



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

JOSIENE DE ARAÚJO SILVA

**GESTÃO DA SAÚDE MENTAL E INTERSETORIALIDADE:
CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE**

CAMPINA GRANDE
2013

JOSIENE DE ARAÚJO SILVA

**GESTÃO DA SAÚDE MENTAL E INTERSETORIALIDADE:
CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE**

Monografia apresentada como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, pela Universidade Estadual da Paraíba.

Orientadora: Ma. Ana Paula Silva dos Santos

CAMPINA GRANDE
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL-UEPB

S586g

Silva, Josiene de Araújo.

Gestão da saúde mental e intersetorialidade [manuscrito] :
contribuições para o debate / Josiene de Araújo Silva. – 2013.

53 f.

**Monografia (Especialização em Saúde Mental e
Atenção Psicossocial) – Universidade Estadual da
Paraíba. – Centro de Ciências Biológicas e Saúde, 2013.**

“Orientador: Profa. Ma. Ana Paula Silva dos Santos,
Departamento de Psicologia”.

1. Saúde mental. 2. CAPS. 3. Reforma psiquiátrica. I. Título.

CDD 362.2

**GESTÃO DA SAÚDE MENTAL E INTERSETORIALIDADE:
CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE**

Aprovado em 09 de outubro de 2013.

Comissão Examinadora

Ana Paula Silva dos Santos
Orientadora: Ms. Ana Paula Silva dos Santos

Maria do Socorro Pontes de Souza
1º Membro: Prof. Ms. Maria do Socorro Pontes de Souza

Jadcelly Rodrigues Vieira
3º Membro: Profa. Dra. Jadcelly Rodrigues Vieira

UEPB

Dedico este trabalho ao meu esposo Aguinaldo Silva e aos meus filhos Álefe Silva Guimarães, Alysson Jardel Silva Oliveira e Aryel Silva Oliveira, que me motivam e pelos quais me esforço para encontrar forças e continuar na luta.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que é minha fonte de vida. Sem ele, jamais teria conquistado meu objetivo. Sem ele, a estrada que é longa se tornaria escura.

Aos meus pais, Orestes Lins e Edite Bernardo, pela ajuda indispensável e o incentivo permanente para realização dos meus sonhos.

A todos os meus familiares que contribuíram de forma direta e indireta.

A minha orientadora, Ana Paula Silva dos Santos, pela competência e pelas contribuições indispensáveis na realização do trabalho, e por ter sido tão comprometida e paciente comigo.

A Celmar Melo, Coordenadora do CAPS I da cidade de Pocinhos, pela compreensão e colaboração na realização deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho, pelo apoio.

Aos professores do curso de especialização, por contribuir com a ampliação dos meus conhecimentos.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi analisar a Reforma Psiquiátrica no Brasil, buscando identificar os desafios e possibilidades no desenvolvimento de ações intersetoriais. O modelo hospitalocêntrico que historicamente prevaleceu no Brasil, gerou um quadro de exclusão social das pessoas com transtornos mentais que só foi questionado no país a partir dos anos 1970, pela forte atuação dos movimentos sociais, na luta por um novo modelo que priorizasse os serviços substitutivos, baseado na experiência italiana, que tem como precursor Franco Basaglia. O cenário favoreceu a criação de um conjunto de leis e regulamentações para assegurar as bases de promoção à saúde mental, bem como uma rede assistencial composta por diferentes serviços, como é o caso do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na perspectiva dos direitos sociais e da cidadania. O CAPS cumpre papel estratégico nesse processo. Este estudo foi desenvolvido à luz da pesquisa bibliográfica e documental, sendo a abordagem qualitativa considerada a mais adequada a ser utilizada. A intersetorialidade, apesar de estar presente desde a Constituição Federal de 1988, ainda se estabelece como um processo desafiante a ser exercido, pois implica, necessariamente, em efetivar articulações entre as diferentes políticas, abordando os problemas na sua complexidade. Por isso, a relevância de estudos teóricos e de experiências práticas intersetoriais que provoquem novas formas de agir e pensar no âmbito da política de saúde mental.

Palavras-Chave: Reforma Psiquiátrica. CAPs. Intersetorialidade. Interdisciplinaridade.

ABSTRACT

The objective of this work was to study and analyze the psychiatric reform in Brazil, noting challenges and possibilities in the development of intersectoral actions. The hospital model generated a framework of social exclusion of people with mental disorders and was only questioned in the country since the 1970s, due to the strong presence of social movements that fought for a new model that prioritizes replacement services, based on the Italian experience of Franco Basaglia. The scenario encouraged the creation of a set of laws and regulations to ensure the foundations of mental health promotion, as well as a health care network composed of different services, such as the Center for Psychosocial Care (CAPS), in view of social rights and citizenship. The CAPS fulfills a strategic role in this process. This study was based on literature and documents and the qualitative approach considered most appropriate to be used. The intersectoriality, though present since the Constitution of 1988, is still a challenge to be overcome because it implies articulating different policies to address problems in all their complexity. Therefore, theoretical studies and intersectoral practical experiences become relevant to trigger new ways of thinking and acting within the scope of mental health policy.

Keywords: Psychiatric Reform. CAPs. Intersectoriality. Interdisciplinarity.

LISTA DE SIGLAS

DINSAN - Divisão Nacional de Saúde Mental

REME - Movimento de renovação Médica

CEBES - Núcleos estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

SUS - Sistema Único de Saúde

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial

PT- Partido dos Trabalhadores

MG - Minas Gerais

FMI - Fundo Monetário Internacional

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

CERSAMs- Centros de Referência em Saúde Mental

TR - Terapeuta de Referência

PSF - Programa de Saúde da Família

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CF - Constituição federal

URBIS - Instituto de Gestão Pública

EUA - Estados Unidos da América

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: ENTENDENDO O PROCESSO.....	13
3 REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL.....	24
3.1 Os Serviços Substitutivos.....	24
3.2 O CAPS na Rede de Atenção à Saúde Mental: qual relevância?.....	27
3.3 Rede e território: dois conceitos fundamentais	34
3.4 Participação dos Usuários, Familiares e da Comunidade no Funcionamento do CAPS.....	38
4 A AÇÃO INTERSETORIAL NO PROCESSO DE EFETIVAÇÃO DO TRABALHO NO CAPS: POSSIBILIDADES E LIMITES.....	41
4.1 Reflexões acerca do tema Intersetorialidade.....	41
4.2 Interdisciplinaridade, Intersetorialidade e Saúde Pública.....	44
4.3 A aplicabilidade da ação intersetorial nos CAPS.....	46
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
6 REFERÊNCIAS.....	51

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho é resultado de inquietações que emergiram ao longo da experiência profissional enquanto Assistente Social do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de um pequeno município paraibano, e dos estudos no decorrer da qualificação profissional via especialização, referente à saúde mental, especialmente as questões sobre a intersetorialidade e a interdisciplinaridade no serviço do CAPS.

Outra razão que nos incentivou a estudar o tema foi realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2010, que trouxe a necessidade da ação intersetorial (em conjunto com as outras políticas sociais, sociedade civil, trabalhadores, usuários e familiares) para a efetividade do atendimento da Política de Saúde Mental. As discussões que fizeram parte de tal evento e naquele contexto nos possibilitaram compreender a relevância de reflexões e práticas no campo da intersetorialidade, ao mesmo tempo querendo nos dias atuais que avanços e dificuldades estão postas.

Com o advento do novo milênio, ressurgiu a idéia de discussão e transformação de questões concernentes à problemática das pessoas com transtornos mentais. A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem um forte compromisso com a promoção da cidadania das mesmas, pois historicamente sofreram e ainda sofrem de diversas formas com a exclusão social. E foi através das lutas travadas pelos Movimentos Sociais, especialmente de grupos vinculados ao Movimento Sanitarista e posteriormente da Reforma Psiquiátrica, que emergiram um conjunto de leis e regulamentações capazes de garantir as bases para promover a saúde e a cidadania das pessoas com transtorno mental.

Porém, esta luta não pode parar e o próximo passo, do qual consideramos primordial, é pensar em soluções que seja abrangentes e multiplicadas, haja visto que os problemas que afetam os usuários dos serviços de saúde mental têm múltiplos fatores e para solucioná-los é fundamental uma ação integrada entre a política de saúde com as demais políticas.

Nessa perspectiva, desenvolvemos este trabalho que teve por objetivo geral analisar a Reforma Psiquiátrica no Brasil, na perspectiva de identificar desafios e possibilidades no desenvolvimento de ações intersetoriais. E como objetivos específicos identificar e analisar os serviços substitutivos, com destaque para o CAPS; analisar a

relação entre intersectorialidade e interdisciplinaridade no campo da saúde mental; e entender como a intersectorialidade interfere nas ações dos CAPS.

Nossas inquietações estão situadas na compreensão do que venha a ser um trabalho articulado que por via de regra está restrito ao campo prático das ações, mas em nível do conhecimento apresenta contradições, implicando no desafio para esses trabalhadores no espaço de atuação profissional.

A relevância deste estudo encontra-se no fato de possibilitar uma melhor compreensão dos rumos da saúde mental com vistas à intersectorialidade, buscando analisar se a qualidade dos serviços oferecidos tem possibilitado a construção dos indivíduos enquanto sujeitos sociais, cidadãos usuários de uma política de saúde efetiva.

A metodologia utilizada nesse trabalho consiste em estudo bibliográfico e documental, na perspectiva de contribuir para um entendimento mais aprofundado da temática com vista à discussão acerca da intersectorialidade e sua relevância para efetividade das ações dos CAPS.

De acordo com Minayo, (1994, p. 17) a metodologia é o caminho, a direção teórica e operacionalização no exercício da abordagem da realidade. E a pesquisa é “prática teórica (...) vincula pensamento e ação sendo compreendida como um processo sistemático em que se constroem conhecimentos”. Assim, podemos afirmar que o pesquisador percebe um problema em seu meio e busca explicações ou soluções, porém a explicação dos fenômenos pode se dá por meio de várias formas. Os fenômenos com base no conhecimento científico, em particular, necessitam de rigor, um método - regras precisas e fáceis para assegurar a confiabilidade e a validade dos resultados da pesquisa. Isto é, efetiva-se com base na metodologia científica, em técnicas coerentes para a obtenção de dados relevantes para compreender os fenômenos, e etapas numa sequência lógica, conforme aponta Barros; Lehfeld (2000). Nas Ciências Sociais a pesquisa se caracteriza pela existência de uma identidade entre o sujeito e objeto.

Buscou-se a partir da produção científica disponível em diferentes fontes documental/bibliográficas, publicadas no período de 2010 a 2012, fazer a descrição e a análise sobre intersectorialidade compreendida no âmbito da política de saúde mental, evidenciando elementos que apontam para a relevância das ações intersectoriais no processo de gestão e planejamento desta política. A pesquisa descritiva permite o conhecimento do objeto estudado com suas características, causas, natureza e relações com outros fenômenos. A escolha do período acima mencionado foi considerada pelo

enfoque dado ao tema intersectorialidade na IV Conferencia Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010.

