



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**ANANDA GRAZIELLE DINIZ ARAÚJO**

**REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: UMA  
ANÁLISE DA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO CAPS II DE CAMPINA  
GRANDE/PB**

Campina Grande  
2014

**ANANDA GRAZIELLE DINIZ ARAÚJO**

**REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: UMA  
ANÁLISE DA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO CAPS II DE CAMPINA  
GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) como requisito necessário para obtenção do título de bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Ma. Thaísa Simplício Carneiro Matias

Campina Grande  
2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A658r Araújo, Ananda Grazielle Diniz

Reforma psiquiátrica e política nacional de saúde mental  
[manuscrito] : uma análise da concepção dos profissionais do CAPS  
II de Campina Grande/PB / Ananda Grazielle Diniz Araújo. - 2014.  
30 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) -  
Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais  
Aplicadas, 2014.

"Orientação: Profa. Esp. Thaisa Simplicio Carneiro Matias,  
Departamento de Serviço Social".

1. Reforma Psiquiátrica. 2. Atenção Psicossocial. 3.  
Profissionais. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

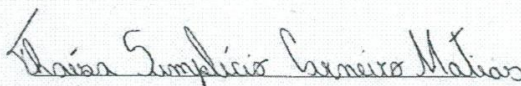
ANANDA GRAZIELLE DINIZ ARAÚJO

**REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: UMA  
ANÁLISE DA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO CAPS II DE  
CAMPINA GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Serviço Social na Universidade  
Estadual da Paraíba (UEPB) como requisito  
necessário para obtenção do título de  
bacharela em Serviço Social.

Aprovado em: 20/03/2009.

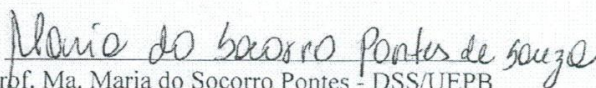
Banca Examinadora



Prof. Ma. Thaísa Simplicio Carneiro Matias – DSS/UEPB  
Orientadora



Prof. Ma. Aliceane de Almeida Vieira - DSS/UEPB  
Examinadora



Prof. Ma. Maria do Socorro Pontes - DSS/UEPB

Examinadora

## **AGRADECIMENTOS**

Quero agradecer, em primeiro lugar, a Deus por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, pela força e coragem durante esta longa caminhada.

Dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas, aos meus queridos e amados pais João Pedro Araújo Neto e Lúcia de Fátima Diniz Araújo, pelo incentivo, dedicação, força e principalmente pelo amor incondicional, aos meus irmãos Anne Baxter Diniz e Javier Perez de Cuellar Diniz Araújo. Bem como ao meu namorado Denilson Pereira, pelo carinho e paciência para comigo.

Agradeço também a todos os professores que me acompanharam durante a graduação, em especial ao Profa. Thaísa Simplício, responsável pela realização deste trabalho.

À orientadora de campo de estágio, Cacilda Lopes. Um exemplo de profissional.

À minha querida amiga Ana Patrícia Venceslau, pela força, amizade e carinho que partilhamos durante nosso caminhar, e à minha amiga Késsia Andreza.

E à banca examinadora, composta pelas professoras Aliceane Vieira e Socorro Pontes, por terem aceitado o convite.

Enfim, sou grata a todos que contribuíram pra essa conquista, direta ou indiretamente.

## **RESUMO:**

O presente Trabalho de Conclusão de Curso é resultado da análise de proposta do trabalho no Centro de Atenção Psicossocial CAPS II Novos Tempos, a partir da avaliação da equipe profissional. Para tanto, visa identificar como os profissionais do CAPS II veem a relação entre a política de saúde mental e a efetivação dos serviços efetivamente oferecidos pelo referido CAPS; identificar os limites e as possibilidades encontradas por estes profissionais no tocante à proposta de trabalho do CAPS II. Os resultados mostraram que maior parte dos profissionais sente falta melhores condições de trabalho. Além disso, observou-se que a Reforma Psiquiátrica apesar de se desenvolver como um processo lento e com desafios e dificuldades, há suas inúmeras conquistas. Pesquisa de campo, de natureza qualitativa. Coleta de dados: entrevista semi-estruturada (gravada). Análise dos dados: análise de conteúdo. A pesquisa foi realizada junto aos membros da equipe profissional (nível superior) do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II – Novos Tempos, localizado no município de Campina Grande, Paraíba. O número de sujeitos participantes correspondeu a 07 (sete) profissionais. Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, a mesma atende aos requisitos éticos fundamentais conforme recomenda a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica. Atenção Psicossocial. Profissionais.

## ABSTRACT

This Labor Completion of course is the result of the analysis of the proposed work at the Center for Psychosocial Care CAPS II New Times , from the evaluation of the professional team . To do so , aims to identify how professionals CAPS II see the relationship between mental health policy and the effectiveness of the services actually offered by that CAPS; identify the limits and possibilities encountered by these professionals regarding the proposed work CAPS II . The results showed that most professional misses better working conditions. Moreover , it was observed that despite the Psychiatric Reform to develop as a slow process with challenges and difficulties , there are his numerous accomplishments. Field research, qualitative in nature. Data collection: semi - structured interview (recorded). Data analysis: content analysis . The survey was conducted with members of the professional staff (top level ) of the Center for Psychosocial Care ( CAPS ) II - New Times , located in Campina Grande , Paraíba. The number of subjects corresponded to 07 participants (seven) professionals. Because it is a research involving humans , it meets the fundamental ethical requirements as recommended by Resolution No. 196/96 of the National Health Council ( CNS ) .

**Keywords:** Psychiatric Reform, Psychosocial Care, Professionals.

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>2.</b>	<b>A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL VIGENTE NO BRASIL.....</b>	<b>08</b>
<b>3.</b>	<b>REFORMA PSIQUIÁTRICA EM CAMPINA GRANDE-PB: DA INTERVENÇÃO DO HOSPITAL “DR. JOÃO RIBEIRO” À REORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1.</b>	<b>CAPS II NOVOS TEMPOS: NOTAS PARA O DEBATE.....</b>	<b>17</b>
<b>3.2.</b>	<b>A PESQUISA DE CAMPO: UMA ANÁLISE DA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS.....</b>	<b>19</b>
<b>4.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>27</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>27</b>
	<b>APENDICE .....</b>	<b>31</b>



## 1. INTRODUÇÃO

A violência e exclusão social marcaram a história da saúde mental no Brasil e no mundo. No último século passa-se a questionar os modelos de cuidado e os paradigmas que sustentam as práticas, num movimento conhecido no mundo como Reforma Psiquiátrica.

No Brasil, é a partir da década de 1970, que esse movimento de questionamento a assistência psiquiátrica ganha força, surgindo uma nova perspectiva de tratamento do portador de transtorno mental, voltadas para inserção do sujeito na sociedade, e sujeito transformador de sua realidade, com devida participação do Estado, família e comunidade. Neste caminho, a Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade.

O interesse por tal discussão surge em razão da nossa participação na disciplina de Estágio Supervisionado em Serviço Social, desenvolvida entre os períodos de abril de 2012 a setembro de 2013, junto ao referido Centro de Atenção, localizado na cidade de Campina Grande/PB.

