



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB**  
**CURSO DE MESTRADO**  
**DISSERTAÇÃO**

**AVALIAÇÃO CRÍTICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NA RIDE-DF: da lei à  
implementação.**

**Linha temática:** Psicologia e Saúde Pública

**Autora:** JANAINA NERI VARGAS GONÇALVES

**Orientadora:** Prof. Dra. TATIANA LIONÇO

**BRASÍLIA**  
**2015**

**JANAINA NERI VARGAS GONÇALVES**

**AVALIAÇÃO CRÍTICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NA RIDE-DF: da lei à  
implementação.**

**Linha temática:** Psicologia e Saúde Pública

Dissertação apresentada ao Centro  
Universitário de Brasília – UniCEUB, para  
avaliação e aprovação no curso de Pós-  
Graduação de Mestrado Stricto Sensu, na área  
de Psicologia.

Orientadora: Prof. Dra. TATIANA LIONÇO

BRASÍLIA  
2015



## **TERMO DE APROVAÇÃO**

Trabalho de autoria de Janaína Neri Vargas Gonçalves, intitulado “Avaliação crítica da reforma psiquiátrica na RIDE-DF: da lei à implementação.”, apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Mestrado em Psicologia do Centro Universitário de Brasília - UniCEUB, em 20 de Fevereiro de 2015, defendido e aprovado pela banca examinadora abaixo assinada:

---

Professora Dra. Tatiana Lionço - Orientadora

Curso de Psicologia – UniCEUB

---

Professor Dr. Sérgio Henrique de Souza Alves - Examinador

Curso de Psicologia – UniCEUB

---

Professora Dra. Juliana Garcia Pacheco - Examinadora

Curso de Psicologia – UnB

Brasília-DF

2015

# **AVALIAÇÃO CRÍTICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NA RIDE-DF: da lei à implementação.**

Janaina Neri Vargas Gonçalves  
Tatiana Lionço

## **RESUMO**

O presente trabalho caracterizou-se como pesquisa dissertativa qualitativa e quantitativa, cujo objetivo principal foi o de avaliar criticamente a implementação da reforma psiquiátrica na RIDE-DF sob a visão dos gestores, profissionais e usuários da rede. Iniciada em agosto de 2012 e concluída no mês de janeiro de 2015, esta pesquisa analisou as leis que regulamentam a reforma psiquiátrica no Brasil, sobretudo na RIDE-DF, bem como discutiu o modo como a democratização das instituições de saúde mental desempenham papel de valorizar o poder do indivíduo e da comunidade sob diferentes óticas. Para alcançar os objetivos apontados, propôs um olhar atento sobre os problemas que afligem a saúde mental, com foco nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, sob a visão de gestores, profissionais e usuários dos serviços da região integrada de desenvolvimento do entorno do DF. Discutiu como a democratização das instituições de saúde mental aborda o papel de valorização do poder a indivíduos e da comunidade a fim de contribuir para o fortalecimento da luta pela reforma psiquiátrica e qualificação dos serviços públicos em saúde mental na RIDE-DF e propôs sugestões de melhorias para a gestão da saúde mental, pautada sob a pesquisa de vivência da realidade da reforma psiquiátrica que ocorreu no Brasil. No que tange o braço qualitativo, foram aplicadas entrevistas semi-estruturadas com gestores, trabalhadores e usuários de diferentes unidades, e participação de reuniões de gestores em saúde da RIDE-DF que ocorreram quase que mensalmente, com os Estados e municípios envolvidos na RIDE-DF (Minas Gerais, Goiás e Distrito Federal). Quantitativamente, foi enviado um questionário eletrônico para todos os municípios da RIDE-DF e depois analisado. Este estudo utilizou fontes primárias e secundárias para sua construção. Visando contribuir para o fortalecimento da luta pela reforma psiquiátrica e para a qualificação dos serviços públicos em saúde mental não apenas para a RIDE-DF, mas para todo o território nacional este estudo pode ser indicado levando em consideração as especificidades locais.

Palavras-Chave: Avaliação. Reforma Psiquiátrica. RIDE-DF.

## **ABSTRACT**

This study characterized as a qualitative and quantitative dissertation research, whose main objective is to critically evaluate the implementation of the psychiatric reform in RIDE-DF in the view of managers, professionals and network users. Started in August 2012 and completed in January 2015, this research analyzes the laws governing the psychiatric reform in Brazil, especially in RIDE-DF, as well as it discuss how the democratization of mental health institutions act to value the power of the individual and the community from different points. To achieve the goals indicated, it is proposed here a watchful eye on the problems afflicting mental health, focusing on the Psychosocial Care Centers - CAPS, in the view of managers, professionals and users of services of the development integrated region of DF and around cities. It discuss how the democratization of mental health institutions have addressed the role of valorization of the power for individuals and for community to contribute to the strengthening of the fight for psychiatric reform and qualification of public mental health services in RIDE-DF and proposes suggestions for improvements to the management of mental health, based on the experience of research of the reality of psychiatric reform that occurred in Brazil. It was observed the reality of CAPS as reference units in the treatment of mental disorders. Regarding the qualitative field were applied semi-structured interviews with managers, workers and users of different units, and there was participation on health managers meetings of RIDE-DF that occurred almost monthly, with the states and municipalities involved in the Ride-DF (Minas Gerais, Goiás and the Federal District). Quantitatively it was applied a electronic questionnaires and further analyzed. This study used primary and secondary sources for its construction. To contribute to the strengthening of the fight for psychiatric reform and to the quality of public services in mental health this study is indicated, not only for RIDE-DF, but for the entire country, according to its local specifications.

**Keywords:** Psychology. Psychiatric Reform. RIDE-DF.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

|   |    |
|---|----|
| Figura 1 - Um CAPS – GO e Um CAPS – MG, Respectivamente ..... | 75 |
| Figura 2 - CAPS Alexânia - GO .....                           | 85 |

## LISTAS DE GRÁFICOS E QUADROS

|  |    |
|--|----|
| Gráfico 1 - Adesão dos Estados e do Distrito Federal aos Serviços Substitutivos .....    | 30 |
| Gráfico 2 – Posição dos Respondentes .....   | 42 |
| Gráfico 3 – Formação dos Respondentes .....  | 42 |
| Gráfico 4 – Grau de Escolaridade dos Respondente .....                                   | 42 |
| Gráfico 5 – Gênero dos Respondentes .....  | 42 |
| Gráfico 6 – Idade dos Respondente .....  | 43 |
| Gráfico 7 – Vínculo com a Unidade .....  | 43 |
| Gráfico 8 - Avaliação da Legislação Atual .....  | 56 |
| Gráfico 9 - Avaliação da Qualificação dos Serviços em Saúde Mental RIDE-DF .....         | 64 |
| Gráfico 10 - Avaliação da Gestão dos Serviços em Saúde Mental RIDE-DF – Parte 1<br>..... | 70 |
| Gráfico 11 - Avaliação da Gestão dos Serviços em Saúde Mental RIDE-DF – Parte 2<br>..... | 79 |
| Quadro 1 - Tipos De Avaliação E Perguntas Orientadoras .....                             | 33 |
| Quadro 2 – Resumo do Número de Participantes do Estudo .....                             | 41 |
| Quadro 3 - Pontos Positivos Sob Três Visões .....  | 69 |
| Quadro 4 - Pontos Negativos Sob Três Visões .....  | 74 |

## **LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|         |   |
|---------|---|
| AIH     | Autorização de Internação Hospitalar                              |
| BPC     | Benefício de Prestação continuada                                 |
| CF      | Constituição Federal  |
| CAPS    | Centros de Atenção Psicossociais                                  |
| CEP     | Comitê de Ética e Pesquisa  |
| CRAS    | Centro de Referência em Assistência Social                        |
| CREAS   | Centro de Referência Especializada de Assistências Social         |
| MS      | Ministério da Saúde   |
| OMS     | Organização Mundial de Saúde                                      |
| PVC     | Programa de Volta para Casa                                       |
| RAPS    | Rede de Atenção Psicossocial - RAPS                               |
| RIDE-DF | Rede Integrada de Desenvolvimento e do Distrito Federal e Entorno |
| RPB     | Reforma Psiquiátrica Brasileira                                   |
| SRT     | Serviços de Residência Terapêutica                                |
| SUS     | Sistema Único de Saúde  |
| UBS     | Unidade Básica de Saúde   |

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO.....  | 6  |
| 2. REFERENCIAL TEÓRICO.....   | 14 |
| 2.1. Direito à saúde mental no Brasil e a Reforma Psiquiátrica Brasileira.....  | 14 |
| 2.2. História da saúde mental.....  | 21 |
| 2.3. A história da saúde mental no Brasil.....  | 25 |
| 2.3.1. Os serviços substitutivos de saúde mental no Brasil.....   | 27 |
| 3. METODOLOGIA.....   | 32 |
| 3.1. Procedimentos.....   | 41 |
| 3.2. Participantes de pesquisa.....   | 42 |
| 3.3. Instrumentos.....  | 45 |
| 4. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....  | 47 |
| 4.1. A implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira sob a visão de gestores, profissionais e usuários da RIDE-DF..... | 48 |
| 4.2. A RIDE-DF e a legislação que regula a Reforma Psiquiátrica Brasileira.....   | 53 |
| 4.3. A valorização dos indivíduos e da sociedade em meio à democratização das instituições de saúde mental.....           | 58 |
| 4.4. A qualificação dos serviços públicos em saúde mental da RIDE-DF.....   | 63 |
| 4.4.1. Pontos positivos.....  | 69 |
| 4.4.2. Pontos negativos.....  | 73 |
| 4.5. A avaliação da gestão dos CAPS da RIDE-DF.....   | 79 |
| 4.6. Análise da implementação de implantação de um CAPS.....  | 83 |
| 4.7. Pontos a serem mudados.....  | 87 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....  | 93 |
| 6. REFERÊNCIAS.....   | 96 |

## 1. INTRODUÇÃO

A proposta deste estudo surgiu da visão da autora ao atuar como gestora na área da saúde de uma das cidades que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE-DF, pois, mesmo atuando como gestora, percebeu que há entraves que dificultam realizações de atividades ou ações de melhoria para a rede.

A sua experiência no desenvolvimento desta função é dividida em dois momentos: atuou como Secretária de saúde dos anos de 2004 a 2008, e, recentemente, de 2011 aos dias atuais (2015). Durante este tempo tal município, que antes não possuía um serviço de atenção aos portadores de transtornos mentais, passou a tê-lo, conseguindo sua habilitação junto ao Ministério da Saúde muito recentemente (dezembro de 2014) para recebimento de recursos federais. Porém, sua implementação demonstrou ser povoada de desafios, os quais serão expostos ao decorrer deste estudo.

Alinhado ao exposto acima, há um ponto crítico no campo da saúde pública, ou melhor, uma especialidade clínica ainda pouco acatada nos dias atuais - comparando-as às demais, tidas como mais urgentes e/ou prioritárias, no contexto do atendimento emergencial de saúde – e que merece ser melhor observada, sob a ótica acadêmica e sob a visão da psicologia.

Este estudo torna-se pertinente à área de saúde e aos estudos sobre a atuação dos profissionais de saúde mental em instituições de saúde pública, bem como sobre a avaliação da implementação da Reforma Psiquiátrica a fim de rediscuti-la, uma vez que em linhas jurídicas há, além da legalidade do papel da psicologia, psiquiatria e outras ciências, o dever de sua atuação junto aos que dela necessitam.

Em conformidade com esta problemática, há também um campo que solicita melhor atenção: a gestão da saúde mental. Travadas diversas batalhas nesta área de saúde, e mesmo com todo o progresso obtido, o preparo dos profissionais no atendimento da saúde mental no setor público requer, ainda, atenção e avaliações especiais.

Estas não são afirmações baseadas apenas em opinião pessoal, ou em observações pautadas na vida prática cotidiana de uma profissional desta área, mas são fatos bem associados às constatações estatísticas relacionadas a tais atividades na saúde coletiva, conforme observado em alguns trabalhos de campo previamente consultados. A começar pela autora Dimenstein (2011), a qual indica que, dentre outros fatores que prejudicam o bom andamento dos serviços de saúde mental no setor público, destaca-se a falta de

comprometimento do Estado no que se refere às condições de trabalho, tais como: espaço físico e recursos materiais insuficientes e inadequados, os quais não condizem com a real necessidade dos serviços substitutivos de saúde mental; salários baixos; incompatibilidade da visão de saúde; e, a ocupação de cargos por pessoas que desconhecem o contexto da saúde pública.

Em outro estudo, Dimenstein (1998), aponta outros desafios na atuação dos profissionais de saúde mental, em especial aqueles que os psicólogos enfrentam ao longo de sua história (sobretudo os preconceitos relacionados a esta profissão que por muitos anos foi praticada especialmente por mulheres), e ainda ressalta um dos grandes desafios que o psicólogo enfrenta no campo da assistência pública à saúde, que é o desafio de atuar conjuntamente com outros profissionais, na área de reabilitação psicossocial dos doentes mentais para, enfim, contribuir efetivamente para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população.

Dados tais problemáticas, Campos (1992) enfatiza a importância da substituição do paradigma da clínica (hospitalocêntrica) pelo da saúde pública, ou seja, uma mudança que requer um novo modelo de atenção à saúde e de relação com o usuário, com base nas prioridades de saúde da população.

Observado o enunciado acima, este estudo teve como questionamento base: como a reforma psiquiátrica foi vivenciada na Rede Integrada de Desenvolvimento e do Distrito Federal e Entorno – RIDE-DF? Esta questão, e a situação na qual encontram-se os gestores, profissionais e usuários da saúde pública, é o primeiro fator a justificar a escolha e importância desta pesquisa, isto é, no contexto pertinente ao tema proposto neste estudo.

O pressuposto foi de que deve existir uma relação íntima e integrada entre todos os profissionais da saúde na área de reabilitação psicossocial de indivíduos na sociedade. E que as leis que regulamentam tal atuação devem ser avaliadas e discutidas no âmbito acadêmico e científico, uma vez que a existência de leis que asseguram os direitos de pacientes com sofrimento psíquico não implicam na legitimidade do respeito a estes direitos.

Sabe-se que, assim como em qualquer outro campo do conhecimento, a teoria, nesse caso as leis, nem sempre refletem a realidade prática, ou vivenciada no dia a dia da população e/ou usuários. É nesta conjuntura que ingressou a importância de ser abordada a questão do tratamento da saúde mental na RIDE-DF, região a qual esta pesquisa observou enquanto ao contexto deste estudo, a fim de verificar, ainda, o cumprimento da Lei nº 10.216/01 que marcou a implantação da chamada Reforma Psiquiátrica no Brasil. Nesse contexto, vale mencionar o texto de Zgiet (2010):

Sob influência da experiência de outros países, especialmente da Itália, o processo de reforma psiquiátrica em curso no Brasil tem como princípios básicos: a redução de leitos para internação; a substituição de serviços manicomial por outros, humanizados e que não têm a reclusão como fundamento; e a promoção da cidadania das pessoas frequentadoras desses serviços, permitindo sua convivência familiar e comunitária. (ZGIET, 2010, P.17).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira – RPB, teve o grande desafio de constituir leis que contribuíssem para a melhoria no atendimento dos serviços e benefícios para os usuários do sistema de saúde que apresentassem sofrimento mental. A reforma psiquiátrica ocorreu e vem ocorrendo no dia-a-dia de gestores, profissionais e dos usuários que são agraciados com a mudança de políticas manicomial em detrimento ao que é praticado hoje, ou seja, a redução de danos, humanização e democratização dos serviços de saúde mental. Hoje, a RIDE-DF conta com uma rede de serviços substitutivos da saúde mental, os quais foram explorados no corpo deste estudo.

Dentre outras idéias, vale ressaltar o papel fundamental do Sistema Único de Saúde – SUS, na Reforma Psiquiátrica Brasileira - RPB, pois como esta reforma ocorreu no âmbito do sistema compartilhou dos mesmos princípios que o norteiam.

O SUS deve oferecer uma estrutura adequada e melhores condições de atendimento para tratamento de portadores de sofrimento psíquico. O sistema Reivindicou, ainda, a discussão sobre os passos fundamentais para o avanço da reforma psiquiátrica e exigiu uma efetiva implantação de programas, como o Programa de Volta para Casa – PVC<sup>1</sup>, cujo objetivo foi de reintegrar socialmente pessoas com transtornos mentais que passaram por longas internações, este programa consiste em um auxílio financeiro para o beneficiário ou seu representante legal.

Neste cenário cabe dizer que este estudo teve como objetivo avaliar como foi a implantação da Reforma Psiquiátrica na RIDE-DF, portanto, atentou-se de forma especial aos relatos quanto aos principais obstáculos no processo de sua implementação e as reais possibilidades do cumprimento dos objetivos propostos pela reforma, ante a atual realidade enfrentada nas respectivas instituições de saúde dessa região.

---

<sup>1</sup> Criado pelo Ministério da Saúde no ano de 2003 é uma previsão normativa expressa no art. 5º da Lei nº 10.216/2001 regulamentada pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003 (e Portaria GM nº 2.077 de 31/10/2003), que dispõe acerca do auxílio reabilitação psicossocial dos pacientes internados há, pelo menos dois anos e cujo histórico clínico e social denote a possibilidade de retorno ao meio social o auxílio consiste no repasse do valor de R\$ 320,00 reais mensais.

Criada pela Lei Complementar nº 94, de 19/02/1998<sup>2</sup>, a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – RIDE-DF, que compreende o DF e outros 22 municípios<sup>3</sup>, visou “articular e harmonizar as ações administrativas da União, dos estados e dos municípios para a promoção de projetos que visem à dinamização econômica e provisão de infraestruturas necessárias ao desenvolvimento em escala regional” (MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL, 2014, p.10). Sendo assim, observou-se que de acordo com os interesses consensuais entre os entes, esta região tem prioridade no recebimento de recursos públicos destinados a investimentos que devem contemplar demandas por equipamentos e serviços públicos, fomentar arranjos produtivos locais, propiciar o ordenamento territorial e assim promover o seu desenvolvimento integrado.

Para avaliar a reforma psiquiátrica na RIDE-DF, este estudo se propôs a pesquisar o objeto junto aos Centros de Atenção Psicossociais – CAPS que compõem a rede, por meio de estudos prévios com fontes secundárias e em seguida por meio de métodos qualitativos (como aplicação de entrevistas semi-estruturadas e participações de reuniões de gestores em saúde da rede). Ao que tange o método quantitativo foi aplicado um questionário *online*, para todas as cidades que compõe a RIDE-DF, o qual geraram resultados significativos para este estudo, além, de participação ativa junto às unidades dos CAPS. No entanto, não foram avaliados todos os CAPS, o que será exposto na metodologia desta pesquisa.

Os CAPS foram avaliados por serem instituições de saúde pública que atuam no contexto de atenção de pessoas com sofrimento psíquico, usuários de álcool e drogas, entre outros transtornos. E, também pela finalidade de garantir a perspectiva dos usuários dos serviços de saúde mental dos municípios da RIDE-DF.

Nesta região, buscou-se observar e verificar se a quantidade de Centros de Atendimento Psicossocial implementados estão condizente com a real necessidade dos municípios, ou se devem ser ampliados, ou ainda, se devem ser implantadas novas unidades de CAPS, dos Serviços de Residência Terapêutica – SRT, Consultórios de rua, e da bolsa do Programa de Volta para Casa - PVC no período de 2008 até 2014. Também foi observado se há o cumprimento da Lei 10.216/2001.

---

<sup>2</sup> Regulamentada pelo Decreto nº 2.710, de 04/08/1998, alterado pelo Decreto nº 3.445, de 04 de maio de 2000.

<sup>3</sup> Compreende o Distrito Federal e os municípios de Abadiânia, Água Fria de Goiás, Águas Lindas de Goiás, Alexânia, Cabeceiras, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Cristalina, Formosa, Luziânia, Mimoso de Goiás, Novo Gama, Padre Bernardo, Pirenópolis, Planaltina, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso de Goiás e Vila Boa do Estado de Goiás e os municípios de Buritis, Cabeceira Grande e Unaí do Estado de Minas Gerais.

As premissas que embasam o motivo da escolha deste estudo a ser realizado na Região Integrada do Distrito Federal podem ser especialmente vinculadas ao exposto por Delgado (1999):

Um serviço só será possível se, localizado em um bairro, e moldurado pelas referências sociais e culturais daquela comunidade específica, puder dar uso prático ao conceito de território [...] o território não é apenas o bairro de domicílio do sujeito, mas, o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo. (DELGADO, 1999, P.117).

Tendo o território como ponto central, este estudo edificou-se sobre o Distrito Federal e seu entorno, conforme definição da RIDE-DF.

O estudo poderá servir como parâmetro para posteriores estudos comparativos no que se refere às capitais dos estados do Brasil e seus aglomerados circunvizinhos que, de modo geral, vêm se tornando ‘cidades dormitórios’, daqueles que não conseguem manter o custo de vida das regiões centrais, e este fato é de extrema relevância para reorientação das políticas públicas de saúde mental e como diretriz nas estratégias de desinstitucionalização e de configuração da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.

Desta forma temos os CAPS, os Serviços de Residência Terapêutica - SRTs, e o Programa de Volta para Casa. Sendo o último, um valor fixo mensal em dinheiro aos egressos de instituições hospitalares psiquiátricas onde tenham permanecido por período igual ou superior a dois anos na época da publicação da Lei, este benefício é gerenciado junto a um banco federal.

No estado do Rio de Janeiro, o município do Rio de Janeiro instituiu o seu próprio auxílio financeiro utilizando as verbas de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, todas vinculadas ao acompanhamento de pacientes dos CAPS. Esta é uma das possíveis tentativas de desinstitucionalização do Estado enquanto único participante da atenção ao paciente e/ou usuário, pois o importante não é ‘curar’ a pessoa com transtornos mentais, mas sim, possibilitar a sua melhora a partir da integração com o meio de convívio, tornando-a parte daquilo que lhe pertence, a sociedade.

Rotelli (1990) aponta uma possível definição de desinstitucionalização:

O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura”, mas, no projeto de invenção da saúde e de reprodução social do paciente [...] o problema não é a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa. (ROTELLI, 1990, P.29-30).

Essa premissa nos faz refletir que não se deve reduzir a desinstitucionalização da mesma forma como os norte-americanos fizeram na década de 1950, sendo ela o simples fato de deshospitalizar os pacientes, o que os levou a viver sem o amparo que necessitavam, ou o mínimo de apoio possível. Porém, deve-se forçar uma análise sobre o modo como ocorre este processo, se a redução dos leitos psiquiátricos foi acompanhada pela acessibilidade de programas de saúde mental para efetivar a reinserção social desta clientela, que talvez ainda não esteja preparada para deixar o acompanhamento de psicólogos e outros profissionais da saúde.

Visando assim uma avaliação do processo, dos componentes como um todo integrado, incluindo os gestores, profissionais, usuários e seus familiares na sua complexidade e conhecimento embasado na Lei nº 10.216/2001.

A Lei nº 10.216/2001, de 06 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, sendo o Presidente da República na época, Fernando Henrique Cardoso, aquele que a sancionou. Em busca de observar qual a realidade da RIDE-DF no contexto dessa lei e da Reforma Psiquiátrica Brasileira e como os usuários do sistema de atenção a saúde mental são tratados, este estudo se fez necessário.

O principal objetivo desta pesquisa foi de avaliar a implementação da reforma psiquiátrica na RIDE-DF sob a visão dos gestores, profissionais e usuários da rede, pois se buscou conhecer a visão de quem atua, ou recebe atendimento na rede, a fim de observar se a reforma psiquiátrica brasileira foi realmente implementada, ou se continua apenas como uma lei.

Como objetivos específicos, buscou-se: 1) analisar o cumprimento das Leis que regulamentam a reforma psiquiátrica; 2) discutir como a democratização das instituições de saúde mental tem abordado o papel de valorização do poder em relação aos indivíduos e da comunidade; 3) contribuir para o fortalecimento da luta pela reforma psiquiátrica e qualificação dos serviços públicos em saúde mental na RIDE-DF; 4) propor sugestões de melhorias para a gestão da saúde mental, pautadas em estudo aprofundado em torno da temática e 5) observar como a gestão dos CAPS é percebida pelos gestores, profissionais e usuário das serviços substitutivos, a fim de conhecer como é a realidade da saúde mental brasileira.

Entende-se que este estudo, por ter a natureza da Psicologia e Saúde coletiva, propôs ser uma ferramenta teórica e metodológica na compreensão da realidade e na produção de um conhecimento ético e comprometido com a transformação social. Proporcionou um

acolhimento e diálogo com os sujeitos possuidores de direitos e necessidades, e principalmente, de dignidade como pode ser observado dentro dos princípios fundamentais estabelecidos na Constituição Federal do Brasil.

Por isso, além do dever do Estado de assegurar as necessidades básicas da população, este deve ainda amparar e dar suporte aos cidadãos que dele necessitam para que assim tais cidadãos possam se desenvolver. Observada esta situação, a comunidade científica também deve estar presente nestas ocasiões, a fim de oferecer ferramentas para o Estado melhorar a realidade do país, ou dos locais que dele necessitem.

Vale mencionar que a este estudo foi avaliado pelo conselho de ética da Plataforma Brasil, sob protocolo previamente avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, com parecer N° 911.552/2014, tendo sido homologado na 23ª Reunião Ordinária do CEP-UniCEUB, em 12 de dezembro de 2014. A qual o julgou como pertinente e apto para aplicação em campo. Sem dúvida, trata-se de uma pesquisa capaz de produzir opinião, análises, conclusões e até sugestões para possíveis mudanças, se este for o caso e/ou se necessário. Observando que o alvo final nada mais é que contribuir para com a sociedade, isto é, sob a perspectiva de melhorar a vida daqueles que utilizam dos serviços de saúde, de forma geral, e em especial a saúde mental na RIDE-DF.

Tendo em vista a metodologia utilizada neste estudo, que foi de cunho qualitativo e quantitativo, com uma visão avaliativa, considerou-se o que os autores Bosi e Mercado (2006) expõem para justificar a escolha de um estudo desta natureza:

O desenvolvimento de um processo de avaliação participativa em promoção da saúde pode favorecer a aglutinação crítica de atores sociais, fazendo do processo avaliativo, não um exercício, meramente, científico, mas um caminho em direção a um modelo mais justo, equitativo e democrático. (BOSI; MERCADO. 2006. p.17).