A abordagem qualitativa foi considerada a mais adequada. Esse enfoque, de acordo com Minayo (2004, p. 21-22), se preocupa com um nível da realidade que não pode ser quantificado, pois:

[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. [...] aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas.

Ressalta-se que as reflexões apresentadas são parciais. Algumas dificuldades podem ser apontadas na pesquisa sobre intersectorialidade na saúde mental, especialmente no âmbito da Reforma Psiquiátrica. A abordagem do tema na área de saúde mental não ocupa lugar de destaque e por isso as publicações formais ainda são de difícil acesso.

Após levantamento de livros, artigos e documentos, iniciou-se a etapa de organização das publicações que tratavam diretamente do objeto de estudo. Posteriormente, apreendeu-se os conteúdos identificando aspectos desafiadores e as possibilidades de ações intersectoriais na saúde mental, especificamente relacionada aos CAPS.

O corpo do trabalho está dividido da seguinte forma: no primeiro capítulo construímos uma abordagem sobre a Reforma Psiquiátrica; no segundo capítulo, abordamos construção de uma rede de atenção a Saúde Mental e a relevância dos CAPs; no terceiro capítulo enfatizamos a intersectorialidade no contexto da seguridade social, especificamente, no âmbito da saúde, consubstanciando os limites e possibilidades na sua concretização no trabalho cotidiano buscando garantir os direitos à saúde – apresentando a aplicabilidade entre o discurso e a prática, a relação da intersectorialidade com a interdisciplinaridade. Por fim, fazemos algumas considerações acerca dos limites e das possibilidades para o desenvolvimento de um trabalho intersectorial no âmbito do CAPS, seguida das referências que subsidiaram o aprofundamento teórico.

Destarte, temos a convicção de que não apresentamos verdades absolutas, mas uma tentativa de compreensão que nos leve a uma reflexão coletiva. Trata-se de um processo que vai além do campo teórico, perpassa o político em prol de outra sociabilidade onde haja a concretização dos direitos e, por conseguinte, a materialização

da cidadania plena de um segmento (pessoas com transtornos mentais) que há tempos vem sendo negligenciados.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: entendendo o processo

Na especificidade brasileira, a Reforma Psiquiátrica emerge no final do século XX, influenciada pelos ideais do Movimento da Reforma Sanitária, que questionava a concepção de saúde, até então restrita a dimensão biológica e individual, buscando enfatizar ações não apenas de cunho curativo, mas também preventivo, cujas principais propostas discutidas são destacadas conforme Bravo (2001, p.25):

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 profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

Esse Movimento conseguiu avançar na concepção de saúde e na articulação política - com o envolvimento de trabalhadores, movimentos sociais e gestores - no tocante ao reforço da necessidade de se pensar a saúde numa perspectiva coletiva, na luta em prol de um novo modelo de saúde que valorizasse tanto os trabalhadores quanto os usuários.e na crítica sobre a relação entre política, economia e a situação da saúde da população.

É válido ressaltar que o final dos anos 1970 era um contexto singular da sociedade brasileira na época da referida Reforma, marcado pela luta de outras categorias que insurgiam diante dos processos de redemocratização do país, de reivindicações pelos direitos humanos, sociais e civis, e por melhores condições de vida. Os movimentos se intensificaram, novos atores surgiram, assim como ações coletivas.

A Reforma Psiquiátrica que apesar de contemporânea a Reforma Sanitária possui uma história própria na luta contra o modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais, buscando denunciar a violência nos manicômios, o poder centralizador do hospital psiquiátrico, o elevado índice de internações e a mercantilização da loucura, fatores que passaram a ser considerado a partir das causas estruturais das condições desumanas a que eram submetidos os pacientes psiquiátricos.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública.

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, s/p)

Um dos marcos basilares do processo da Reforma Psiquiátrica foi a passagem do modelo de *tratamento* da doença mental para o de *promoção* da saúde mental, uma modificação de conceito que perpassa as ideias da assistência à saúde, o que colaborou para a qualificação do debate sobre a saúde mental. É válido ressaltar que a trajetória higienista (como é chamado o modelo de tratamento da saúde mental) não deixa de existir com a emergência da trajetória da saúde mental (promoção), elas coexistem. Outro fator que contribuiu para a emergência da referida Reforma foi o pouco interesse do poder legislativo em valorizar as políticas sociais, pois a política econômica estava obedecendo a grupos de pressão internacional, o que refletia negativamente na vida da classe trabalhadora, cujas conseqüências foram a precariedade do trabalho, diminuição do rendimento familiar e o índice apavorante da miséria absoluta. Tais fatores exigiam mais da saúde, todavia, Ferreira 2006 (p.132) relata o seguinte:

Percebia-se a falta de recursos especialmente no aparato dos serviços sanitários onde havia ainda, o clientelismo na esfera pública, o investimento da rede privada – favorecendo o desmonte da *coisa pública* – e o pouco interesse do poder legislativo em valorizar as políticas sociais. Todos esses são fatores que contribuíram para a ineficácia e a não resolução dos serviços.

Nesse contexto, é evidenciada a irresponsabilidade do Estado e uma retração do seu papel para com a proteção social, pois o mesmo tinha por prioridade cumprir as exigências de grupos financeiros internacionais, o que veio a contribuir com o processo de expansão do setor privado. Essa realidade evidencia a crise do setor saúde com graves implicações para a saúde mental.

O episódio que marcou o início da Reforma Psiquiátrica brasileira foi a “Crise da DINSAN” (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde incumbido de formular a política de Saúde Mental, quando houve a deflagração da greve dos profissionais do Centro Psiquiátrico Pedro II, do Hospital Pínel, da Colônia Juliano Moreira- CJM e do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, no ano de 1978. Este fato teve como um dos resultados a demissão de 260 estagiários e profissionais da área. (AMARANTE, 1995)

Após anos sem a realização de concurso público, o DINSAN estava com um quadro de funcionários antigos e defasados. Foram contratados profissionais como bolsistas, mas as condições de trabalho eram péssimas. O tratamento desumano dado aos portadores de transtornos mentais, como agressões, estupros, trabalho escravo e mortes não explicadas, frequentemente no Centro Psiquiátrico Pedro II, foram denunciados por médicos da instituição (idem, p 52). Tais denúncias foram o estopim para a crise, que contou com o apoio de outros profissionais médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e bolsistas que trabalhavam na chefia ou na direção, além disso, receberam o apoio do Movimento de Renovação Médica (REME) e dos Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). A partir das denúncias surgem mobilizações intensas por meio de reuniões em grupos, assembleias, comissões, ocupando sindicatos e entidade da sociedade civil.

Em meio a estas insatisfações e maus feitos surge o MTSM (Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental) em 1978 - o qual realiza graves denúncias com relação aos recursos das unidades e as precárias condições de trabalho - que tinha por objetivo formar um espaço forte de luta não institucional, encaminhar propostas de transformação na assistência psiquiátrica, organizar encontros, reunir trabalhadores em saúde, associações de classes e outros setores e entidades da sociedade, que se opunham a ditadura imposta pelo Estado.

O MTSM caracteriza-se por seu perfil não cristalizado institucionalmente – sem a existência de estruturas institucionais solidificadas. A não-institucionalização faz parte de uma estratégia proposital: é uma resistência a institucionalização [...] Outra característica do movimento é ser múltiplo e plural, tanto no que diz respeito à sua composição interna, com a participação de profissionais de todas as categorias, assim como simpatizantes não técnicos de saúde, quanto no que se refere às institucionalizações, entidades e outros movimentos nos quais atua organizadamente [...] o MTSM é o primeiro movimento em saúde com participação popular, não sendo identificado como um movimento ou entidade da saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental. (AMARANTE, 1995, p.57)

Nessa perspectiva, almejava-se aperfeiçoar as condições gerais dos manicômios e oferecer aos usuários um atendimento diferenciado em que as sessões de eletrochoque deveriam se tornar medidas do passado. Assim, o MTSM desempenhou um papel relevante na reformulação teórica e na organização de novas práticas.

Vale ressaltar que o modelo hospitalocêntrico seguido pela saúde mental no Brasil foi inspirado em experiências européias, em especial a francesa, em que os ditos

“loucos” eram exilados, afastados do convívio social. É a este modelo tradicional, de tratamento dos sintomas da doença mental que a Reforma Psiquiátrica critica, e busca modificar, através de formulações e reformulações embasadas em novos conceitos e práticas de origem italiana, cujo precursor é o psiquiatra Franco Basaglia, que elaborou um referencial teórico e prático defendendo a desinstitucionalização (psiquiatria sem manicômio/apoia uma nova lógica pautada nos serviços substitutivos com o intuito de promover a reinserção social do usuário) e a democracia e colocou em questão o conceito de doença mental, o papel das instituições, as formas de tratamento e os saberes psiquiátricos.

A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio são inspiradoras, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas, como, por exemplo, na Colônia Juliano Moreira, enorme asilo com mais de 2.000 internos no início dos anos 80, no Rio de Janeiro. Passam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência (BRASIL, 2005, s/p)

Um marco na luta contra a desinstitucionalização, no território brasileiro, foi o III Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em Belo Horizonte no ano de 1979, pois contou com a participação de Franco Basaglia que esteve no Brasil em 1978 e 1979, participando de diversos encontros e reuniões. Estes contatos, de certa forma, influenciaram no fortalecimento do movimento da reforma no país, na introdução de uma análise crítica do modelo existente e na conquista de mais adeptos ao MTSM. No evento supracitado, várias propostas de governos relacionadas à questão da saúde mental foram debatidas, tais como: levantamento da realidade assistencial, trabalhos alternativos na assistência psiquiátrica, terapia de crise, entre outras.

Em 1979, um ano após a criação do MTSM, aconteceu o I Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, onde foram debatidas e criticadas as práticas e a estrutura dos grandes hospitais psiquiátricos e o seu caráter asilar, bem como enfatizaram a necessidade de maior engajamento dos técnicos da área quanto as decisões dos órgãos responsáveis pela formulação e organização das políticas nacionais e regionais de saúde mental. O evento supracitado repercutiu durante o início da reformulação da política de saúde mental no país, uma vez que uma década após o Encontro ainda refletia os temas debatidos, exemplo disso foi à intervenção na Casa de Saúde Anchieta (1989) em Santos - SP também vista como “Casa dos Horrores” graças aos métodos utilizados no tratamento com os usuários, chegando a ser registrado os

maus tratos e mortes. É nesse contexto que ocorre a quebra do aparato manicomial em Santos e a elaboração de uma nova rede de serviços de acolhimento e assistência.