Mais particularmente, no que toca ao que se propõe a Instituição e a vivência dos profissionais que compõem a equipe de saúde mental e executam os serviços oferecidos pela citada Instituição, despertou em nós, o interesse em identificar como estes profissionais avaliam tais serviços, conseqüentemente, a própria proposta de trabalho do CAPS II. Que relações estes sujeitos identificam entre a proposta da política de saúde mental e os serviços efetivamente realizados pela Instituição CAPS II? Que possibilidades identificam nesta relação, entre o proposto e o efetivado? Que dificuldades encontram para executarem seu trabalho, logo, para concretização da proposta do CAPS II? Identificam mudanças no âmbito da saúde mental em Campina Grande, após a Reforma Psiquiátrica no município e a implantação dos serviços substitutivos? Estas são algumas questões que pretendemos responder com a realização da presente proposta de pesquisa.

Este trabalho foi desenvolvido em três partes. A primeira uma breve respectiva de como era visto o doente mental ao longo dos anos, além da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a segunda parte aborda esse processo na Paraíba, mas especificamente em Campina Grande, além de abordarmos como são estabelecidos os serviços substitutivos e qual seu objetivo e por fim o resultado e a discussão dos dados da pesquisa.

## **1. A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL VIGENTE NO BRASIL**

Na antiguidade o transtorno mental relacionava-se a questões religiosas, manifestações divinas, a partir das quais pessoas acometidas por tal transtorno eram vistas como possuídas por demônios ou seres sobrenaturais, além de serem consideradas feiticeiras.

De acordo com Alexander (1980), com o Iluminismo, por volta do século XVIII, a partir do qual o indivíduo passa a ser considerado um ser dotado de razão, portanto, racionalmente autônomo, a loucura passa a destoar deste princípio, por fugir dos padrões que enquadravam a razão num equivalente à “normalidade”. Nesta perspectiva, os doentes passam a ser internados em asilos.

Os asilos eram locais próprios que colhiam essas pessoas para receberem auxílio humanitário e médico, alimentação e atividades terapêuticas. O tratamento moral disseminou-se na comunidade médica da época como um modelo a ser seguido, inclusive com bons resultados em relação aos padrões anteriores. No entanto, os anos seguintes, com o próprio processo posterior à Revolução Industrial, trouxeram uma explosão no número de admissões nos asilos, o que não pôde ser acompanhado pela atenção terapêutica, que deveria se dar de forma individual.

O resultado foi a falta de expectativa na recuperação e a degradação destes espaços, que se transformaram em verdadeiros depósitos humanos. Desta forma, eram refletidos na reclusão os mesmos mecanismos opressores que o mundo exterior impunha ao doente mental (TABORDA ET AL, 2004).

Em meados do século XX, na década de 1950, a loucura passa a ser relacionada a problemas psicológicos e biológicos, e considerada definitivamente, como doença mental. É nesta década que o aumento do conhecimento sobre as doenças mentais e suas relações com os fatores sociais, faz emergir a Psiquiatria Social, que considera a influência destes fatores e a necessidade de um tratamento de acordo com as condições socioeconômicas do doente mental, reconhecendo, portanto, a importância do meio em que este se encontra e a proximidade com a realidade vivida.

Ainda no final da década de 1960, tem início o movimento de Reforma Psiquiátrica na Itália, com a psiquiatria democrática, procedendo de forma gradativa para o esvaziamento dos hospícios, passando a fazer atividades voltadas para visitas domiciliares e ambulatoriais, grupos de debates etc., com o lema central de devolver ao louco a “sua cidadania”.

Segundo Alexander (1980), em 1973, o médico francês Philippe Pinel modificou dois asilos que se encontravam em péssimas condições: o Bicetré e o Salpetriere, em Paris. Pinel acreditava que a doença mental era uma moléstia progressiva podendo ser curada. O indivíduo só perdia a compreensão, mas deveria haver um jeito de restaurá-la e que os loucos precisavam de cuidados e não da humilhação das pessoas. A partir de então, a psiquiatria começou a tomar novos rumos, melhorando os cuidados prestados aos usuários do serviço.

Para Bezerra e Amarante (1992), a proposta de assistência psiquiátrica manicomial daquele país, tem como alternativa e marco referencial a lei 180<sup>1</sup> e a Reforma Psiquiátrica Italiana, a partir da experiência realizada em Gorzia e Trieste<sup>2</sup> pelo movimento da Psiquiatria instituída a partir de 1973, por Franco Basaglia.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica na Itália teve repercussões no Brasil por volta da segunda metade da década de 1970, em um contexto de reemergência dos movimentos sociais, após um longo período de repressão militar e de efervescência política e social que acontecia no país em busca da redemocratização.

Tal contexto também foi concomitante a uma série de questionamentos gerais na política de saúde, denominado de Movimento de Reforma Sanitária, cuja pauta de reivindicações era segundo Bravo (2001), a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo e a democratização do poder local.

Nos anos 1980, a sociedade brasileira vivenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 1964 e experimentou uma profunda e prolongada crise econômica

a saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais

---

<sup>1</sup>Lei de 1978 (*Lei Basaglia*), que estabeleceu a abolição dos hospitais psiquiátricos (manicômios) na Itália. Permanece em vigor até os dias de hoje.

<sup>2</sup>Nos anos 1960, Bassaglia dirigiu o hospital psiquiátrico de Gorizia, onde juntamente com outros psiquiatras promoveu uma série de mudanças práticas e conceituais. Em 1973 o Serviço Hospitalar de Trieste, também dirigido por ele, foi considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como referência mundial para reformulação da atenção à saúde mental.

gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público (BRAVO, 2001, p.8).

No campo mais específico da saúde mental, o ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos doentes mentais em nosso país. Nesse ano surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

Assim, a Reforma Psiquiátrica no Brasil ocorre juntamente com o Movimento pela Reforma Sanitária já em andamento, fruto das lutas dos trabalhadores e usuários da saúde pública e, desse movimento, destaca-se o debate da saúde pautado pela questão do direito social. Essa discussão teve como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e consolidada na Constituição Federal de 1988, na qual o artigo 196 destaca a saúde como direito de todos e dever do Estado para todos os indivíduos, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

No campo da saúde mental, a luta pela reforma relaciona-se ainda à crise do modelo de assistência prestado por hospitais psiquiátricos.

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p.6).

Os manicômios declinaram, após as denúncias que vinham se tornando frequentes e diziam respeito às condições precárias as quais estavam submetidos tanto pacientes internado (mortes não esclarecidas, estupro, agressão física), quanto profissionais, estando ambos envolvidos num clima de ameaças e violências.

O MTSM impulsionou as reformas no campo da saúde mental, no país em tela. Inicialmente esse movimento constrói um pensamento crítico ao modelo psiquiátrico clássico de natureza privatista, como bem situa Amarante (1995, p. 492),

Procurando atender a função social da psiquiatria e suas instituições, para além de seu papel explicitamente médico-terapêutico, o MTSM constrói um pensamento crítico no campo da saúde mental que permite visualizar uma

possibilidade de inversão deste modelo a partir do conceito de desinstitucionalização.

