmente subordinada à Coordenação Municipal de Saúde Mental do Município, e integrando-se às ações desenvolvidas pela rede assistencial de saúde mental de Sobral.

Rua Vitor de Meireles, 1260 - Fone: (81) 9771-1100 - CEP: 62011-900 - SOBRAL - CEARÁ
 E-mail: prefeitura@sobral.ce.gov.br



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Sobral

Art. 5.º - Caberá à Coordenação Municipal de Controle e Avaliação e ao Sistema Municipal de Auditoria procederem à avaliação da estrutura, dos processos e dos requisitos da rede assistencial à saúde mental do Município, proporcional, dentro dos conceitos de eficácia, efetividade e eficiência, medidas necessárias à excelência da qualidade dos serviços pertinentes.

Art. 6.º - Os casos omissos serão resolvidos pelo Secretário de Saúde e Assistência Social de Sobral.

Art. 5.º - Esta portaria entra em vigor na data da sua publicação e revoga todas as disposições em contrário.

SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SOBRAL, em 10 de julho de 2000

Publique-se, registre-se e cumpra-se.


MONTeiro DE ANDRADE
Secretário de Saúde e Assistência Social

Rua Nelson de Azevedo, 1100 - Fone: (89) 3711101 - CEP: 62011-000 - SOBral - CEARA
E-mail: psa@sobral.ce.gov.br End.: psa@sobral.ce.gov.br

ANEXO II – Parecer do Comitê de Ética

Universidade Estadual do Ceará
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Av. Paranjana, 1700 – Campus do Itaperi – CEP: 60740-600 Fortaleza-Ceará
Fone: (085) 3101 9810 e-mail:cep@uece.br



Fortaleza (CE), 20 de fevereiro e de 2008

FR: 172928

Nº Processo 07520905-5

Título do Projeto: Atenção à saúde mental em Sobral-CE: interações entre os níveis de complexidade, composição das práticas e serviços

Pesquisador Responsável: Paulo Henrique Dias Quinderé (aluno do curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública)

Orientadora: Professora Dra. Maria Salette Bessa Jorge

Instituição onde se realizará a pesquisa: Secretaria de Saúde e Ação Social/ Prefeitura Municipal de Sobral/ Universidade Estadual do Ceará

PARECER

O projeto tem como objetivo Analisar a organização de Rede Integral à Saúde Mental de Sobral-CE nos anos de 1999 a 2008, na composição das práticas e serviços; Discutir as interações estabelecidas entre os níveis de complexidade da Rede Integral à Saúde Mental e o sistema de Saúde; identificar o funcionamento e a estrutura dos serviços e das práticas de saúde mental em Sobral_CE; Descrever o fluxo da rede Integral de atenção a Saúde Mental; Apontar propostas de intervenção na construção de um modelo de saúde Mental de qualidade que busque atender as demandas/necessidades dos usuários. Os sujeitos serão selecionados em três grupos de informantes-chave: Trabalhadores de saúde Mental; Gerentes dos serviços e usuários (clientes e familiares) da rede Integral de atenção a Saúde Mental do município de Sobral-CE que é formada pelos seguintes serviços: Serviço Residencial Terapêutico; CAPS-Geral; CAPS-AD; Unidade de Internação psiquiátrica do Hospital Geral Dr. Estevam Pontes; Ambulatório de psiquiatria no Centro de Especialidades Médicas (CEM). O número de sujeitos será definido pela saturação teórico-empírica e pela relevância das informações e das observações que indiquem contribuições significantes e adequadas ao delineamento do objeto em apreensão. A coleta de dados será feita através da análise de fontes documentais, da aplicação de uma entrevista semi-estruturada com os sujeitos e da observação sistemática da organização das práticas em saúde mental e as interações estabelecidas na rede. O protocolo

atende a todas as exigências e anexa todas as documentações necessárias (folha de rosto, termo de compromisso, projeto com todas as partes, incluindo orçamento financeiro, cronograma e currículo disponível na plataforma Lattes).

O projeto está bem estruturado e é relevante havendo retorno para o sujeito e comunidade. O projeto atende aos ditames da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde-CNS e portanto está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – CEP-UECE.



Maria Salete Bessa Jorge
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa- UECE