O movimento de Reforma Sanitária influenciou positivamente o movimento de Reforma Psiquiátrica. Para Arouca (1988, p.02):

A Proposta da Reforma Sanitária Brasileira representa por um lado, a indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso acumulado, a mercantilização do setor, a incompetência e o atraso e, por outro lado, a possibilidade da existência de uma viabilidade de técnica e uma possibilidade política de enfrentar o problema.

Esse foi um período de abertura dos espaços institucionais, afastando as velhas lideranças que estavam mais comprometidas com a empresa de internação psiquiátrica, com a psiquiatria conservadora, com a prestação de serviços à repressão e não com a saúde e recuperação do “doente”. A partir desse afastamento ocorre a abertura para novas culturas, estabelecer nova ética, formas de pensar, trabalhar, tratar os pacientes e lidar com a instituição.

A I CNSM (Conferência Nacional de Saúde Mental) finaliza a trajetória sanitaria e marca o início de outra fase chamada de desinstitucionalização ou desconstrução/invenção, no final da década de 1980.

Relevante também nessa trajetória sanitaria foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), considerada um marco dentro do Movimento de Reforma Sanitária por defender o conceito ampliado de saúde, que passa a ser vista como um direito de todos e dever do Estado; por adotar como princípios básicos a universalidade, a descentralização do sistema, a hierarquização das unidades de atenção à saúde, a participação e o controle da população na reorganização do serviço (princípios estes que foram mantidos no texto Constitucional e no SUS - Sistema Único de Saúde); por ter contribuído para a aprovação de uma nova Constituição (1988) - que veio reafirmar a saúde com dever do Estado - também chamada de Constituição Cidadã, pois havia a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais e por reivindicar e conceder as bases para criação do SUS, aprovado pela Lei Federal nº 8080 em 1990. Destarte, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, insurgiu como resposta à ausência de políticas sociais no país direcionado à Saúde com repercussão na política de Saúde Mental.

Ferreira (2006, p.134) aponta que:

A intenção era promover a saúde tomando por base a melhoria da qualidade de vida através de vários fatores como educação, moradia, alimentação, bem como o direito à liberdade e cabendo ao Estado o papel de facilitador dessas condições reivindicando-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a separação do Ministério da Saúde da Previdência Social. Esse sistema estabelece as diretrizes que permitirão construir as bases necessárias de uma reforma sanitária e psiquiátrica gerando, de maneira objetiva, a reformulação do setor de saúde com propostas efetivas de redefinição das políticas sociais.

Nessa perspectiva, o Estado passava a ter uma nova responsabilidade, a de promover políticas de bem-estar social, e a saúde passou a ter um novo sinônimo, o de qualidade de vida, articulado as questões políticas, econômicas e sociais. Além do mais a supracitada Conferência se diferenciou das demais por possuir um caráter de consulta e participação popular, enquanto que as que antecederam eram de cunho fechado e de participação exclusiva de profissionais e tecnocratas do setor.

Além da 8ª Conferência outros eventos e acontecimentos relevantes ocorrem na década de 1980 e início dos anos 1990 a citar: I Conferência Nacional de Saúde Mental, II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental (conhecido como Congresso de Bauru), criação do primeiro CAPS (São Paulo), e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS em Santos), Associação Loucos pela Vida (Juqueri), a apresentação do projeto de Lei 3.657/89 do deputado Paulo Delgado e a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. O objetivo dessa trajetória é alcançar uma dimensão mais global, no sentido de que esse processo acontecesse articuladamente nos campos teórico-conceitual, técnico-assistencial, político-jurídico e sociocultural. (AMARANTE, 1995, p.76)

A I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987 (CNSM) significou um momento histórico na trajetória da reforma psiquiátrica brasileira, sobretudo por ter colaborado com a renovação política e teórica do MTSM, por ter distanciado o Movimento do Estado e suas alianças mais tradicionais e por ter aproximado o MTSM as entidades de usuários e familiares, tendo em vista que possuiu como carro chefe a defesa da reinserção social e a cidadania dos usuários, Intensificando as críticas a psiquiatria.

Outro evento marcante foi o II Congresso Nacional do MTSM (03 a 06 de dezembro de 1987 em Bauru), o qual se desenvolveu a partir de três eixos relevantes: Por uma sociedade sem manicômios; organização dos trabalhadores de saúde mental e análise e reflexão das nossas práticas concretas. Esse congresso foi considerado inovador, pois “lideranças municipais, técnicos, usuários e familiares participaram como

força ativa no esforço de construir opinião pública favorável a luta antimanicomial” (AMARANTE, 1995, p. 81). Dessa forma, a questão da loucura e das instituições psiquiátricas deveria ser levada a sociedade, com o intuito de denunciar a psiquiatrização e a institucionalização, colaborando com o resurgimento do projeto da desinstitucionalização embasada na tradição Basagliana que deveria ser influente na reorganização dos sistemas de serviços, na ação social do Movimento e nas ações de saúde mental.

O lema em defesa por uma sociedade sem manicômios ultrapassou as fronteiras e chegou às ruas, abordando questões de violência nas instituições. Este lema fora criado estrategicamente, ao utilizar a palavra manicômio, que era usado apenas para referir-se ao manicômio judiciário, demonstrando que não existe diferença entre ele e o hospital psiquiátrico. As pessoas que não faziam parte do processo diretamente despertaram para o problema e direta ou indiretamente passaram a lutar pela causa. Essa transformação conseguiu mudar hábitos, culturas, tecnologias, mas introduzir uma ética nova, além de reformular o papel dos técnicos, através de cursos de especialização, capacitação de recursos humanos, possibilitando atualizar os profissionais que apresentavam dificuldades para refletir sobre suas práticas de trabalho cotidiano.

Nesse aspecto, iniciava-se uma nova etapa que foi inaugurada pelo I CNSM e Consolidada no II Congresso do MTSM, este também conhecido como Congresso de Bauru. Nessa etapa almejava-se criar novas práticas e modalidades de cuidado e atenção frente ao modelo hegemônico asilar, assim surgiu o CAPS em São Paulo e o NAPS¹ em Santos, os quais se tornaram serviços modelos para todo País.

Em 1989, foi apresentado no Congresso Nacional o projeto de lei de nº 3.657 do Deputado Paulo Delgado (PT/MG), propondo os direitos dos pacientes e a reorganização da reforma psiquiátrica, uma vez que almejava regulamentar os direitos das pessoas com transtornos mentais em relação ao tratamento e previa a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros meios. Após a tramitação por doze anos e a luta do movimento social, o projeto foi aprovado na Lei nº 10.216/2001, a qual ficou conhecida pelo nome de seu autor.

¹ Trata-se de uma estratégia fruto da intervenção da Secretaria de Saúde do Município de Santos na Casa de Saúde Anchieta, devido as barbaridades que ocorriam nesse espaço. Assim, pela primeira vez, foi criada as condições para a implantação de um sistema psiquiátrico que se definia como completamente substitutivo ao modelo manicomial. Por isso o NAPS é considerado o processo mais importante da psiquiatria pública nacional e representou um marco no período mais recente da reforma psiquiátrica brasileira. (AMARANTE, 1995)

Outros Estados, estimulados pelo projeto de lei 3.657/89, passaram a elaborar e aprovar projetos de lei com a mesma finalidade, a citar Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Ceará, Pernambuco e Rio Grande do Sul.

Assim, compreende-se que no decorrer dos anos foi travada uma luta em prol da reforma psiquiátrica, luta esta marcada por retrocessos e avanços, principalmente a partir dos anos 1990.

Neste período, presenciamos o redirecionamento do papel do Estado frente os avanços das teses neoliberais, cujas finalidades eram expandir o processo de privatização como uma tentativa de o capital internacional fortalecer-se diante da crise econômica vivenciada na época. Nesse sentido, o intuito era de tornar o Estado mínimo para o social e máximo para o capital (NETTO, 1996, p. 100), o que significaria um “ataque” aos direitos garantidos pela legislação, pois a partir dos anos 1990 com a crise fiscal do Estado e a opção do governo pelo projeto neoliberal, foram sendo impostos o desmonte dos direitos sociais conquistados. Destarte, Couto (2006, p. 144) discorre:

Deve-se ressaltar que, em pleno processo de efervescência da promulgação da Constituição de 1988 e das discussões críticas em torno de suas conquistas, o Brasil se tornou signatário do acordo firmado com organismos financeiros internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), por meio das orientações contidas no Consenso de Washington.

Uma das orientações preconizadas no Consenso de Washington² foi à recomendação para a desestruturação dos sistemas de proteção social vinculados aos mecanismos estatais e a orientação para que os mesmos passassem a ser desenvolvidos pela iniciativa privada. Esta medida se contrapõe aos princípios dos direitos garantidos pela Constituição Federal de 1988 em prol dos interesses privados dos grandes capitalistas.

Esse quadro passa a se agravar ainda mais no governo do presidente Fernando Collor de Melo (precursor das ideias neoliberais no país), no qual ocorre o processo de abertura da economia ao mercado internacional por meio da redução das barreiras alfandegárias, bem como o programa de privatização e o desmonte do Estado como pré-requisito para o combate da inflação. Além do mais é no referido governo que é lançado o programa de reestruturação produtiva.

² Reunião realizada em Washington, em 1989, que contou com a presença de representantes dos organismos financeiros internacionais e economistas dos países latino-americanos, colocando como condição para o financiamento de projetos bilaterais e multilaterais a adesão ao projeto neoliberal (SOUSA, 2007, p. 40).

Assim, embora a Constituição Federal de 1988 e o SUS expressassem avanços no campo da saúde/saúde mental, houve o redirecionamento do papel do Estado, o qual permaneceu planejando as leis de regulamentação nessa área, e os investimentos nas políticas sociais sofreram redução significativa já que paralelamente funcionaria a iniciativa privada.

Apesar dos referidos acontecimentos, a década de 1990 também foi marcada por avanços significativos no âmbito da saúde/saúde mental, a citar a aprovação da Lei Federal nº 8.080 e da Lei nº8.142 (leis orgânicas que regulamentam o SUS), pois propiciou mecanismos de financiamento que ofereceram incentivos para a adesão dos municípios ao SUS; e, no plano internacional, ocorreu a Conferência de Caracas, fruto da Conferência Regional para a reestruturação da assistência psiquiátrica na América Latina, promovida pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), em que resultou na Declaração de Caracas. De acordo com as OPAS (1992 apud FERREIRA, 2006), a supracitada Declaração destaca:

- 1- A revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
- 2 - A preservação da dignidade pessoal e os direitos humanos e civis nos recursos oferecidos;
- 3 - A oferta de serviços que garantissem a manutenção do paciente no meio comunitário;
- 4- A internação quando fosse necessário em um hospital geral.

Nesse sentido, a Declaração de Caracas enfatizou a questão da promoção de modelos alternativos, por meio da substituição do modelo de atendimento em hospitais psiquiátricos. Naqueles, os atendimentos estariam centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais, onde o trabalho seria voltado para o respeito aos direitos das pessoas com transtorno mental e na luta contra a exploração, os abusos e os preconceitos ao público em atendimento. Além do mais ressaltou e reafirmou os princípios básicos do SUS.