Assim, a desinstitucionalização tem uma conotação muito mais ampla do que simplesmente deslocar o centro da atenção do hospício, do manicômio, para a comunidade. Enquanto este existir como realidade concreta, as ações perpassarão, necessariamente, por desmontar este aparato, mas não acabam aí, para Rotelli e colaboradores (1990), é o conjunto que é necessário desmontar (desinstitucionalizar) para o contato efetivo com o sujeito na sua “existência” doente.

Amarante (1996) traça 03 conceitos importantes de desinstitucionalização: a desinstitucionalização como *desospitalização*, como *desassistência* e, por último, como *desconstrução*.

Para o supracitado autor, na primeira modalidade (como desospitalização) há uma crítica que está voltada principalmente para objetivos administrativos (com a redução dos custos da assistência para os cofres públicos) e menos importância para uma real transformação da natureza da assistência.

Já na segunda compreensão, a desinstitucionalização como desassistência, o Amarante (1996) afirma que essa concepção para alguns setores, significa abandonar os doentes à própria sorte. O autor em tela considera que neste rol estão incluídos determinados segmentos conservadores, resistentes a qualquer ideia sobre direitos de grupos minoritários. Há, ainda, um grupo que tem interesses econômicos em jogo e opõe-se à desinstitucionalização em virtude dos interesses constituídos. Coloca ainda que a tendência desinstitucionalizante assume maior magnitude após o Projeto de Lei Paulo Delgado (Lei 3.657/89), que propõe e a substituição de hospitais psiquiátricos por outras modalidades de assistência.

Na terceira e última modalidade, a desinstitucionalização é compreendida como desconstrução e é nesta tendência que o movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira se inspira. Este movimento, por sua vez, identifica-se com a trajetória de desinstitucionalização prático-teórica desenvolvida por Franco Basaglia, na Itália.

Esse projeto de desinstitucionalização busca a reconstrução do objeto (enquanto sujeito histórico) que o modelo tradicional reduziu e simplificou (causalidade linear doença/cura – problema/solução). Mas, para alcançar este objetivo, faz-se necessário que as novas instituições estejam capacitadas para atingir o objeto que está em constante reconstrução na sua existência – sofrimento: esta é a base da instituição inventada.

Segundo Goldberg (1994) nestes novos espaços, as ações antes centradas nos sinais e sintomas, na medicalização da loucura, passam a ter outro enfoque, que é o de falar de saúde,

de projetos terapêuticos, de cidadania, de reabilitação e reinserção social e, sobretudo, de projetos de vida.

A partir de então passa a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação do novo modelo de assistência prestada aos sujeitos. O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”.

Neste mesmo ano outros dois eventos fortaleceram a luta pela Reforma Psiquiátrica, foram elas: a I Conferência Nacional de Saúde Mental (com o marco na desinstitucionalização) e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, promovido pelos trabalhadores do supracitado setor, onde foram discutidos novos caminhos e estratégias para serem tomadas pelo próprio movimento.

Neste período de especial importância houve o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, que tinha mais de 500 internos em condições precárias de maus-tratos e mortes de pacientes.

Ainda nesse processo, são implantados no município de Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, foram criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações, devido a falta de condições de funcionamento desses hospitais. A experiência do município de Santos, passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira: Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica dava seus primeiros passos.

Em 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, propondo a extinção do modelo psiquiátrico clássico. O referido Projeto propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo, mas somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Federal 10.216 é sancionada no país.

Antes da Lei Paulo Delgado ser aprovada, as portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da saúde, abriram possibilidades para que o Sistema Único de Saúde (SUS) pudesse financiar outros procedimentos, que não fosse apenas os leitos e as consultas ambulatoriais. E com isso, houve uma diminuição significativa no número de leitos psiquiátricos como mostra Amarante (1995, p. 493):

De 1991 até abril de 1995, os leitos psiquiátricos caíram da casa dos 86 mil para 72 mil. Portanto, uma redução de 14 mil leitos, considerando que 30 hospitais privados tiveram suas atividades encerradas. No mesmo período

foram criados 2.065 leitos psiquiátricos em hospitais gerais e mais de 100 núcleos e centros de atenção psicossocial.

Entre os instrumentos que permitem as reduções e fechamentos de leitos de hospitais psiquiátricos de forma gradual, pactuada e planejada, está o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), instituído em 2002, por normatização do Ministério da Saúde. Permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência prestada pelos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos, fiscaliza se os hospitais estão atendendo os critérios de uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS, e descredencia aqueles hospitais sem qualquer qualidade na assistência prestada a sua população.

Antes da criação do PNASH o processo de avaliação, era realizada por supervisores do SUS, de alcance limitados, por denúncias ou auditorias que atendiam a denúncias de mau funcionamento das unidades. Já com esse processo, a fiscalização passa a ser sistemática e anual realizada por técnicos de três campos complementares: o técnico-clínico, a vigilância sanitária e o controle normativo.

Dessa forma, observa-se o aumento progressivo dos equipamentos e das ações para fortalecer a rede de atenção psicossocial, tais como CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e a habilitação do município no Programa de Volta para Casa.

Os CAPS e NAPS são serviços abertos e comunitários regulamentados pela portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, integrantes do SUS. Criados para substituir as internações em hospitais psiquiátricos, objetivam oferecer atendimento à população de sua área de abrangência. Os CAPS visam prestar atendimento de atenção diária; gerenciar projetos terapêuticos, oferecendo cuidados clínicos; bem como promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvem educação, trabalho, esporte, cultura e lazer.

As pessoas atendidas nestes Centros são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, incluindo transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), como também crianças e adolescentes com transtornos mentais. Assim, os CAPS são estabelecidos pelas seguintes modalidades, segundo Brasil (2005):

- *CAPSi*: especializado no atendimento de crianças e adolescente com sofrimentos psíquicos severos e persistentes. É instalado em municípios com mais de 200.000 habitantes;
- *CAPS I*: de menor porte, atende demandas do município (adultos, crianças, adolescentes com transtorno mental e usuários de álcool e outras drogas). É estabelecido em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes;

- *CAPS II*: de médio porte, atende usuários adultos com transtorno mental severo, é situado em municípios com mais de 70.000 habitantes;
- *CAPS III*: sendo serviço de maior porte, é instituído em municípios com mais de 200.000 habitantes e atende usuários com transtorno mental grave e em crise;
- *CAPS ad*: atende usuários adultos de ambos os sexos, com transtorno mental decorrente de uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas). Tem seu funcionamento em cidades com mais de 70.000 habitantes.

A rede básica de saúde se constitui pelos centros ou unidades de saúde locais e/ou regionais, pela Estratégia de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência.

Esses profissionais e equipes são pessoas que estão próximas e que possuem a responsabilidade pela atenção à saúde da população daquele território. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004, p.25).

Essa articulação com o CAPS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que são de extrema relevância na rede, já que é a atenção básica a porta de entrada para o acesso aos demais serviços, pois apresenta um serviço denominado de Matriciamento (ou Apoio Matricial), a qual é uma ferramenta utilizada no campo da saúde mental que visa modificar a estrutura organizacional da rede de atenção, evitando encaminhamentos desnecessários aos CAPS.