Em busca de fazer a avaliação decidiu-se avaliar não apenas sob a visão dos usuários da rede, mas sob a perspectiva de outros atores que atuam e/ou participam da RIDE-DF, como os profissionais e gestores dos CAPS. Acreditou-se que assim, se garantiria a legitimidade científica deste estudo e se possibilitaria conhecer a realidade da saúde mental sobre uma tríplice visão.

Nos municípios que foram estudados, buscou-se uma aproximação com a atual perspectiva dos usuários, profissionais e gestores dos serviços de saúde mental nos municípios que compreendem a região RIDE-DF, visando não somente contribuir com a ampliação das pesquisas científicas relativas a este tema, mas, também, contribuir para com a evolução das práticas políticas que estão em vigor, a fim de propor uma melhoria dos serviços

que estão disponíveis para a sociedade, de modo que cada vez mais seja melhor e mais eficiente, e principalmente melhore a vida daqueles que necessitam da saúde mental.

A fim de conhecer um pouco mais sobre a regulamentação e os direitos que as pessoas que são acometidas de transtornos mentais, observar-se-á os direitos à saúde mental existentes no Brasil e a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1. Direito à saúde mental no Brasil e a Reforma Psiquiátrica Brasileira**

A origem do Movimento Antimanicomial no Brasil, também conhecido como luta Antimanicomial, é fortemente influenciada pelos movimentos de desinstitucionalização da Psiquiatria que ocorreram em outros países na década de 1960, principalmente na Itália.

Vale aqui ressaltar a personalidade do italiano Franco Basaglia, médico e psiquiatra, que criticava a postura tradicional da cultura médica e foi o precursor do movimento da reforma psiquiátrica, também denominado Psiquiatria Democrática Italiana. E foi ele quem iniciou mudanças significativas a partir de 1961, ano em que Basaglia assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia na Itália, transformando-o em uma comunidade terapêutica. Melhorou as condições de hospedagem e a qualidade e forma de cuidado técnico aos internos. Ainda assim, Basaglia viu ao longo dos tempos, que uma simples humanização não seria suficiente, pois seria necessário de fato uma profunda transformação no modelo de assistência psiquiátrica no campo das relações entre a sociedade e a loucura.

Basaglia assumiu uma posição crítica para com a psiquiatria clássica e hospitalar, cujo modelo de tratamento era pautado na internação, prevalecendo o princípio do isolamento do louco, modelo excludente e repressor. Conforme já criticava Basaglia, a cultura médica da época transformava o indivíduo e seu corpo em meros objetos de intervenção clínica. Basaglia formulou a ideologia da ‘negação da psiquiatria’, enquanto que o filósofo francês Michel Foucault, em sua obra intitulada: *História da Loucura* (1961), expõe que já na Idade Clássica também se faziam fortes críticas ao uso da psiquiatria. No entanto tais críticas, para o psiquiatra italiano, foram preponderantes no desenvolvimento de seus estudos, o que levou o autor a desenvolver seu discurso e práticas hegemônicas sobre a loucura, contestando as práticas manicomiais existentes na época.

Para Basaglia, a loucura é muito complexa para ficar na dependência somente da psiquiatria. Para ele, o sujeito acometido da loucura possui outras necessidades que a prática psiquiátrica não daria conta. Em 1970, Basaglia fechou o hospital psiquiátrico de Trieste e promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, oferecendo aos pacientes direitos jamais tidos antes. Em 1973, a Organização Mundial de Saúde – OMS, credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como principal referência mundial para uma reformulação da assistência em saúde mental.

O hospital psiquiátrico de Trieste foi fechado oficialmente em 1976, e a assistência em saúde mental passou a ser exercida em sua totalidade na rede territorial montada por Basaglia. Como fruto de sua luta, em 1978, foi aprovada a chamada Lei 180 na Itália, ou ‘Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana’, também conhecida popularmente como Lei *Basaglia* (AMARANTE, 1996).

No Brasil, o movimento antimanicomial só se firmou em 1987 e é comemorado no dia 18 de maio no país devido ao encontro dos trabalhadores da saúde mental, que reuniu aproximadamente 350 trabalhadores e ocorreu no mesmo ano que o movimento, na cidade de Bauru, Estado de São Paulo. Este movimento relaciona-se também à Reforma Sanitária Brasileira que criou o Sistema Único de Saúde - SUS.

O SUS, por sua vez, é um conjunto articulado de serviços e ações nos âmbitos municipal, estadual e nacional, é definido e instituído pela lei nº 8.080/90, com fundamentos legais explicitados na Constituição Federal de 1988; nas constituições estaduais e nas leis orgânicas dos municípios que incorporam e detalham a lei Magna do país. O SUS tornou-se responsável pelo atendimento total de mais de 140 milhões de brasileiros, e, ainda, disponibiliza serviços especializados aos cerca de 40 milhões que fazem uso de planos de saúde privados. Seus princípios básicos são: a universalidade, assegurando o direito à saúde a todos os cidadãos; a integralidade que pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam o indivíduo e a coletividade; a equidade no acesso as ações e aos serviços de saúde, que articula o sentido de dar mais a quem precisa de mais.

Apesar da idealidade na construção teórica do SUS, sabe-se que faltaram referenciais pragmáticos na construção desse sistema, que pudessem levar em conta toda a complexidade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, simbologias e cultura.

O princípio da discriminação positiva, ou seja, a eleição de determinados grupos populacionais aos quais se destinam ações prioritárias haja vista seu grau de vulnerabilidade, busca assegurar prioridade aos grupos excluídos e com condições precárias de vida, tendo em vista as desigualdades decorrentes da organização social brasileira e complementa o direito à informação, a descentralização, a regionalização, a hierarquização como diretrizes para a estruturação do SUS.

Antes da nova rede de saúde mental, a assistência aos doentes pautava-se na lógica manicomial, hospitalocêntrica, centralizadora e discriminatória. A lógica manicomial vai além do estado de confinamento de pacientes psiquiátricos em manicômios. Trata-se de uma série

de posturas e maneiras de encarar o usuário dos serviços públicos ou privados de saúde mental, caracterizadas pela objetivação do sujeito, que categoriza o sujeito como doente mental (OLIVEIRA, 2009).

A lógica manicomial fundamenta-se, em termos práticos para Oliveira (2009, p. 55), “na inclusão categorial da pessoa identificada como portadora de um problema psíquico de tal forma que deixam de lhe ser dados os mesmos direitos civis que a outros cidadãos que não estão classificados como tal”. Assim, o cidadão classificado como doente mental perde diversos direitos, tais como o direito à propriedade, o direito de escolher a roupa que veste, o direito a certas maneiras de se portar ou de existir, entre outros. Esta lógica está fundamentada na idéia de que a exclusão em instituições totais é o melhor modo para solucionar os problemas dos usuários, favorecendo a prática desta exclusão a qualquer preço, mesmo que pelo uso da força, sob alegação de que isto é feito pelo bem e proteção do usuário ou dos que o cercam (OLIVEIRA, 2009).

A base do pensamento e das práticas da Reforma Psiquiátrica colocam em xeque a eficácia com a qual os manicômios nasceram, de certa forma, junto com a própria Psiquiatria. As críticas ao tratamento asilar são antigas, conforme já dizia David Cooper (1967, apud PACHECO, 2009, p.118), desde o início da Psiquiatria “existem alguns psiquiatras que trabalham dentro do sistema e são secretamente antipsiquiatras”. Conforme expõe Pacheco (2009, P. 119) “[...] as forças científicas, sociais e políticas, se aliaram em torno de um projeto de normatização da cultura e tal a aliança conferiu uma legitimidade social às práticas asilares propostas e compreendidas pelos alienistas”.

Aprofundando-se na historicidade da Reforma Psiquiátrica, antes da nova rede de saúde mental, Pacheco (2009) relata:

A “idade de ouro do alienismo”, que compreendemos desde a obra de Pinel até a obra de Morel, foi um período drástico para a loucura. Esta foi destituída de seu fascínio e os olhares dos homens considerados normais ficaram cegos para o seu saber. A loucura foi obrigada a migrar para o domínio médico-científico e, sendo aprisionada pela concepção crítica, passou a representar única e exclusivamente o erro, o desvio, a doença mental. Ela se tornou um campo fértil para as mais fantásticas e absurdas experimentações, por meio das quais se buscava a remissão de seus sintomas e a tão prometida cura. Inúmeros hospitais psiquiátricos foram construídos em vários países, como espécies de “templos da ciência”, erguidos na luta contra a insânia, o desvio, a imoralidade, a degeneração. (PACHECO, 2009, p.120).

Passaram-se algumas décadas e o otimismo dos alienistas bem como suas técnicas, insustentáveis e cada vez mais criticadas, enfraqueceram. Além disso, as transformações decorrentes dos países que buscavam reconstrução social no pós-guerra, da segunda guerra

mundial, com a visão de uma sociedade mais justa e mais igualitária, incluíram a idéia de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido, seja pelo fator econômico ou por razões humanitárias. Juntamente ao discurso dos Direitos Humanos, considerado um dos grandes avanços do século XX, iniciava-se o período da “descoberta dos medicamentos psicotrópicos e da adoção da Psicanálise e da saúde pública nas instituições psiquiátricas que, aliados, foram elementos importantes no desencadeamento dos vários movimentos de Reforma Psiquiátrica” (PACHECO, 2009, p. 121), em alguns países europeus e pouco depois, também no Brasil.

A luta antimanicomial juntamente à instituição do SUS e todas as influências de movimentos de desinstitucionalização da psiquiatria deram origem à Reforma Psiquiátrica Brasileira, que teve, dentre seus grandes obstáculos, a morosidade da sua aprovação, nos campos legislativo e normativo, desde sua entrada no Congresso Nacional em 1989. Depois de 12 anos, desde o projeto-lei, a Reforma Psiquiátrica finalmente foi definida pela Lei nº 10.216 em 6 de abril de 2001, que reformulou o modelo de atenção à saúde mental no país. A partir desta lei, o tratamento que se concentrava na instituição hospitalar foi transferido para uma rede de atenção psicossocial, estruturada em unidades de serviços comunitários e abertos. No entanto, sua falha talvez consista na não instituição de mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

Aliado a estes temas e à luz da bioética e do biodireito, Musse (2008) discute a Lei nº 10.216 com ênfase na dignidade da pessoa, sendo o biodireito uma formulação jurídico-doutrinária. Musse cita o posicionamento de Atienza (2002) que utiliza o biodireito sendo então, nestas questões sociais especialmente, a aplicação dos princípios bioéticos, na resolução dos casos complexos trazidos para a apreciação do Poder Judiciário.

Musse discorda parcialmente de Atienza, e defende a idéia de que o biodireito volta-se, sim, para as questões atinentes à vida e à saúde, mas não apenas para as humanas, e muito menos pertinentes à biotecnologia e engenharia genética. Para a autora, “o biodireito deve abranger questões jurídicas cujas temáticas tenham finalidade à vida de todos os seres vivos, em sentido amplo, e à saúde” (MUSSE, 2008, p. 24). Mas, dentro desta visão, pergunta-se se a referida lei teria sido elaborada com base nos princípios éticos que introduz uma visão bioética pautada nas mais diferentes teorias. Musse a influência teórico-prática presente na proposta de atenção em saúde mental contida na Lei nº 10.216 é bioética, apesar de que o primeiro projeto de Lei nº. 3.657/A de 1989 ter sido elaborado fora dos princípios da bioética, baseada na psiquiatria democrática implementada por Basaglia nos hospitais psiquiátricos italianos de Gorizia e Trieste.

Com a mudança legal, após a Lei nº 10.216/2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, esta nova rede instituiu um novo modelo de tratamento aos transtornos mentais no Brasil com base em diversos debates incluindo também a presença de familiares de pessoas com doenças mentais promovendo uma integração entre usuário, família e unidade de atendimento, ou pelo menos deveria promover. A lei teve, e ainda hoje tem, a intenção de permitir que as pessoas com transtornos mentais viessem a se tornar sujeitos de direitos de igualdade e de não-discriminação, detentores do direito de nascer, direito à singularidade, à assistência integral, a receber o atendimento adequado ao seu quadro clínico, ao acesso aos serviços da assistência em saúde mental (com o surgimento dos CAPS, ambulatórios, residência terapêutica, etc.), à moradia, à inclusão na rede regular de ensino por meio da educação especial, direito ao trabalho, direito de liberdade: para os atos civis, preservação da integridade física, psíquica e moral, direito de votar e ser votado, direito à sexualidade e direitos reprodutivos, inclusive o de gerar descendentes, etc.

Assim como outras doenças orgânicas, para pessoas com transtornos mentais existem classificações para indicar qual o nível de tratamento, e/ou auxílios que este paciente deverá ter. Os transtornos recebem classificações – CID-10 e DSM-IV –, sendo eles: transtorno do desenvolvimento; retardo mental; transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência; transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos; transtorno da personalidade e do comportamento adulto; transtorno do humor (afetivo); síndromes comportamentais associadas a distúrbios fisiológicos e a fatores físicos; transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas; esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes; transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes; alienação mental; transtorno mental não-especificado; epilepsia (MUSSE, 2008).

A Lei nº 10.216/01 prevê a progressiva substituição dos serviços, na lógica de redirecionamento dos investimentos públicos em leitos para o correlato investimento na nova rede de saúde mental. Isso significa que a expansão numérica dos CAPS decorre da correlata extinção de leitos manicomial, revelando que a lógica da lei é a de que o modelo de internação manicomial pode e deve ser substituído por outras formas de cuidado, mantendo a prática de internação a poucos casos de extrema necessidade, pois as internações em alguns casos são utilizadas como meio terapêutico, desde que curtos períodos de tempo.

Após sancionada a referida Lei nº 10.216, no segundo semestre de 2001, ocorreu também a III Conferência Nacional de Saúde Mental que consolidou o alinhamento entre a política de saúde mental do governo às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, ganhando mais

visibilidade e sustentação. Pouco depois, o Ministério da Saúde – MS, lançou a Portaria 336, de fevereiro de 2002, que disponibilizava recursos financeiros para sustentar a lei recém-aprovada para todos os territórios do país criando diversas modalidades de CAPS [CAPS-I, CAPS-II, CAPS-III, CAPS-AD – álcool e outras drogas e CAPS-I – crianças e adolescentes, este último criado com amparo da lei e nas deliberações da III Conferência].

Segundo Pacheco (2009), foi inaugurado oficialmente o primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, do país em março de 1987, na Rua Itapeva na cidade de São Paulo, estado de São Paulo, denominado CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira.

O homenageado obteve tal tratamento decorrente de seus serviços prestados no período que passou como gestor, no qual elaborou uma série de propostas de mudanças na assistência psiquiátrica (PACHECO, 2009). A partir daquele ano, iniciou-se o atendimento ao público, após um período de preparação da equipe e aprimoramento das reflexões a respeito do funcionamento do serviço.

A Lei nº 10.216/01 reorienta os processos de cuidado e organização dos serviços em saúde mental, sua principal mudança é a meta de progressiva substituição de leitos psiquiátricos manicomial por serviços abertos e situados no território. O CAPS é o principal dispositivo de cuidado previsto pela lei, embora este se articule a outros dispositivos, tais como os Serviços de Residência Terapêutica – SRTs, instituído pela Portaria n.º 106/2000, do Ministério da Saúde, que introduz os Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS para egressos de longas internações.

O SRT consiste em locais de moradia, geralmente casas, que são destinadas a pessoas com sofrimento mental que permaneceram em longas internações psiquiátricas e que se encontram impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem. Estas casas são mantidas por meio de recursos financeiros que antes eram destinados aos leitos psiquiátricos. Como um dos objetivos da lei de nº 10.216, há a substituição dos leitos pela integração social, que nesse caso, funciona da seguinte forma: para cada morador de hospital psiquiátrico que é transferido para uma residência terapêutica, um leito psiquiátrico deverá ser descredenciado do SUS e tais recursos financeiros que antes eram empregados para os meios manicomial deverão ser repassados para os fundos financeiros do estado ou do município que fazem uso dos SRT para fins de manutenção desses serviços. Em todo o território nacional existem mais de 470 residências terapêuticas, conforme informa o *site* do programa com informações repassadas pelo Centro Cultural do Ministério da Saúde no ano de 2015.

Há ainda, o Programa de Volta para Casa - PVC, que foi instituído pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, e regula o auxílio-reabilitação para fins psicossocial, para assistência,

acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas com sofrimento mental grave e que possuam histórico de longas internações psiquiátricas, sendo o prazo estabelecido de dois anos ou mais de internação. O benefício consiste no valor de R\$ 320,00 reais pagos mensalmente pelo período de um ano, que poderá ser renovado caso a pessoa não esteja ainda em condições de reintegração completa à sociedade. Tal benefício é administrado por um banco financeiro federal, para que a pessoa possa receber tal benefício primeiramente o seu município deverá estar cadastrado junto ao programa.

Desta forma, como meios de saída da lógica manicomial, temos os CAPS, os Serviços de Residência Terapêutica - SRTs, e o Programa de Volta para Casa - PVC.

Atentando-se especificamente ao CAPS, pode-se perceber que eles contemplam as dimensões intra e intersetoriais, e que iriam acelerar a implantação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico em todos os municípios, adequando-os às necessidades reais de cada município. Sua implantação viria ser estabelecida de forma emergencial, bem como outros serviços de saúde mental, de acordo com o perfil epidemiológico e a demanda de cada município (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010).

As recomendações da última conferência de saúde mental, que teve como foco a intersetorialidade e a consolidação de uma rede de cuidado, ressaltaram a função estratégica do CAPS como articulador da rede de serviços, e a necessidade de potencializar parcerias intersetoriais e de intensificar a comunicação entre os CAPS, a rede de saúde mental e a rede geral de saúde, contemplando as dimensões intra e intersetoriais (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010).

De acordo com Pacheco (2009):

O CAPS surgiu como uma proposta de atendimento que se diferenciava do que existia à época. Inverteu a lógica de funcionamento das instituições tradicionais, quando colocou o usuário como o centro da atenção, conferindo credibilidade para suas queixas e necessidades, respeitando-as sempre e atendendo-as na medida do possível. A ideia que subsidiou a criação deste CAPS foi que este seria o início de uma rede de serviços intermediários entre “a hospitalização com seus riscos de cronificação e segregação e o pleno exercício da cidadania” (YASUI, 1990, p. 52 apud PACHECO, 2009, p.155).

Vale expor que alguns textos fazem críticas na perspectiva de revelarem que há ainda uma lógica manicomial, ou seja, de internação compulsória e de reclusão do usuário, mesmo nos CAPS, fato que poderia levar a uma discussão maior entre o que ele foi desenhado para ser, e o que é, e como é avaliado. O que nos leva a pensar que não bastaria aumentar

numericamente os CAPS, mas sim mudar a concepção sobre a loucura, o sofrimento psíquico e os modos de cuidado.

Pacheco (2009) relata ainda que:

Durante seu primeiro ano de funcionamento, o CAPS caracterizou-se como um espaço de referência para o usuário, um lugar de convivência e suporte para o tempo que o usuário permanecesse fora da internação. Ao longo do tempo, as reflexões a respeito da concepção de “espaço referência” se ampliaram, de forma a abarcar outras necessidades dos usuários não previstas no projeto inicial do serviço. Supervisões clínicas e institucionais viabilizaram a sustentação de outras atividades e formas de atenção, como por exemplo, a criação de espaços para familiares, visitas domiciliares, novas atividades artísticas, culturais e profissionalizantes. (PACHECO, 2009, p.155).

Passadas décadas desde a Reforma Psiquiátrica, muitos ganhos se registraram nessa caminhada e novos desafios surgem a cada dia. O SUS, por sua vez, tido como um sistema que também cuida da saúde mental, não possuía e possui uma política que se possa ser dita consolidada, uma vez que depende de uma dinâmica que atende uma demanda viva de diferentes situações e hipóteses, que tem seus êxitos e suas deficiências (MINAYO, 2008).

Desde então, com este conjunto de propostas, alvitradas legalmente para o SUS e para as mudanças no tratamento psiquiátrico, foram percorridos difíceis caminhos da mudança em relação a um sistema marcado pela visão hospitalocêntrica, e é um sistema que ainda requer muito aprimoramento para as necessárias correções de rumos e que requer, portanto, a continuidade das pesquisas relacionadas a esta área e contexto sociopolítico e cultural.

Para expandir os horizontes das possíveis discussões, considera-se importante conhecer um pouco da história da saúde mental, o qual poderá ser observado à frente.

## **2.2. História da saúde mental**

Existe a idéia de que a loucura foi concebida de diferentes formas em diferentes épocas. Com a modernidade, ou seja, por volta do Séc. XVIII, o saber se racionaliza, o que significa que discursos místicos, por exemplo, sobre a loucura são substituídos por narrativa científica. Daí a origem da psiquiatria, do hospital e da reclusão. Isso porque é nesse período, da modernidade, que o próprio hospital surge, antes disso o que havia era o asilo (FOUCAULT, 1992).

Com Pinel, surge a figura do louco como um ser doente, portador de uma enfermidade, que por consequência deveria ser tratado. Mas, este primeiro discurso sobre a loucura que surge na modernidade é o discurso psiquiátrico, ou seja, do louco a ser confinado

em um hospital para ser tratado, e durante o seu tratamento deve ser mantido fora da sociedade.

A discussão em torno da loucura é algo que já vem dos primórdios da humanidade, como indicado na leitura de alguns autores que expõem registros de que a loucura estava presente desde as culturas pré-clássicas. Mas, também há relatos de que foram os gregos os primeiros a terem a loucura como objeto de investigação e posteriormente de descrição deixando-nos contribuições significativas.

Nos mitos da Grécia antiga há vários exemplos e figuras em baixo relevo romano, como as seguidoras de Dionísio, a exemplo a Maenad, segurando uma faca com a qual decapitou um animal que posteriormente comeu cru. Ou no caso da Ilíada de Homero, exposto no livro épico, mostrando atitudes arcaicas que nos remete ao que hoje denominamos loucura, entretanto, não se revela a insanidade como mais tardiamente a medicina e a filosofia a descrevem. Nas narrativas gregas, os heróis não possuem psique ou consciência, seus personagens não apresentam sensibilidade, reflexão ou introspecção próprias, podemos denotar que não possuem, ou demonstram ter, o que chamamos hoje de existências intrapsíquicas.

No quinto, ou quarto século antes de Cristo a sociedade ateniense começou a falar sobre mentalidade introspectiva. O historiador e psiquiatra americano, Bennett Simon, escreveu o livro que na tradução para o português obteve o título de Mente e Loucura na Grécia Antiga, neste livro a ideia de psique apresentada na Grécia antiga era então desenvolvida, e foi estabelecida como molde para o raciocínio ocidental sobre mente e loucura. Enquanto que com Sigmund Freud esta teoria se reafirmou ao denominar os conflitos psicosssexuais infantis de Complexo de Édipo, remetendo-se à tragédia de Sófocles Édipo Rei, amplamente conhecida na atualidade por sua vasta aplicação e divulgação na escola psicanalítica e até mesmo em obras populares como novelas (POTER, 2001).

Temos conhecimento de que desde antes de Cristo já havia a racionalização sobre a natureza, sociedade e consciência, observada nos discursos de alguns filósofos gregos como Sócrates, Platão, Aristóteles. Eles não negavam a realidade do que não era racional, pelo contrário, como teóricos, eram vislumbrados pelo ‘fogo’ transcendente, o qual corroia os artistas, gênios e teóricos. Nesse momento, estes filósofos definiram o irracional como o inimigo da humanidade e da liberdade, estabelecendo assim um extremo entre o racional e o irracional, e por sua vez marcando a supremacia da mente, do subjetivo, sobre a matéria, o objeto, pelo menos é esta a ideia que se tem até o momento.

Havia duas correntes através das quais eles podiam dar sentido à loucura, uma delas é a cultural, expressa pela arte e o teatro, como exemplo as tragédias gregas que dramatizavam os conflitos primitivos da vida, a sorte, o destino inelutável, o amor, a inimizade, piedade, vingança, dever e desejos mortais e divindades, família e sociedade, sendo ao contrário dos heróis de Homero, estes objetos conscientes de reflexão e conflitos internos, censura e culpa. Assim a loucura tornou-se a condição e destino de mentes divididas contra si mesmas (POTER, 2001).

Mas, foi através da corrente da filosofia que os homens tentaram medir e humanizar a loucura, como desarranjo, a insanidade poderia ser a mente nos limites de seus recursos, torturada pelo destino desumano, um delírio como a febre, causada por um sangue ruim ou pela bile. E no decorrer dos anos, já na idade média e na Renascença, as ideias sobre loucura eram semelhantes aos temas herdados na antiguidade, enquanto que na idade da razão, século XVII, forças culturais mudaram as atitudes em relação à loucura, a anatomia do corpo passou a ser privilegiada e qualquer desordem era reconhecida como defeito dos órgãos dos sentidos e da sua rede nervosa. Os médicos do século XVIII popularizaram o termo ‘nervos’ e cunharam a palavra ‘neurose’ significando um estado de ansiedade moderada, não específico e sem distinção da psicose.

Processos semelhantes de redefinição foram movimentados por católicos e protestantes. Papas, prelados e pregadores tornaram-se tão adoentados quanto outras elites pela carnificina causada pelas intermináveis lutas dogmáticas entre facções por caçadores de bruxas e estudos de heresias. Na reforma e na contrarreforma produziu-se o caos: a ideia da vida como uma grade espiritual tornou-se repugnante e passou a ser questionada após 1650, dessa forma, até mesmo a religião tornou-se irracional, voltando a ser considerado ‘normal’ por volta de 1695.

Nos séculos XV, XVI, XVII, por toda Europa houve a caça às bruxas como pessoas associadas ao Diabo, possuídas por Satanás e com poderes diabólicos, sendo as mesmas frequentemente punidas com a morte. Já por volta de 1650, as elites dominantes queriam lavar suas mãos deste horror e passaram a defender que a bruxaria não era real, mas, uma alucinação gigantesca, houve uma redefinição da loucura religiosa como essencialmente psicopatológica.