Em 1992 ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental (em Brasília), que contou com a participação de profissionais, familiares e usuários. O foco dos debates foram os princípios e diretrizes norteadoras da Reforma Psiquiátrica brasileira, com ênfase no processo de desinstitucionalização e na luta antimanicomial. Foi a partir desta Conferência que a Reforma ganha características mais definidas no campo sócio-político.

Outro avanço significativo no âmbito da saúde mental ocorreu no dia 06 de abril 2001, haja vista que após a tramitação por doze anos e a luta do movimento social, o projeto de lei de nº 3.657 do Deputado Paulo Delgado (PT/MG) foi aprovado na Lei nº 10.216/2001, estabelecendo a reorientação do modelo assistencial e o controle da internação psiquiátrica compulsória e dispendo “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Assim, o art. 1º dispõe que

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (BRASIL, 2001)

A supracitada Lei foi elaborada em consonância com os princípios da Declaração de Caracas, em que é enfatizado o caráter humanitário e de inclusão social, pois de acordo com o artigo 4º a internação apenas ocorrerá quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes. Para tanto, o Estado deve cumprir o papel central de desenvolver a política de saúde mental, a assistência integral e promover ações para as pessoas com transtorno mental, mantendo os vínculos familiares e sociais.

Ainda em 2001 ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental com a finalidade de fortalecer a Reforma Psiquiátrica - apontando estratégias capazes de não apenas efetivar, mas também de consolidar um modelo que substituísse ao dos manicômios - ao introduzir como tema “Cuidar, sim. Excluir, não – efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. De acordo com Ferreira (2006, p.142) a referida Conferência “potencializou politicamente os agentes da Reforma” e como resultado não foi aprovada nenhuma recomendação incoerente com a nova lei antimanicomial e nem ocorreu a abertura de novos hospitais psiquiátricos.

A partir de então o país iniciou as regulamentações federais referentes à rede de serviços substitutivos. A organização dos serviços em rede compreende a articulação entre os equipamentos da saúde, e destes com o demais equipamentos. Esta articulação é relevante por permitir o atendimento das demandas e necessidades dos usuários e familiares nas mais diversas áreas. É relevante também para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, uma vez que busca articular os variados serviços substitutivos.

Nessa expectativa, novos serviços foram sendo constituídos e expandidos em substituição aos antigos hospitais psiquiátricos, a citar: hospital-dia, residência terapêutica, emergências psiquiátricas e os NASP, posteriormente substituídos pelos CAPS, dentre outros, conforme serão apresentados a seguir.

3. REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL

3.1 Os Serviços Substitutivos

O processo de lutas e conquistas apresentadas anteriormente criou um cenário de inegáveis avanços da Política de Saúde Mental no Brasil. É importante registrar algumas considerações acerca do caminho percorrido, do papel de órgãos do governo, na institucionalização dos serviços enquanto política pública, dos serviços criados e suas respectivas finalidades.

O Ministério da Saúde (MS), órgão do Poder Executivo responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e assistência à saúde da população, tem a função de dispor de condições para proteger e recuperar a saúde da população, reduzir as enfermidades, além de controlar as doenças endêmicas e parasitárias de modo que melhore a vigilância à saúde e a qualidade de vida do brasileiro.

Dentre os diversos atores que fizeram parte do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, o MS contribuiu para o processo de mudança do modelo de atenção à saúde mental, através dos princípios do SUS e viabilizou o processo de reordenamento dos serviços de saúde mental. Nesse processo complexo ocorreram inúmeros avanços, porém retrocessos fizeram e fazem parte dessa história.

A constituição de uma Rede de Atenção à Saúde Mental surge como uma estratégia importante e como parte da luta. Legitimada nas conferências dessa política, o entendimento é de que somente a partir dela é possível construir coletivamente soluções satisfatórias e promover a autonomia e a cidadania das pessoas com transtornos mentais. A composição da rede de saúde mental é complexa, diversificada, de base territorial e deve ser um conjunto vivo e concreto de referência para todos os usuários da rede de serviços, como: os Hospitais-dia, as Residências Terapêuticas, os Centros de Convivência e Cultura, as Equipes Matriciais de Referência, o Programa de Volta para Casa, os Ambulatórios de Saúde Mental, e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). (BRASIL, 2004)

Hospitais-dia - um dos primeiros equipamentos do SUS para garantir o cuidado às pessoas com transtornos mentais foi o hospital-dia. O papel desempenhado pelos CAPS e o investimento do Ministério da Saúde para com os mesmos com relação à capacitação das equipes e sua expansão provocou a transformação no trabalho cotidiano

desses hospitais, ficando mais dinâmico e comprometido com a inserção social de seus usuários. Diversos hospitais-dia transformaram-se em Centros de Atenção Psicossocial, assumindo a função de ordenar a rede de atenção em saúde mental em seu território.

Residências Terapêuticas - os serviços residenciais terapêuticos ou residências terapêuticas são casas que se localizam na zona urbana, constituídas com o propósito de atender as necessidades das pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos, hospital custódia ou em situação de vulnerabilidade e que perderam totalmente o contato com seus familiares. Promover o direito de morar e circular nas cidades, no meio da comunidade é fundamental para a efetivação do processo de desinstitucionalização dessas pessoas que passaram um longo período internas e precisam socializar-se para reaprender a viver em sociedade.

Centros de Convivência e Cultura - Os centros de convivência e cultura são dispositivos que compõem a rede de atenção substitutiva em saúde mental e oferecem às pessoas que tem transtornos mentais, um espaço de socialização, produção cultural e intervenção da cidade. São equipamentos assistenciais que oferecem para as pessoas com transtornos mentais e para o seu território, a inclusão social através da cultura.

No período dos anos de 2003 a 2006 o Ministério da Saúde promoveu a avaliação da inclusão dos Centros de Convivência e Cultura nas redes de atenção de saúde mental das grandes cidades que para a implantação desses dispositivos nos municípios era preciso ter como requisito a resposta pública efetiva e consolidada para os transtornos mentais severos e persistentes. A partir de 2005 o Ministério da Saúde recomendou a implementação destes dispositivos nos municípios que apresentavam uma rede de CAPS atuante e com população superior a 200.000 habitantes. Existem atualmente mais de 60 Centros de Convivência e Cultura em funcionamento no país.

Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental - o matriciamento corresponde a ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais que atuam na atenção básica. Esta equipe de saúde mental sediada ou não em um CAPS deve responsabilizar-se por seis ou até nove equipes dos PSF ou da atenção básica em geral. A responsabilidade pelo cuidado aos usuários de saúde mental, nos pequenos municípios é das Equipes de Referência de Saúde Mental e Equipes da Atenção Básica. Devido sua proximidade com as famílias e a comunidade em geral, as equipes da atenção básica devem garantir o acesso e enfrentamento de graves problemas relacionados ao abuso de álcool, drogas e outras formas de sofrimento psíquico.

Programa de Volta para Casa - este programa foi criado em 2003, pela Lei Federal nº 10.708, foi à concretização de uma reivindicação histórica do Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Inicialmente constatou-se que a maioria dos potenciais beneficiários não possuía a documentação pessoal necessária para o cadastramento. Para mudar o quadro o Ministério da Saúde incentivou a partir de 2005, as realizações de mutirões de cidadania que ocorreram principalmente nos municípios com processo de desinstitucionalização em curso, para assim identificar, mesmo que tardiamente as pessoas que passaram por um longo período de internação. Essa ação do Ministério da Saúde foi de fundamental importância para superar as barreiras da inclusão social das pessoas com transtornos mentais.

O paciente de longa permanência egresso do hospital psiquiátrico tem o direito de receber o auxílio – reabilitação, direito este conquistado durante o governo Lula, que promove a emancipação das pessoas com transtornos mentais, reinserindo-o na sociedade.

Emergência Psiquiátrica - uma das principais portas de entrada para a rede de saúde mental, especialmente no caso dos pacientes em primeiro surto psicótico. São fundamentais no que diz respeito a programa de prevenção e de aprimoramento terapêutico dos novos casos psiquiátricos.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde municipais, abertos e comunitários que oferecem atendimento diário a todas as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando acompanhamento clínico, buscando reinseri-lo na sociedade por meio do trabalho, lazer, exercícios dos seus direitos civis e fortalecimento dos seus laços familiares e comunitários.

Ambulatórios de Saúde Mental - os ambulatórios de saúde mental prestam assistência às pessoas portadoras de transtornos mentais menores, o que corresponde a 9% da população. Seu funcionamento na maioria das vezes é pouco articulado com a rede de atenção a saúde. Estes ambulatórios são referências para consultas psiquiátricas e psicológicas, porém a sua atuação deixa a desejar, pois possui imensa lista de espera e crise no seu funcionamento. Torna-se imprescindível reformular seu modo de funcionamento, discutindo seu papel na rede de atenção a saúde mental possibilitando sua integração com outros serviços.

Estes centros são cabíveis nos municípios maiores, com uma demanda de atenção a transtornos em geral, juntamente com o CAPS pode dar um suporte para o atendimento de transtornos mentais mais graves, juntamente ou aliadamente com as

equipes de atenção básica. Nos municípios que não possuem CAPS, os ambulatórios precisam responsabilizar-se pelos transtornos mentais graves, articulando com a atenção básica para acompanhar os transtornos maiores.

3.2 O CAPS na Rede de Atenção à Saúde Mental: qual relevância?

A proposta do CAPS surge no contexto de luta dos movimentos sociais, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva.

Nesse contexto, os serviços de saúde mental surgem em vários municípios do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como:

Unidades de saúde locais /regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (BRASIL, 2004).

Os CAPS – assim como os NAPS, os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que tem surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria Nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que tem a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004).

Nos últimos anos o Ministério da Saúde colocou como objetivo principal das suas ações normatizantes a expansão, qualificação e consolidação da rede de atenção à

saúde mental, principalmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pautando-se pela implantação de uma rede pública e articulada desses serviços.

A composição de uma rede pública de CAPS enfrentou resistências, porque o Sistema Único de Saúde (SUS) autorizou a contratação de serviços privados, para complementar a rede pública. A II Conferência Nacional de Saúde Mental colocou em pauta o caráter estratégico desse serviço, que tem atribuições intransferíveis.

Para constituir a Rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos, etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte, etc.), econômicos (dinheiro, previdência, etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e a reabilitação psicossocial. Os CAPS se apresentam como dispositivos que devem estar articulados na rede de serviços de saúde e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para fazer a complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais.

As redes possuem muitos centros que as compõem e as tornam complexas e resistentes para isso é fundamental que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tem um papel estratégico e devem assumir o papel na articulação e no crescimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, etc.; na organização da rede de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental, desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, além de dispensar medicamentos, encaminhar e acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas, assessorar e ser retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes da Saúde da Família no cuidado domiciliar.