Este “apoio matricial” é completamente diferente da lógica do encaminhamento ou da referência e contra-referência no sentido estrito, porque significa a responsabilidade compartilhada dos casos (BRASIL, 2004, p.25).

Neste sentido, o apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes da ESF. Para a equipe ou o profissional de referência, que está responsável pelo caso, o CAPS é aquele que tem a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, ampliando as possibilidades de vínculo entre os profissionais e os usuários. Além desses, compõem a rede de atenção psicossocial emergência psiquiátrica, ambulatórios, hospital-dia, serviços de Residências Terapêuticas (SRT), o Programa de Volta para Casa (PVC).

O processo de Reforma Psiquiátrica proporcionou mudanças significativas na atenção psicossocial no Brasil, e gerou mudanças também no município de Campina Grande, como discutiremos a seguir.



## **2. REFORMA PSIQUIÁTRICA EM CAMPINA GRANDE-PB: DA INTERVENÇÃO DO HOSPITAL “DR. JOÃO RIBEIRO” À REORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Apesar da implantação tímida dos serviços substitutivos no município, o CAPS II, o município tinha uma forte estrutura voltada para o modelo asilar, inclusive de cunho privado, pois contava com dois hospitais entre eles o Instituto Neuropsiquiátrico de Campina Grande, mais conhecido como Dr. Maia, que teve sua criação no ano de 1966 e o Instituto de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF), o hospital Dr. João Ribeiro (fundado no ano de 1963) e que davam suporte à população de Campina Grande de outros municípios.

Apesar de existir um serviço substitutivo desde o ano de 2004 no referido município, os rebatimentos da Reforma Psiquiátrica deram-se a partir da intervenção do ICANERF, que funcionava como manicômio. De acordo com Patriota, Araújo e Silva (2010, p. 3),

O processo de intervenção realizado em Campina Grande foi, indiscutivelmente, um impulsionador da Reforma Psiquiátrica local. A partir desse processo, o município avançou e viabilizou novas formas de acolher e cuidar do portador de transtorno mental, na comunidade, na família, contrapondo-se aos princípios impostos pela prática segregadora da hospitalização psiquiátrica e disseminando ações e atitudes que valorizam a reinserção social, as potencialidades e a autonomia dos indivíduos.

Segundo Campos e Furtado (2006), entre as 10 piores instituições avaliadas no país, encontrava-se o ICANERF. O descredenciamento dessa instituição foi publicado no Diário Oficial em julho de 2003, a partir da vistoria do PNASH, que exerceu a função de desencadeador da reorganização da rede de saúde mental, diante da situação de fechamento de leitos psiquiátricos e da consequente expansão da rede extra-hospitalar. O hospital foi descredenciado do SUS, devido as suas péssimas condições de funcionamento.

Para retirar os 176 internos da situação de mais completa desumanidade, as estratégias se iniciaram pelas ações mais básicas: atendimento clínico e cuidados de higiene. Assim, em junho de 2005, foi finalizado oficialmente o processo de intervenção no hospital psiquiátrico, culminando no encaminhamento do sujeito em sofrimento psíquico, para outros serviços como a Unidade de Referência em Saúde Mental, unidade que funcionaria em caráter provisório, também os CAPS, a Emergência Psiquiátrica e as Residências Terapêuticas.

A criação desses novos serviços ocorreu com caráter de urgência, em virtude da necessidade da rápida transferência dos ex-internos do João ribeiro. Em Campina Grande,

diferente do contexto nacional, em que houve o questionamento/denúncia dos trabalhadores, familiares e ex-internos, essa discussão só veio à tona a partir do processo de intervenção hospitalar, de modo que tal fato, a princípio pode passar despercebido por uma análise pouco cuidadosa traz implicações para o próprio processo de trabalho nesses serviços “substitutivos”, porque não houve um tempo para a capacitação de profissionais para atuar nessa área.

Ramminger (2005) destaca a importância que, além de todas as mudanças de atenção ao cuidado com a saúde mental, bem como as novas estratégias criadas nos serviços, ainda ocorrem (des)construções e os desafios são constantes nesse cotidiano. Mesmo com os avanços conseguidos, os campos de elaborações e de constatações das insuficiências estão abertos, pois as práticas desse novo paradigma não são fechadas e cristalizadas é um serviço que está em construção.

Segundo Cerqueira (1996), no campo da saúde mental, é possível notar ainda mais o distanciamento entre a assistência e o ensino, onde uma série de propostas e novos dispositivos são pensados, construídos, mas seus profissionais, em sua maioria, continuam se formando nas velhas práticas. É preciso ensinar as bases teóricas, mas ao mesmo tempo introduzir novos cuidados e relações.

É necessário investir em programas que possam qualificar cada vez mais os profissionais a atuar no campo da saúde mental. Ver-se que as demandas para a implantação do investimento na formação da equipe para o modelo de atenção psicossocial vigente são mais reivindicadas por trabalhadores recém-chegados ao serviço, pois, inicialmente, até mesmo pela pouca (e até ausência) de discussões durante a formação, ficam inseguros e confusos. Tal fato, muitas vezes, gera dificuldade de integração na equipe e insegurança no agir com o usuário (MOURA, 2011).

Com relação à legislação na saúde mental da Paraíba, o estado conta com a Lei 7.639, de 23 de Julho de 2004 (de autoria do então Deputado Ricardo Coutinho), que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Estado, determinando a implementação de uma rede de atenção integral no campo da saúde mental.

Já o município de Campina Grande-PB, dispõe da Lei Municipal de Saúde Mental n.º 4.068, de autoria da vereadora Maria Lopes Barbosa, sancionada em 30 de dezembro de 2002, que descreve sobre a promoção e a reintegração social do portador de sofrimento mental e determina a implantação de ações e serviços que substituam o atendimento centrado nos

hospitais psiquiátricos. Cabe ressaltar que, logo após esta Lei ser sancionada, foi implantado o primeiro CAPS, do tipo II (2003), e o CAPS ad (2004).

Atualmente o município conta com 07 CAPS: CAPS II Novos Tempos e CAPS Ad Campina Grande; CAPS III Reviver; CAPS I Viva Gente (infanto-juvenil); CAPSinho (Centro de Intervenção Precoce) e 02 na modalidade CAPS I, localizados nos distritos de São José da Mata e Galante. Além desses serviços, o município conta também com 06 Residências Terapêuticas que oferecem moradia para ex internos com histórico de longa internação e que perderam o vínculo familiar; e a Emergência Psiquiátrica, implantada a partir de julho de 2005.

### **3.1 CAPS II NOVOS TEMPOS: CARACTERIZANDO A INSTITUIÇÃO**

De acordo com o Projeto Institucional (2007) do CAPS II Novos Tempos, o referido serviço foi inaugurado em 18 de dezembro de 2003, regulamentado com base na portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. O atendimento do referido serviço começou a funcionar em 2004, após regularização dos documentos e requisitos necessários para seu funcionamento.

Antes da implantação deste CAPS (pioneiro no município), o atendimento psiquiátrico hospitalar era ambulatorial no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) e no Serviço Municipal de Saúde do município.

O citado Projeto Institucional, afirma que o CAPS II foi implantado para oferecer cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, minimizando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias em saúde mental, para as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território.