Pergunta-se então qual foi início do confinamento do insano e qual seria o destino do louco. Nos tempos medievais e pré-modernos, a maioria dos considerados lunáticos, idiotas, mentalmente estranhos ou aflitos, eram cuidados muito frequentemente com desdém, e eram

negligenciados, nas vizinhanças, na própria família e na cidade como um todo. Na Inglaterra eram mantidos trancados.

O Estado centralizador, várias vezes internava as pessoas, contudo, foi no período do Rei Luis XIV, *Le Roi Soleil* (1638-1715), com início do grande absolutismo, que os grandes confinamentos espalharam-se pela Europa. Pessoas identificáveis na sociedade com irracionalidade se encontravam em risco de serem trancados em instituições de indigentes. Idosos, doentes, pessoas sem valor, criminosos banais, prostitutas e vagabundos eram os considerados irracionais, logo, deveriam ser banidos dos olhos da sociedade.

É impossível deixar de comparar este fato histórico de horror com atual política do Ministério da Saúde brasileira com as internações compulsórias realizadas a partir 2012 por alguns estados brasileiros, como Rio de Janeiro e São Paulo, com apoio e financiamento do governo, como política de saúde pública para os moradores de rua que utilizam determinados tipos de drogas, principalmente o crack. A exemplo, com efeito ilustrativo, podemos citar a matéria de André Naddeo (2013), que expõe:

A prefeitura do Rio de Janeiro age de forma ilegal desde a última terça-feira, quando tiveram início as internações compulsórias dos usuários de crack, uma vez que não possui centros de atendimento especializados suficientes para o tratamento dos dependentes. Esta é a opinião do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MP-RJ), que, após reunião com as secretarias municipais de Saúde e Assistência Social, fez uma série de recomendações documentadas a fim de aprimorar a questão de saúde pública no município. [...] Após a operação que teve início na madrugada da última terça-feira (19/02/2013), 99 usuários (entre eles oito jovens com menos de 18 anos) foram recolhidos da região da favela Parque Nova União, onde funciona uma grande cracolândia desde que ocupação das comunidades de Manguinhos e Jacarezinho, favelas próximas onde o consumo do crack era bastante frequente. Horas após a operação, os usuários voltaram a frequentar as proximidades, mesmo com a presença das autoridades de segurança no local. (NADDEO, 2013, p. 1).

Já em 1961, o filósofo Michel Foucault sustentou em seu livro *La Folie et la Dérison* (A loucura e a Demência) que o grande confinamento representava o estado da degradação da loucura, que pouco antes da intervenção absolutista dava a pessoa ‘endemoniada’, louca, um poder fascinante: tolos, santos, gênios haviam pronunciado verdades profundas, embora obscuras, eles falavam e a sociedade os ouvia. Uma vez trancafiada, isolada a loucura foi roubada de toda sua fascinação lúgubre e verdade dos que sofrem, fechados como feras selvagens, maléficas, deixando de ser pessoas para serem denominados apenas doentes.

Apesar do panorama geral, os quadros variavam até a segunda metade do século XIX, os procedimentos diferiam e com frequência não havia qualquer programa de tratamento, só o

isolamento insalubre, depósitos de seres humanos excluídos. Próximo ao século XIX, dois asilos eram suficientes para Portugal inteira.

Na Inglaterra em 1808 um ato do Parlamento Inglês foi aprovado e a partir deste marco, o dinheiro público começou a ser usado para construção de asilos públicos para lunáticos, porém, apenas em 1845, quase dois séculos após o grande confinamento relatado nos trabalhos de Michel Foucault, tais asilos tornaram-se compulsórios. Existem informações imprecisas, mas, por volta de 5.000 pessoas sobre uma população de quase dez milhões de pessoas eram tratadas em asilos ditos especializados para lunáticos na Inglaterra neste período da história.

A partir do século XVIII, inicia-se timidamente a psicoterapia do modelo médico, com o argumento de que os lunáticos confinados seriam restaurados ao seu estado normal de sanidade e os médicos na realidade iniciaram um processo de investigação das bases corporais da insanidade, com isso, se iniciou também as técnicas experimentais psiquiátricas as quais consistiam primordialmente na utilização de drogas, e controle mecânico do comportamento dos internos.

Após observar um apanhado da história da saúde mental a nível global, faz-se necessário conhecer um pouco desta no Brasil.

### **2.3. A história da saúde mental no Brasil**

No Brasil, os primeiros tratamentos psiquiátricos foram fornecidos pelas então chamadas Santas Casas de Misericórdia por volta de meados do século XIX. E o primeiro hospital psiquiátrico viria a ser o Hospício Pedro II, que foi construído, entre os anos de 1841 e 1852<sup>4</sup>, com a contribuição financeira do imperador D. Pedro II, na mesma época haviam campanhas e a concessão de títulos de nobreza para aqueles que contribuíssem para os hospícios e asilos, como também eram chamados.

O hospício Pedro II teve seus primeiros pacientes aqueles transferidos das enfermarias da Santa Casa de Misericórdia da cidade do Rio de Janeiro. Antes disso, os chamados ‘alienados mentais’ não recebiam qualquer tipo de tratamento. Os mais agressivos eram acorrentados em cadeias e os menos ficavam vagando pelas ruas. No hospício Pedro II não havia tratamentos biológicos, e quando necessário – quando o paciente tinha comportamento

---

<sup>4</sup> O provedor da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, José Clemente Pereira foi o idealizador bem como também iniciou uma campanha pública para criação de um hospício de alienados. Em 24 de agosto de 1841 foi lido o decreto imperial autorizando a criação da instituição.

mais agitado, e/ou agressivo – eram trancados em quartos isolados com camisa de força. Em geral, os pacientes participavam de terapia ocupacional em diversos tipos de oficinas (carpintaria, marcenaria, pintura, etc.), as quais eram administradas pelas freiras das Santas casas de misericórdia.

Com a chegada da República, o hospital Pedro II recebeu novo nome ‘Hospício Nacional de Alienados’. Por muitos anos, especialmente a partir de 1893, o hospício foi local de estudos de psicopatologia onde eram ministradas aulas para alunos de medicina.

Durante as décadas de 1930 a 1940, o Hospital da Praia Vermelha, diante da superlotação e decadência, passou por significativas alterações ao transferir seus pacientes para a Colônia Juliano Moreira e o Hospital do Engenho de Dentro. Essa transferência ocorreu gradualmente e só foi concluída em 1944, quando o mesmo foi desativado e entregue à Universidade do Brasil – o atual campus da Praia Vermelha da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mais uma vez o Hospital do Engenho de Dentro recebeu o antigo nome Hospital Pedro II, e depois rebatizado com o nome da renomada psiquiatra, sendo então Instituto Municipal Nise da Silveira.

Este hospital acabou por se tornar uma das referências no tratamento de brasileiros acometidos com transtornos mentais. Observado este fato estabeleceu-se relação com estudos e análises de publicações do Ministério da Saúde, o capítulo previsto para este contexto histórico da loucura será de grande importância para a análise qualitativa e quantitativa de dados da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas do Sistema Único de Saúde Pública - SUS, que iniciou-se em 2006 e permanece sendo divulgado semestralmente com objetivo de auxiliar a gestão na identificação dos principais desafios, na construção de estratégias para garantir a acessibilidade e qualidade dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil.

Os Autores Onocko-Campos e Furtado (2006), apontam que:

No Brasil há os gastos de 2,4% do orçamento do SUS em saúde mental e prevalência de 3% de transtornos mentais severos e persistentes e 6% de dependentes químicos – tem havido sensível inversão do financiamento nos últimos anos, privilegiando-se os equipamentos substitutivos em detrimento dos hospitais psiquiátricos, como ilustra o fato de que em 1997 a rede composta por 176 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) recebia 6% dos recursos destinados pelo SUS à saúde mental, enquanto a rede hospitalar, com 71 mil leitos, recebia os outros 94%. Em 2004, os 516 CAPS existentes receberam 20% dos recursos citados contra 80% destinados aos 55 mil leitos psiquiátricos no Brasil 2. Podemos apontar a aprovação

da Lei n. 10.216 da Reforma Psiquiátrica, a publicação da Portaria n. 336/02 e da Portaria n. 189/02 – que atualizam a Portaria n. 224/92 e incorporam os avanços ocorridos na condução dos equipamentos substitutivos 3 – a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental 4, que, entre outras coisas, consolidou o novo modelo assistencial dos CAPS e, finalmente, a experiência acumulada nos mais de dez anos de existência desses serviços como fatores decisivos na história recente para um substancial incremento dos CAPS no Brasil e para a relativização do papel (ainda) hegemônico dos hospitais psiquiátricos na atenção em saúde mental. Nesse contexto, os CAPS assumem especial relevância no cenário das novas práticas em saúde mental no país, configurando-se como dispositivo tornado estratégico para a reversão do modelo hospitalar. (ONOCKO-CAMPOS E FURTADO, 2006, p.1053).

Como pode ser observado, os recursos são considerados baixos se considerada a demanda da população. O presente estudo é baseado no período de 2006 a dezembro de 2012, com alguns acréscimos da situação prevista para 2013 da problemática estudada.

Esta divulgação semestral sobre a Rede de Atenção Psicossocial, a princípio era dividida em três seções, tais como: a rede de atenção psicossocial, assistência psiquiátrica hospitalar e outros; sendo que; a partir de 2011 a edição do Ministério da Saúde acrescentou dados sobre os Centros de Convivência e Cultura, Supervisão dos Processos de Desinstitucionalização, Formação e Educação Permanente, Grupos Condutores da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, e outros.

### **2.3.1. Os serviços substitutivos de saúde mental no Brasil**

No Brasil, a política de saúde mental teve como seus principais eixos a redução de leitos psiquiátricos, o reconhecimento dos direitos das pessoas afligidas por transtornos mentais, o maior controle sobre as internações e a organização de uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Estas ações reafirmaram os princípios da reforma psiquiátrica, na qual há uma nova forma de observar, compreender e tratar os transtornos mentais. Mas para que isso ocorresse, foi necessário estruturar os modelos assistenciais orientando-os para a integralidade, não apenas ao que refere-se ao sujeito, mas também os valores e dispositivos técnicos que foram instalados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Observado isso, instauraram-se novos serviços de atenção aos que necessitam destes dispositivos, serviços como: Consultório na rua, leitos em enfermarias especializadas, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e as comunidades terapêuticas.

Os Consultórios na rua são equipes de saúde móveis, as quais prestam atenção integral à saúde da população que se encontra em situação vulnerável nas ruas do país, consideram-se suas diferentes necessidades de. O trabalho desenvolvido é junto a usuários de álcool, crack, e outras drogas, com o princípio de redução de danos. A equipe é multidisciplinar, contando com profissionais de diferentes formações que atuam de forma itinerante nas ruas. São desenvolvidas ações que são compartilhadas e integradas com as Unidades Básicas de Saúde – UBS, CAPS, e outros pontos. Hoje o Brasil conta com 129 consultórios de rua conforme expõe o Observatório do crack (2015).

Enquanto que os leitos em enfermarias especializadas são serviços da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, que oferecem suporte hospitalar de curta duração, Estes são serviços utilizados apenas e quando há situações de urgência e/ou emergência. As internações preparam os pacientes para retornar a seus respectivos tratamentos nas unidades dos CAPS e outros serviços da RAPS após a saída das internações. Estes serviços funcionam em regime integral, nos sete dias da semana, sendo 24 horas por dia, inclusive em fins de semana e feriados. A rede nacional oferece 800 leitos em diversas enfermarias pelo país. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS também são serviços da RAPS, abertos e destinados a prestar atenção a pessoas com sofrimento psíquico. Os CAPS oferecem atendimento à sociedade em geral, e tem por finalidade realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, e fortalecimento do exercício dos direitos civis, bem como a tarefa de fortalecer os laços dos pacientes com seus familiares e a comunidade. Alguns CAPS possuem estrutura para o atendimento dos usuários em momentos de crise, estas unidades apoiam os usuários e suas famílias na busca de independência e responsabilidade para com seu tratamento, através do processo de democratização.

As unidades de CAPS possuem equipes multiprofissionais compostas por médico/psiquiatra, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais tanto de nível superior, médio e técnico. E por possuírem equipes mistas, possuem projetos de serviços e atenção aos usuários, que muitas vezes ultrapassam a estrutura física atual das instalações. Estes projetos ultrapassam as estruturas, porque buscam ter uma rede de suporte social que maximize suas ações, mas todas estas atividades preocupam-se em resguardar o usuário, sua história, cultura e demais aspectos que o contemplam (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Os CAPS no Brasil são divididos por níveis, sendo eles:

### **CAPS I**

Centro de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 20.000 habitantes, com as seguintes características: devem dar cobertura para toda clientela com transtornos mentais severos durante o dia; adultos, crianças e adolescentes e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas. A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por: 5 profissionais de nível superior e 4 profissionais de nível médio.

### **CAPS II**

Centro de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 70.000 habitantes, com as seguintes características:

#### **Recursos Humanos**

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por: 6 profissionais de nível superior e 6 profissionais de nível médio.

### **CAPS III**

Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes. Constitui-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. Oferta retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad. A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

#### **Recursos Humanos**

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por: 8 profissionais de nível superior e 8 profissionais de nível médio. Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem

01 (um) profissional de nível médio

Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

01 (um) profissional de nível superior

03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem  
01 (um) profissional de nível médio

### **CAPSi**

Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes ou que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

### **Recursos Humanos**

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por: 6 profissionais de nível superior e 5 profissionais de nível médio.

### **CAPS ad II**

Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios ou regiões com população superior a 70.000.

### **CAPS ad III**

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por: 7 profissionais de nível superior e 6 profissionais de nível médio.

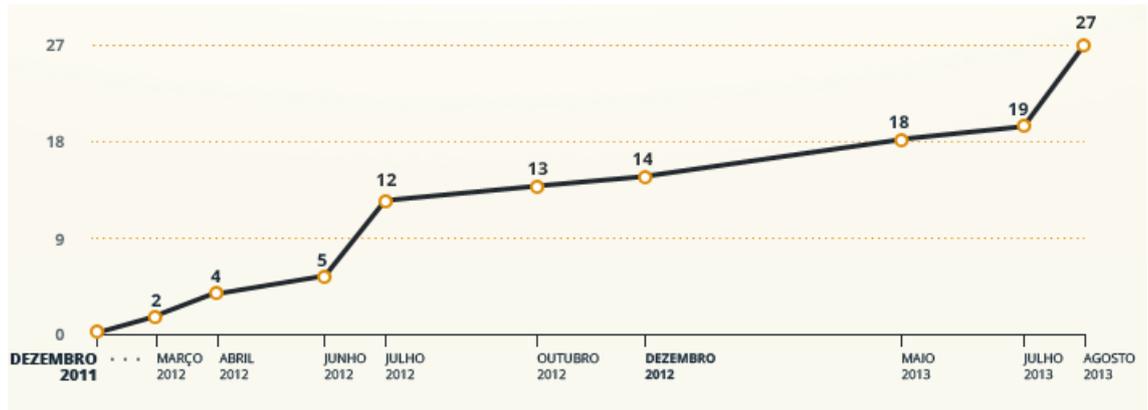
**Recursos Humanos**

Serviço de atenção psicossocial para atendimento de adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes. (OBSERVATÓRIO DO CRACK, p. 1-3, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde (2015), hoje no Brasil existem 1.035 CAPS de nível I, 475 nível II, 83 de nível III. De CAPSi existem 196 e 308 CAPS AD.

Ainda segundo dados do observatório do Ministério da Saúde, observa-se o gráfico a seguir:

Gráfico 1 – Adesão dos Estados e do Distrito Federal aos Serviços Substitutivos



Fonte: Observatório Ministério da Saúde, 2015.

Como exposto, em dois anos o número de estados que aderiram aos serviços substitutivos somou 27, atingindo a meta de estar em todos os estados.

Por fim, as comunidades terapêuticas são instituições privadas, sem fins lucrativos, e em parte são financiadas pelo poder público. Tais instituições oferecem serviços de acolhimento gratuito para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas. As comunidades são espaços abertos e de adesão voluntária dos usuários que necessitam de um local protegido, e com ambiente residencial, para o tratamento e recuperação de sua dependência às drogas. O tempo de acolhimento nestes serviços pode ser de 12 meses. Os residentes, neste período, devem manter tratamento na rede da saúde mental e demais serviços que necessitarem.

Nem sempre essas instituições possuem um responsável técnico de nível superior, que deveria ser legalmente habilitado, e, além do técnico, existe a obrigatoriedade de sempre haver um substituto com igual qualificação. No Brasil, segundo o MS, existem 336 comunidades terapêuticas, as quais oferecem 7.541 vagas para os usuários.

Infelizmente, algumas comunidades terapêuticas são apenas de cunho religioso e mantêm o posicionamento de servirem como depósitos de pessoas, trabalham em cooperação com o Estado para recolher pessoas em situações de vulnerabilidade das ruas e as colocam longe dos olhos da dita sociedade, pois, dessa forma produzem uma higienização da vista do grande público, como ocorreu recentemente nos jogos da copa do mundo no Brasil no ano de 2014.

### 3. METODOLOGIA

Esta dissertação caracterizou-se como pesquisa dissertativa qualitativa e quantitativa, cujo objetivo principal foi avaliar a implementação da reforma psiquiátrica brasileira, que tem como base a Lei 10.216/2001, sob a visão dos gestores, profissionais e usuários da rede da saúde mental. Sobre o território de avaliação, ou abrangência do estudo, observou-se a Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal - RIDE-DF. Como um estudo de cunho avaliativo, fez uso de métodos qualitativo e quantitativo.

Por se tratar de um estudo avaliativo foi necessário tomar nota de alguns conceitos e objetivos como forma imprescindível à compreensão deste método científico. Portanto, surgiu a primeira questão: o que, necessariamente, é avaliação? Quais são os conceitos atribuídos a essa atividade?

Segundo Franco (1971, p. 3), “Avaliar é fixar o valor de uma coisa; para ser feita se requer um procedimento mediante o qual se compara aquilo a ser avaliado com um critério ou padrão determinado”. Alternadamente, a avaliação foi definida com aquele ramo da ciência que se ocupa da análise da eficiência (COHEN; FRANCO. 2004).

Em seu livro, Avaliação de programas e projetos sociais, Aguilar e Ander-Egg, apud Reis (1999) fornecem uma definição bastante detalhada sobre este tema:

A avaliação é uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida; destinada a identificar, obter e proporcionar de maneira válida e confiável dados e informação suficiente e relevante para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa (tanto na fase de diagnóstico, programação ou execução), ou de um conjunto de atividades específicas que se realizam, foram realizadas ou se realizarão, com o propósito de produzir efeitos e resultados concretos; comprovando a extensão e o grau em que se deram essas conquistas, de forma tal que sirva de base ou guia para uma tomada de decisões racional e inteligente entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento e a compreensão dos fatores associados ao êxito ou ao fracasso de seus resultados. (REIS, 1999, p. 31-32).

Weiss (1982, p. 16) afirmava que “o objeto da pesquisa avaliativa é comparar os efeitos de um programa com as metas que se propôs alcançar a fim de contribuir para a tomada de decisões subsequentes acerca do mesmo e para assim melhorar a programação futura”; ou que a avaliação “mede até que ponto um programa alcança certos objetivos” (BANNER; DOCTORS; GORDON. 1975, p.13). A avaliação foi definida também pela ONU (apud Cohen e Franco), como:

[...] o processo orientado a determinar sistemática e objetivamente a pertinência, eficiência, eficácia e impacto de todas as atividades à luz de seus objetivos. Trata-se de um processo organizativo para melhorar as atividades ainda em marcha e ajudar a administração no planejamento, programação e futuras tomadas de decisões. (ORANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, apud COHEN, 2004, p. 30).

De acordo com as definições de Reis (1999, p. 19), “em linhas gerais, pode-se dizer que os objetivos da avaliação são conhecer, através de comprovação objetiva e sistemática, o andamento de um projeto, se os objetivos e metas estão sendo alcançados e se a situação-problema está sendo modificada”. Esta concepção pode ser desdobrada nos seguintes objetivos específicos:

- Estabelecer o grau de pertinência, idoneidade, efetividade-eficácia e eficiência-rendimento de um programa, projeto ou serviço.
- Determinar as razões dos êxitos e fracassos.
- Facilitar o processo de tomada de decisões para melhorar e ou modificar o programa ou projeto.
- Analisar outros objetivos que podem ser alcançados.

Existem diferentes formas de classificar os tipos de avaliação que uma organização pode desenvolver. Dalberto Aduli (2002) apresenta os tipos de avaliação quanto à sua metodologia:

- Avaliação ex-ante - É uma avaliação realizada antes da implementação do programa, também chamada de avaliação de viabilidade. Esta avaliação possibilita avaliar a viabilidade e sustentabilidade financeira, política e institucional do programa. As informações produzidas podem subsidiar processos de tomada de decisão sobre implementar ou não um programa ou ainda a seleção e priorização de alternativas de ação visando maximizar o retorno do investimento social.

- Monitoramento - É realizado durante a implementação do programa. Indaga e analisa em que medida as atividades realizadas e os resultados obtidos correspondem ao planejado. Possibilita identificar pontos fortes e deficiências do projeto, oportunidades e necessidades de ajustes.

- Avaliação de resultados - É realizada ao final da etapa de execução do projeto. Avalia se o projeto alcançou as metas previstas para cada um de seus objetivos. Oferece elementos importantes para conhecer a efetividade, eficácia e eficiência do projeto ou programa.

- Avaliação de impacto - É realizada após a conclusão do projeto. Analisa mudanças nos indicadores identificados inicialmente com o propósito de verificar se o projeto ou programa produziu impactos/alterações em determinadas condições de vida da população.

- Avaliação participativa - Pode ser utilizada em qualquer etapa do projeto. Incorpora a perspectiva das populações beneficiadas na análise de aspectos e problemas relacionados ao planejamento, execução e resultados do projeto. As avaliações participativas procuram superar algumas deficiências das abordagens tradicionais, abrindo canais de participação entre usuários e gestores.

Entre os vários tipos de avaliação, Marino (2003) subdivide em três tipos: marco zero, avaliação de processo e avaliação de resultados. Também apresenta-se, no quadro abaixo, as perguntas orientadoras dos três tipos de avaliação com os quais se pode trabalhar:

Quadro 01- Tipos de avaliação e perguntas orientadoras.

| <b>Tipos de Avaliação</b>      | <b>Perguntas orientadoras</b>   |
|--------------------------------|---|
| <b>Marco Zero</b>              | Quais são os indicadores sociais da comunidade – natalidade, mortalidade, escolaridade etc. – onde queremos atuar? Quais são os indicadores específicos – evasão escolar, aproveitamento escolar, nutrição etc? Por quais problemas passam hoje? Quem sofre com esses problemas? Onde moram as pessoas-alvo? Qual o quadro geral da situação? |
| <b>Avaliação de Processo</b>   | Como todos os participantes estão percebendo o projeto? Quais os pontos fortes e fracos das atividades do dia-a-dia do projeto? Como o processo de implementação pode ser melhorado?  |
| <b>Avaliação de Resultados</b> | Os resultados previamente estabelecidos estão sendo cumpridos? Quais efeitos têm o projeto sobre os envolvidos? Quais são nossos indicadores de resultados?   |

Fonte: Marino (2003).

Para os três momentos da avaliação (marco zero, processo e resultados) foi necessário percorrer diferentes caminhos, o que Marino (2003) denominou “os sete passos da avaliação”:

1) Decisão sobre o foco da avaliação; 2) Formação da equipe; 3) Identificação dos interessados, das perguntas e dos indicadores; 4) Levantamento de informações; 5) Análise de fatos e informações; 6) Elaboração do relatório e divulgação, e; 7) Utilização e disseminação.

Adulis (2002), também apresenta diferentes abordagens: qualitativa ou quantitativa. O debate entre defensores de abordagens qualitativas e quantitativas, que é histórico nas ciências sociais, se reproduz nas discussões sobre avaliação de projetos sociais. Segundo Adulis:

As abordagens qualitativas permitem o estudo de questões, casos ou eventos em maior profundidade, permitindo que o pesquisador conheça com maior riqueza as experiências estudadas. As desvantagens dessas abordagens seriam as impossibilidades de generalizar os resultados encontrados ou poder aplicá-los em outros casos, além do custo mais alto em relação às abordagens quantitativas. As pesquisas e avaliações qualitativas geralmente empregam métodos como estudos em profundidade, entrevistas abertas, oficinas, focus groups, observação direta, estudo de casos, pesquisa-ação e análise de documentos. Já as abordagens quantitativas possibilitam a realização de levantamento de informações junto a um maior número de respondentes a um menor custo, a realização de análises estatísticas e, usualmente, a comparação e generalização de resultados. As pesquisas e avaliações quantitativas geralmente empregam métodos como aplicação de questionários e coleta e processamento de informações quantitativas. (ADULIS, 2002, p.3).

Estes são os elementos-chave para que os gestores ou pesquisadores escolham as abordagens e os métodos de levantamento de dados mais adequados para o seu caso.

De acordo com Reis (1999), a avaliação pode ser somativa ou formativa. Por somativa, entende-se a avaliação que permite determinar em que medida foram alcançados objetivos ou produzidos os efeitos pretendidos, o valor do projeto em relação às necessidades dos beneficiários, julgando se este deve ou não ser mantido. A avaliação formativa refere-se ao processo de execução, servindo para melhorar seu funcionamento. São modalidades complementares a serem utilizadas de acordo com cada situação concreta.

De acordo com Cohen e Franco (2004), nem todas as avaliações são iguais. Podem-se estabelecer diferenças entre elas, segundo vários critérios, e que a alçada decisória são dirigidas a quatro tipos de avaliação: em função do momento em que as realiza e os objetivos que persegue; em função de quem realiza a avaliação; em função da escala dos projetos; em função dos destinatários da avaliação.

Os processos de avaliação de projetos sociais envolvem, geralmente, as seguintes atividades: planejamento/desenho do processo de avaliação; levantamento dos dados/trabalho de campo; sistematização e processamento dos dados; análise das informações; elaboração de relatório(s) com os resultados encontrados e recomendações e disseminação e uso das conclusões junto a diferentes públicos, como funcionários, usuário, financiadores e parceiros.

Segundo Adulis (2002):

Dentre todas as etapas, a de planejamento é a mais complexa de todo o processo, não apenas porque envolve questões metodológicas e decisões estratégicas, que demandam tempo e energia dos gestores, mas também porque, se realizada de forma inadequada, pode comprometer as demais etapas do processo. (ADULIS, 2002, P.1).