Com base nos documentos oficiais, as funções dos CAPS são as seguintes:

- prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos;
- acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território;
- promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais;

- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação;
- dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica;
- organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios;
- articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território
- promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Em sua estrutura, os CAPS devem contar com espaço físico próprio e adequado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente estruturado. Deverão contar com consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapia); salas para atividades grupais; espaço de convivência; oficinas; refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade); sanitários; área externa para oficinas, recreação e esportes.

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana.

Esses sujeitos são aqueles que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida sendo, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Os usuários do CAPS podem ter tido uma longa história de internações psiquiátricas, podem nunca ter sido internados ou já ter sido atendido em outros serviços de saúde (ambulatório, hospital-dia, consultórios, et.). O importante é que essas pessoas saibam que podem ser atendidas e saibam o que são e o que fazem no CAPS.

Para ser atendido num CAPS, pode-se procurar diretamente esse serviço ou ser encaminhado pelo Programa de Saúde da Família ou por qualquer serviço de saúde. A pessoa pode ir sozinha ou acompanhada, devendo procurar, preferencialmente, o CAPS que atende à região onde mora.

Quando a pessoa chega, deverá ser acolhida e escutada em seu sofrimento. Esse acolhimento poderá ser de diversas formas, de acordo com a organização do serviço. O objetivo nesse primeiro contato é compreender a situação de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham. Estabelecer um diagnóstico é importante, mas não deve ser o único nem o principal objetivo desse momento de encontro do usuário com o serviço.

A partir daí irá se construindo, conjuntamente, uma estratégia ou um projeto terapêutico para cada usuário. Caso essa pessoa não queira ou não possa ser beneficiada com o trabalho oferecido pelo CAPS, ela deverá ser encaminhada para outro serviço de saúde mais adequado para sua necessidade. Se uma pessoa está isolada, sem condições de acesso ao serviço, ela poderá ser atendida por um profissional da equipe do CAPS em casa, de forma articulada com as equipes de Saúde da Família do local, quando um familiar ou vizinho solicitar ao CAPS. Por isso, é importante que o CAPS procurado seja o mais próximo possível da região de moradia da pessoa.

Todo o trabalho desenvolvido no CAPS deverá ser realizado em um “meio terapêutico”, isto é, tanto as sessões individuais ou grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Isso é obtido através da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento. Ao iniciar o acompanhamento no CAPS se traça um projeto terapêutico com o usuário e, em geral, o profissional que o acolheu no serviço passará a ser uma referência para ele. Esse profissional poderá seguir sendo o Terapeuta de Referência (TR), mas não necessariamente, pois é preciso levar em conta que o vínculo que o usuário estabelece é fundamental no processo de tratamento.

O Terapeuta de Referência (TR) terá sob sua responsabilidade monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re) definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço. Também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário do serviço e com a equipe técnica dos CAPS.

Cada usuário do CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades do serviço, o CAPS poderá oferecer, conforme as determinações da Portaria GM 336/2002:

- **Atendimento Intensivo:** trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;
- **Atendimento Semi-intensivo:** nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário.
- **Atendimento Não-Intensivo:** oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar.

Cada CAPS, por sua vez, deve ter um projeto terapêutico do serviço, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional. Podem oferecer diferentes tipos de atividades terapêuticas que vão além de consultas e de medicamentos, e caracterizam o que vem sendo denominada clínica ampliada. Essa ideia de clínica vem sendo (re) construída nas práticas de atenção psicossocial, provocando mudanças nas formas tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais.

O processo de construção dos serviços de atenção psicossocial também tem revelado outras realidades, isto é, as teorias e os modelos prontos de atendimento vão se tornando insuficientes frente às demandas das relações diárias da vida das pessoas que é maior que a doença ou o transtorno. Para tanto, é necessário que, ao definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade. Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço.

Os CAPS devem oferecer acolhimento diurno e, quando possível e necessário, noturno e possuir um ambiente terapêutico e acolhedor, que possa incluir pessoas em situação de crise, muito desestruturadas e que não consigam, naquele momento, acompanhar as atividades organizadas da unidade. O sucesso do acolhimento da crise é

essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações. Os CAPS oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas, por exemplo: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e familiar.

Algumas dessas atividades são feitas em grupo, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias. Quando uma pessoa é atendida em um CAPS, ela tem acesso a vários recursos terapêuticos:

- Atendimento individual: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação;
- Atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal;
- Atendimento para a família: atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares;
- Atividades comunitárias: atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que tem objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários;
- Assembléias ou Reuniões de Organização do Serviço: a Assembléia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. 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.

Entrar em tratamento no CAPS não significa que o usuário tem que ficar a maior parte do tempo nele. As atividades podem ser desenvolvidas fora do serviço, como uma parte de uma estratégia terapêutica de reabilitação psicossocial, que poderá iniciar-se ou

ser articulada pelo CAPS, mas que se realizará na comunidade, no trabalho e na vida social.

Assim, os projetos terapêuticos devem incluir a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente à sua vida. Como vimos, muitas coisas podem ser feitas num CAPS, desde que tenham sentido para promover as melhores oportunidades de trocas afetivas, simbólicas, materiais, capazes de favorecer vínculos e interação humana.

Uma das principais formas de tratamento que vem a promover essas oportunidades são as oficinas terapêuticas. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Eles realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania. De um modo geral, as oficinas terapêuticas podem ser:

- Oficinas expressivas: espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho, etc.), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de músicas), expressão musical (atividades musicais), fotografias, e teatro;
- Oficinas geradoras de renda: servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário. As oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó, etc.
- Oficinas de Alfabetização: esse tipo de oficina contribui para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola possam exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re)construção da cidadania.

Outras atividades fazem parte das formas de tratamento dessas pessoas nos CAPS: tratamento medicamentoso, tratamento realizado com remédios chamados psicoativos ou psicofarmacos; atendimentos a grupo de familiares, reunião de famílias

para criar laços de solidariedade entre elas, discutir problemas em comum, enfrentar as situações difíceis, receber orientação sobre diagnóstico e sobre sua participação no projeto terapêutico; atendimento individualizado a família, atendimento familiar ou a um membro da família que necessite de orientação e acompanhamento em situações rotineiras, ou em momentos críticos; orientação, conversas e assessoramento individual ou em grupo sobre algum tema específico, por exemplo, o uso de drogas; atendimento psicoterápico, encontros individuais ou em grupo onde são utilizados os conhecimentos e as técnicas da psicoterapia e atividades comunitárias, atividades que utilizam os recursos da própria comunidade e que envolvem pessoas, instituições ou grupos organizados que atuam na comunidade. Exemplo: festa junina do bairro, feiras, quermesses, campeonatos esportivos, passeios a parque e cinema, entre outras.

Portanto, o CAPS é um dos dispositivos essenciais de garantia de acesso a rede assistencial da política de Saúde Mental, na perspectiva da garantia dos direitos sociais e da cidadania.

3.3 Rede e território: dois conceitos fundamentais

A concepção de rede e território é indispensável para o entendimento do papel estratégico dos CAPS e a sua relevância no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. Isso também se aplica à sua relação com a rede básica de saúde.

A Reforma Psiquiátrica consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade, e os CAPS são os grandes dispositivos estratégicos desse movimento constituindo-se organizações que compõem a rede de atenção as pessoas com transtornos mentais nos municípios (CIRILO, 2006). Entretanto, é a rede básica de saúde lugar privilegiada de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais.

A rede básica de saúde se constitui pelos centros ou unidade de saúde locais e/ou regionais, pelo Programa 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, pois tem um papel fundamental no acompanhamento na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais.

Território não é apenas uma área geográfica, embora na sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco, etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados. (BRASIL, 2007 p. 09)

Para essa integração, o CAPS precisa:

- Conhecer e interagir com as equipes de atenção básica de seu território;
- Estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território;
- Realizar apoio matricial às equipes de atenção básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente nas situações mais complexas por solicitação da atenção básica;
- Realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção básica.

Nesse sentido, a noção de território é indispensável para constituição de uma Rede comunitária formada pelos diferentes serviços substitutivos, de acolhimento a pessoa com transtorno mental. Mas devemos lembrar que a rede não se restringe aos serviços de saúde mental disponível localmente. Ela se efetiva na medida em que se articulam diferentes instituições e organizações, estatais e não estatais, a exemplo de associações, cooperativas, universidades, entre outras. Deverá ser um espaço vivo, onde envolva diferentes equipamentos e atores sociais, buscando permanentemente a emancipação e a inclusão social dos usuários.

As redes possuem relações complexas e resistentes. O essencial é que não se perca a dimensão da importância que constituem suas interações entre os diferentes setores e os agenciamentos que produz. Entre eles, enfocamos o eixo da saúde, em específico a atenção básica em saúde, efetuada, principalmente, pela Estratégia de Saúde da Família, bem como todos os serviços que compõem a rede de atenção primária em saúde em cada município brasileiro. (SCHNEIDER, 2009, p.83)

O “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. Quando o território for constituído por uma grande população

de abrangência, é importante que o CAPS discuta com o gestor local a possibilidade de acrescentar a seu corpo funcional uma ou mais equipes de saúde mental, destinadas a realizar essas atividades de apoio à rede básica. Essas atividades não devem assumir características de uma “especialização”, devem estar integradas completamente ao funcionamento geral do CAPS.

As atuais diretrizes orientam que, onde houver cobertura do Programa de Saúde da Família, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF, que possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional de diferentes técnicos de nível superior e de nível médio. Os profissionais de nível superior são: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Os CAPS contam ainda com equipes de limpeza e de cozinha.

Todos os CAPS devem obedecer à exigência da diversidade profissional e do tipo de CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, Capsi e Capsad) tem suas próprias características quanto aos tipos e à quantidade de profissionais.

Tipos de Profissionais que Trabalham nos CAPS
<p>CAPS I - Centros de menor porte, capazes de oferecer cobertura a um município com população de 20 a 70 mil habitantes. Profissionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 médico psiquiátrica ou médico com formação em saúde mental • 1 enfermeiro • 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico • 4 profissionais de nível médio e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão
<p>CAPS II - Beneficiam pessoas adultas, com sofrimento mental severo e atendem municípios de médio porte que possuem entre 70 e 200 mil habitantes. Profissionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 médico psiquiátrico • 1 enfermeiro com formação em saúde mental • 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico • 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão
<p>CAPS III – Atende pessoas com transtorno mental severo e persistente e funcionam todos os dias e horários. Previsto para municípios com mais de 200 mil habitantes, são serviços de grande complexidade, sendo que a assistência prestada ao usuário contempla o acolhimento noturno em feriados e finais de semana, contando com no máximo 5</p>

leitos para eventuais repousos ou observações. Profissionais:

- 2 médicos psiquiatras
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental
- 5 profissionais de nível superior de outras categoria profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior
- 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

CAPSi – Atendimento diário de crianças e adolescentes, portadores de “autismo, psicoses, neuroses graves e todo aquele que, por sua condição psíquica, esteja impossibilitado de manter ou estabelecer laços sociais”. (p.23)

Profissionais:

- 1 médico psiquiatra ou neurologistas ou pediatra com formação em saúde mental
- 1 enfermeiro
- 3 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogos, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
- 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

CAPSad – Atende dependentes de substâncias psicoativas, usuários de álcool e outras drogas em municípios com mais de 100 mil habitantes e nele há presença de leitos para a desintoxicação do usuário. Profissionais:

- 1 médico psiquiatra
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental
- 1 médico clínico Geral responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas
- 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogos, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
- 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

BRASIL, 2004, p. 26

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico, pois devem acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar o espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que porventura demandam providências imediatas, durante todo o período de funcionamento da unidade.