Quanto às atividades desenvolvidas pela equipe de trabalho do referido serviço, indica-se que estas podem ser realizadas individualmente ou em grupo e direcionadas aos usuários, familiares destes, e até à comunidade de abrangência do CAPS. São elas:

- Tratamento medicamentoso;
- Atendimento a grupo de família;
- Atendimento individual da família;
- Orientações, conversas e assessoramento individual ou em grupo, sobre algum tema específico;
- Atendimento psicoterápico;

- Atividades que contam com a ajuda da comunidade, por exemplo: feiras, quermesses, passeios, entre outros;
- Projetos de inserção no trabalho, encaminhamentos para a entrada na rede de ensino;
- Visitas domiciliares.

No Projeto Institucional consta que em 2004 a equipe técnica conta com: *profissionais de nível médio*, que podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos e artesãos, além da equipe da limpeza, cozinha e portaria. De *nível superior* tem-se: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, pedagogos, professores de educação física e fisioterapeutas.

Como não se trata de uma porta de entrada no sistema, para o primeiro contato do usuário com o CAPS é necessário da articulação da rede de serviços da saúde mental, pois a inserção dos usuários neste ocorre mediante encaminhamento de outras instituições presentes na comunidade, como por exemplo, ESF, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), que identificam pacientes que precisam ser acompanhados pelos CAPS.

Ao chegar à instituição, o usuário deve ser atendido por um profissional que fará o acolhimento para saber a trajetória do problema que o acometeu e, portanto, fazer uma triagem. Em seguida, este deverá ser direcionado para os demais profissionais que compõem a equipe interdisciplinar do CAPS.

A partir daí, um profissional ficará responsável por aquele usuário, é o que se chama de Técnico de Referência (TR), cuja função é a de monitorar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) definido em comum acordo pelo TR e usuário.

O PTS, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), possibilita a participação do usuário e, conseqüentemente, a construção de sua autonomia, pois este instrumento considera a historicidade e as necessidades individuais do usuário. A elaboração desse tipo de projeto acontece por meio da atuação singular do técnico de referência do usuário/família e desse profissional com toda a equipe, por meio de discussões e estudo do caso. Portanto, tal instrumento de precípua relevância para a condução do cuidado na instituição deve respeitar a particularidade de cada usuário.

Neste sentido, após estas considerações, entendemos ser primordial conhecer as práticas e concepções, dos profissionais acerca do referido serviço, caminho alçado e discutido na nossa pesquisa de campo, tomando como sujeitos de pesquisa, os profissionais do CAPS II de Campina Grande.

### **3.1. A PESQUISA DE CAMPO: A ANÁLISE DOS PROFISSIONAIS**

A pesquisa realizada teve como base a aplicação de entrevistas com 07 profissionais que atuam nos CAPS II do Município. Inicialmente apresentaremos um breve perfil destes sujeitos e, em seguida, abordaremos as questões pertinentes ao objeto de estudo.

Pode-se perceber que todas as participantes da entrevista eram do *sexo* feminino, dado que reafirma o predomínio deste gênero nas ciências humana. Segundo Yamamoto e Carvalho (2007) pela relação também na divisão sexual do trabalho, da qual a posição feminina está associada às profissões que supostamente requerem aptidão para cuidar das pessoas e amenizar seu sofrimento, posições que dizem respeito à responsabilidade pela reprodução social da família e do indivíduo que, nesse caso, constitui-se de um público alvo de indivíduos em sofrimento psíquico.

Quanto à *formação profissional*, 06 das 07 entrevistadas concluíram sua formação antes de 2004 (início do funcionamento do CAPS II), apenas 01 profissional após esse período, no ano de 2010. A maioria das profissionais concluíram o curso na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), e apenas 01 graduou-se na Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas (FACISA).

Com relação à *pós-graduação*, a maior parte das entrevistadas (06) possuem titulação, apenas 01 das profissionais não possui, predominando a especialização em Saúde Mental, as outras em saúde.

Já no aspecto do *vínculo empregatício*, constatou-se que 4 entrevistadas são servidoras públicas efetivas, enquanto as outras vincularam-se por meio contratual.

No quesito *tempo de atuação das profissionais na área de Saúde Mental*, especificamente no CAPS II, observou-se uma considerável variação: a mais recente profissional atua há cerca de 1 ano e 6 meses, 02 atuam em torno de 4 a 5 anos e 04 estão há 9 anos. Sendo assim, observa-se que 04 profissionais encontram-se trabalhando no CAPS II desde a sua fundação.

Observa-se que há um tempo de atuação considerável, destas profissionais neste espaço sócio-ocupacional e que, portanto, remete-nos à compreensão de um tempo considerável para analisar o cotidiano da instituição e aproximação com o que está preconizado na política nacional de Saúde Mental. Por outro lado, o conhecimento acerca deste quesito favorece a participação destes sujeitos no nosso estudo, uma vez que pressupomos que exista certa propriedade nos elementos trazidos no roteiro de entrevista justamente ao cruzarmos os dados com o quesito da pós- graduação.

Ao serem indagadas com relação ao conhecimento da proposta de Saúde Mental do Estado, observamos 3 tendências de resposta: na primeira tendência, a entrevistada 1 conhecia um pouco, a 2 conhecia e a 3 não tinha o conhecimento dessa proposta:

*Conheço um pouco, pois tive a oportunidade de participar de alguns encontros em João Pessoa, onde esteve presente a coordenadora e profissionais da saúde mental do Estado e diversos municípios, mas ainda falta uma interação maior (Entrevistada 1).*

*Conheço sim, a proposta da Saúde Mental é uma proposta universal, tanto faz o Estado como Federação, o Estado como município. É uma proposta onde a gente se propõe a fazer um trabalho com as pessoas que sofrem com transtorno mental, de uma forma humanizada, onde nos preparamos para trabalhar com os doentes e também com a família juntamente aos serviços substitutivos como: CAPS, Residências Terapêuticas, Emergências Psiquiátricas e leitos em hospitais clínicos (Entrevistada 2).*

*Não conheço (Entrevistada 3).*

Percebe-se que as profissionais articulam de forma bastante ampla a proposta de Saúde Mental, considerando alguns fatores importantes, reconhecendo pouco e até inexistente conhecimento acerca da legislação que rege o serviço, pois a primeira articula a proposta citada, como se fosse a segunda esfera de governo (no caso, o estado da Paraíba), mas na verdade seria na esfera Federal.

Ao serem indagadas se existe a implementação da proposta de Saúde Mental do Estado no trabalho desenvolvido pelo CAPS II em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental, todas responderam que sim:

*Na verdade, já aconteceu diversos avanços. A gente não pode deixar de reconhecer esses avanços. No entanto, eu acho que nesse momento precisa de alguns ajustes aqui no CAPS II, no meu entender. Por exemplo: no momento, sentimos falta de supervisões clínicas, institucionais, que tivemos por diversos anos, estou sentindo essa falta. Para mim, [esta] é a demanda que mais sinto falta no momento (Entrevistada 1).*

*CAPS II, especificamente, foi implementado desde 2004 com base nessa proposta [da PNSM] e vem dando uma resposta muito significativa às pessoas e familiares, porque, por exemplo, **nós temos pessoas que vivem mais em hospitais psiquiátricos do que em casa** e com a implementação da proposta da Reforma Psiquiátrica, essas pessoas passaram a ter uma vida acompanhados por psiquiatras, psicólogos, enfim, a equipe, multidisciplinar e, a partir daí, a gente vê o desenvolvimento positivo do CAPS II (Entrevistada 3).*

Percebe-se que as participantes veem a implementação da proposta de saúde mental no CAPS II se efetivando, mas como observa a entrevistada 1 sente falta melhorias.