O planejamento de um processo de avaliação inicia-se com a definição dos objetivos e das questões centrais que a avaliação se proporá a responder. Em seguida, é necessário decidir em que momento avaliar o projeto (início, durante ou ao término), qual o objeto da avaliação (o que será avaliado) e, finalmente, quais serão as variáveis e os indicadores utilizados. Com estas questões definidas, o grupo responsável pela avaliação pode dar continuidade à etapa de planejamento, decidindo quais os tipos de avaliação que pretendem desenvolver e escolhendo as abordagens metodológicas que serão empregadas.

Em seu texto, Reis (1999), questiona quando avaliar. Portanto, segundo a autora, deve ser antes, durante e depois de realizado um projeto ou atividade. A avaliação realizada antes de um projeto ter início serve para determinar sua pertinência, viabilidade e eficácia potencial, para que se possa decidir sobre a conveniência de realizá-lo. E nas palavras de Reis (1999, p. 25) “Os aspectos a serem levados em conta são a coerência entre as soluções propostas e a realidade que se pretende modificar; a relação entre recursos e objetivos, objetivos gerais, específicos e metas e entre o diagnóstico e as proposições”. Para Rocha (2014):

A avaliação realizada durante a execução fornece informações sobre o andamento do projeto para ponderação de resultados, com o objetivo de estabelecer até que ponto a proposta inicial está sendo cumprida. Não se trata do controle operacional do projeto, pois a avaliação permite fazer um juízo sobre os pressupostos do projeto e decidir por sua manutenção ou não. Permite, ainda, que se decida se os objetivos e procedimentos operativos devem ser reformulados ou mantidos.

A avaliação exposta é a que se realiza após a conclusão do projeto, no sentido de determinar seu impacto sobre a situação inicial, assim como sua execução e funcionamento, a partir do que se pode aprender para aplicação em outros projetos. (ROCHA, 2013, p. 4).

Portanto, quando se fala de avaliar a concepção do projeto, avalia-se o modelo de intervenção proposto para a situação colocada: suas estratégias, atividades, métodos, técnicas e procedimentos a utilizar. Deve ficar claro que paradigma ou modelo é subjacente ao projeto proposto.

Durante a execução do projeto, pode ser necessário avaliar como ele está funcionando, sendo abordados os seguintes aspectos (REIS, 1999):

- Avaliação de cobertura - até que ponto o público beneficiário está sendo atingido (até que ponto conhece o projeto, se há barreiras ou se o projeto é acessível, se é aceito pela população) e até que ponto a área de atuação é coberta.

- Avaliação da implementação – julga-se os instrumentos planejados para a implementação são necessários, suficientes, idôneos (no sentido de ter capacidade de cumprir as metas estabelecidas), potentes e eficazes.

- Avaliação do ambiente organizacional - se a organização responsável pelo projeto, em seus aspectos internos, favorece ou dificulta seu andamento.

- Avaliação do rendimento pessoal, onde importa considerar se os indivíduos envolvidos na implementação possuem habilidades e atitudes que favoreçam o desempenho das tarefas, se são capazes de aplicar seus conhecimentos e de sistematizar a própria experiência, assim como de organizar o trabalho e solucionar problemas concretos.

Na avaliação da eficácia, analisa-se até que pontos estão sendo alcançados os resultados previstos e mesmo se os resultados previstos são pertinentes. Esta avaliação é feita em relação aos beneficiários do projeto e a seu impacto esperado. Este é, sem dúvida, o aspecto central a avaliar, estando os demais a serviço de alcançar resultados que efetivamente produzam efeitos sobre o problema colocado. A avaliação da eficiência refere-se à rentabilidade econômica que, em alguns casos, deve ser considerada dentro da avaliação. Diz respeito ao custo do projeto em relação aos resultados obtidos (REIS, 1999).

Gonzalez Rey (2005), afirma que entendemos o qualitativo em sua essência por sua definição epistemológica, a qual observará o qualitativo na pesquisa psicológica como algo não instrumental, nem definida pelo tipo de dados que forem incluídos, mas que pode ser definido em suma pelos processos do conhecimento, como uma forma de construir e produzir conhecimento. Ainda para Gonzalez Rey (2005, p.5), “A epistemologia qualitativa defende o caráter construtivo interpretativo do conhecimento, o que de fato implica compreender o conhecimento como produção e não como apropriação linear de uma realidade que se nos apresenta”. Rey ainda aponta na definição do qualitativo “seu caráter oculto à evidência”. O autor expõe que pesquisa qualitativa tem como foco de estudo um objeto complexo, a subjetividade. E tal objeto, tem suas raízes em diferentes processos que unidos formam o todo, e este todo muda de acordo com o contexto no qual o sujeito esteja inserido.

Além da investigação qualitativa, foram levantadas informações quantitativas sobre número de CAPS, SRT e sobre o PVC em curso na RIDE-DF, realizadas por meio de informações disponibilizadas pelo poder público (Ministério da Saúde, Ministério da Integração Nacional, Colegiado de Gestão em Saúde da RIDE-DF). A verificação da quantidade implementada foi associada a fim de verificar se era condizente com a real necessidade de CAPS, SRT e bolsa PVC nos municípios da RIDE-DF no período de 2008 até 2013, com base na Lei nº 10.216. Além dessa verificação, foi aplicado um questionário *online* direcionado aos 23 municípios que compõem a RIDE-DF.

A primeira etapa do questionário abordou questões relativas ao perfil dos participantes. Com perguntas como, por exemplo: idade, sexo, formação, qual a relação que o

participante possuía com os serviços de saúde mental. E qual o papel que desempenha nas unidades, a cidade na qual está inserida a unidade do CAPS, há quanto tempo atua nessa unidade, e se já atuou em outras unidades e por fim se conhecia a Lei de nº 10.216/01.

Em segundo momento, os questionamentos apontados foram de se haviam dificuldades e/ou pontos negativos no desenvolvimento de seus trabalhos, os aspectos positivos dos serviços desempenhados, se havia participação dos usuários nas unidades, além do acompanhamento que recebem. Também foram questionados se há uma rede de atenção à saúde mental no município, se existem preconceitos para com os usuários no desenvolvimento de seus trabalhos enquanto gestores e profissionais e qual a visão que possuem sobre a internação dos usuários, por fim, foi solicitada uma avaliação da saúde mental sob alguns aspectos, desde o atendimento aos usuários até o conhecimento da lei, o qual foi feito por meio de um escalamento de 1 a 4, onde um indica que o item precisa melhorar muito e quatro o item é excelente.

Também foram levantadas informações por meio de procedimentos qualitativos, através de entrevistas semi-estruturadas com representantes de diversos segmentos como gestores, trabalhadores e usuários. As entrevistas, além de semi-estruturadas, foram em profundidade e realizadas em espaços abertos e fechados. As perguntas foram realizadas conforme o roteiro do Apêndice III, e foi construído a fim de observar questões como: se os participantes conhecem a lei de nº 10.216, se existem formas de participação dos usuários na gestão dos CAPS, se existem dificuldade na realização dos tratamentos. Também foram indagados sobre as suas visões de internação, sobre como se sentem por participar e/ou atuar nos CAPS, entre outras perguntas. E por fim, também foi solicitada uma avaliação dos CAPS enquanto a como viam os serviços que são prestados e o precisa ser melhorado.

Ainda com o propósito de ter contato com múltiplas fontes de informação, também houve a participação da autora em reuniões periódicas de saúde que possuem sua base na participação entre gestão e sociedade dos estados envolvidos RIDE-DF (Minas, Goiás e Distrito Federal). Tais reuniões ocorrem mensalmente com profissionais e gestores da RIDE-DF, a fim de discutir alguns casos que ocorrem em suas unidades, como os municípios estão desenvolvendo ações de matriciamento, aspectos sobre os projetos terapêuticos e qualquer outra dúvida que exista e que esteja afligindo as unidades da rede, para que em grupo possam ser desenvolvidas ações de melhorias em prol do coletivo. Por este motivo, tornou-se importante a participação da autora em algumas reuniões para identificar como a rede lida com temas delicados e de pertinência à saúde mental nesse território.

Todas as fontes qualitativas foram avaliadas sob a ótica na análise de conteúdo e tiveram relação direta com outras fontes do estudo, como a revisão bibliográfica e a tabulação dos dados que foi realizada posteriormente.

A pretensão deste estudo foi de avaliar criticamente a implementação da reforma psiquiátrica brasileira, com objetivo de contribuir para o fortalecimento da luta pela reforma psiquiátrica e qualificação dos serviços públicos em saúde mental na RIDE-DF.

De acordo com González Rey (2005), em seu livro pesquisa qualitativa e subjetividade:

É evidente que o principal problema da quantificação não está referido na operação como tal, operação que é totalmente legítima na produção de conhecimento; o principal problema está naquilo que quantificamos dentro de que sistema teórico os aspectos quantificados vão adquirir significado [...] A metodologia conduziu a um metodologismo, no qual os instrumentos e técnicas se emanciparam das representações teóricas convertendo-se em princípios absolutos de legitimidade para a informação produzida por eles, as quais não passam pela reflexão do pesquisador. (GONZÁLEZ REY, 2005, P. 2).

Como apontado por Rey, faz-se importante utilizar da metodologia para início, produção e encerramento do conhecimento científico, no entanto, não se pode se prender a metodologismos, fixando-se as ferramentas e a métrica a fim de produzir conteúdos que caibam nestes procedimentos.

O conhecimento e a realidade do fazer humano extrapolam as linhas fixas de uma metodologia injetada, por isso, faz-se necessário que a metodologia dite os padrões do conhecimento científico, mas não o seu resultado final, pois o todo é maior que a soma das partes.

Tendo por base a leitura de alguns estudos realizados através de pesquisa avaliativa, obteve-se o trabalho de Onocko-Campos e Furtado (2006), no qual os autores apresentam uma discussão preliminar sobre possível instrumental metodológico para pesquisa avaliativa da rede de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, no Sistema Único de Saúde – SUS, os autores apresentam um grupo especial de ferramentas, enfatizando a importância das ideias de garantir e recuperar os papéis dos diversos atores sociais para moldar o processo de avaliação, a necessidade de coletar e sistematizar estudos acadêmicos sobre o tema, e a importância da promoção de um novo campo de pesquisa com foco em políticas públicas de saúde para apoiar os decisores políticos, gestores e suas equipes na reformulação das práticas de saúde.

Em outro estudo dos autores Onocko-Campos et al. (2009) observou-se que os autores analisaram a assistência, gestão e modelos de educação dos trabalhadores de uma rede de

CAPS, por meio de uma pesquisa avaliativa qualitativa, realizada na cidade de Campinas, São Paulo, Brasil, entre os anos de 2006 e 2007.

Os dados foram coletados por meio de 20 grupos focais nos centros conhecidos como CAPS III, com diferentes grupos de partes interessadas (trabalhadores, gestores municipais, usuários, familiares e gestores locais). Após a transcrição do material gravado de cada grupo narrativas construídas estavam seguindo referencial teórico de Ricoeur. Na segunda etapa de grupos focais, estas eram narrativas apresentadas aos participantes, que poderiam contestar, corrigir e validar as narrativas.

Os resultados preliminares foram discutidos em oficinas, com o objetivo de construir o desenvolvimento de um guia de boas práticas em CAPS III. Após estas oficinas, e das análises feitas, foram identificadas os pontos fortes e fracos em relação ao atendimento prestado durante a crise articulada na rede básica, formulação de projetos terapêuticos, gestão e organização em equipes de referência, formação educacional e sofrimento psíquico. A rede de centros de atenção psicossocial em Campinas destaca-se pela sua originalidade na implantação de seis CAPS III, e pela sua eficiência na prestação de assistência integral aos usuários e familiares no momento da crise e na reabilitação. Já quanto à formação dos profissionais para atuarem nos CAPS, ao fim comprovou-se que o número de profissionais era insuficiente para lidar com os desafios enfrentados nestes tipos de serviços, e a qualificação também era insuficiente.

Mielke et al. (2009) realizaram uma pesquisa de Avaliação, com abordagem qualitativa realizado em um CAPS II, dos CAPS da região sul do Brasil, tendo como objetivo conhecer o entendimento dos profissionais de um serviço substitutivo sobre o cuidado em saúde mental prestado neste espaço. Os dados foram coletados através de entrevistas. Estes dados foram classificados em três temáticas, analisados segundo a literatura disponível. Os autores abordaram a temática que trata do entendimento dos profissionais do serviço sobre o cuidado que é prestado neste local. Os resultados mostram que o cuidado para estes profissionais abrange aspectos que vão além do biológico, incluindo também a família e a sociedade. O estudo mostra que “a equipe do serviço está ampliando seu olhar sobre a saúde mental, quando compreende a reabilitação psicossocial como o centro do cuidado” (MIELKE. et al, 2009, P. 159).

Desta forma este estudo objetivou avaliar os processos de implementação da Lei 10.2016 para contribuir para a própria efetivação da reforma. E para isso, houve determinados procedimentos, os quais poderá ser observado a seguir.

### 3.1. Procedimentos

A definição deste tema deu-se a partir da necessidade e relevância dele para melhor compreender o universo pesquisado, suas necessidades, e as possíveis relações existentes entre a implementação da reforma psiquiátrica brasileira na RIDE-DF e a gestão dos profissionais da área de saúde mental em instituições da rede pública, especificamente, sobre a maneira como a primeira pode influenciar o efeito da segunda.

Constatou-se por meio de uma leitura exploratória que as fontes utilizadas neste estudo apresentaram compatibilidade com o tema e demonstram que a problemática apresentada aqui é relevante tanto no cenário acadêmico, quanto no cenário profissional. Após uma primeira leitura seletiva, houve a necessidade de aprofundamento da fundamentação teórica do presente estudo com a leitura analítica. Por fim, usou-se da leitura interpretativa para mostrar as visões dos autores sobre o assunto abordado. E após maior aproximação com estas leituras iniciou-se o delineamento do projeto de pesquisa deste estudo, submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP da Plataforma Brasil que PE um sistema eletrônico criado pelo Governo Federal para organização e sistematização de projetos de pesquisa que envolvam seres humanos.

Antes da aprovação do CEP, já havia a participação das reuniões de gestão da RIDE-DF pois a autora deste estudo, por ser a Secretária de Saúde de um município que compõe a rede já participava destas em seu ofício. E em uma determinada reunião, a autora assumiu a condução a fim de promover um grupo focal com os gestores da rede, a fim de promover a discussão em torno da problemática deste estudo. O acompanhamento de tais reuniões ocorreu dos meses de agosto de 2014 a fevereiro de 2015, tendo em vista que estas ocorrem de forma mensal.

Após a aprovação do CEP (que ocorreu no início do mês de dezembro do ano de 2014), aconteceram em paralelo outros recolhimentos de dados como: entrevistas em profundidade, pesquisa *web*, revisão bibliográfica e documental.

Com relação às entrevistas em profundidade, foram entrevistados 16 personagens sendo eles: cinco gestores, cinco profissionais, cinco usuários que pertenciam aos três estados que compõe a RIDE-DF, Distrito Federal, Goiás e Minas Gerais. Além destes atores, ainda foi entrevistado um Secretário de Saúde de um município de Goiás. Todas as entrevistas ocorreram no período de 16/12/2014 a 22/12/2014.

A pesquisa *web* ocorreu no período de 17/12/2014 a 30/01/2015 e obteve a participação de 19 dos 23 municípios que compõe a RIDE-DF, e obteve-se a representação de

todos os estados que compõe a rede. As questões apontadas neste questionário seguiram a mesma lógica utilizada no delineamento do roteiro de entrevistas, porém, utilizou alguns itens a mais, como o levantamento do perfil dos respondentes. Tal instrumento de pesquisa poderá ser encontrado no Apêndice V.

A seguir apresenta-se o perfil e números enquanto ao que tange os participantes deste estudo.

### 3.2. Participantes de pesquisa

Este estudo levou em consideração os métodos qualitativos e quantitativos para suas análises. No que se refere ao universo amostral, a RIDE-DF é composta por 22 cidades mais o Distrito Federal como membros, considerando o total de 23 cidades. Para participação das entrevistas semi estruturadas foram definidos os seguintes perfis de entrevistados: gestores, profissionais e ainda usuários das unidades dos Centros de Atenção Psicossocial de níveis I e II, os quais foram escolhidos de forma aleatória, mas com um caráter intencional, tendo em vista que não foram entrevistados membros de todas as cidades que compõem a RIDE-DF, ou seja, foi por conveniência porque foram definidas cinco cidades como participantes, as quais demonstraram possível interesse de participação na pesquisa, e aleatória, porque não houve seleção de entrevistados, uma vez que os mesmos se configurem dentro dos perfis indicados.

A fim de garantir a representação da área geográfica da RIDE-DF, foram entrevistados gestores, profissionais e usuários de cinco municípios que compõem a RIDE-DF, sendo um município de Minas Gerais, um no Distrito Federal e três no Estado de Goiás.

Levando em consideração os três perfis indicados, gestores, profissionais e usuários, e a quantidade de municípios que foram pesquisados, foram entrevistadas 16 pessoas, sendo que uma delas foi um Secretário de Saúde de um dos municípios que compõe a rede. Não foi totalizado o número de 17 entrevistados pelo fato de ainda não haver usuários e nem CAPS em um dos municípios que foram abrangidos neste estudo.

A seguir observa-se o quadro 1 com o resumo dos participantes deste estudo.

Quadro 2 – Resumo do Número de Participantes do Estudo

|  | <b>Gestores</b> | <b>Profissionais</b> | <b>Usuários</b> |
|--|-----------------|----------------------|-----------------|
| <b>Questionário Online</b>             | 14              | 5                    | 0               |
| <b>Entrevistas em Profundidade</b>     | 6*              | 5                    | 5               |
| <b>Reuniões de Gestores da RIDE-DF</b> | 5               | 25                   | 0               |

\* Há um Secretário de Saúde incluído no perfil de gestor

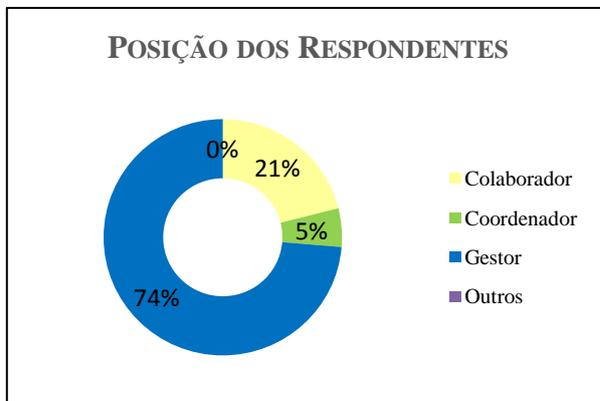
Fonte: Autora, 2015.

As entrevistas ocorreram de forma semiestruturadas, e teve por finalidade conhecer a realidade dos CAPS I e II por meio das palavras de quem atua diariamente com os desafios da gestão, das atividades, do usufruto e da área como um todo, além de servir como insumo para outros momentos desta pesquisa. O roteiro de entrevista utilizado com os participantes da pesquisa também foi utilizado no grupo focal realizado com os perfis já mencionado, que ocorreu em forma de conversa possibilitando a liberdade dos participantes em apontar as suas visões em relação RIDE-DF.

E ainda, foi aplicado um questionário *online*. Obteve-se a participação de 19 municípios em um total de 23, 22 municípios mais o Distrito Federal. Todos foram enviados via e-mail com *link* de acesso ao questionário *online* do sistema de pesquisa *survey monkey*.

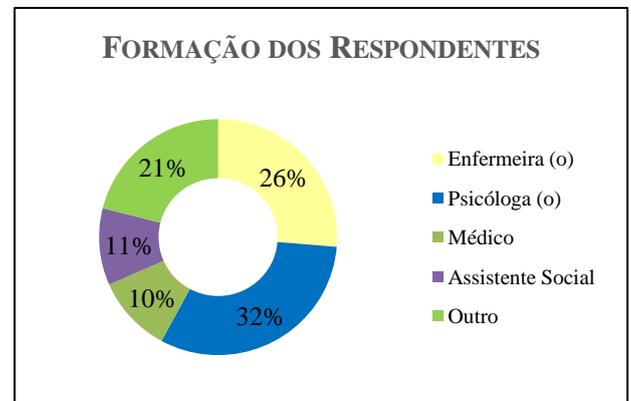
A seguir apresenta-se um conjunto de gráfico com informações pertinentes ao perfil dos participantes.

Gráfico 2 – Posição dos Respondentes



Fonte: Autora, 2015.

Gráfico 3 – Formação dos Respondentes



Fonte: Autora, 2015.

Gráfico 4 – Grau de Escolaridade dos Respondente

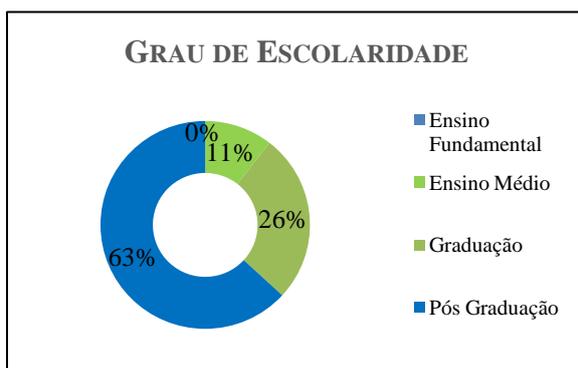
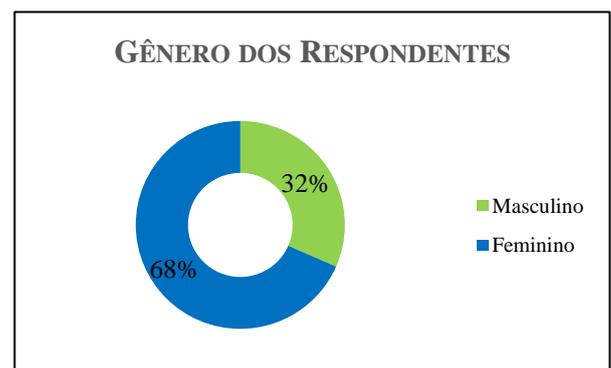


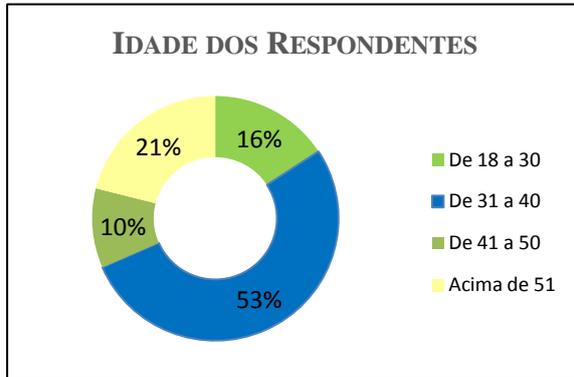
Gráfico 5 – Gênero dos Respondentes



Fonte: Autora, 2015.

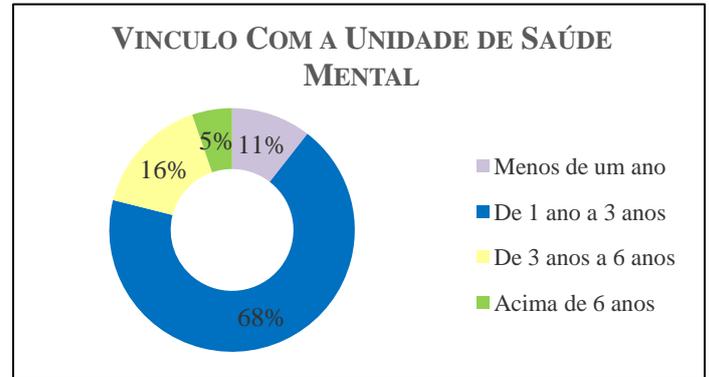
Fonte: Autora, 2015.

Gráfico 6 – Idade dos Respondente



Fonte: Autora, 2015.

Gráfico 7 – Vinculo com a Unidade



Fonte: Autora, 2015.

Como exposto pelos gráficos acima, a maioria dos respondentes da pesquisa *online*, foram de gestores, enquanto as suas formações em suma foram de psicólogos e enfermeiros. Estes números também são validados quanto ao grau de escolaridade dos respondentes, pois 89% dos respondentes possuem o nível superior ou mais. E como já é observado no decorrer dos anos, há a predominância de mulheres na rede de atenção aos portadores de transtornos mentais.

Sobre a idade dos participantes 84% estão acima de 31 anos e 16% possuem entre 18 a 30 anos. Por fim, em relação ao vínculo com a unidade de saúde mental na qual estão inseridos, apenas 6% possuem mais de seis anos nas unidades. O que foi identificado é que 79% dos respondentes possuem menos de três anos em suas unidades.

Como outra fonte de dados, também houve a participação da autora deste estudo em reuniões dos gestores da RIDE-DF. Em tais reuniões foram feitas observações diretas, a participação e anotações sobre como ocorre à gestão da rede. Em média haviam de 3 a 5 gestores de e de 25 a 27 profissionais por reunião, as quais recebiam em média 30 participantes. As mesmas ocorrem mensalmente.

Na próxima sessão apresenta-se os instrumentos que foram utilizados no delineamento do estudo.

### 3.3. Instrumentos

Como instrumentos para fins de estudo, foram adotados: fichamentos, material bibliográfico, computadores e internet, pois, os dados necessários para a realização deste trabalho na primeira etapa foram obtidos a partir de uma pesquisa bibliográfica e documental, ou seja, utilizaram-se livros, periódicos, artigos científicos, textos eletrônicos, e etc.

Porém, posteriormente, na realização da pesquisa proposta foram utilizados outros instrumentos de coleta: uma vez que os métodos qualitativos e o quantitativo requerem a captação de dados mediante entrevistas, aplicação de questionário eletrônico e presencial, e ainda uma avaliação de informações disponibilizadas pelo poder público, dentre as fontes de pesquisa, junto às seguintes instituições: Ministério da Saúde, Ministério da Integração Nacional, Colegiado de Gestão em Saúde da RIDE-DF. Os instrumentos elaborados para a coleta de dados, tais como roteiro de entrevista semi-estruturada e questionário virtual constam em Apêndice na íntegra.