A duração da permanência dos usuários no atendimento dos CAPS depende de muitas variáveis, desde o comprometimento psíquico do usuário até o projeto terapêutico traçado, e a rede de apoio familiar e social que se pode estabelecer. O importante é saber que o CAPS não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do

usuário ao seu tratamento por toda a vida. O processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, que vão possibilitar a autonomia, deve ser cuidadosamente preparado e ocorrer de forma gradativa.

Para isso, é importante lembrar que o CAPS precisa estar inserido em uma rede de serviços e organizações que se propõem a oferecer um cuidado contínuo. É importante também ressaltar que os vínculos terapêuticos estabelecidos pelos usuários com os profissionais e com o serviço, durante a permanência no CAPS, podem ser parcialmente mantidos em esquema flexível, o que pode facilitar a trajetória com mais segurança em direção à comunidade, ao seu território reconstruído e re-significado.

3.4 Participação dos Usuários, Familiares e da Comunidade no Funcionamento do CAPS

O I Congresso Brasileiro de CAPS aconteceu em julho de 2005, na cidade de São Paulo, e englobou profissionais de saúde mental de todo país para discutir e refletir sobre a política. Esse evento contou com a participação de 2000 pessoas, entre profissionais e representantes de associações de usuários e familiares (BRASIL, 2004).

O congresso foi considerado marco importante na área da saúde mental brasileira, pois debateram temas fortalecedores da participação dos envolvidos nesse contexto como: trabalhadores, usuários e familiares tecendo relações, formando novos diálogos, o cuidado cotidiano no CAPS, CAPS laços sociais (BRASIL, 2007).

O resultado desse evento veio contribuir para uma rede fortalecida e atuante, fator importante na qualidade dos serviços e melhoria da vida das pessoas que apresentam transtornos mentais.

O protagonismo dos usuários é fundamental para que se alcancem os objetivos dos CAPS, que devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço junto à equipe técnica. Essa equipe pode favorecer, através do TR, a apropriação do seu próprio projeto terapêutico, e pensar sobre o vínculo que o usuário está estabelecendo com o serviço e com os profissionais e estimulá-lo a participar de forma ativa de seu tratamento e da construção de laços sociais.

A participação dos usuários nas assembléias muitas vezes é um bom indicador da forma como eles estão se relacionando com o CAPS. As associações de usuários e/ou familiares muitas vezes surgem dessas assembléias que vão questionando as

necessidades do serviço e dos usuários. Os usuários devem ser incentivados a criar as suas associações ou cooperativas, onde possam, através da organização, discutir seus problemas comuns e buscar soluções coletivas para questões sociais e de direitos essenciais, que ultrapassam as possibilidades de atuação dos CAPS.

As organizações de usuários e/ou familiares têm cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial no Brasil, participando ativamente da discussão sobre os serviços de saúde mental e promovendo atividades que visam a maior inserção social, a geração de renda e trabalho e a garantia de seus direitos sociais.

Um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar da melhor forma possível do cotidiano dos serviços. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho dos CAPS. Os familiares podem participar dos CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Os familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento.

A presença no atendimento oferecido aos familiares e nas reuniões e assembleias, trazendo dúvidas e sugestões, também é uma forma de os familiares participarem, conhecerem o trabalho dos CAPS e passarem a se envolver de forma ativa no processo terapêutico.

A comunidade é um conjunto de pessoas, associações e equipamentos que fazem existir a vida numa certa localidade. A articulação entre CAPS e comunidade é, portanto, fundamental. A comunidade – serviços públicos das áreas da educação, do esporte e lazer, do trabalho, associações de moradores, clube de mães, associações comunitárias, voluntários – poderão ser parcerias dos CAPS através de doações, cessão de instalações, prestação de serviços, instrução ou treinamento em algum assunto ou ofício, realização conjunta de um evento especial (uma festa, por exemplo), realização conjunta de projeto mais longo, participação nas atividades rotineiras do serviço.

Com essas parcerias e ações, a comunidade produz um grande e variado conjunto de relações de troca, o que é bom para a própria comunidade e para todos do CAPS. As parcerias ajudam a toda a comunidade a reforçar seus laços sociais e afetivos e produzem maior inclusão social de seus membros. Por isso, a participação da comunidade é muito importante para a criação de uma rede de saúde mental. O CAPS

deve ser integrante da comunidade, de sua vida diária e de suas atividades. (BRASIL, 2007)

4 A AÇÃO INTERSETORIAL NO PROCESSO DE EFETIVAÇÃO DO TRABALHO NO CAPS: possibilidades e limites

4.1 Reflexões acerca do tema Intersetorialidade

Para uma melhor compreensão sobre intersectorialidade, torna-se mister desvelar alguns avanços com a Constituição Federal de 1988 (CF/1988), especialmente no que se refere a política de saúde, cujas mudanças traçam sua estrutura enquanto política pública de direito, a citar o próprio conceito de saúde, utilizado a partir de então, num sentido mais amplo, evidenciado no Art. 2º e 3º da Lei 8080/1990 ao instituir o seguinte:

Art. 2º, Parágrafo 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Art.3 A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL, 1990)

A partir de então, a saúde passa a ser entendida não apenas pelo paradigma médico-biológico, mas influenciada por fatores políticos, sociais, culturais e econômicos da sociedade. Quanto à intersectorialidade, se prestarmos atenção podemos perceber a sua aparição de forma implícita. Conforme aponta Rui (2010, p. 247) “a intersectorialidade está intrínseca ao próprio conceito de saúde proposto pela Constituição, uma vez que este faz a exigência de uma articulação entre as diversas políticas sociais”. Assim, para intervir e solucionar os problemas referentes à saúde há uma gama de políticas sociais e setoriais de abrangência local ou regional, além da própria política de saúde, a serem procuradas e as quais devem atuar de forma conjunta em prol de uma causa maior, tendo em vista que as políticas acima mencionadas por si só não solucionam tudo e necessitam se comunicar para identificar as necessidades da população e os benefícios que pode ou não oferecer.

Segundo Nascimento (2010) a discussão sobre intersectorialidade não tinha tanta expressão na época da formulação da Lei 8.080/1990, por isso o termo não aparece de

forma explícita e, muitas vezes, surge com outros sentidos, a exemplo de “colaboração”, conforme o art. 6º, quando menciona: a "participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico e a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o da saúde do trabalhador".

Outros exemplos podem ser encontrados nas diretrizes e nos princípios da política de saúde presentes no art. 7º. Entre os itens mais expressivos, o décimo alude que deve ocorrer "a integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico", no qual o sentido da palavra integração na realidade é intersectorialidade. Com isso, a ação intersectorial emerge como uma nova possibilidade para solucionar determinados problemas que recaem na população. Essa perspectiva é relevante, pois assinala uma visão integrada dos problemas sociais e de suas soluções, onde é exigido um olhar que não se limita no âmbito de uma única política social.

De acordo com Junqueira (1997) a intersectorialidade é definida como “a articulação de saberes e experiências no planejamento, na realização e na avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando a um efeito sinérgico no desenvolvimento social”. Nessa perspectiva, fica evidenciada que a ação intersectorial vai além da prática, parte do próprio planejar (planejar → realizar → avaliar), posto que não se expressa na imediatividade do fazer profissional.

Sua construção se dá por meio de um processo organizado e coletivo, uma vez que pressupõe a articulação de diferentes setores sociais para integrar e articular saberes e experiências permitindo a descoberta de caminhos. Assim, a intersectorialidade requer respeito à diversidade e as particularidades de cada setor já que “envolve espaços comunicativos, capacidade de negociação e intermediação de conflitos para a resolução ou enfrentamento final do problema principal e para a acumulação de forças, na construção de sujeitos, na descoberta da possibilidade de agir”. (Campos, 2000 *apud* Comerlato *et al*, 2007)

Nessa perspectiva, é importante desenvolver um trabalho intersectorial, tendo em vista que este permite uma análise mais ampla sobre determinado problema, em que muitas vezes ao olharmos de forma imediata vemos apenas uma parte dele, mas ao levarmos em consideração vários fatores, isto é, analisá-lo em sua complexidade, percebemos que na realidade se trata de um *iceberg*, pois a causa é gerada por vários fatores e ao focalizarmos em apenas uma dimensão do fenômeno esvaziamos as demais.

Podemos constatar na explicitação citada pela professora Abigail Torres, no Seminário “Intersetorialidade em Perspectiva”, desenvolvido pelo Programa URBIS em 2008, que:

Mais do que mera opção metodológica, a ação intersectorial é imperativo técnico advindo de um contexto de atuação que formula problemas tais como a clássica situação da criança, a quem é provida uma escola de qualidade, mas que não aprende por que está doente; e está doente porque se alimenta mal, não conta com serviços de saúde adequados e vive em condições adversas; e se alimenta mal, não conta com serviços de saúde adequados e vive em condições adversas porque o pai está desempregado, a mãe trabalha o dia inteiro por uma remuneração abaixo de suas necessidades mínimas e os equipamentos de saúde pública próximos estão desativados... Quase uma história sem fim, não se tenha condições de puxar todos os fios do emaranhado de forma concatenada e harmônica com relação ao tempo e à sequência de solução de cada um desses problemas aparentemente setorializados, mas que, na verdade, compõem um único quadro. (PROGRAMA URBIS)

Deste modo, fica evidenciado que as situações de violação de direitos dos usuários das políticas sociais (fruto da exclusão social) não se restringem a uma única área de intervenção, por isso que o trabalho intersectorial é fundamental, pois implica na co-responsabilização dos profissionais em todos os níveis, tendo em vista que as demandas devem ser analisadas sob diferentes focos, a partir dos quais se constrói saberes que promovem ações estratégicas para dar respostas concretas as referidas demandas. O intuito é assegurar todos os direitos dos usuários, mas para tanto é fundamental que se estabeleça “parcerias” tanto entre o governo e a sociedade civil, quanto entre as instâncias governamentais, pois atualmente a política de saúde possui uma estrutura que está voltada à especialização (fragmentação da ação), o que é um facilitador para organização do trabalho, mas insuficiente para atender às demandas sociais, as quais são resultantes de uma realidade marcada por múltiplas determinações.