A entrevistada 3 limita a proposta de Saúde Mental à desinstitucionalização mas, de acordo com a legislação vigente além da desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos, a proposta promove a redução de leitos psiquiátricos

de longa permanência, incentivando que as internações psiquiátricas, quando necessárias, se dêem no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração. Além disso, essa política visa à constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de sofrimento psíquico no seu território, e, ainda, ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, da cultura e do lazer.

Quando questionadas se é possível identificar alguma relação entre o que é proposto pela legislação e o que é efetivado pelo serviço todas reforçaram a linha de raciocínio das respostas anteriores, afirmando que

*Sim. Tem toda uma relação, até porque nós não podemos trabalhar diferente do que é proposta. Conforme já falamos é uma proposta onde você tem que especificar dentro do seu trabalho a humanização das pessoas com transtorno mental, então nós não podemos fugir dessa regra. A partir do momento que a gente humaniza, nós vamos tratá-los como pessoas e não como doentes, pessoas com suas limitações, mas também dentro de tudo que lhe diz respeito ao seu direito e dever (Entrevistada 4).*

*É tenta-se fazer alguma coisa, mas infelizmente termina fugindo muitas vezes o que preconiza a reforma psiquiátrica (Entrevistada 5).*

*Identifico. Grande parte do trabalho desenvolvido tem essa relação (Entrevistada 7).*

De acordo com o Ministério da Saúde (MS, 2007), a humanização na área da saúde se remete a proposta ética, estética e política. Ética por implicar em mudanças de atitude dos trabalhadores, dos usuários e dos gestores de saúde, onde todos passam a ser co-responsáveis pela qualidade das ações e dos serviços prestados em saúde. Estética, por buscar abranger o sistema de produção de saúde de pessoas vistas subjetivamente como autônomas e protagonistas desse processo, e finalmente, política, por se tratar de uma organização social, institucional das práticas de atenção e gestão e, em especial, de efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como observa-se na fala das entrevistadas, apesar de ser um processo lento e com desafios e dificuldades, há conquistas, que têm estimulado a constituição de redes de atenção psicossocial de base comunitária, substitutivas ao modelo centrado na internação hospitalar, como forma de garantir os direitos dos usuários com transtornos mentais (BRASIL, 2007). Neste novo modelo de cuidado, há grandes mudanças no cuidado aos usuários, o qual passa a: ser humanizado; há a disposição de equipes multi e interdisciplinares para o acompanhamento terapêutico; os usuários adquirem também o papel de sujeitos no próprio tratamento; e conquistam o direito de se organizar em associações e cooperativas, promovendo a inserção social de seus membros.

Diante do exposto, percebe-se que as entrevistadas demonstram em suas falas determinado entendimento sobre o assunto abordado, mas restringem sua compreensão.

No que se refere às condições objetivas que as mesmas dispõem para executar o trabalho e como avaliam essas condições, foi visto que todas encontram um pouco de dificuldade para executá-las, por vezes falta algo:

*Antes de tudo, a questão salarial, é um tanto precária. A estrutura física da instituição, que deixa a desejar, porém existe uma vontade muito grande de muitos profissionais, de tentar conseguir atender, acolher, cuidar e tudo mais (Entrevistada 6).*

*Falta condição material e melhores condições do espaço físico, pois, fica complicado para desenvolver algumas atividades (Entrevistada 2).*

*Bom, como nós vivemos em um país onde toda instituição tem sua deficiência e suas dificuldades, é óbvio que as condições de trabalho nos são dadas reguladas, mas na medida do possível, essa condição nos é dada. Falta boa condição para o transporte, para realização das visitas [institucionais e domiciliares], espaço físico para trabalharmos com a família, uma boa equipe, porque o trabalho de Saúde Mental não funciona se a equipe for coesa e que não tenha disponibilidade para aprender e praticar. Então, para mim, é necessário capacitação, para toda a equipe, mas principalmente para quem é novo no serviço; e supervisão do serviço, isso facilitaria muito nosso trabalho (Entrevistada 7).*

Por serem dificuldades estruturais, estas devem ser entendidas como efeitos das políticas econômicas, que são reflexos da economia mundial e que só podem ser enfrentadas mediante processos de envolvimento dos atores sociais na luta em defesa do SUS. Assim, verifica-se que a transformação da atenção depende da mudança de postura dos próprios profissionais, que não se veem como atores sociais com potencial de transformar o quadro atual da saúde pública.

Todas as entrevistadas falam principalmente, da questão estrutural da instituição, segundo o Ministério da Saúde (2004), o CAPS deveria contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente com melhores condições estruturais, melhores salas, sala para todos os profissionais enfim um espaço mais amplo. Diferentemente do que foi relatado pelas profissionais.

No que se refere à composição da equipe, 6 profissionais afirmaram que se trata de uma boa equipe:

*A equipe é composta de forma interdisciplinar, e na verdade achamos bastante positivo, em relação a isso, a troca de informação e experiência*



*acaba contribuindo para que flua melhor o serviço e que atenda os anseios do usuário e bem como o dos familiares (Entrevistada 3).*

*Faltam alguns profissionais (Entrevistada 4).*

*No CAPS II tivemos o privilégio de iniciarmos um trabalho com uma equipe composta de bons profissionais. É um local que eu costumo dizer que realmente se trabalha em equipe, onde cada um respeita a especificidade do outro, mas que todo o conteúdo de trabalho é feito a partir da avaliação, da opinião e sugestão de todos. Para mim ninguém faz um trabalho dentro de um CAPS de forma isolada, pois é um trabalho onde a gente tem a possibilidade de por em prática a nossa especificidade e profissionalismo, mas também temos a possibilidade de juntarmos o nosso saber (Entrevistada 5).*

*Ótima equipe, pois trabalhamos de forma multidisciplinar é super completa e atende a demanda (Entrevistada 6).*

Nesse contexto, podemos perceber a amplitude das questões teóricas que permeiam a formação do trabalho em equipe.

Cumpramos destacar que a multidisciplinaridade é definida como a presença na mesma instituição de distintas especializações que, a não ser por um sistema de referência e contra-referência, não se comunicam entre si.

Já a interdisciplinaridade é referida como a junção de saberes de distintas categorias que se reúnem para compreender um mesmo objeto, contudo há uma coordenação de uma sobre as demais, como por exemplo, um manual de psiquiatria em que além dos aspectos nosográficos de cada caso, também leve em consideração, aspectos sociais e psicológicos no diagnóstico (VASCONCELOS, 2002).