O roteiro de entrevista semi-estruturada pode ser encontrado em no Apêndice II, e teve por finalidade conhecer a realidade dos CAPS I e II, por meio das palavras de quem atua diariamente com os desafios da gestão, das atividades, e do usufruto e da área como um todo, além de servir como insumo para outros momentos desta pesquisa. O roteiro de entrevista utilizado com os participantes da pesquisa também foi utilizado no grupo focal realizado durante as reuniões das quais a pesquisadora participou (reuniões de gestão da RIDE-DF, que ocorrem mensalmente, Em uma delas, a autora a conduziu e utilizou do espaço para a realização do grupo focal), tendo seguido a lógica da entrevista coletiva facilitada pela mediadora/pesquisadora e possibilitando a liberdade dos participantes em apontar as suas visões em relação à RIDE-DF.

Ainda, foi aplicado um questionário *online*, pelo sistema *survey monkey*, o qual foi destinado a todas as secretarias de saúde dos municípios que compõe a RIDE-DF sem distinções. A ferramenta permitiu maior acesso, mais agilidade, segurança e garantia dos resultados e tem como uma de suas grandes características o imediatismo de acesso a todos, pelo qual os participantes tiveram rápido acesso às questões que podem ser também, utilizadas como apoio para outros estudos. Obteve-se a participação de 19 municípios em um total de 23, 22 municípios mais o Distrito Federal. Todos foram enviados via e-mail com *link* de acesso ao questionário *online* do sistema de pesquisa *survey monkey*.

A ferramenta *survey monkey* não representou qualquer gasto, portanto não requer previsão de ressarcimento caso houvesse gastos para os participantes decorrentes da pesquisa

ou de indenização caso houvesse ocorrência de danos. Partiu-se do pressuposto de os respondentes eram capazes de responder ao questionário e os demais sem que isso represente qualquer ameaça ou dano à pessoa.

Houve outra linha de atuação, que foi a participação em reuniões dos gestores da RIDE-DF, onde foram feitas observações diretas, participação, e anotações sobre a gestão na rede.

Reuniões onde os profissionais e gestores apresentaram suas dificuldades perante o sistema, como a falta de capacitação, recursos e interesse da parte política dos municípios em dar atenção aos usuários da saúde mental com a verdadeira complexidade que a situação exige, nessas reuniões também foram repetidas as vezes que os profissionais queixaram-se da rotatividade, não havendo vínculo empregatício com os Municípios, nem interesse por parte dos mesmos de realizar concursos públicos para efetivação dos profissionais.

A problemática do matriciamento, como fazê-lo e mantê-lo, também foi tema recorrente, pois neste municípios há grande dificuldade de se conseguir leitos em hospitais gerais para as pessoas em sofrimento psíquico grave quando estando em crise, uma vez que ainda existe a cultura de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos especializados e não o acolhimento de curto prazo só para o momento de crise.

As próprias equipes da Estratégia de Saúde da Família, CREAS e CAIS, muitas vezes não compreendem o papel do CAPS, julgando que o mesmo deve sempre interceder nos casos mais graves para conseguir internação aos pacientes mais crônicos.

As reuniões foram profícuas e evidenciaram que se os municípios se unirem com suas equipes de CAPS e o matriciamento adequado existe a possibilidade de uma mudança cultural das equipes de apoio e, por conseguinte dos familiares dos usuários, além de alguns profissionais que não comungam da proposta de não hospitalização especializada em leitos exclusivamente psiquiátricos, como única forma de ajuda na crise.

#### 4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

A Organização Mundial da Saúde – OMS recomenda que haja, sempre que possível, a avaliação dos serviços de saúde mental, pois assim se conhecerá as reais necessidades dos serviços. E se esta avaliação torna-se um hábito regular para pesquisadores, gestores e profissionais, é possível que a qualidade dos serviços prestados seja incomparável com níveis atuais, porém, apenas avaliar não é a solução, apontar e desenvolver ações de melhorias é o mais indicado.

Bandeira (2014) aponta que mesmo que os serviços de saúde mental tenham ganhado um destaque em vários países desde o ano de 1950, ainda é precária a sua situação. A autora aponta que dois terços dos pacientes e/ou usuários dos serviços de saúde mental ainda não recebem atendimento algum na comunidade na qual estão inseridos. Os Autores Onocko-Campos e Furtado (2006) já apontavam também a necessidade de mais estudos na área, para então assim articular, movimentar e estimular a rede de saúde mental, para que as entidades de apoio e fornecedoras de recursos como o Ministério da Saúde dêem prioridade a saúde mental e a reforma psiquiátrica.

Bandeira (2014, p. 20) afirma que para garantir a qualidade da avaliação dos serviços de saúde mental deve-se abranger “todas as dimensões dos serviços e seu impacto nos pacientes, familiares, profissionais e comunidade. Em segundo lugar, pretendem assegurar que a avaliação seja feita com base nas diversas perspectivas dos diferentes agentes envolvidos nos serviços”. Sendo assim, e como exposto na metodologia, foram aplicados questionários *online* para os 23 municípios que compõem a RIDE-DF, e foram feitas 15 entrevistas com gestores, profissionais e usuários que atuam e utilizam os serviços de saúde mental.

A pesquisa *online* obteve o total de respondente de 19 municípios da RIDE-DF, e dentre o perfil dos respondentes obteve-se os seguintes resultados: 63% dos respondentes possuem mais de 41 anos de idade. 68% são mulheres que atuam nos serviços. 79% são Coordenadores ou Gestores de algum CAPS, e 89% dos respondentes possuem o nível superior completo, ou uma pós graduação. Dentre a profissão que os respondentes possuem, a maioria foi de Psicólogos, Enfermeiros com 32% e 26% respectivamente. Quando questionados sobre o tempo que atuam na unidade de saúde mental a qual estão inseridos hoje, 79% dos respondentes possuem menos de um ano, ou de um ano a três meses nas unidades. E questionados sobre se tiveram vínculo com outra unidade, 37% apontaram que já

atuaram em outras unidades. Sobre o conhecimento da Lei 10.216, 95% dos respondentes indicaram conhecer a lei, e 5% que iriam buscar conhecê-la.

Ao que tange as entrevistas em profundidade, foram entrevistados cinco gestores, cinco profissionais e cinco usuários de diferentes cidades dos estados de Goiás, Minas Gerais e o Distrito Federal no período de 16 a 22 de dezembro de 2014.

A seguir, observar-se-á a análise dos dados obtidos no decorrer desta pesquisa. Sua estrutura foi desenhada a fim de obedecer aos objetivos específicos previamente expostos, e, além disso, de explorar pontos que inicialmente não estavam na proposta deste estudo, mas que com o decorrer da pesquisa, apresentaram-se significativos na construção do mesmo.

Vale mencionar que foram utilizados os dados de diferentes fontes, primárias e secundárias, a fim de explorar cada objetivo, sendo assim, a próxima sessão abordará a visão das fontes sobre a implementação da reforma psiquiátrica.

#### **4.1. A implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira sob a visão de gestores, profissionais e usuários da RIDE-DF**

Assim como já foi apresentado por Basaglia em sua ideologia da ‘negação da psiquiatria’ e Michel Foucault com fortes críticas ao uso da psiquiatria, há um eterno dilema em torno da relação da psiquiatria e do usuário e o papel da psicologia nesse contexto.

As visões sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira variam de acordo com o contexto histórico, social, cultural, formação e entre outros itens. Este fato pode ser observado quando há pessoas que possuem alguma formação e status social e que se dizem a favor da política de internação do portador de um sofrimento mental grave, enquanto que, outras pessoas com igual formação e status estão contra a prática. O que cabe observar aqui é que as visões são distintas, quase que antagônicas sobre a questão. Na entrevista com um gestor de uma cidade do estado de Goiás, obteve-se o seguinte discurso sobre a implementação da reforma:

Uma das dificuldades que eu vejo ainda é que há a cultura de internação, essa cultura manicomial mesmo, que as pessoas estão sempre buscando o descanso pra aquele problema que tem em casa. Então, ainda é o trabalho com a família o convencimento que existe uma linha de trabalho fora de internação que é eficaz, que é efetiva que realmente funciona. Eu acho que o maior problema ainda está nisso. (GESTOR 3 – GO, 2014).

Como pode ser observado, a cultura de internação, de isolamento e de invisibilidade do paciente ainda é muito forte nos dias atuais, seja por preocupação com que o usuário atente contra a própria vida, ou a demais pessoas, ou por motivos de vergonha (sim, foi constatado que algumas das famílias possuem vergonha de ter um membro na família que seja acometido com algum transtorno psíquico), ou ainda, quaisquer outros motivos, essa cultura esta enraizado na mente da população por diversos fatores, culturais e pelo próprio processo histórico da saúde mental, o qual foi apresentado pelas palavras de Basaglia e Foucault.

Esta mesma visão é complementada se observado o que foi indicado por um participante da pesquisa *web* que menciona este fato mais uma vez, porém, com um diferencial, o de ter atuado em uma instituição de internação:

Já prestei serviços a instituições de internação, mas hoje tenho uma visão diferente sobre o assunto. Tenho entendido melhor o que é redução de danos e intervenção em crises e vejo o quanto nosso trabalho terapêutico no CAPS tem dado resultados satisfatórios.

Existem casos em que não encontramos meios de controlar a crise de um paciente. Nesses casos acredito na necessidade de uma internação breve, sempre retornando o usuário aos serviços do CAPS.

Apesar da cultura manicomial ainda ser muito forte, temos obtido sucessos na diminuição dos casos de primeira internação, assim como na recorrência de pacientes aos serviços de internação. (PARTICIPANTE PESQUISA *WEB*, 2014).

Como exposto acima, mesmo que ainda haja a cultura de internação, o trabalho terapêutico desenvolvido nos CAPS tem gerado resultados significativos para os usuários e feito com que os gestores e profissionais se sintam valorizados e felizes com isso: “a gente vê o paciente entrando ruim e saindo melhor que é onde a gente vê o nosso trabalho tendo efeito” (Gestor 2 – GO, 2014). Porém, há profissionais que ainda são a favor da internação, no entanto, mais resguardados ao expor esta opinião:

Bom, a internação ela ainda é necessária porque tem casos que o tratamento ele é garantido, porém esse tratamento ele envolve muita coisa, ele envolve adesão ao tratamento, ele envolve a participação da família, ele envolve questões pessoais daquele próprio paciente. Então controlar todos esses fatores não é uma tarefa fácil pro paciente e nem pra família, então isso acaba escapando e tudo isso vai contribuindo pra uma crise e se esse paciente entra em crise, em surto ele precisa de um tratamento de emergência de um tratamento hospitalar coisas que nós não teríamos condições de atender aqui no CAPS, até porque o psiquiatra não fica aqui

conosco todos os dias nós não temos um local adequado pra acomodar esse paciente, pra fazer à medicação, a contenção é pela fala que não é uma contenção de uma medicação injetável. Então esse paciente ele precisa do hospital, ele precisa da internação teoricamente, mas a proposta da reforma é menos internação. (PROFISSIONAL 2 – GO, 2014).

Como bem exposto, há profissionais que são a favor da internação, devido à complexidade de lidar com as crises de alguns usuários, se considerarmos a estrutura atual dos CAPS, que em grande parte dos casos é de nível I e II, que não oferecem total suporte para atendimento de pacientes em crise.

Sabe-se que a estrutura dos CAPS tal qual conhecemos hoje não é suficiente para receber a demanda total de usuários, uma vez que a Lei 10.216 não redige de forma clara sobre como deve ser a estrutura dos CAPS e seus por menores, deixando de forma genérica, muitos pontos que podem melhorar a vida daqueles que atuam e utilizam dos serviços da saúde mental. Por conta dessas ‘brechas’ da lei, as unidades dos CAPS possuem muitas insuficiências que acabam por manter práticas antigas da saúde mental.

Agora, quando se questionou aos gestores e profissionais sobre a frequência de internações, se elas aumentaram ou diminuíram após a RPB, obteve-se o resultado quase que unânime que diminuíram. Com efeito ilustrativo, e a fim de entender este fenômeno observa-se o seguinte depoimento:

Pra gente aqui, elas, desde quando o CAPS foi implantado elas diminuíram bastante, com certeza, eu acho que o CAPS como serviço substitutivo, é uma saída, e é também o fortalecimento da atenção básica pra trabalhar junto com o CAPS em caso de transtorno mental que eles, eles também são bem tímidos na deles. Mas a gente esta tentando fazer o trabalho pra conseguir assegurar medicação, se fizer esse trabalho mesmo fortifica muito e muitas vezes o paciente não precisa de internação. São raros os casos que a gente esta fazendo a internação aqui ainda, quando o paciente esta oferecendo risco para ele ou pra outras pessoas, risco de agressão, ou morte, então é nesse momento (casos) que a gente pede uma internação. (GESTOR 1 – DF, 2014).

É sabido que os CAPS são meios de substituição dos hospitais psiquiátricos, mas para que isso ocorra é necessário que haja uma série de investimentos, ampliação legal e etc., porém, em meio à pesquisa observou-se que profissionais que não lidam com o dia a dia das unidades, apresentam uma opinião contrária a maioria, “Tem aumentado (as internações). [...]

Em situações de envolvimento com droga, alcoolismo, isso ai parece que, principalmente a questão da droga, parece que é algo que esta fugindo do controle, entendeu, então é preocupante” (Gestor 1 – GO, 2014).

Seria essa a postura adotada por aqueles que não têm contato com a saúde mental mais intimamente? Acredita-se que sim, pois este tipo de discurso repetiu-se mais algumas vezes no decorrer deste estudo, e isso é significativo, pois poderia representar a idéia que leigos no assunto podem ter, e inclusive governantes que não tenham contato com a real necessidade da saúde mental e da RIDE-DF. O que foi identificado é que tanto gestores e profissionais que atuam no dia a dia das unidades não promovem o discurso de internação compulsória, ou de que o número de internações aumentou, porém, aqueles que não lidam com a rotina dos serviços substitutivos indicam o contrário.

O mesmo ocorre em relação aos usuários, os que fazem uso dos serviços há mais tempo, indicaram que as internações diminuíram em frequência e quantidade de dias recluso. Ou seja, quanto mais próximo a realidade, mas haverá domínio dos atores em discussões sobre a saúde mental.

Mas, a fim de conhecer ainda a visão dos usuários sobre o grau de internações, foi perguntado a eles se eles estavam aumentando ou diminuindo, e em sua maioria a resposta foi que estava aumentando, apenas uma usuária que faz uso da RIDE-DF há dez anos indicou que elas diminuíram, por perceber a realidade ao seu entorno.

E quando se questionou os usuários sobre o que eles pensam sobre internações obteve-se uma série de respostas negativas, mas a seguinte resposta é significativa:

Ele é o médico muito bruto, bruto, bruto demais, bruto demais. Não tem amor, não tem jeito de conversar com a pessoa. Quando ele vai atender, ele diz ‘ah você tem que tomar remédio’. Então eu já falei pra ele que eu vou entrar numa rede que eu vou falar que você ta tratando os paciente mal, porque ele não dá. Médico tem que tratar os paciente bem não mal, porque se o paciente precisa de ser examinado conversar assim sem ser médico animal tudo bem, mas ele não você tem que tomar remédio... Eu não. Eu não. É por isso que eu não tomo, eu tenho medo de tomar remédio desse médico, entendeu? Porque se você é psiquiatra sei lá eu vou ficar mal, você vai me passar remédio controlado ai eu vou perguntar doutora eu posso tomar esse remédio, não vai me fazer mal? Não tranquilo. E se me fazer mal eu posso procurar você.

Ai, eu acho muito triste, porque assim, tem internação que a pessoa fica contida, amarrada. [...] Já, já (foi internada). Então é que a gente não é cachorro pra ser amarrada entendeu? Então, é uma coisa que eu tenho raiva de falar é isso, não gosto

de falar isso porque assim quando chega lá no HPAP à primeira coisa que eles fazem é conter a pessoa, entendeu? Então, se a pessoa já chega calma, mesmo chegando calma eles amarram. (USUÁRIO 1 – DF, 2014).

O fato de ser amarrado é percebido como uma ação desumana na visão dos usuários, no entanto, algumas vezes se faz necessário. Porém, a forma como é feita e como é dada a orientação ao usuário e a sua família é o diferencial em casos como esse. Pois como exposto pela Usuária 1 – DF, e reafirmado por outros usuários, algumas vezes mesmo o usuário chegando calmo, é colocado em uma camisa de força, e este fato deve levar as reflexões: Até que ponto a lucidez do usuário não está presente naquele momento, e o acompanhamento que está sendo oferecido a este usuário e sua família é o adequado a situação? Possivelmente não, contudo são reflexões a serem pensadas em futuros estudos, ou no mínimo levadas a discussão.

Por fim, constatou-se que Gestores e Profissionais estão de acordo com a humanização da saúde mental, e que a reforma psiquiátrica brasileira possibilitou espaços para a melhoria da qualidade de vida do tratamento dos usuários por meios de métodos alternativos se comparados com a internação e a medicação compulsória, como vista por muitos anos na história da humanidade. Enquanto que os usuários, mesmo não se sentindo confortáveis com a internação percebem que em alguns casos também é necessária.

Há alguns profissionais que já incorporam as internações, de curto período, como parte do processo terapêutico de alguns pacientes, devido à necessidade e busca do usuário por este meio. Porém, a internação tal qual é idealizada pela equipe, não deve ser compulsória ou a força, pois ao se praticar tal ação, estaria nada menos que utilizando de valores anteriores a reforma psiquiátrica. Reconhece-se que internações fazem parte do dia-a-dia dos serviços substitutivos de saúde mental, até porque não são todas as unidades que oferecem suporte para atender a real necessidade dos usuários, no entanto, cabe a ressalva de que elas ocorram de modo a oferecer o menor dano ao usuário possível.

A fim de expor a relação do plano jurídico com o a realidade, explorar-se-á na sessão a seguir como é a relação entre o marco legal da saúde mental e a RIDE-DF.

## 4.2. A RIDE-DF e a legislação que regula a Reforma Psiquiátrica Brasileira

Avaliar políticas, projetos, programas, ações e serviços públicos não é tarefa fácil, muito pelo contrário, sua execução é difícil em qualquer contexto, seja ele político, institucional ou social pois exige uma série de parâmetros, indicadores e resultados e constantes *feedbacks*, tanto para a população, quanto para gestores e profissionais que atuam nesses serviços.

O Brasil é notavelmente reconhecido por suas leis, marcos legal e regulamentações, no entanto, também é conhecido por possuir um sistema legal extremamente lindo no papel, e falho na aplicação de suas leis e a lentidão de seus processos. Fato este que pode ser observado só no tempo que levou para aprovação da Lei nº 10.216, 12 anos.

A exemplo dessa premissa, e observando o foco deste estudo, os participantes deste foram questionados em relação ao conhecimento e aplicação da Lei 10.216, que regula a Reforma Psiquiátrica Brasileira, e obteve-se alguns relatos como o da Gestora 2 - GO (2014) “Dois pontos distintos. E bem distinto mesmo, porque a lei esta aí, mas a nossa realidade, do CAPS é bem diferente a gente tenta seguir, tenta manter, tenta trazer, mas a gente faz o que pode” (GESTORA 2 – GO, 2014). A mesma afirma que a realidade de manter o CAPS atuando é distinta do que está previsto em lei, essa afirmação voltou a ser evidenciada na fala de um Secretário de Saúde de um dos municípios do estado de Goiás que demonstra ser otimista em relação a mudanças em um futuro:

Tudo que ta no papel é diferente da nossa realidade, mas a gente espera ai que neste ano as instituições e até mesmo o ministério da saúde ocupar a gerência de saúde mental desenvolvam uma política realmente eficaz nesse sentido, que aumente a quantidade de recursos, que crie um programa especifico principalmente dentro, até mesmo do requalificação, eles podem estar usando ai para construção de CAPS principalmente CAPS 2. (SECRETÁRIO DE SAÚDE 1 – GO, 2014).

Esse otimismo poderia ser mais animador se, no mínimo, os gestores que atuam na RIDE-DF tivessem domínio das leis que perpassam pela saúde mental. O mesmo Secretário de Saúde (2014) afirmou que “Profundamente não, eu a conheço assim por alto”, quando questionado se conhecia a Lei 10.216. E este não foi um caso isolado, dos participantes deste estudo, apenas duas pessoas apresentaram domínio sobre a lei, sendo que uma dessas gestoras não tem formação na área da saúde, sendo formada em jornalismo, e quando questionada sobre seu conhecimento acerca da lei 10.216 fez a seguinte indicação:

A lei da reforma psiquiátrica sim. Que os CAPS são justamente um serviço substitutivo dos hospitais psiquiátricos, e aí assim visa à inserção do usuário na sociedade. Ao longo desses anos eu já fiz muita coisa aqui dentro, inclusive fora também. A gente já teve dois grupos de pacientes. Porque é assim o que está sendo foco do meu trabalho, além desse trabalho como chefe do núcleo administrativo. A parte de inserção social dos pacientes. Já tentei fazer várias coisas voltadas para isso e aí quando a gente começou, desde, há uns anos atrás eu foquei na geração de renda dos usuários, e então eu já tive dois grupos de geração de mais renda aqui dentro, hoje, não tenho. Hoje eu coordeno um grupo de música que não tem o foco de geração de renda, mas, tem o foco da inserção social. (GESTOR 1 – DF, 2014).

E ainda, quando questionada sobre sua visão em relação à realidade vivenciada pelos CAPS e a lei apontou que:

Eu acho que lógico que é muito bem vinda com certeza, mas a gente tem muito que caminhar muito, muito e Brasília-DF tá muito aquém do desejado, os CAPS, o CAPS II, por exemplo, se eu não me engano ele é pra atender uma demanda de uma área de 200 mil habitantes, hoje nos atendemos setecentos e cinquenta mil, então assim, tem que ter unidades surgindo nas cidades, não dá conta da demanda, não tem como, as pessoas estão adoecendo e uma coisa dessa época aqui atual não tem jeito, nos temos, nos temos pacientes chegando hoje com 17 anos de idade, tendo o primeiro surto psicótico, e aí assim 17 anos, o que você faz com essa pessoa? Porque o único CAPS que atende criança é o COOMP é pra atender um DF inteiro. (GESTOR 1 – DF, 2014).

Como pôde ser observado, a legislação indica um número fixo por habitantes, no entanto, a realidade vivenciada pelos profissionais e gestores no dia a dia dos CAPS excede qualquer expectativa, além disso, entra em acordo com o senso comum e estudos científicos de que qualidade é inversamente proporcional à pressão e a quantidade em excesso é desproporcional ao tempo.

Mas, se atentando aos dados coletados, houve divergência entre os resultados da pesquisa *web* e das entrevistas: enquanto que na pesquisa *web* 95% dos respondentes indicaram conhecer a lei e ter algum domínio sobre a mesma, nas entrevistas pessoais verificou-se que os participantes indicavam conhecer a lei, no entanto, se indagados a expor sobre o que ela regula e seus objetivos, havia insegurança, e/ou mudança de assunto. Dos usuários participantes, nenhum indicou conhecer a lei, porém, um deles, o Usuário 1 – MG,

indicou que a Lei nº 10.216 o ajudou a não ser preso em camisa de força de forma violenta, pois alguém o defendeu indicando a existência de uma lei que o protegia.

Cabe ressaltar que ainda existe uma demanda latente e deixada de lado, quase que imperceptível, a inexistência de uma educação para a cidadania do usuário. Faz-se necessário que haja a construção da cidadania dos usuários, e que este trabalho aconteça de forma sistemática alinhando os direitos e deveres que tais cidadãos possuem, mas que acabam passando despercebidos.

À medida que a entrevista avançava e os usuários passavam a ter conhecimento sobre a Lei e sua finalidade, obteve-se o seguinte discurso: “Do respeito dos que trabalham aqui, para com a gente eu não tenho o que queixar não. Mas sempre os que estão lá em cima (governo) poderia melhorar, para melhorar aqui ainda mais”. (USUÁRIO 1 – GO, 2014). Ou seja, o usuário tem consciência que possui direitos, e que eles podem ser ampliados.

Mas para que isso ocorra, é necessário que haja o matriciamento entre os serviços de saúde mental e de saúde primária, e ainda, seja sanado alguns problemas em relação à compreensão da Lei da Reforma Psiquiátrica e seus derivados. Um dos Gestores apontou um fato interessante sobre a relação da Lei com a sua aplicação:

Bom, existe uma distância muito grande, na verdade uma dificuldade de relacionamento com o judiciário no geral, porque essa dificuldade de entendimento isso é colocado no geral. Então, o promotor, o juiz da uma ordem ele envia uma determinação, então, que se tome providência a respeito de tal caso e que se encontre internação muito geralmente é isso. Hoje essa cultura tem mudado um pouco, especificamente aqui no município, nós temos conseguido avanços, nós temos um promotor que é aberto ao diálogo e principalmente ao entendimento daquilo que é devido, daquilo que é obrigação de cada um dos atores dessa rede. Então, ele tem buscado saber exatamente o que é a função do CAPS, ele tem buscado saber exatamente o que é função do CRAS, do CREAS. Então ele tem buscado, em primeiro lugar, esse conhecimento pra poder dar o encaminhamento devido e tem buscado todos os meios pra que não precise chegar a uma internação compulsória, mas isso é uma coisa rara, na verdade isso é uma exceção não é uma regra do judiciário no que diz respeito à lei no que diz respeito ao judiciário. (GESTOR 3 – GO, 2014).

Esse distanciamento da legislação com a realidade impacta diretamente na vida dos gestores, profissionais e principalmente na do usuário que é dependente dos serviços que lhe são ofertados.

Um exemplo desse distanciamento, mesclado com uma mão de obra não tão qualificada, que será abordado mais a frente, é que existem CAPS em funcionamento de situação básica de existência, ou seja, com o mínimo de materiais e profissionais necessários, os quais são pagos por recursos municipais e estaduais, pois ainda não são habilitados junto a órgãos federais para receber recursos de ampliação, melhoria e qualificação dos serviços. Vale ressaltar que não se discute aqui uma classificação de qual CAPS possui melhor ou pior escala em seus serviços, mas que todos poderiam estar oferecendo serviços melhores e cumprindo com a Lei atual.