Fundamental para que haja o desenvolvimento de um trabalho intersectorial é a ação interdisciplinar. Neste sentido, a professora Abigail Torres (2008) raciocina que “interdisciplinaridade e intersectorialidade transparecem como as duas faces da mesma moeda”. Assim, fica subentendido que a segunda delas provém da aplicação concreta de uma ação que toma por base a primeira no intuito de promover o enfretamento de determinado problema.

4.2 Interdisciplinaridade, intersetorialidade e saúde pública

A interdisciplinaridade é um movimento, um conceito e uma prática que está em processo de construção e desenvolvimento no âmbito das ciências e do ensino da ciência. Rosenfield *apud* Perini *et al* (2001), ainda caracteriza a interdisciplinaridade como a possibilidade do trabalho conjunto na busca de soluções, respeitando-se as bases disciplinares específicas.

A partir do século XIX o positivismo se tornou hegemônico enquanto paradigma do saber no mundo moderno e as disciplinas começaram a se firmar de forma isolada refletindo numa excessiva especialização e por consequência numa fragmentação do saber.

É no final do século XX, na década de 1950, que a interdisciplinaridade ressurge enquanto proposta de conceber e fazer ciência apresentando uma perspectiva mais clara.

Segundo Minayo (1993), a interdisciplinaridade pode significar:

uma panacéia epistemológica para curar os males da ciência moderna, ou pode ser abordada a partir de um ceticismo radical, ou ainda pode ser vista como uma fatalidade própria do avanço técnico e científico. Com base no pressuposto de que a temática se expressa enquanto uma questão polêmica, a autora citada promove o debate entre diferentes posicionamentos sobre o assunto. Entre eles, ressaltamos os que são representados pelos nomes de Gusdorf, Carneiro Leão e Habermas. Utilizando as considerações de Minayo sobre esses três posicionamentos, sintetizamos a discussão sobre a temática e/ou questão.

Gusdorf (1976, s/p), um defensor da interdisciplinaridade coloca que:

antes da ciência moderna, a sociedade encontrava no conjunto de seus mitos e cosmogonias os elementos de uma inteligibilidade universal. A produção do conhecimento e as formas de explicação e intervenção no real tinham uma significação humana. A ciência moderna, com a disciplinarização, fragmenta a percepção do humano e, distanciando-se dele, reduz a existência humana a um estatuto de perfeita objetividade. Assim, a ciência moderna, ao recortar o mundo das vivências (natureza) e o do vivido (humano) em inúmeros objetos, sob administração das diversas disciplinas, produz um conhecimento esquizofrênico.

Por outro lado, como afirma Japiassu (1976), também pode ser entendida como uma necessidade interna da ciência, buscando retomar a unidade de seu objetivo e os laços de significação humana. O autor a coloca ainda como uma necessidade exigida

pela complexidade dos problemas apresentados para a ciência e que não são respondidos por enfoque unidisciplinar ou pela justaposição de várias disciplinas.

Na relação entre interdisciplinaridade e saúde pública observamos que historicamente esta última é marcada pelo modelo positivista onde a doença é vista como desvio e ameaça à ordem e estrutura social e era tratada sob a ótica biocêntrica. Nem mesmo a junção das ciências sociais nos currículos de medicina alterava a influência funcionalista que passaram a ser vistas como ciências da conduta ou comportamental.

É na década de 1960 que se apresentam as primeiras experiências de interdisciplinaridade através da Medicina Comunitária nos EUA e na área de Saúde Mental na Europa, embora se constatassem obstáculos epistemológicos, psicossociais, institucionais e de linguagem (ABEMO *apud* DESLANDES; GOMES, 1994, p. 107). Já nos anos 1970, em muitos países latinos, se colocava o estudo de produção social das doenças através das condições econômicas, históricas e sociais (GARCIA, 1989 *apud* DESLANDES; GOMES, 1994, p. 107).

Na década seguinte, em 1980, houve influência significativa da participação dos movimentos sociais, requerendo o conceito ampliado de saúde, novas abordagens na produção do conhecimento e na intervenção prática.

De acordo com Frank *apud* Gomes (1994, p. 103):

Saúde conflui diferentes dimensões e aspectos. Numa dimensão há as instâncias do biológico e do social, em outras há o indivíduo e a comunidade e ainda em outra há a política social e a política econômica. Partindo desse pressuposto que a saúde é um meio de realização pessoal e coletiva, a Saúde Pública deve levar em conta esses diferentes prismas relacionados ao seu objeto.

Através do princípio multidisciplinar de investigação, podemos definir Saúde Pública como campo amplo das ciências biológicas, sociais e da conduta para o estudo do fenômeno saúde em populações humanas.

Nesse sentido, o processo saúde-doença, como observam Birman e Ruffino-Neto (1991-1992) *apud* Gomes e Deslandes (1994, p.108):

se traduz pela inter-relação entre aspectos de ordem clínica e sociológica. Assim, faz-se necessário levarmos em conta - além dos aspectos anatômicos e fisiológicos - valores, atitudes e crenças que se encontram no universo das representações dos atores sociais que vivenciam esse processo.

Nessa perspectiva, a interdisciplinaridade abrange o reconhecimento da complexidade crescente do objeto das ciências da saúde e a consequente exigência interna de um olhar plural, além da possibilidade de trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições e o investimento como estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde.

Para tanto, é urgente que se estabeleça uma nova relação entre os profissionais de saúde [...] diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade [...] requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe. (COSTA NETO, 2000, *apud* STAUDT, 2008, p.9)

Nas políticas públicas, a intersetorialidade busca superar as práticas fragmentárias na relação com os usuários dos serviços. Nas abordagens teórico-conceituais aproxima-se das perspectivas epistemológicas da interdisciplinaridade que desde seu surgimento torna-se uma discussão polêmica nos meios acadêmicos.

4.3 A aplicabilidade da ação intersetorial nos CAPS

A ação intersetorial e interdisciplinar e com elas a adoção de princípios e diretrizes construídos em rede no âmbito das políticas sociais são essenciais para assegurar os direitos dos usuários, uma vez que são vários os determinantes de situações de violação dos mesmos.

No âmbito da Saúde Mental também não é diferente, tendo em vista que se analisarmos caso a caso podemos encontrar múltiplos fatores que levaram o usuário a se encontrar em determinada situação e que para averiguá-la é fundamental o “olhar” de profissionais de diferentes áreas (assistentes sociais, psicólogos, entre outros), bem como diferentes setores (saúde, educação, habitação etc.). Todavia, os profissionais ora mencionados devem elaborar, de forma conjunta, projetos que contenham ações estratégicas a serem desenvolvidas - a ação parte do próprio planejar, passando pelo fazer até chegar à avaliação - para encontrar caminhos capazes de enfrentar as problemáticas.

Outra finalidade é ampliar o debate e expor novas possibilidades de encontros entre técnicos e gestores das políticas sociais, como é o caso da saúde mental. Neste sentido, “a intersetorialidade pode trazer ganhos para a população, para a organização logística das ações definidas, bem como para a organização das políticas públicas centradas em determinados territórios” (NASCIMENTO, 2010, s/p).

Abigail Torres (2008) estabelece cinco condições para desenvolver uma ação intersetorial, as quais acreditam que precisam ser adotadas pelo CAPs. São elas: Construir uma cultura de parceria, interna e externa; Construir uma ética pública consistente; Determinação, conhecimento e liderança; Olhar coletivo sobre os problemas e, por fim, estabelecer pactos nas diferentes hierarquias. A autora ainda complementa que é preciso estabelecer a

Definição do processo segundo o qual o modelo de gestão será construído requer definição conjunta do modelo a ser adotado, ou seja, requer capacidade de planejamento; Construção de ativos coletivos: valores, linguagem e cultura - superar a linguagem técnica exclusivista e adotar padrões de comunicação legitimado por todos; Decisão de escopo e formulação da grade de objetivos e resultados esperados; Mapeamento do aparato intersetorial – unidades integrantes, papéis, fluxos e produtos; Compartilhamento de poderes; Solução para a articulação entre níveis estratégico, tático e operacional: garantindo resultados efetivos; Sistema de avaliação e monitoramento que seja capaz de capturar não apenas os resultados efetivos do trabalho intersetorial, mas também as nuances dos seus processos operativos. (pág. 05)

Trabalhar apenas o usuário não é suficiente, também é necessário apreciar os seus anseios e necessidades, ou seja, analisá-lo em sua complexidade, na sua conjuntura. Também é necessário analisar a relação do mesmo com a família, e as reais condições desta, além de averiguar a relação do usuário com a sociedade de forma geral. É válido ressaltar que as demandas devem ser analisadas por diferentes focos, pois alude na co-responsabilização dos profissionais em todos os níveis. Nesse trajeto serão descobertos os reais problemas que rodeiam o usuário. Posteriormente, será necessária a participação das políticas setoriais, dentre elas a Assistência Social, Educação, Esporte, Cultura e Lazer em prol de assegurar seus direitos. Para tanto, se fazem necessárias articulações entre os diversos setores para dar início ao primeiro passo: planejar ações estratégicas para solucionar o problema.

Buscar compreender a realidade enfrentada pelos profissionais que atuam nos CAPS é indispensável. Muitos enfrentam cotidianamente a sobrecarga de trabalho, fator

esse que impossibilita, de modo direto, uma atuação intersetorial, pois os técnicos estão constantemente envolvidos nos cuidados semi-intensivo e intensivo, atendimento à família, entre outros. As ações que visam os trabalhos comunitários e a articulação com representantes da comunidade ou instituições, busca de parcerias, participação em fóruns de discussão, entre outros, terminam por não serem realizadas de forma planejada.

Outro aspecto que implica como uma possível limitação está no equívoco vinculado à questão da interdisciplinaridade. Como afirmam Cavalcanti; Sarmiento (S.A. p. 8), esta vem sendo confundida por alguns como “todo mundo fazer tudo” haja vista que, quando todo mundo faz tudo, há o inevitável risco de ninguém fazer nada.

As parcerias com organizações governamentais e não governamentais também são imprescindíveis para a realização do trabalho nos CAPS, objetivando obter resultados concretos, porém estas articulações não acontecem demasiadamente, por conta dos fatores anteriormente mencionados. Para viabilização das ações, requer-se, então, de no mínimo uma proposta para a articulação comunitária.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pessoa com transtorno mental necessita de cuidados específicos e deve ser tratada a partir deste olhar, sem perder de vista a complexidade humano-social. A família, o trabalho e a comunidade devem ser base para pensá-lo e o agir no campo da saúde mental.