A concepção trazida da interdisciplinaridade remete a uma prática estrutural que permite a reciprocidade, o enriquecimento mútuo e tende a relações profissionais horizontais. Nesse contexto, a prática interdisciplinar exige uma problemática comum, em que sejam elaborados todo um corpo de estratégias teóricas e políticas sobre a sua ação. É marcada por uma fecundação e aprendizagens mútuas “que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação de elementos internos” (VASCONCELOS, 2002, p. 47). Japiassu (1976) ressalta que o que irá caracterizar a interdisciplinaridade será a intensidade com que se darão essas trocas de saberes entre os diversos especialistas e o grau de integração real das disciplinas no interior de um projeto específico de trabalho.

A partir das definições trazidas por Vasconcelos (2002) e Japiassu (1976), percebemos que alguns dos textos seminais do processo de Reforma Psiquiátrica, e também a própria legislação que implementa a atuação dos profissionais nos serviços substitutivos, mostram-se

bastante ambíguos e, em alguns casos, pouco específicos no que diz respeito às práticas profissionais que devem ser realizadas nesses espaços.

No caso do texto da III Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 2002, a discussão parece bastante clara e avançada, com a definição de que os CAPS devem ser compostos por equipes interdisciplinares. Entretanto, a publicação Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial (2004), ao tratar do funcionamento das equipes nos serviços, utiliza como sinônimos os termos multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, o que evidencia que as discussões sobre o tema ainda necessitam ser ampliadas e melhor esclarecidas.

É interessante ressaltamos também que tais manuais e documentos, ou mesmo a lei nº10.2016/2001 ou a portaria, nº 336/2002, que versam sobre a estruturação dos novos serviços e formação das equipes não trazem marcos teóricos que delimitem o que se compreende por trabalho em equipe, ou mesmo por ação interdisciplinar.

Com relação à pergunta sobre a execução do trabalho da equipe considerando as demandas propostas observa que a equipe desempenha um bom trabalho, apesar das dificuldades que são encontradas:

*É lógico, encontramos dificuldade, desmotivação, porém nada que comprometa de fato o que se faz. Eu sempre digo: quem trabalha com saúde mental, acabou escolhendo não pensando na questão financeira e pensando antes de tudo na intensificação do serviço. Se não houver na verdade uma intensificação não é possível acontecer o trabalho (Entrevistada 1).*

*A equipe tenta atender todas as demandas que são propostas e atendemos na medida do possível e na medida em que é disponibilizado o meio para realizarmos (Entrevistada 5).*

Como se pode observar no trecho da entrevistada 1, existe dificuldade que vinculava-se para atender as demandas, pois existe o excesso de atendimentos diários, falta de estrutura de apoio, omissão do órgão gestor e falta de supervisão institucional, enfim, uma tendência à burocratização na rotina de trabalho deste serviço. Trata-se de uma contradição institucional relevante a ser superada, porque da perspectiva da reabilitação psicossocial, sujeito e contexto (usuário individual e familiar e trabalhadores) têm que ser valorizados e compromissados para produzir ações de saúde pertinentes para o modelos substitutivo ser efetivamente implementado.

Quando indagadas sobre o que poderia melhorar na Política de Saúde Mental, em particular na implementação do serviço em destaque, nos chamou atenção as seguintes respostas:

*Eu acho que, adaptar as instalações físicas, melhorar a questão salarial, retomar as supervisões clínicas e institucionais, que tivemos a oportunidade de ter; proporcionar as pessoas recém-chegadas, a oportunidade de também aprender um pouco, se inteirar com o serviço com a proposta de reforma psiquiátrica, pois boa parte da equipe que está há mais ou menos 1 ano e alguns meses não teve a oportunidade, praticamente, de passar por especialização, supervisão clínica, encontros de saúde mental que vieram e venham a trazer subsídio para ampliar e melhorar o seu trabalho, sua atuação (Entrevistada 3).*

*Mais condições de trabalho. No Estado da Paraíba, todos os dispositivos para que a gente possa trabalhar existe, mas trabalham-se de forma dissociada, não integrada com outros serviços. O que poderia mudar também é a condição de trabalho, pois não temos boa remuneração, não temos segurança, porque tem essa questão de que o paciente psiquiátrico não pode mais ter segurança para defender, aí entra a questão de gênero, que o paciente homem, ver que só tem mulher na equipe daí atua não pela condição mental, mas pela questão do machismo então ele pode gritar fazer e acontecer e não vai haver segurança física para reprimir isso. Além de que o CAPS II trabalha de uma maneira preconizada a partir da proposta do país, por falta de eventos, capacitações, supervisões clínicas, para novos profissionais, principalmente (Entrevistada 7).*

Observa-se que são muitas as demandas para a melhoria do serviço, o que chama atenção é a questão relatada nas entrevista 3 da falta de educação permanente para os novos profissionais, principalmente ver-se que, de um lado, há profissionais experientes, que fizeram a opção por atuarem em um novo modelo assistencial e acreditaram no trabalho que estão desenvolvendo e, de outro, profissionais com pouca experiência no campo da saúde mental, com dificuldade para lidar com os usuários do CAPS, tendo em vista os objetivos que foram traçados pela Reforma Psiquiátrica.

Dessa forma, ver-se que a lógica do serviço em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental pode ser seriamente comprometida, por profissionais que não tiveram a oportunidade ou o interesse de capacitar-se para atender a demanda da saúde mental, nos serviços substitutivos, já que a discussão de certa forma é atual.

A entrevista 7 mostra um pouco do que foi falado anteriormente, com relação a falta de capacitação de alguns profissionais, pois a profissional na passagem acima reforça a ideia de periculosidade do doente mental, agregando um posicionamento um tanto quanto preconceituoso, dando a entender que seria necessário uma tendência à policialização dentro do serviço, pois só assim a profissional estaria “segura” para realizar o seu trabalho.

A última questão do instrumento de coleta de dados da nossa pesquisa solicitou que as profissionais respondessem como se encontra a Saúde Mental em Campina Grande, após a Reforma Psiquiátrica: todas concordaram que houve avanços. No entanto, precisa ainda de algumas melhorias, conforme exposto nos trechos a seguir.

*Encontra-se mais humanizada sim, existem todos os dispositivos de atenção, mas não funciona direito, e aí tem outra questão: os pacientes, às vezes, são mal atendidos, mal diagnosticados e tem um pouco de institucionalização sim, ao invés de ser internação, agora está sendo capsização, que a gente fala, antigamente era manicômio, agora é capsização, todo paciente que tem algum sofrimento mental se desvincula do atendimento primário de saúde, **porque os médicos não estão preparados e encaminham para o CAPS**. Está um pouco mais humanizado sim porque não tem tanta internação, mas continua vinculando sofrimento mental, social, à medicalização. Enfim, está um pouco melhor, mas precisa melhorar muito ainda (Entrevistada 2).*

*Na verdade, vou expor aqui a minha opinião e a das pessoas que são atendidas nos CAPS, normalmente quando fazemos as assembleias ouvimos a opinião do usuário e dos familiares [...]embora muitas pessoas achavam que quem iria dar resposta era um hospital psiquiátrico, hoje, depois da Reforma Psiquiátrica temos opiniões divididas, onde as pessoas que entendem e se comprometem com essa mudança, veem que o hospital psiquiátrico deixou muita sequelas na vida de pessoas que perderam até sua juventude dentro de um hospital psiquiátrico, e hoje não é preciso fazer isso, **hoje tem qualidade de vida, tem opinião própria**, antes da Reforma Psiquiátrica isso não acontecia. O doente mental era considerado pessoa totalmente incapaz, onde seu grito não era ouvido e eram vistos apenas como objetos e não como pessoas. Foi uma mudança de muita qualidade para o município, depois que aderimos à proposta da Reforma Psiquiátrica (Entrevistada 4).*

Na entrevista 2 é necessário destacar que o encaminhamento ao CAPS não é só de responsabilidade do médico mas de toda a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através do “matriciamento” falado anteriormente neste trabalho.