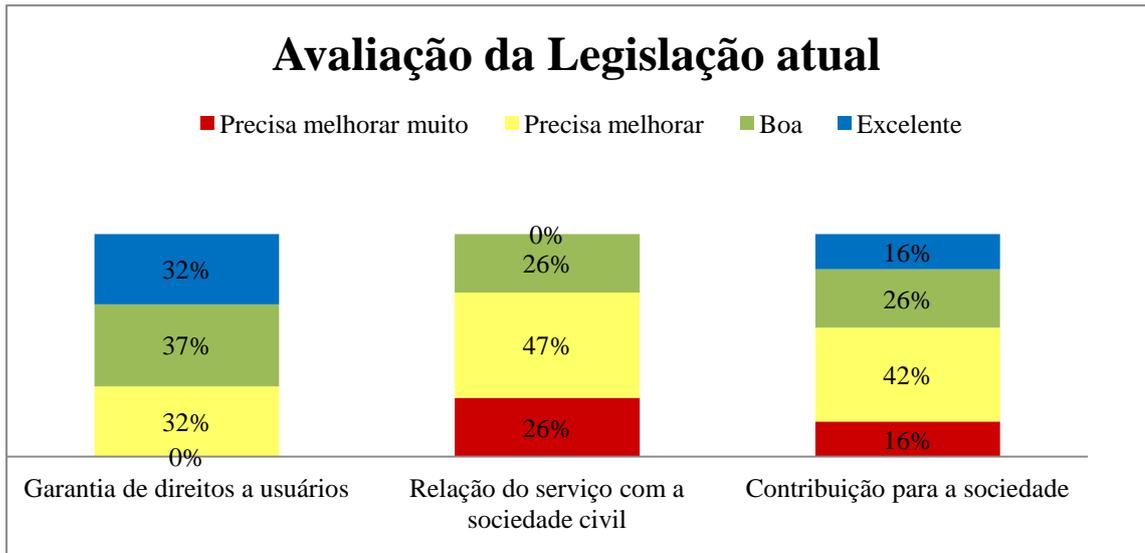
Por fim, vale mencionar ainda, que não foi encontrado pessoalmente pela pesquisadora na RIDE-DF, neste estudo, um usuário que seja beneficiário da Lei nº 10.708 que institui o auxílio reabilitação psicossocial para portadores de transtornos mentais egressos e internações, o denominado De Volta Para Casa, ou como também é chamado Programa Vida em Casa – PVC, em vigor no Brasil oficialmente desde em julho de 2004.

No entanto, Pacheco (2011), indica em seus estudos que existem 341 usuários que são beneficiados na RIDE-DF com tal benefício, em seu estudo a autora indicou ter tido acesso a 37 prontuários desses usuários. E ainda, que este programa esta no Distrito Federal – DF foi usado amplamente durante o período de fechamento da clínica de repouso Planalto, e que depois disso, deixou de ser utilizado considerando a substituição da clínica pelos serviços substitutivos.

Contudo, neste estudo não se encontrou usuários com o benefício do PVC. Os usuários que participaram deste estudo e que possuem algum tipo de benefício indicaram receber o Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social – BPC, que é assegurado pela Constituição Federal Brasileira de 1988, a qual garante o repasse mensal de um salário mínimo para idosos com mais de 65 anos, e a pessoas julgadas com alguma deficiência que a incapacite de ter uma vida independente, e a impossibilite de trabalhar. Ou seja, o usuário é considerado incapaz de ser um indivíduo dotado de livre arbítrio, pelo menos, aos olhos da lei.

Por fim, cabe demonstrar como os participantes da pesquisa *web* avaliam alguns pontos sobre a legislação atual e a sua aplicação a realidade.

Gráfico 8 – Avaliação da Legislação atual



Fonte: Autora, 2015.

É expresso que, quando avaliado o item de garantia dos direitos dos usuários, há quase que um empate técnico, se assim se pode dizer, entre três das quatro opções, porém, se analisados valores absolutos a maioria dos respondentes qualificou como sendo ‘boa’ a garantia dos direitos dos usuários e se observado só as avaliações positivas, 69% dos respondentes qualificam com ‘boa’ ou ‘excelente’ a legislação atual. Este fato pode ser considerado satisfatório, uma vez que em vários momentos da história pacientes da saúde mental não obtinham direitos como hoje. No entanto, há um caminho a ser trilhado em busca da melhoria da legislação atual, melhorias como a definição de como deve ser a construção de CAP; em que situação e as quais benefícios os usuários possuem direitos tais melhorias contemplariam um número maior de usuários do sistema de saúde mental.

Quando avaliado o item da relação dos serviços com a sociedade civil, não houve indicações de excelência, fato este que gerou uma margem de 73% de indicações de que essa relação precisa ser melhor, ou melhorar muito, ou seja, essas indicações demonstram que os serviços estão atuando de forma isolada, e pouco visível aos olhos da sociedade, fatos como este pode manter a cultura manicomial.

Vale aqui mencionar que é preciso matricular estes serviços e formar uma rede de atenção aos usuários e familiares, formalizando a RAPs. Foi observado que um dos maiores entraves que dificultam a realização desta rede é a falta de profissionais para atuarem dentro e fora das unidades dos CAPS, ou seja, faltam pessoas que estabeleçam a ponte com as outras entidades de atenção a saúde.

E ao avaliar as contribuições dos serviços a nível quantitativo, 58% dos respondentes indicaram que ainda precisa melhorar ou melhorar muito. Estas indicações entram em conflito se comparadas com as entrevistas em profundidade que foram realizadas, porque, enquanto nas entrevistas os participantes indicaram que os serviços contribuem muito para os usuários e familiares, na pesquisa *web*, houve esse resultado. Talvez as percepções de ajudar o usuário e sua família não sejam percebidas como um processo de melhoria para a sociedade, a qual ganhará indivíduos capazes de socializar com os tipos normais e não mais um sujeito incapaz.

A fim de conhecer um pouco mais sobre qual o impacto da lei na valorização dos usuários dos serviços de saúde mental na sociedade e da democratização das instituições observar-se-á o próximo item deste estudo.

#### **4.3. A valorização dos indivíduos e da sociedade em meio à democratização das instituições de saúde mental**

A discussão em torno da desinstitucionalização e democratização dos serviços de saúde mental no Brasil é longa. Porém, no processo histórico e na construção da realidade que temos hoje, percebe-se que as ações desenvolvidas até aqui não foram feitas de forma homogênea, o que pulverizou ações e práticas de gestão e atuação em favor da reforma psiquiátrica e de menos danos aos usuários dos serviços de saúde mental.

Vale considerar que o conceito de desinstitucionalização perpassa sobre desconstruir o saber e as práticas realizadas no passado na psiquiatria. Este fato foi inspirado pela psiquiatria democrática italiana de Basaglia, que motivou e motiva a Reforma Psiquiátrica Brasileira, mas, para que isso realmente acontecesse era necessário criticar o saber e as práticas médico psiquiátricas que eram utilizadas até então. E adotar o conceito de que o usuário é um cidadão de direito reconhecido a nível mundial, e este fato deve ser superior a própria doença mental que o aflige.

Neste ponto, cabe o questionamento: Até que ponto o cidadão está sendo visto como tal hoje? A frase da Filha de uma Usuária 2 – GO (2014) pode ilustrar uma possível resposta a este questionamento, “O auxílio doença dela é porque o médico deu um laudo pra ela, que ela não pode conviver no meio de pessoas”. Percebe-se que em dias atuais as práticas médico psiquiátrica ainda são dominantes em meio à saúde mental, pois para que a usuária obtivesse um direito, que é seu legalmente, de receber um auxílio, é necessário que um psiquiatra ateste que ela não possui a capacidade de conviver em meio à sociedade tida como normal. Este fato deve-se em parte por conta do fator cultural e histórico, mas também por ser a única forma

legal de conceder o benefício o quanto antes para os usuários, que em muito dos casos necessita destes recursos o mais rápido possível por não ter condições mínimas de se alimentar e sobreviver.

A lógica manicomial parece ter o poder de perpassar por diferentes tempos e lugares, porém, o fator mais preocupante é de ter o controle de disciplinar pessoas a suprimir e aprisionar almas humanas reduzindo-as a corpos amarrados em algodão branco.

A fim de realizar uma análise sobre essa lógica, sobre outras visões é recomendado observar as contribuições de Gilles Deleuze e Félix Guattari (apud FOUCAULT, 2009) que discorrem sobre a chamada sociedade de controle e seus processos de subjetivação, observado o capitalismo feroz atual, e de Michael Foucault sobre o biopoder.

Foucault (2009) discorre em seus estudos sobre o Poder sobre a vida, referindo-se à gestão da vida, que reflete não mais no indivíduo, mas na sociedade que passa a ser controlada. Por meio de processos biológicos como natalidade, mortalidade, nível de saúde e etc. E a disciplina se intensificada nos indivíduos, passará a dominá-los independente do local em que estejam, pois o poder condiciona o homem e respectivamente as instituições que por ele são geridas.

Observado tais visões faz-se importante mencionar que a disciplina condicionada pela psiquiatria instaurou-se fortemente no seio da saúde mental, e da sociedade, gerando o pensamento primário de que pessoas com sofrimento psíquico grave devem ser internadas e mantidas fora do meio social. Esta assertiva ganha vida ao ser evidenciada no discurso de um usuário “As pessoas já olham a gente como louca, entendeu? Eu fico mais calada entendeu? Eu sou mais de fuçar calada. Eu tenho uma colega lá embaixo que a gente se conhece há muitos anos se trata até como irmã, mas ela já é pra brigar” (USUÁRIA 2 – GO, 2014). Ou ainda no exposto por um participante da pesquisa *web*:

Ainda existem alguns problemas com o preconceito e a falta de conhecimento em relação ao que é o trabalho em saúde mental. Ainda vejo a desconfiança, até mesmo por parte do poder público, em relação às pessoas que fazem uso do serviço, especialmente por estar localizado no centro da cidade. Daí vem aquelas velhas definições... lugar de loucos, de drogados. Uma parte significativa das pessoas ainda acha que o CAPS deveria estar localizado em um local mais isolado por oferecer algum perigo à comunidade. (PARTICIPANTE PESQUISA 3 WEB, 2014).

Como bem enunciado pelo texto acima, existe ainda preconceitos e barreiras a serem mudadas decorrentes do condicionamento que se tem sobre usuários de saúde mental, em

parte por falta de esclarecimentos e conhecimento, e em parte pela cultura de ocultar o que não é tido como normal. É importante que este condicionamento seja mudado, a fim de reconhecer os usuários como cidadãos dotados de direitos e deveres assim como qualquer outra pessoa.

Ações desenvolvidas pelos CAPS já são notáveis no combate a cultura manicomial de internação. As atividades terapêuticas, as terapias em grupo e individuais, e outras ações que são desenvolvidas em cada CAPS (por não existir um padrão e obrigatoriedade e sim projetos terapêuticos individualizados) tornaram-se o meio de integração, melhoria e cuidado para com os indivíduos, e não a exclusão do mesmo.

Estas iniciativas favoreceram e favorecem o processo de integração dos usuários, bem como são meios de democratizar as instituições de saúde mental, porém, ainda há alguns entraves no desenvolvimento dessas ações e de práticas utilizadas no passado. Como, por exemplo, o conflito que existe entre as ações desenvolvidas pelos CAPS e pela cultura manicomial, expõe-se a fala de uma Gestora:

Às vezes acontece da gente não pedir a internação do paciente, e eles ficam sendo acompanhados aqui, e se esta em crise continua vindo. A gente segura aqui o paciente todos os dias em crise, em atividades terapêuticas, passa por consulta, mas ai no fim de semana que não tem CAPS a família interna. Então, assim, nossa luta aqui também hoje é pra que esse CAPS se transforme num CAPS três, por que também vai solucionar essas internações de fim de semana. (GESTORA 1 - DF, 2014).

Fica nítido que existe uma coexistência entre as ações manicomiais e ações desenvolvidas dentro dos CAPS. Até porque para que haja a mudança da cultura manicomial, é necessário que exista a plena implementação da política da reforma psiquiátrica, pois à medida que ocorrem ações pontuais torna-se difícil mudar concepções existentes pelo decorrer dos anos.

Mas, como já exposto o que está por trás é o condicionamento que a sociedade já possui, além da falta de posicionamento do Estado enquanto agente de mudanças de nível geral. Mesmo que haja um movimento de gestores e profissionais para a mudança dessa concepção, se o Estado não estiver envolvido, os esforços podem ser perdidos. O que se faz necessário é que haja a rotina diária dessas atividades nos serviços substitutivos, para que se estabeleça um sentimento de liberdade para que os usuários possam olhar além das paredes gélidas de um manicômio, porém, para que isso ocorra se faz necessário a implementação de

CAPS III, indicados a municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes, e foi observado que todos os CAPS participantes deste estudo possuem uma demanda maior que a sua capacidade instalada. Além disso, este tipo de serviços são constituídos de serviços ambulatoriais e de atenção contínua, durante 24 horas por dia, e inclusive em feriados e finais de semana. Também ofertam serviços clínicos e acolhimento noturno, inclusive CAPS Ad. O que vale ressaltar é que com estes CAPS o usuário não é internado compulsoriamente, e sim assistido e acompanhado junto a profissionais qualificados, por isso, a permanência de um paciente no acolhimento noturno está limitada há sete dias corridos, ou dez dias intercalados, no período de 30 dias.

Estes serviços têm em sua missão mais íntima, além do acompanhamento clínico, a reinserção social de seus usuários, por meio do trabalho e dos exercício de seus direitos civis, e ainda o lazer e o fortalecimento de seus laços com seus familiares e a comunidade na qual estão inseridos.

Os serviços que são oferecidos nas unidades devem proporcionar a independência, a autonomia e a responsabilidade aos usuários sobre seu tratamento, a fim de que o mesmo perceba que não está sendo obrigado a fazer algo, mas sim, fazendo para que melhore sua condição realizando aquilo que lhe agrada.

Os CAPS tal qual observa-se hoje, muitas vezes, vai além de sua estrutura física, e tem buscado, ou deveria buscar, formar uma rede de atenção a seus usuários para que se possa garantir que suas ações geram resultados significativos na vida dessas pessoas, mas claro que respeitando, sua cultura, crença, história e vida cotidiana, proporcionando a chance de que eles, usuários, possam vislumbrar um futuro diferente para si e seus familiares.

Parece utópico, quando dito dessa forma, no entanto, já pode ser verificado que houve e há mudança na vida dos usuários, a fim de promover a reintegração social dos mesmos. Pode parecer complexo, mas é mais simples quando exposto por um dos participantes da pesquisa *web*:

Existe uma característica no serviço do CAPS que tem sido um diferencial com ótimos resultados. O incentivo ao potencial criativo (criador) livre dos usuários seja através das artes plásticas, música, teatro, poesia ou dança. A sensibilidade direcionar terapeuticamente o usuário através das artes, sem interferir no seu talento próprio e muitas vezes escondido, tem levantado muito a auto estima dos que passam pelo nosso serviço. (PARTICIPANTE PESQUISA 3 WEB, 2014).

É nítido, por meio dessas palavras, que o usuário é livre dentro das atividades do CAPS para produzir aquilo que lhe deixa confortável, porém, este tipo de ações não são obras criadas ao acaso, é fruto do romper de alguns paradigmas e da democratização dos serviços de saúde mental. Este fato pode ser expresso pelas seguintes afirmações de participantes da pesquisa quando questionados se existem formas de participação direta de usuários nos processos de decisão sobre a assistência nas unidades:

Sim existem. Usuários e familiares tem participado ativamente através das assembléias iniciadas recentemente.

Acredito que a participação ativa de usuários e familiares ajudam a nortear e criar uma identidade mais específica para o CAPS em relação à comunidade. Um bom exemplo de participação foi à montagem do cronograma 2015 de eventos e oficinas extraordinárias onde foram discutidos com usuários pontos importantes, como periodicidade dos eventos já realizados em 2014 e a criação de novas ações para o próximo ano. (PARTICIPANTE PESQUISA 3 WEB, 2014).

A realidade acima mencionada aparece em outras unidades ainda.

Sim. Existe uma assembléia mensal para os usuários do CAPS. Onde o plano de ação do CAPS é discutido e avaliado por eles. Temos a política de porta aberta, então quando acontece algum evento, os usuários participam ativamente de quase todas as decisões, como, opinam na decoração, decidem sobre as apresentações e o modo como querem participar. (PARTICIPANTE PESQUISA 4 WEB, 2014).

A realidade da democratização dos serviços já existe, ainda que não seja regra aplicável a todas as unidades da RIDE-DF ou do Brasil, mas já é considerado um grande avanço se compararmos a outros momentos históricos.

Este fato deve-se a um caminho não terminado ainda. A democratização das instituições de é um processo que ainda está em construção, e para que existam de forma efetiva devem ser devidamente qualificados e constantemente melhorados a fim de promover o bem estar dos gestores, profissionais e principalmente dos usuários da saúde mental.

Retomando a discussão sobre como as atividades desenvolvidas dentro dos CAPS são significativas, em alguns casos passaram a representar uma fonte de renda para alguns usuários, pois segundo a Gestora 2 - GO (2014), há uma paciente que é artesã e que ajuda a unidade em questões de ornamentação e decoração. E devido a isso, passaram a realizar oficinas de tapetes, e outros itens, os quais são posteriormente vendidos gerando recursos para

os usuários e para o CAPS, mas estes recursos que ficam na unidade, são repassados para realizar algumas festinhas de confraternização e alguns dos itens gerados nas oficinas são dados de brinde para os aniversariantes.

Tais fatos além de proporcionarem momentos agradáveis aos usuários atribuem significado e valoração às atividades que são desenvolvidas dentro dos CAPS. Consequentemente valorizam os pacientes e os estimulam a encontrar em uma atividade de lazer possíveis profissões. Ao fim, fica evidente que ao valorizar os indivíduos e reconhecê-los como cidadãos, é possível obter a democratização das instituições obtendo participação dos gestores, profissionais, usuários e de seus familiares.

Em busca de conhecer um pouco mais sobre a qualificação dos gestores e profissionais que atuam na RIDE-DF com saúde mental, observar-se-á na próxima sessão que abordará esta temática.

#### **4.4. A qualificação dos serviços públicos em saúde mental da RIDE-DF**

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, são unidades estratégicas para a formação de uma rede de atenção a saúde mental em vários territórios e consequentemente no fortalecimento e na consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O Ministério da Saúde – MS vem incentivando a implementação de novas unidades no decorrer dos anos, tanto que se observados os números de CAPS que temos hoje é o dobro que havia há sete anos, a exemplo. E, além disso, a solidificação das leis atuais e a criação de portarias para incentivar as políticas de qualificação assistencial e financiamentos também foram uma conquista.

Hoje, o MS indica que um CAPS III, deveria possuir oito profissionais de nível superior e oito profissionais de nível médio, para atuarem no atendimento de 40 pacientes por turno. No período noturno, em plantões corridos de 12 horas, que a equipe seja composta por três técnicos/auxiliares de enfermagem, um profissional de nível médio, um profissional de nível superior, enquanto que no período diurno, em plantões corridos também de 12 horas, que incluem sábados, domingos e feriados, a equipe deverá ser composta por um profissional de nível superior, três técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem e um profissional de nível médio.

Esse padrão de equipe ainda é questionável quanto a sua suficiência diante da demanda atual que vivenciam os CAPS da RIDE-DF. E nem são todos que são nível III, fato que leva o número de membros da equipe a diminuir substancialmente. Mas é necessário

que a formação da equipe seja multidisciplinar, e diversificada, contando com enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras e outros profissionais.

No entanto, há profissionais que hoje estão atuando nos CAPS que não possuem formação na área da saúde, mas que acabam sendo inseridos por vários motivos. A exemplo, temos a fala de uma gestora:

Eu entrei aqui há oito anos. Eu e um colega. Entramos juntos. Somos do mesmo concurso que não é da saúde.

[...] Nós somos da SEPLAG que vira SEPLAN que muda a cada governo que entra, porque mudam o nome. Quando eu entrei, eu não tinha noção nenhuma, até por que eu não fiz um concurso para secretaria de saúde.

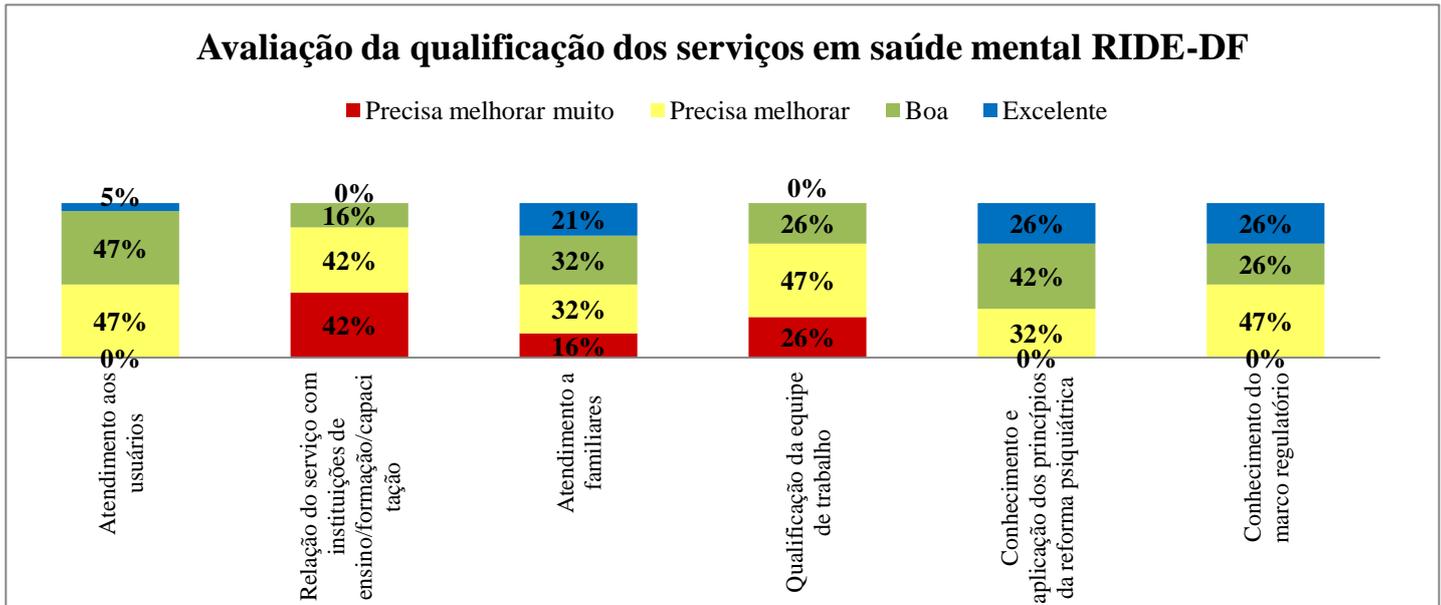
Então, noção de saúde mental era 'zero', e logo depois eu peguei este cargo que é o núcleo de apoio aqui do CAPS, e aí assim com o tempo fui aprendendo. Hoje eu já entendo muito bem como a saúde mental esta inserida no Distrito Federal. Qual é a luta como surgiram os CAPS aqui. Como surgiram no Brasil, em relação ao Brasil em relação ao Brasil inteiro.

[...] Minha formação é outra, é jornalismo. (GESTOR 1 – DF, 2014).

Como pode ser visto alguns profissionais que atuam com saúde mental são inseridos nesse contexto sem possuírem conhecimentos prévios a respeito, ou formação na área, mas que com o decorrer do tempo passam a entender e a trabalhar em prol de melhorias para os usuários.

A fim de conhecer como é avaliada a qualificação dos profissionais que atuam na RIDE-DF, obteve-se os seguintes resultados exposto pelo gráfico 3, provindos da pesquisa *web*:

Gráfico 9 – Avaliação da qualificação dos serviços em saúde mental RIDE-DF.



Fonte: Autora, 2015.

Sobre o atendimento aos usuários, 52% dos respondentes indicaram que os atendimentos são bons, ou excelentes, porém, 47% indicaram que precisa melhorar. Estes valores são considerados altos e há quase um empate.

Neste item é avaliado como acontece o primeiro contato do usuário com os profissionais e como avaliam o atendimento até o fim. Empiricamente é visível que o ser humano nunca está satisfeito por completo, sempre lhe falta algo e pedir que haja 100% de aprovação da qualidade do atendimento é impossível, no entanto, que os índices de reprovação fossem menores é desejável. Tendo em vista tais resultados alguma coisa está fora do padrão, o que indica que há a necessidade de melhoria nos atendimentos, seja por meio de cursos de melhorias no atendimento ou de aperfeiçoamento profissional. Alinhado a este ponto identificou-se que há a inexistência da política da reforma psiquiátrica nas secretarias de saúde dos municípios aos quais esta pesquisa se estendeu.

Quando avaliada a relação dos serviços com instituições de ensino/formação/capacitação, 84% dos respondentes indicaram que precisa melhorar ou precisa melhorar muito, e esta avaliação foi confirmada por meio da fala de um Gestor 1 – DF (2014), quando questionado sobre cursos e qualificação em saúde mental “Quer fazer e não consegue (os profissionais). Então assim é falta de profissional, é uma falta de qualificação, de capacitação também. Não existe. Começar por mim, eu entrei aqui e aprendi fazendo, quando eu fui lotada aqui num CAPS sem ter”. E ainda, na fala de um Secretário de Saúde 1 – GO (2014), “Não. Não temos nenhum apoio nesse sentido”, quando foi questionado se havia

apoio de alguma instituição de ensino para a formação e capacitação dos profissionais que atuam nos CAPS.

Hoje o serviço de saúde mental tem a dificuldade de encontrar profissionais que tenham formação ou capacitação na área. E além da pesquisa web, foi exposto ainda por um Secretário de Saúde 1 – GO:

Outra dificuldade é encontrar profissionais qualificados. Na Saúde mental hoje, são poucos profissionais qualificados e saúde mental é uma área que não permite a você colocar profissionais que não tem estudo, uma qualificação direcionada para aquela área ali. Não tem jeito de locar o serviço, digamos assim. (Secretário de Saúde 1 – GO, 2014).

Ou seja, a falta de apoio de instituições de ensino e da academia à saúde mental também são fatores que tem afetado e comprometido os serviços que são oferecidos nos CAPS, pois o que acontece hoje é aproveitamento de profissionais da saúde para atuarem com saúde mental, e ir formando-os enquanto atuam. Esse processo demanda tempo, um tempo que às vezes pode prejudicar no atendimento qualificado aos usuários. Para que essa realidade seja alterada é necessário que haja ampliação da formação e de cursos por parte das instituições de ensino e dos órgãos de saúde pública, principalmente para os trabalhadores já inseridos na rede.