Não se trata apenas de auxiliar os usuários diretos dessa política a se readaptar a sociedade, mas de preparar a comunidade para saber lidar. É preciso investir no fortalecimento da estrutura familiar, além de apoiar e auxiliar. A família possui um grande potencial na recuperação e no tratamento do indivíduo. A partir do momento que ela compreende sua significância singular no tratamento do paciente, esta poderá funcionar como o fator diferenciador na recuperação do indivíduo.

Outro fator essencial para viabilizar os direitos sociais das pessoas com transtorno mental é a ação intersetorial. Porém, também é fundamental que a Rede de serviços funcione e esteja articulada com outros setores e políticas, para atender as demandas num processo de planejamento e gestão intersetorial e interdisciplinar. Não basta ter uma lista ou tipo de profissionais, conforme indicam os documentos oficiais, para cada tipo de CAPS, se não há um plano que gere impactos efetivos na vida dos indivíduos, da família e da comunidade.

No trabalho dos CAPS, são múltiplos os fatores que incidem sobre os usuários e seus familiares, daí a importância de tratá-los compreendendo a complexidade dos casos, reunindo esforços entre diferentes profissionais e políticas. A intersetorialidade não pode ser vista de forma isolada, e pressupõe a integralidade. Faz parte de um processo que deve estar claro para os atores sociais envolvidos. Quanto mais se discute, quanto maior a clareza sobre o tema, maiores são as possibilidades de efetivá-la. Neste aspecto, também temos muito que avançar, pois os estudos teóricos e de experiências práticas interssetoriais ainda são poucas e restritas. Soma-se a isso uma tendência histórica de fragmentação das políticas sociais, um desafio ainda posto para gestores e técnicos.

Destarte, setores responsáveis pelo tratamento desse segmento, como por exemplo, os CAPs, devem buscar meios alternativos para reinserir socialmente os usuários, e o passo inicial seria desenvolver ações interssetoriais

(planejamento→desenvolvimento→avaliação) entre a política de saúde e as demais políticas.

Os grupos e programas nos quais oferecem um apoio e um trabalho de auxílio na convivência com as pessoas com transtornos mentais são significativos para a vida destas mesmas. Porém nem todos têm o acesso, e assim sendo, os que ficam fora conseqüentemente procurarão acolhimento na comunidade em que vivem, e esta, por sua vez, na maioria delas, não está preparada para a convivência com pessoas com transtorno mental.

Compreendemos que alguns usuários encontram dificuldades em continuar o tratamento iniciado no CAPS, isso se deve a inúmeras questões que variam de caso para caso. De acordo com Cavalcanti e Sarmiento (s/a, p. 7-8) algumas delas são: “garantia de psicoterapia a partir da indicação de cada usuário, garantia de acesso à consulta psiquiátrica, garantia de acesso à medicação.”. A não continuidade do tratamento proposto por impossibilidade prejudica o avanço e melhora. Alguns ingressam em mais de um ou em todos os benefícios do programa, enquanto outros não chegam a acessar nenhum deles. As dificuldades são diferenciadas. Com isso, não se pode negar que a quebra da continuidade do tratamento proposto implica no prejuízo. Sendo assim, com o intuito de desenvolver um tratamento de forma ininterrupta é importante buscar o apoio das demais políticas sociais num movimento intersetorial, tendo em vista que são vários os motivos que levam os usuários a suspender o tratamento.

Acreditamos que passamos por avanços consideráveis no que tange ao tratamento das pessoas com transtorno mental, principalmente após as lutas travadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (que permanece até os dias atuais), a qual tem um forte compromisso com a promoção da cidadania de tal segmento que historicamente sofreram, e ainda sofrem de diversas formas com a exclusão social.

Reforçamos que esta luta não pode parar e o próximo passo, os quais consideraram primordiais, é pensar em soluções que sejam abrangentes e multiplicadas, aja visto que os problemas que afetam os usuários dos serviços da saúde mental têm múltiplos fatores e para solucioná-los é fundamental uma ação integrada entre a política de saúde com as demais políticas. Apesar dos CAPs se depararem com significativos desafios, vislumbra novas possibilidades e oportunidades para o desenvolvimento das supracitadas ações, conforme apontada ao longo do trabalho em tela.

5. REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AROUCA, S. **A Reforma Sanitária Brasileira**. Radis, FIOCRUZ, Tema 11, ano VI, novembro, 1988, p. 2-4.

BARROS, Aidil J. da Silveira; LEHFELD, Neide A. de Souza. . **Fundamentos de Metodologia: um guia para a iniciação científica**. 2ª. Edição ampliada. São Paulo: Makron Books, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. 2004, p. 11-29. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acessado em: 19/07/2013.

_____. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, novembro de 2005, p. 6-51. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf Acessado em: 19/07/2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Centros de Atenção Psicossocial – CAPS**. 2013, p. 11-29. Brasília, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acessado em: 20/08/2013.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 abr. 2001, s/p.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 set. 1990, s/p.

_____. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília, jan 2007, p. 07-79. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003_2006.pdf. Acessado em: 10/07/2013.

BRAVO, Maria Inês Souza. A Política de Saúde no Brasil: Trajetória Histórica. In: BRAVO, Maria Inês Souza et.al (Org.). **Capacitação para Conselheiros de Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE, 2001, p. 21-32.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. **Concepção de rede intersetorial**. 2001, p. 2-9 Disponível em: <http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm> Acessado em: 05/08/2013.

CAVALCANTI, Soraya; SARMIENTO, Galba Taciana. **Uma experiência em Reabilitação psicossocial: Limites e possibilidades.** 2006, p. 1-22 Disponível em: <<http://www.assistentesocial.com.br/novosite/cadernos/Cadernos35.PDF>> Acessado em: 02/06/2013.

CIRILO, Livia Sales. **Saúde Mental, CAPS e Cidadania no discurso de usuários e familiares.** Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva). Campina Grande: UEPB, 2006. p.16-82.

COMERLATTO, Dunia et al. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Revista Katálysis**, v. 10, n. 2, Florianópolis July/Dec. 2007, p. 265-271. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802007000200015>> Acessado em: 04/06/2013.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006, p. 142-144.

FERREIRA, Gina. A reforma psiquiátrica no Brasil: Uma análise sócio política. **Psicanálise & Barroco – Revista de Psicanálise.** v. 4, n.1: 77-85, jun. 2006, p. 131-145. Disponível em: <<http://www.psicanalisebarroco.pro.br/revista/revistas/07/REFORMA.pdf>> Acessado em: 05/08/2013.

FORTES, Clarissa Corrêa. **Interdisciplinaridade: origem, conceito e valor.** s/a, p, 1-11 Disponível em: <<http://www3.mg.senac.br/NR/rdonlyres/eh3tcog37oi43nz654g3dswloqyejkbfxkjpbgehjepnlzyl4r3inoxahewtpql7drv7t5hhxkic/Interdisciplinaridade.pdf>> Acessado em: 16/06/2013.

GARCIA, J.C. **Pensamento social em saúde na América Latina.** (Everardo D. Nunes org.) São Paulo: Cortez. (Coleção Pensamento Social e Saúde; 5). 1989, p. 189-232. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104... Acessado em: 10/07/2013.

GOMES, Romeu; DESLANDES, Suely Ferreira. **Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 1994, vol. 2, n.2, p. 103-114. ISSN 0104-1169. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v2n2/v2n2a08.pdf>> Acessado em: 25/06/2013.

GUSDORF, Georges. Prefácio In: JAPIASSÚ, Hilton. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber.** Rio de Janeiro: Imago, 1976, s/p.

JAPIASSÚ, Hilton. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber.** Rio de Janeiro: Imago, 1976, s/p.

JUNQUEIRA, L. A.P. Novas Formas de Saúde: descentralização e Intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, v. 6 n. 2, 1997, p. 31-46.

MINAYO, M.C.S., SOUZA, E.R. Violência para todos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 1, p. 65-78. 1993.

MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

_____. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a Intersetorialidade entre as Políticas Públicas. **Serviço Social & Sociedade**. Serv. Soc. Soc. n.101 São Paulo Jan/Mar.2010, p. 95-120. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282010000100006>. Acessado em: 06/07/2013.

NETTO, José Paulo. Transformações societárias e serviço social: notas para uma análise prospectiva da profissão no serviço social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano, 17, n. 50, 1996, p. 98-104.

NUNES, Mônica; JUCÁ, Vlândia Jamile; VALENTIM, Carla Pedra Branca. **Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária**, 2007, p. 2375-2384 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/12.pdf> Acessado em: 05/08/2013.

PERINI, E. et AL. **O indivíduo e o coletivo: alguns desafios de epidemiologia e de medicina social**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. v. 5, n. 8, p. 101-118, 2001.

RODRIGUES, Rúbia Cristina. **Loucura e preconceito no contexto da reforma psiquiátrica: sujeito, território e políticas públicas**, 2010, p. 13-689. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/8235> Acessado em: 05/08/2013.

RUI, Marizete da Penha et al. Entre o Discurso e o Desejo: a intersectorialidade nas ações dos técnicos do CRAS e da ESF de Planalto Serrano, Serra/ES. **Revista de Políticas Públicas**. Seguridade Social: Política de Saúde, Previdência e Assistência Social. v.14, n.2, julho/dezembro, 2010, p. 245-253

SAUPE, Rosita. et al. **Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar**. v.9, n.18, 2005 p.521-536. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a05v9n18.pdf> Acessado em: 05/08/2013.

SCHNEIDER, Alessandra Ritzel dos Santos. **A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental**. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 2, n. 2, 2009, p. 78-84.

SOUSA, Cleônia M. M. de. **A política de atendimento aos adolescentes tidos como “autores de atos infracionais” em João Pessoa: uma análise da questão**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007, p.38-42.

STAUDT, Dirce Teresinha. A Interdisciplinaridade em Atenção Básica à Saúde. **Boletim de Saúde**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, 2008. p. 76-84. Disponível em: <http://www.escoladesaudepublica.rs.gov.br/img2/A%20INTERDISCIPLINARIDADE.pdf>. Acessado em: 20/07/2013.

TORRES, Abigail. **Programa URBIS: Gestão Social** – Intersetorialidade e Perspectiva. 2008, p.1-11. Disponível em https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/?ui=2&ik=6215be3af7&view=att&th=13e31a16bc5ac856&attid=0.1&disp=inline&realattid=f_hftlg5nv0&safe=1&zw&saduie=AG9B_P87YJcJ6o3-uTHPJnFde0CK&sadet=1380583973917&sads=Em7-tOsIjz6vCv0XCrAa5MlrHg4.

TUMELERO, Silvana Marta. **Intersetorialidade nas políticas públicas**. s/a, p.1-15 Disponível em: <http://www.litoral.ufpr.br/sites/default/files/TUMELERO_SILVANA%20Intersetorialidade_Cong_Chile.pdf> Acessado em: 28/07/2013.

UGÁ, Maria Alícia et al. **Descentralização e alocação de Recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. vol.8, n.2, 2003, p. 417-437 Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=348321&indexSearch=ID&lang=p>> Acessado em: 14/08/2013.