Observa-se a importância da Reforma Psiquiátrica para o município de Campina Grande, o que chamou nossa atenção foi a questão da discussão sobre a Capsização que a entrevistada 2 cita, Amarante (2003,p. 63 ), discorre a respeito:

*É curioso poder constatar que, por um lado, a política nacional de saúde mental está sendo reduzida à implantação de CAPS. Não apenas se está reduzindo o amplo repertório de recursos, como se está reduzindo todo o *processo social complexo* de reforma psiquiátrica a uma organização administrativa e tecnocrática de serviços. Em resumo, a reforma psiquiátrica torna-se a clínica modernizada, a psiquiatria renovada, realizada no interior dos CAPS's. Flávia Helena Freire (2003), demonstra como a lógica do pagamento por procedimentos é suficiente para limitar o potencial inovador e revolucionário dos serviços de atenção psicossocial. No meu entendimento, há um risco de um processo de *capsização*.*

A entrevistada 4 mostra a qualidade de vida do usuário que inclusive tem opinião sobre o serviço ou seu tratamento isso devido a um instrumento que é utilizado pelo CAPS a “Assembleia” que é uma atividade preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam, e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo em tela mostrou que houve avanços no âmbito legal para a atenção aos portadores de transtorno mental.

A partir da aproximação com a bibliografia referente à temática abordada, percebe-se que vale a pena investir nos serviços substitutivos, dentre eles, o CAPS, como componente estratégico de uma política destinada a diminuir a ainda significativa lacuna assistencial no atendimento a pessoas com transtornos mentais.

Entretanto, para que possam contribuir para essa contínua consolidação os sujeitos envolvidos na referida área (gestores, profissionais, usuários, etc) necessitam conhecer mais profundamente a legislação de Saúde Mental, já que esta fornece o respaldo legal para a concretização de suas ações. Por outro lado, há uma urgente necessidade de sensibilização dos gestores para melhorias em consonância com a política vigente em saúde mental, bem como em direção à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Dessa forma, a pesquisa ora exposta permitiu-nos constatar a o pouco conhecimento que alguns profissionais detém em relação a Política Saúde Mental e até mesmo com relação a Reforma Psiquiátrica.

Diante do exposto, esperamos que esse estudo venha contribuir nas discussões que diz respeito aos trabalhos desenvolvidos no CAPS II por parte de toda a equipe profissional da instituição e na melhoria dos serviços prestados aos portadores de transtornos psíquicos.

#### REFERÊNCIAS

ALEXANDER, F.G & SELESNICK, S.T. **História da Psiquiatria**. Uma avaliação do pensamento e da prática desde os tempos primitivos até o presente. São Paulo, IBRASA, 1980.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** 2ª ed.

Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

\_\_\_\_\_. **Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica.**

Rio de Janeiro, **Cadernos de Saúde Pública**, 1995.

\_\_\_\_\_. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.

\_\_\_\_\_. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo (coord). **Archivos de saúde mental e a tensão psicossocial.** Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BEZERRA, JR. B; AMARANTE, P. (ORG). **Psiquiatria sem hospício: contribuição ao estudo da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro, Relume-Dumará. 1992.

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

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm) Acesso em: 25/12/2013.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216, **Política Nacional de Saúde Mental.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm) Acesso em: 17 dez 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza; **Política de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, M. I. S et alli (Orgs). Reforma Sanitária e Projeto Ético- Político do Serviço Social: Elementos para o Debate. In: **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; FURTADO, Juarez Pereira. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro, **Caderno Saúde Pública**, 2006.

CERQUEIRA, P. Ensino e assistência em saúde mental: por uma assistência psiquiátrica em transformação. **Cadernos IPUB**, 1996.

FREIRE, Flávia Helena. **O sistema de alocação de recursos do SUS e sua relação com o modelo assistencial do CAPS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

GOLDBERG, J. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 1994.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 21 ed. São Paulo, Cortez; Celats, 2007.

MOURA E.R.F.; Guedes T.G., Freire AS; BESSA A.T.,; Braga V.A.;Silva R.M. **Planejamento familiar de mulheres com transtorno mental: o que profissionais do CAPS têm a dizer**, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/22.pdf>. Acesso em 12 jan 2014

PARAÍBA. Assembleia Legislativa da Paraíba. **Lei Nº 7.639, DE 23 DE JULHO DE 2004** – Disponível em: < <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/10769.html>>. Acesso em: 22 fev. 2014.

PATRIOTA, Lúcia Maria; ARAÚJO, Raquel Dantas de; SILVA, Mayara Duarte. Conhecendo os assistentes sociais que atuam na saúde mental de Campina Grande/PB. Artigo apresentado em: **V Jornada Internacional de Políticas Públicas**, 2010.

RAMMINGER, T. (2005). **Trabalhadores de saúde mental:** reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D.; Risio C. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990.

TABORDA, José G.V.; CHALUB, MIGUEL; ABDALA-FILHO, Elias (Orgs.). **Psiquiatria Forense.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

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



# APÊNDICES

**ROTEIRO DOS QUESTIONÁRIOS:****Profissionais:**

2 - Sexo: F ( ) M ( )

*Formação Profissional:*

3 - Em que ano ocorreu a conclusão da graduação?

4 - Instituição

5 - Pós-graduação? ( ) sim ( ) não

Nível: Especialização ( ); Mestrado ( ); Doutorado ( )

6 - Área:

7 - Temática de estudo:

*Forma de admissão:*

8 - Concursado ( ); Aproveitamento ( ); Outros ( ). Quais?

9 - Quanto tempo esta trabalhando nesta instituição?

10 - Vínculo Empregatício:

CLT ( ) Estatutário ( ) Terceirizado ( )

11 - Carga horária de semanal:

12 - Possui outro(s) vínculos empregatícios?

Sim ( ); Não ( )

## **ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

### **Profissionais:**

1. Você conhece a proposta de Saúde Mental do Estado?
2. Como você vê a implementação dessa proposta de saúde a partir do trabalho desenvolvido pelo CAPS II?
3. Você identifica alguma relação entre o que é proposto pela legislação e o que é efetivado pelo serviço?
4. Que condições de trabalho você dispõe para executar seu trabalho? Como você avalia essas condições?
5. Como você avalia a composição da equipe?
6. Como você avalia a execução do trabalho da equipe considerando as demandas postas?
7. Em sua opinião, o que poderia mudar na Política de Saúde Mental, em particular no trabalho oferecido pelo CAPS II?
8. Na sua opinião, como se encontra a Saúde Mental em Campina Grande, após a Reforma Psiquiátrica?