Algumas ações nesse sentido já existem como expresso por um Gestor de um município do estado de Goiás:

Então, quando eu fui convidada para trabalhar no CAPS AD (DF) a gente teve uma formação junto com os profissionais mesmo, vieram profissionais de fora como de São Paulo, Rio e eles embasaram muito dentro da lei da reforma psiquiátrica e também para gente ter uma noção porque como a gente tava entrando e nunca tinha trabalhado com saúde mental não tínhamos noção do que era, o que estava ocorrendo e quais os riscos. Então eles fizeram mesmo um curso de capacitação e trouxeram pessoas de fora mesmo para ta fazendo isso. (GESTOR 2 – GO, 2014).

As ações de parceria entre os CAPS e outros órgãos já existem, no entanto, ainda são mínimas, se observada à demanda e a necessidade existente, pela ampliação e manutenção da qualidade dos serviços que são oferecidas nas unidades da RIDE-DF. Bem como a burocratização que existe para que haja a abertura de estágios e de residências médicas, tais fatos se dão por ainda não existir enraizado nos serviços de saúde mental as políticas da

reforma psiquiátrica que deveriam nortear e favorecer as ações dos serviços que são prestados a população.

Ao que tange o atendimento aos familiares, há novamente, quase um empate técnico, pois 53% avaliam como boa ou excelente e 48% indicam que precisa melhorar, ou precisa melhorar muito. Neste item, foi considerado como é a relação dos CAPS com os familiares dos usuários, e como pôde ser percebido, já há uma boa parcela dos familiares que se sentem confortáveis e/ou esclarecidos em relação ao tratamento de seus familiares acometidos por algum sofrimento mental grave, este fato também pode ser anexado a democratização e a desinstitucionalização das instituições que atuam com saúde mental.

A avaliação feita sobre a qualificação da equipe de trabalho foi negativa, a onde 73% dos respondentes indicaram que ela precisa melhorar, ou melhorar muito. Este fato pode ser associado à relação quase que inexistente dos CAPS com as instituições de ensino e pelo fato de os profissionais não serem devidamente lotadas de acordo com suas formações e habilidades. E a fim de elucidar como profissionais qualificados na área são o desejo de muitos gestores, observa-se a fala de um Secretário de Saúde 1 – GO:

Na verdade existe uma escassez de profissional, eu acho que tem barreira também que hoje quando o profissional de saúde mental chega com o currículo direitinho. A gente vê a qualificação dele, e emprego para ele não vai faltar viu, porque esta muito difícil mesmo profissionais qualificados. Secretário de Saúde 1 – GO, 2014).

Existem oportunidades para profissionais qualificados em qualquer área de trabalho, mas, a necessidade de profissionais qualificados na área de saúde mental é urgente, porque quando há profissionais devidamente qualificados, há mais satisfação por parte dos usuários e menos tempo gasto em profissionalizar novos membros, em vez disso, pode ser investido no aperfeiçoamento dos membros atuais do sistema e ampliação das unidades substitutivas ao modelo manicomial.

Sobre o conhecimento e aplicação dos princípios da reforma psiquiátrica, as respostas foram convergentes com os dados recolhidos através da pesquisa *web* e das entrevistas em profundidade, pois 68% dos respondentes da pesquisa *web* indicaram ser boa ou excelente a aplicação dos princípios que norteiam a reforma psiquiátrica brasileira, pois como pôde ser observado no decorrer deste estudo o número de internações diminuíram, a busca por novos métodos de tratamento para os usuários vêm sendo desenvolvida dentro dos serviços substitutivos de saúde mental, e já está ocorrendo a democratização das instituições, estes

fatos são refletidos no trabalho dos profissionais que atuam diretamente com os usuários, conforme a premissa a seguir:

O nosso CAPS II, já atendeu mais de 30.000 pessoas e o que mais me motiva é o efeito da qualidade do nosso atendimento, com isso acompanhei vários casos graves que hoje não precisam de internação e com muita dedicação estão sendo reinseridos na sociedade. (PARTICIPANTE PESQUISA WEB 6, 2014).

Os princípios de valorização do ser humano e reintegração dos usuários à sociedade já são vivenciados em muitos municípios do país. É certo que alguns itens ainda estão por se desenvolver, mas com o tempo, com qualificação e intensificação dos serviços de saúde mental, tais itens podem melhorar consideravelmente.

A fim de verificar se os princípios seguem a mesma frequência que a legislação atual, foi solicitada a avaliação do conhecimento do marco regulatório de saúde mental que os profissionais atuantes nos CAPS possuem. Dessa forma, 47% indicaram que precisa melhorar e 53% avaliaram como sendo boa ou excelente. Ou seja, a percepção sobre os conhecimentos da legislação, por parte dos profissionais e gestores precisa ser ampliada, principalmente por parte dos gestores, que são os responsáveis por fazer a ligação entre os CAPS e os órgãos públicos, por isso se faz necessário a ampliação desses conhecimentos.

Além das avaliações quantitativas, também foi indicado pelos participantes deste estudo que há dificuldades relacionadas ao diálogo com a rede básica de saúde, ou saúde primária. E ainda, que há certa dificuldade no relacionamento entre funcionários de cargos mais baixos e superiores, principalmente para os profissionais de nível médio que ficam subjugados aos médicos e psiquiatras que atuam nas unidades. E por último um dos itens que foram indicados é a falta de incentivo e de meios para a ampliação de suas respectivas formações.

Estes itens surgiram no decorrer da pesquisa e merecem atenção em estudos futuros, em especial a subjugação de funcionários por parte de médicos, que indica a presença da cultura médico psiquiátrica, na qual o psiquiatra é o indivíduo que determina as ações a serem desenvolvidas naquele espaço, entretanto, esta é uma discussão para outro momento. A seguir, apresentam-se os aspectos positivos apontados no desenvolvimento dos serviços de saúde mental nos CAPS da RIDE-DF.

#### 4.4.1. Pontos positivos

Observa-se que na área de saúde mental existem múltiplos métodos de tratamento, sendo um com ênfase no tratamento clínico, médico e hospitalocêntrico e outro que segue a perspectiva da preservação da identidade profissional e da autonomia para profissionais e usuário, admitindo a interdisciplinaridade, na busca por desenvolver um trabalho teórico-prático na construção de melhores práticas para os usuários e seus familiares.

Os serviços substitutivos de saúde mental possuem a segunda perspectiva como seu norteador, e atuam como um atendimento humanitário, e na busca de diminuir as internações, além é claro, de desempenhar o trabalho de socialização dos usuários como membros da sociedade. Esta visão é clarificada pela fala de um Gestor 2 de um município de Goiás (2014) que aponta como é a relação do profissional com os usuários “O aspecto positivo que eu vejo assim é o bem estar do nosso paciente, a gente vê o paciente entrando ruim e saindo melhor que é onde a gente vê o nosso trabalho tendo efeito” e volta a ser reafirmada por um participante da pesquisa *web* : “Acredito que a forma de trabalho do CAPS, com a política de redução de danos e não internação psiquiátrica, são aspectos de suma importância para a saúde mental. (PARTICIPANTE DA PESQUISA WEB 4, 2014).

Como aponta Onocko-Campos (2006) o grande *insight* que os CAPS obtiveram, desde sua idealização até a sua atuação no dia a dia, foi a fuga do pensamento pragmático que até então eram desenvolvidos e a passagem para o atendimento dos usuários de forma a observar suas necessidades e angústias, por meio do chamado projeto terapêutico. O usuário passou a ser o centro de atenção, o qual é dotado de direitos e que merece atenção observada seus anseios, quando não estão em estado de crise acentuada, a qual oferece risco a sua vida e a dos demais.

Esta postura de humanização dos serviços tem sido o principal ponto de diferença entre um antes e pós reforma psiquiátrica. Os discursos de satisfação por atuar na reforma foram percebidos em diversos momentos deste estudo, a exemplo: “É um serviço no qual tenho prazer em fazer parte e gosto de assim ver uma pessoa totalmente recuperada e saber que foi por sua causa é muito gratificante.” (PARTICIPANTE DA PESQUISA WEB 1, 2014). E também foi identificado que os usuários se sentem confortáveis nos CAPS com a reforma:

“Aqui eu me sinto em casa, aqui eu tenho apoio. Tenho pessoas pra me cuidar, e se preocupam mais do que as pessoas da família. Não me sinto assim na minha casa,

não em geral. Eu mudei de um bolo de gente há pouco tempo, faz uns quatro meses, não por cauda do meu esposo nem das minhas filhas, mas por quem estava ao meu redor, que não tinham essa preocupação comigo”. (USUÁRIO 1 – GO, 2014).

Há vários aspectos de prós e contra a serem considerados nos tratamentos tal qual conhecemos hoje, porém, neste momento consideramos os aspectos positivos, sob diferentes visões. O quadro a seguir expõe estas visões:

Quadro 3: Pontos positivos sob três visões

|                         | <b>Usuários</b>  | <b>Profissionais</b>   | <b>Gestores</b>   |
|-------------------------|--|--|---|
| <b>Pontos Positivos</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ambiente físico:</b> agradável; boa higiene no local;</li> <li>- <b>Alimentação:</b> alguns oferecem três vezes ao dia, boa qualidade; variedade;</li> <li>- <b>Oficinas terapêuticas:</b> são diversificadas e incentivam a criatividade e participação do usuário;</li> <li>- <b>Equipe:</b> atenciosa; atendimento aos familiares;</li> <li>- <b>Medicação:</b> alguns CAPS já oferecem;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ambiente físico:</b> agradável; poderia ser ampliado, há espaços para lazer e prática de atividades físicas;</li> <li>- <b>Alimentação:</b> ótima qualidade;</li> <li>- <b>Oficinas terapêuticas:</b> alguns usuários participam, gostam; possibilita fonte de renda para alguns usuários;</li> <li>- <b>Equipe:</b> bom relacionamento interpessoal; sem preconceitos;</li> <li>- <b>Medicação:</b> é controlada por profissionais qualificados;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ambiente físico:</b> agradável; possibilita que as atividades sejam desenvolvidas;</li> <li>- <b>Alimentação:</b> oferecida três vezes ao dia;</li> <li>- <b>Oficinas terapêuticas:</b> são variadas e aberta a todos os usuários;</li> <li>- <b>Equipe:</b> abraça a causa da saúde mental; tem atenção e cuidados com os usuários; Conhecimento dos princípios da reforma psiquiátrica;</li> <li>- <b>Medicação:</b> é oferecida nos CAPS;</li> </ul> |

Fonte: Autora, 2015.

Sobre os ambientes físicos dos CAPS, há coerência nos discussões sobre eles serem agradáveis e proporcionarem um ar aconchegante aos usuários. É notável que a gestão e os profissionais estão atuando para que haja um ambiente realmente agradável para todos, pois é importante que o usuário identifique este ambiente como seu, e que pertença a ele, e que acima de tudo não se sinta aprisionado, para que assim sejam desenvolvidas ações que o possibilitem a sua melhoria, deixando a sua condição de instabilidade mental até esta estar estável.

Alimentação é um aspecto que já é oferecido nos CAPS, apesar de que as unidades não são hospitais e justamente por isso não possuem uma infraestrutura significativa para

oferecer todas as refeições recomendadas, mas isso não é fato que impeça de serem oferecidas boas alimentações aos usuários na sua maioria lanches.

Sobre as confraternizações e eventos que ocorrem nas unidades, como já exposto anteriormente, estes são momentos de socialização dos usuários com familiares e outras pessoas, além de possibilitar a troca de brindes e exposição de artesanatos e obras de arte produzida pelos usuários, gerando assim o sentimento de valorização no que é feito por eles. Por trás desses momentos, a idéia real é de dar significância ao signo, ou seja, de valorar o ser humano em si, e não apenas a sua produção, isso é percebido como um aspecto muito positivo pelos usuários.

As oficinas terapêuticas já são itens indispensáveis no desenvolvimento das ações dos CAPS, um participante da pesquisa web, apresenta seu valor enquanto método de tratamento:

O que vejo hoje no CAPS é um interesse grande por parte dos profissionais em se dedicarem especialmente às oficinas terapêuticas. Contamos com uma equipe técnica que possui, cada uma à sua maneira, dotes artísticos que contribuem bastante com a permanência e assiduidade dos usuários no serviço. O fato de conseguirmos, efetivamente, acolher no esquema "portas abertas" tem sido uma preocupação e tem dado bons resultados. Os eventos realizados pela equipe, usuários, familiares e amigos tem sido um diferencial importante na interação social dos pacientes e familiares principalmente. (PARTICIPANTE DA PESQUISA WEB 3, 2014).

Além de serem atividades diárias e imprescindíveis nos CAPS, estas oficinas possibilitam a descoberta de talentos nos diferentes campos da arte, e em alguns casos geram renda para os usuários, como já mencionado anteriormente. Porém, um dos pontos mais importantes das oficinas terapêuticas é obter relatos como o seguinte:

Eu acho que é até justamente nessas pequenas vitórias que nós temos tido em relação às internações. Nós temos um caso, por exemplo, de uma mãe que ela já recorreu a todos os setores possíveis pra internar, na verdade ela vivia nesse esquema de internação do filho que tem problema com álcool e drogas e outras drogas, e hoje inclusive no CAPS nós tivemos muitos problemas, ela sempre buscando a internação. No começo através de outros setores ela conseguia, então o rapaz deve ter passado aí por umas 15 ou 18 internações, mas hoje está desenvolvendo um bom trabalho no CAPS, já são seis meses que ele trabalha, que ele participa ativamente, inclusive no sarau mostrando a veia artística que ele tem. Então ele trabalha junto com o coral, ele toca violão, ele tem participado ativamente e em seis meses ele esta bem. (GESTOR 3 – GO, 2014).

É sabido que tais oficinas exigem atenção especial e desenvoltura por parte dos profissionais que devem acompanhar o andamento delas, porém, tornou-se um espaço de descontração tanto para usuários quanto para os profissionais.

Também é identificado nas oficinas terapêuticas um espaço para a democratização das instituições, pois os usuários não são obrigados a participar das oficinas, ou de todas as ações, eles são livres para escolher quais as atividades que mais estão em acordo com seus gostos e preferências.

Alguns CAPS entendem que a família é co-dependente destes usuários, então estendem o acolhimento para a eles, não apenas no sentido de orientar, mas de entender que algumas demandas que surgem por meio dos usuários nascem no seio da família, e por isso, a família deve ser levada à unidade para buscar formas de solucionar o conflito, a fim de minimizar os impactos no tratamento do usuário. Ou seja, além da família receber orientações sobre o que é o transtorno do usuário, também é oferecido uma orientação de como lidar com o paciente em casa, de como é o serviço, conhecer o serviço, perceber que ele é co-dependente, que ele também precisa ser acompanhado porque o familiar também sofre danos se não estiver orientado. Então, de modo geral a realidade de possuir uma equipe pequena (dependendo no nível do CAPS) não tem sido empecilho para realizar esta demanda, no entanto, para a maioria tem sido.

Mencionada a equipe, a mesma é avaliada como acolhedora, e que trabalha conforme os princípios da reforma psiquiátrica, e ainda, que abraçam a causa da saúde mental, ou seja, que valorizam seus pacientes.

Em alguns casos, algumas unidades têm desenvolvido ações além de sua competência, em prol do bem estar do paciente, exemplificado em um CAPS do Distrito Federal onde há um profissional que é responsável por verificar as demandas dos usuários em torno de seu passe livre junto ao transporte público, a fim de evitar que os usuários não deixem de participar de suas atividades e tratamento por não terem como se locomover.

O importante é fazer que o usuário não desista de seu tratamento, ou seja, a questão da permanência de usuários é um ponto importante, já que o acompanhamento deve ser realizado processualmente e ao tempo para obter efetividade.

Por fim, vale mencionar a fala de um gestor do Distrito Federal, quando questionado sobre os pontos positivos que existem nos serviços substitutivos da saúde mental:

“Eu acho que é o serviço que desenvolvemos aqui é o que a gente vê aqui. Eu escuto muito, e a gente escuta muito de fora, que são as coisas que os próprios pacientes trazem, às vezes, talvez os pacientes que estejam mais ‘cronificados’, mas os familiares trazem que eles falam assim: ‘gente, a gente não é atendido ai fora como é atendido aqui’. Isso aqui parece coisa que você pagaria um absurdo pra ter um tipo de atendimento, então, eu acho que a equipe que se formou aqui dentro é uma equipe comprometida com o serviço, e eu não falo só daqui não. Eu sei que o CAPS de outras cidades do DF também trabalham muito bem, e desses CAPS mais novos eu não tenho conhecimento, não conheço as pessoas, talvez trabalhe muito bem também e eu não to sabendo, mas eu sei assim que alguns CAPS realmente se tornavam referência em atendimento no DF que se você for num hospital do SUS você não tem num centro de saúde, você não tem e os CAPS eles conseguem isso. Também não sei se é por que você, esta mais perto das pessoas e ai você acaba conhecendo, ai você conhece a família, conhece o paciente pelo nome, você conhece a mãe do paciente pelo nome, e eles, tem esse contato mais direto mesmo e a equipe daqui consegue fazer isso muito bem e nos somos os primeiros CAPS. (GESTOR 1 – DF, 2014).

A fala do gestor ilustra bem os aspectos mais positivos que a reforma psiquiátrica poderia gerar, tanto para os usuários, quanto para os profissionais e gestores, que é a dignificação do homem pelo que ele é e não pelo que se tornou.

Sabe-se que a realidade vivenciada nos CAPS não são apenas positivas e a fim de considerar outros aspectos observar-se o próximo ponto deste estudo.

#### **4.4.2. Pontos negativos**

A princípio, viu-se que as mudanças dos padrões médico psiquiátrico eram necessárias, e a reforma psiquiátrica brasileira afetou o padrão do comportamento, das ações e da legislação vivenciadas no país. Estas mudanças provocaram significativas transformações na realidade vivenciada por pessoas acometidas com transtornos mentais e pelos profissionais que passaram a atuar em conjunto com outros profissionais em prol de uma saúde mental melhor.

As consequências do ato de deshospitalizar pessoas tidas como loucas provocaram mudanças não só na realidade dos profissionais e dos usuários, mas na ideologia vivenciada através dos séculos. A partir da criação dos meios substitutivos aos hospitais manicomiais, uma parte significativa dos internados deixou os hospitais e passou a viver com contato com seus familiares e com a comunidade na qual estavam até então excluídos. Essa mudança de

paradigma gerou aspectos positivos e negativos, como em qualquer situação natural de mudança, mas que com o decorrer do tempo foram minimizadas, até surgirem às reais dificuldades dessa troca. A seguir um gestor do Distrito Federal expõe suas angústias em relação às dificuldades encontradas hoje na RIDE-DF:

Quais são as maiores dificuldades? Nossa é tanta coisa! De política voltada pra inclusão social, dos pacientes, a gente tem dificuldade até pra ter benefícios que os deficientes mentais já têm e aqueles com transtorno não entram.

Então a gente tem dificuldade aqui de tudo, pra conseguir passe livre pros pacientes porque a lei não é clara quando ela fala de deficiência mental, então pra muitos pacientes nossos, que a gente atende 99% de pacientes carentes, então a gente tem essa dificuldade que eles tenham um transporte gratuito pra que venham fazer tratamento.

Uma política que fale da inserção pelo trabalho, da inclusão pelo trabalho por que a gente tem uma política boa para os deficientes físicos e pro deficientes mentais não tem. Ainda mais quando se fala em transtorno, as empresas não obtém vagas, a gente não é visto ainda ai fora. O que mais? Dentro do serviço especificamente existe falta de pessoal é o que a gente mais bate na tecla. (GESTOR 1 – DF, 2014).

Como exposto, há pontos negativos na reforma psiquiátrica brasileira, algumas a nível pontual e outras a nível estrutural. Algumas decorreram do fato da reforma ter sido implementada em apenas alguns aspectos e não a sua totalidade. A falta de intersetorialidade e da aplicação de todos os princípios da reforma psiquiátrica acabam por gerar estas fragilidades. Se houver a implementação de todos estes princípios tais fragilidades tenderão a minimizar e sumir.

Um das barreiras latentes que ainda existe, é o preconceito para com os usuários dos serviços de saúde mental. Este fato fica evidente na fala de muitos usuários, profissionais e gestores, mas quando o usuário indica onde sofre o preconceito, a situação torna-se mais delicada. O Usuário 1 – GO indica que “Lá fora tem (preconceito). E dentro da família. [...] Eles ficam fazendo piada de mau gosto. E pondo a gente pra baixo, fazendo a gente passar mal. Quando eu vou pra minha cidade eu nem falo que eu frequento CAPS”. Essa barreira é reafirmada por um gestor:

Barreira infelizmente existe, o preconceito existe não só nessa área psicossocial, mas em várias áreas da saúde, e a saúde mental é outra que a gente encontra uma barreira

até de instalação. Mas a gente tem o quê, tenta conscientizar e quebrar essas barreiras para que o atendimento esteja a altura. (GESTOR 1 – MG, 2014).

A dificuldade da implementação é um dos pontos negativos que surgem da convivência com o pensamento de que ‘loucos’ devem ser mantidos presos, ou longe da sociedade. A comunidade não é de todo contra as instalações de CAPS, ou outros serviços de saúde mental, desde que eles sejam mantidos fora dos centros sociais e coletivos, e o mais distante possível. Para evitar este tipo de problema cabe aos órgãos públicos a mudança desse tipo de pensamento, por meio do desenvolvimento de ações e atividade significativas de valorização dos usuários da saúde mental, a exemplo, as oficinas terapêuticas e artísticas que são desenvolvidas nos CAPS, que em segundo momento geram feiras e saraus, os quais promovem um espaço de visibilidade e valorização dos usuários e dos serviços que são desenvolvidos nas unidades.

Mas, atentando-se aos demais entraves apontados pelos participantes deste estudo, apresenta-se o quadro 2.

Quadro 4: Pontos negativos sob três visões

|                         | <b>Usuários</b>  | <b>Profissionais</b>   | <b>Gestores</b>   |
|-------------------------|--|--|---|
| <b>Pontos Negativos</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ambiente físico:</b> necessita melhoria nas instalações físicas; ampliação das áreas;</li> <li>- <b>Oficinas terapêuticas:</b> preferem terapia individual;</li> <li>- <b>Equipe:</b> alguns atendentes tratam mal; faltam mais terapeutas;</li> <li>- <b>Medicação:</b> falta quando precisam;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ambiente físico:</b> poderia ser ampliado, necessidade de espaços para lazer e outras atividades; ampliação do CAPS para nível III;</li> <li>- <b>Oficinas terapêuticas:</b> alguns usuários se negam a participar das oficinas em grupo; falta de material; desvalorização dessas atividades; profissionais não estão suficientemente capacitados;</li> <li>- <b>Equipe:</b> dificuldade com relação a hierarquia; necessidade de qualificação e atualização profissional; falta da relação com instituições de ensino;</li> <li>- <b>Medicação:</b> insuficiente diante da demanda;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ambiente físico:</b> falta de salas maiores para atender todos os usuários; burocracia para habilitação dos serviços junto ao MS;</li> <li>- <b>Oficinas terapêuticas:</b> a dificuldade de participação de todos os usuários nas atividades; Falta de matriciamento;</li> <li>- <b>Equipe:</b> falta de pessoal; falta de mão de obra qualifica; despreparo da equipe; necessidade de capacitação; Falta da relação com instituições de ensino; falta de interesse dos órgãos públicos;</li> <li>- <b>Medicação:</b> falta de materiais para atendimento;</li> </ul> |

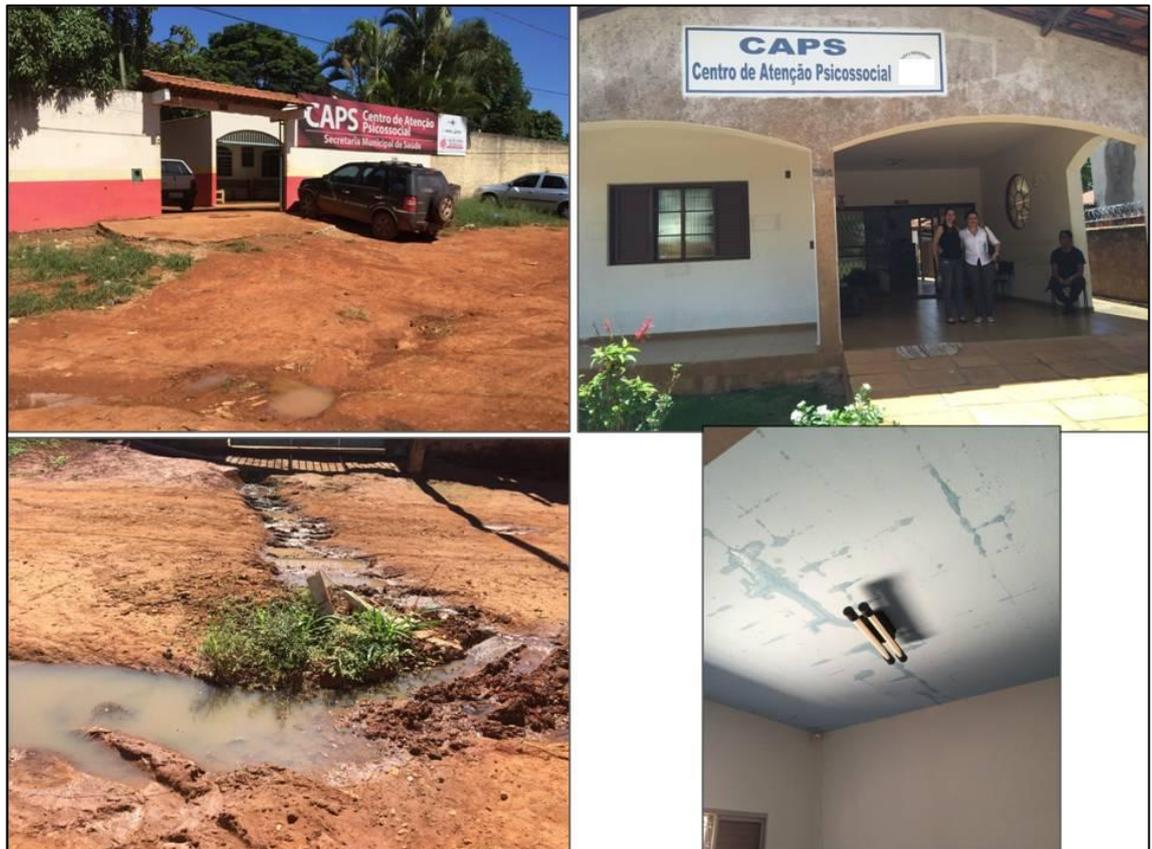
Fonte: Autora, 2015.

Sobre a avaliação do ambiente físico, usuários indicam que é necessário ampliar as instalações para poder obter novas atividades, enquanto que os profissionais também indicam que é necessária a ampliação dos espaços físicos para desenvolver atividades de lazer, e, além disso, que haja a ampliação do CAPS, para um CAPS nível III, o qual possui uma equipe maior, estrutura maior e mais recursos para sua manutenção. Gestores também indicaram que é necessário ampliar as instalações físicas, e, ainda, que o processo para habilitação dos serviços substitutivos junto ao Ministério da Saúde é burocrático e que demanda muitos itens, o que impede que haja o repasse de recursos para os CAPS.

Observou-se que não há uma priorização dos serviços de saúde mental, pois há a falta de visão dos serviços da saúde para com a saúde mental.

O Secretário de Saúde de um município de Goiás indicou que “a principal dificuldade é o custeio, o custeio realmente é muito pouco, pra você manter o serviço hoje o município arqueia com quase 70% de recursos financeiros para manter o serviço” Secretário de Saúde 1 - GO (2014). Possivelmente por conta da burocracia que existe e pelo desinteresse dos órgãos públicos em auxiliar os CAPS, podemos observar as seguintes situações:

Figura 1: Um CAPS – GO e Um CAPS – MG, respectivamente



Fonte: Autora, 2014.

A realidade vista antes de adentrar um dos CAPS instalado em uma cidade de Goiás é preocupante, uma vez que a primeira imagem que se tem ao olhar a unidade é de um possível descaso. Um dos participantes da pesquisa web 1 (2014), afirma que: “Poderíamos ter mais apoio e reconhecimento junto a nossas autoridades já que somos sempre os últimos a ser lembrados, e quando somos”. A falta de apoio dos órgãos municipais, estaduais e federais, pode representar riscos de morte para usuários, familiares e principalmente para os profissionais que atuam em CAPS como o ilustrado na Figura 1, pois mostra que o teto de uma unidade de um município de Minas Gerais apresenta rachaduras e vazamentos, que oferece risco a vida de qualquer pessoa que freqüente a unidade, por isso, se faz necessário o diálogo com os órgãos públicos de amparo aos serviços de saúde mental. Observou-se ainda a mesma situação a unidades instaladas em diferentes pontos do Distrito Federal.

Por fim, no item de infraestrutura profissionais, gestores e usuários estão de acordo que deve haver a ampliação do espaço que atuam, como a Lei 10.216 não faz referencia em como deve ser a estrutura dos CAPS é obedecido às regras de construção para unidades básicas de saúde. Em uma das unidades que participou deste estudo, o profissional que participou indicou que a sala onde ocorreu a entrevista era o mesmo espaço que é feito o acolhimento, o atendimento terapêutico, reuniões e outras atividades se preciso for, ou seja, devido haver pouco espaço, os profissionais são obrigado a otimizar cada centímetro. Sabe-se que as unidades dos CAPS não devem ter a mesma estrutura de um hospital, no entanto, é preciso que haja espaço para desenvolvimento das atividades. Pois com a falta de espaços físicos para a realização das ações o andamento dos serviços prestados fica comprometido.

Ao que tange as oficinas terapêuticas, os usuários indicam que não gostam de participar de terapia de grupo, preferem a individual, e as outras atividades oferecidas nas unidades.

Os profissionais apontaram que alguns usuários se negam a participar das oficinas em grupo e que preferem o tratamento individual. A falta de material para a realização de oficinas lúdicas e mais específicas também é um fator que gera desconforto junto a profissionais e usuários que acabam por desvalorizar o significado que essas atividades possuem, e por fim houve a indicação de que osicineiros não estão suficientemente capacitados, pois em muitos casos os facilitadores dessas oficinas são profissionais do CAPS que possuem algum talento ou dato artístico que acabam por gerir estas oficinas, o que não significa que possuem formação na área, mas que ficariam muito satisfeitos se recebessem cursos para ampliar sua qualificação.

Na visão dos gestores, as oficinas encontram dificuldade de participação de todos os usuários e por existir uma demanda muito grande, seria necessário existir o matriciamento na rede, que até o momento é mais alegórica do que prática. O que vem ocorrendo são ações pontuais, principalmente de cunho jurídico, a onde os magistrados entendem que a internação compulsória deve ocorrer em muito, se não em todos os casos, mas para que isso acontecesse seria necessário já existir o matriciamento.

Sobre a equipe de trabalho, usuários apontaram que algumas atendentes às vezes os tratam mal, e que necessitam mais profissionais. Um dos entrevistados quando questionado se existiam pontos negativos nos CAPS indicou: “Eu acho que terapia. Eu acho que vai melhorar pra nós é esta sem um terapeuta para fazer isso, negócios de saúde pra melhorar mais” (USUÁRIO 1 – MG, 2014), a real mensagem passada por este usuário é que o problema não é a terapia, e sim a falta de terapeuta para melhorar os serviços que são ofertados a eles.

Para os profissionais a dificuldade com relação à hierarquia é algo que tem dificultado que o trabalho seja melhor desenvolvido, pois a uma soberania de funcionários com nível superior sobre os de nível médio e técnico. Foi indicado ainda que há a necessidade de qualificação e atualização profissional, e que este fato vem se justificando pela falta da relação com instituições de ensino. Um dos participantes da pesquisa *web 1* (2014), mencionou que “a falta de equipe e baixos salários também dificulta bastante o trabalho, pois é muito difícil encontrar pessoas que querem realmente trabalhar no serviço”, ou seja, há a falta de incentivos financeiros e educacionais para que os profissionais que já estão e atuam não saiam, e que sejam atraídos novos colaboradores para as unidades.

Para os gestores, também faltam profissionais qualificados e existe a certo modo um despreparo da equipe para atuar prontamente com o usuário e estes fatos decorrem da falta de um relacionamento forte com instituições de ensino para o oferecimento de capacitações e cursos nesta área, mas isso se deve também ao desinteresse dos órgãos públicos em ampliar suas ações junto à saúde mental. Tais como supervisão institucional, programas de educação permanente, multiplicadores educacionais e outras ações.

Sobre a medicação, existe uma grande demanda nos CAPS por vários tipos de atendimento, e por isso, os usuários indicaram que os medicamentos não estão disponíveis quando precisam, enquanto que os profissionais justificam o fato devido à grande demanda. Gestores indicaram que faltam materiais para a viabilidade dos serviços.

Como síntese de todos os itens já mencionados, a fala de um dos participantes da pesquisa *web* é tida como emblemática:

Há a carência de recursos financeiros, a inadequação do espaço físico, a individualidade exagerada por parte de alguns profissionais de saúde mental, a grande demanda ambulatorial devido à falta de profissionais capacitados (em saúde mental) na atenção primária e a falta de matriciamento efetivo com os outros atores da rede são algumas das dificuldades de nos deparamos hoje.

Com a habilitação do serviço junto ao Ministério da Saúde, parte dos problemas seriam sanados, é preciso investir na formação dos profissionais tanto da saúde mental quanto da atenção primária. Outra ação importante seria uma maior interação entre os atores da rede no sentido de melhor definir os papéis de cada um e ao mesmo tempo conseguir uma coesão da rede. (PARTICIPANTES DA PESQUISA WEB 3, 2014).

Após apontar itens tidos como negativos, cabe identificar como é avaliada a gestão dos CAPS da RIDE-DF.

#### **4.5. A avaliação da gestão dos CAPS da RIDE-DF**

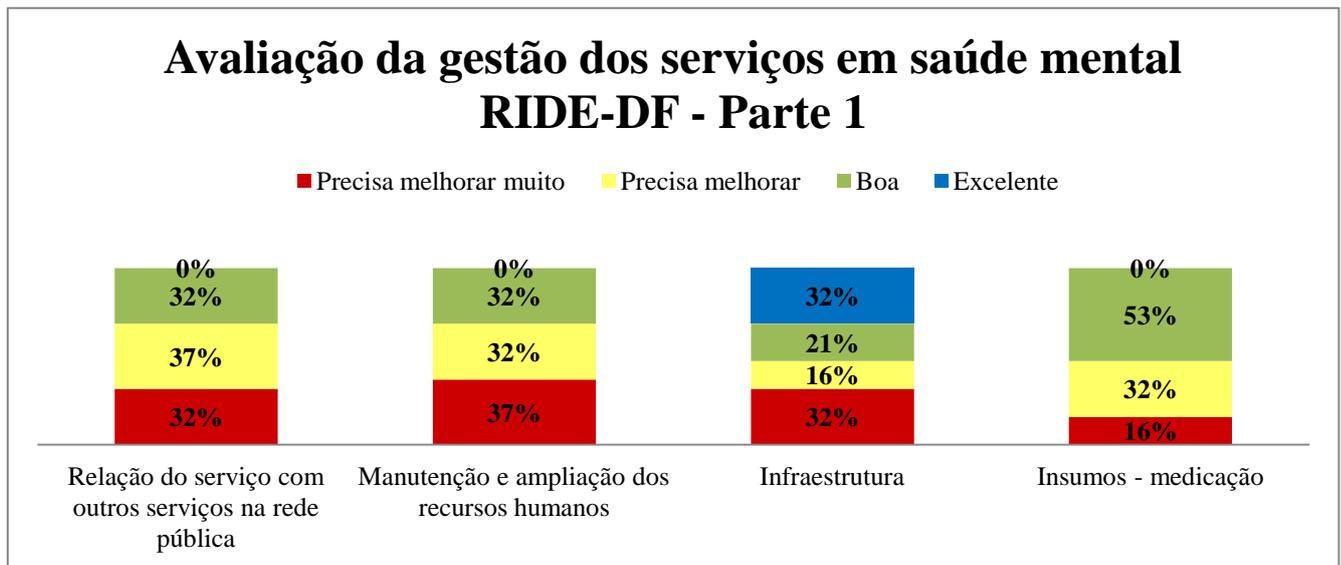
A discussão sobre a gestão é complexa e de difícil consenso sobre o que é aceitável como bem gerido ou não a níveis menos estruturais, e quando observado o contexto do Sistema Único de Saúde – SUS que possui abrangência nacional. Torna-se tarefa quase impossível, especialmente se a atenção for direcionada aos serviços de saúde mental, a exemplo os Centros de Atenção Psicossocial, por serem unidades muito recentes se considerada a cultura hospitalocêntrica vivenciada através dos séculos.

A fim de aclarar alguns pontos, faz-se necessário analisar a gestão como uma prática política que contemple a multidisciplinaridade dos serviços que são desenvolvidos e focando na relação entre teoria e prática.

Dessa forma, é possível superar a avaliação clássica, a onde o pesquisador aponta resultados por meio de cálculos e formulas científicas. É necessário que a avaliação seja participativa, principalmente por envolver muitos personagens na sua realidade rotineira. É necessário que haja a consideração de diferentes pontos de vistas, valores e histórias, para que sejam identificados os reais problemas que afetam os atores e permita que saídas satisfatórias sejam apontadas para tais entraves.

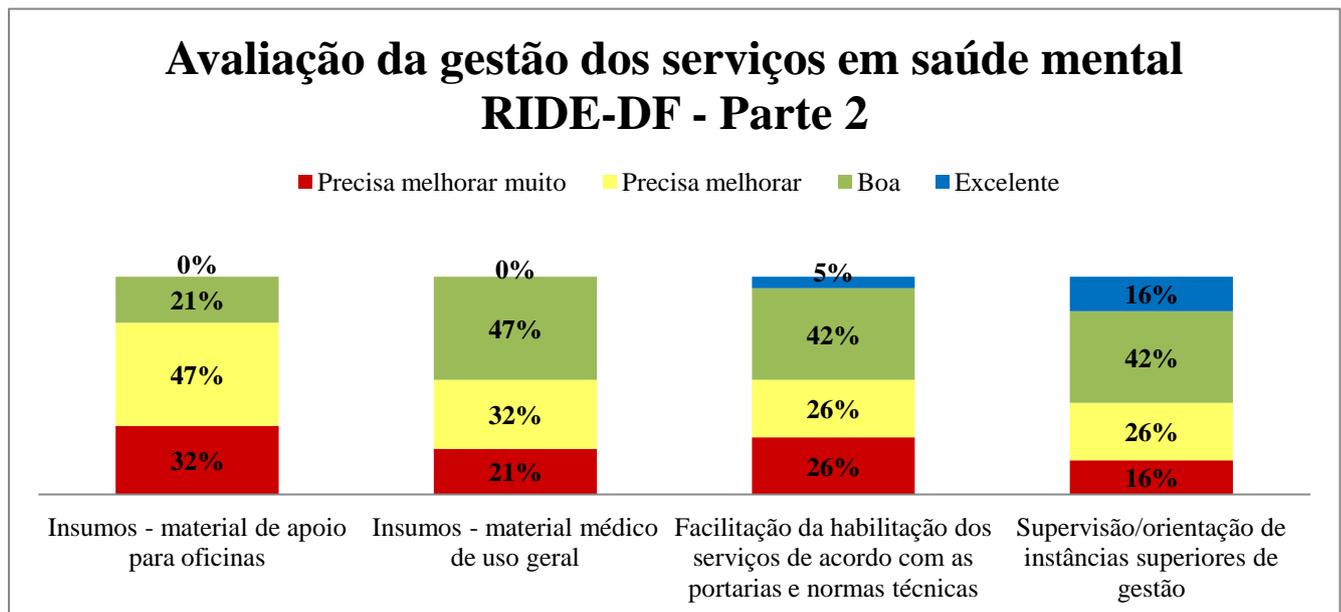
A fim de promover uma avaliação participativa, este estudo questionou os participantes da pesquisa *web* e das entrevistas em profundidade sobre a gestão vivenciada nos CAPS nos dias atuais. Da primeira fonte, pesquisa *web*, gerou-se os gráficos a seguir:

Gráfico 10 – Avaliação da gestão dos serviços em saúde mental RIDE-DF – Parte 1



Fonte: Autora, 2015.

Gráfico 11 – Avaliação da gestão dos serviços em saúde mental RIDE-DF – Parte 2



Fonte: Autora, 2015.

O primeiro item avaliado foi a relação dos serviços de saúde mental com outros serviços na rede pública. E em meio a este item apresenta-se a fala de um participante das entrevistas em profundidade:

Então, porque que o CAPS é relegado, porque doido não vota. O CAPS não precisa ter nenhum cuidado político da gestão porque doido não vota. Só que eles esquecem

que aqui não é só doido. Doidos, são muito mais consciente que eles, lutam muito mais pelos direitos nós, porque eles têm a coragem de chegar e falar, nós não temos, nós ficamos com medo, nós somos cometidas, não vai falar tudo que temos vontade de falar, eles falam. Vai pra porta da secretaria e grita que quer isso que quer aquilo. (PROFISSIONAL 1 – MG, 2014).

Percebe-se que ainda não há relação direta, ou matriciamente nos serviços de saúde “Não tem uma rede definida ainda, nós temos o CAPS. Em casos de surto ou em um caso mais agudo, nós encaminhamos pro hospital de referencia que é o de Brasília, Hospital São Vicente de Paula” (SECRETÁRIO DE SAÚDE 1 – GO, 2014), a falta de laços estreitos entre estes serviços são aspectos que tornam delicado o desempenhar das ações dos gestores e estes fatos podem justificar o índice de 69% de reprovação desde item, os participantes da pesquisa indicaram que esta relação precisa melhor, ou precisa melhorar muito. É nítido que a relação entre os CAPS e as outras unidades de saúde e saúde mental devem se aproximar. Seja em por meio de reuniões dos gestores por região, ou em prol do usuário, o importante é que haja o matriciamento o mais breve possível.

A manutenção e ampliação dos recursos humanos foi avaliado com 69% de reprovação, de que precisam melhorar, ou melhorar muito. A fala de um gestor ilustra bem a situação:

Exatamente falta de recursos humanos. É uma coisa forte aqui dentro. A gente trabalha com uma equipe que tem um numero de metade dos profissionais que a gente deveria. Não vou nem dizer a metade dos profissionais, metade da carga horária, porque nós temos muitos profissionais de 20 horas que se eles fossem 40, já melhoraria muito, só que essa 40 horas são feitas processos e processos pedindo as quarentas e não se consegue. (GESTOR 1 – DF, 2014).

É necessário que os gestores estejam atentos a desenvolver projetos para credenciamento juntos aos órgãos públicos a fim de possibilitar não apenas a ampliação da carga horária dos funcionários, mas também para a ampliação dos CAPS e outras atividades afins, os gestores desenvolvem um papel estratégico neste cenário, pois quanto melhor estiver à relação entre eles e profissionais, melhor será o ambiente das unidades. Portanto, faz-se necessário que existam gestores permanentes e encarregados dessas atividades.

A infraestrutura já foi apontada como um dos pontos que necessitam melhorar na sessão anterior, porém, não é uma realidade que é aplicada a todos os CAPS, e por isso, a

avaliação desse aspecto foi de 53% para boa ou excelente. Apesar de ser positiva, a leve diferença expõe o fato de que os CAPS necessitam ser adequados a necessidade dos usuários e profissionais, e esta adequação poderia acontecer por meio da reformulação, ou ampliação da lei de nº 10.216. Alguns gestores sofrem e buscam soluções alternativas observando este fato.

Hoje até com essa lei pelo que eu sei já estão eliminando aqueles internatos, aqueles hospitais psiquiátricos e tal. Já estão transferindo para o município para que cada município tome conta do seu paciente e isso ainda estão, pelo menos no nosso município ainda não está preparado, nós não temos leitos disponíveis, quer dizer, é uma dificuldades a ser enfrentada para projetos ai, para o próximo ano ai a gente começar a instalar o CAPS Ad que já está para ser instalado o CAPS 2 e também unidade hospitalar com leito definido para esse atendimento. (GESTOR 1 – MG, 2014).

A lei tal como está hoje, não é específica quanto a como devem ser as infraestruturas das unidades de saúde mental, mas já abrem garantem espaços para a construção desses serviços substitutivos.

Os insumos e medicação foram avaliados com uma porcentagem de 53% dos respondentes indicando que ela é boa. E durante as entrevistas foi identificado que os CAPS da RIDE-DF oferecem medicamentos aos usuários, conforme a sua necessidade, mas que podem não estar atingindo a demanda total, tendo em vista que a demanda nas unidades supera, em muitos casos, a real capacidade de atendimento.

Sobre os insumos - material de apoio para oficinas, 79% dos respondentes indicaram que precisam melhorar ou precisam melhorar muito, pois percebe-se que faltam materiais para o desenvolvimento dessas oficinas terapêuticas, um dos Usuários expõe que “às vezes eles (profissionais e gestores) têm vontade que melhore, mas só quem ta lá (governo) que pode liberar pra fazer, não faz nada” (USUÁRIO 1 – GO, 2014). Ou seja, os usuários percebem que a equipe profissional busca desenvolvem um bom trabalho, no entanto, faltam recursos para isso, e que entra em uma esfera de gestão maior do que a dos gestores das unidades em si.

Da facilitação da habilitação dos serviços de acordo com as portarias e normas técnicas, 53% indicaram que o processo de habilitação dos serviços precisa melhorar, ou precisa melhorar muito, pois as principais indicações dos participantes das entrevistas é que a habilitação é burocrática e que demanda tempo, é reivindicado que estes processos passem a ser mais simples e que contemplem as necessidades dos CAPS. Cabe um questionamento

neste item: seria o processo realmente burocrático e demorado, e/ou faltam profissionais com habilidades para desenvolver tais atividades? É um questionamento, que foi parcialmente respondido neste estudo, pois como já exposto o marco legal da saúde mental brasileira, possui lacunas significativas, mas para que haja uma resposta completa, seriam necessários novos estudos direcionados a esta linha, e que não são de atenção do presente estudo. Porém, vale ressaltar que é importante que os gestores sejam profissionais preparados para atender os aspectos burocráticos que o ofício exige.

O último ponto que foi julgado foi à supervisão/orientação de instâncias superiores de gestão, em relação à realidade vivenciada nos CAPS e 58% dos respondentes indicaram que a supervisão e orientação é boa ou excelente, fato este que expõe a democratização dos serviços de saúde mental, pós reforma psiquiátrica. “Nós temos o conselho de saúde. [...] O usuário pode participar, é aberto para todos. O conselho é representado por vários segmentos, e tem uma reunião mensal aberta a toda população”. Este é um dos fragmentos da democratização das instituições, e ocorrem a cada dia mais na RIDE-DF, como já exposto anteriormente. No entanto, não existem supervisões clínicas institucionais tanto no Distrito Federal como em Goiás e Minas Gerais, e esta falta de controle sobre os andamentos dos serviços, por parte da gestão do Estado também dificulta o andamento e a melhora dos serviços.

A fim de conhecer um pouco mais da relação entre a gestão democrática e os desafios de se implementar um CAPS, apresenta-se a seguinte sessão, a qual expõe o relacionamento de uma gestora comprometida com a causa da saúde mental.

#### **4.6. Análise da implementação de implantação de um CAPS**

A autora deste estudo atuou como Secretária de Saúde do município de Alexânia, estado de Goiás nos anos de 2004 a 2008. Neste mesmo período, serviços como nutrição, fisioterapia e de psicologia não eram ofertados na cidade, porém, já no segundo semestre do mesmo ano de 2004 tais serviços já se encontravam a disposição da população e perduram até os dias atuais, só que hoje com configurações estruturais diferentes, melhores do que na época de sua implementação.

Em quatro anos a população entendeu e acolheu os novos serviços e a partir daí iniciou-se um caminho sem volta. Porém, por se tratar de um cargo político, obtinha um período limitado de atuação, e assim foi ao final do ano de 2008 a gestão que implementou tais serviços foi substituída, no entanto, as políticas implantadas tiveram continuidade juntamente com quatro unidades básicas do programa saúde da família na atenção básica.

No ano de 2011, a autora passou a atuar como psicóloga efetiva na rede municipal de saúde, do município, pois foi aprovada por meio de concurso público. Ainda que timidamente neste ano já havia o sonho de implementação do CAPS na cidade, dessa forma, foi estabelecida uma equipe para trabalhar os agravos não transmissíveis e da rede de saúde mental.

As portas estavam fechadas para a psicologia perante a gestão da época e ninguém passava informação alguma, dessa forma os anos se passaram, e novamente o governo municipal mudou. A gestão do ano de 2008 teve a oportunidade de voltar, e então se passaram dois novos Secretários de Saúde, até chegar na atual Secretária, a autora deste estudo. O primeiro, um médico de profissão, o qual ficou um mês no cargo. O segundo, amplamente conhecedor dos governos de Estado, e tentou estratégias de gestão grandiosas, mas o município não estava pronto para receber tais ações, e assim, também não permaneceu no cargo, e por fim a gestão municipal atual convidou a autora desta pesquisa, psicóloga, para atuar como Secretária, devido à experiência adquirida nos quatro anos anteriores, e viu-se neste momento a oportunidade de implantar o CAPS no município.

Como já havia uma equipe com anseios similares, escolheu-se um coordenador que dividia o mesmo sonho, procurou-se assistentes social, técnicos de enfermagem, enfermeira, psiquiatra, equipe de limpeza, local tudo o que se fazia necessário. O local sem dúvida foi à maior dificuldade, porque durante o pequeno período da atual gestora, percebeu-se que o recurso destinado a implantação do CAPS já estava no fundo municipal de saúde do município há mais de ano, e permanecia parado.

Para locar um imóvel onde a equipe pudesse trabalhar havia necessidade de um alvará da Vigilância Sanitária de funcionamento expedido pelo Estado. Para conseguir tal alvará era necessária aprovação de um único engenheiro que analisava todas as plantas baixas dos 246 municípios do Estado de Goiás no referente a projetos ligados a saúde pública e privada, pois as entidades privadas também necessitavam de alvará de vigilância sanitária, perpassando o mesmo trajeto das entidades públicas.

Também observou-se que, os critérios para autorização do CAPS são os mesmos de uma unidade de saúde básica, a lei 10.216/01 da saúde mental não dispõe sobre estrutura física, um dos engenheiros em uma das várias pré análises para adaptação da planta baixa do imóvel, a equipe do engenheiro informou que não se podia fazer outras alterações necessárias, pois a portaria que regula os espaços é a mesma para todos os hospitais, Unidades Básicas de Saúde – UBS, e os CAPS (hospitalocêntrica).

Argumentação sem respaldo, tentou-se então se organizar e adaptar as normas chamando a partir daí a gerência estadual de saúde mental para as reuniões a favor do projeto do CAPS de Alexânia. O projeto passou a fluir então com o apoio da gerência estadual de saúde mental, junto às reuniões frequentes na RIDE-DF. As reuniões de saúde mental na RIDE-DF, ocorrem mensalmente no ano de 2014 e geraram frutos significativos, pois, as discussões de grupo e com a participação ampla dos municípios levantaram as problemáticas dos CAPS implantados, gerando soluções coletivas para a região.

O projeto do CAPS então foi feito, desfeito, refeito, e a estrutura física mudou para um local menos inadequado, porém, uma casa maior que não é de fato um centro de saúde. Dessa forma a gerência estadual elaborou parecer favorável ao município e enviou ao Ministério da Saúde para análise.

No dia 19 de dezembro de 2014 a portaria nº 1.456 publicada no Diário Oficial da União habilitou Centros de Atenção Psicossocial para realizar os procedimentos específicos previstos na tabela dos procedimentos, orteses, próteses e materiais específicos do Sistema Único de Saúde (SUS) entre eles estava o município de Alexânia.

Nesse ínterim quase dois anos se passaram e o município com poucos recursos teve que arcar com todas as despesas de manutenção e funcionamento da unidade. E neste cenário a gestão do município deixou claro que havia prioridades maiores, como o hospital onde são realizadas as cirurgias que salvam vidas e que tem maior visibilidade política do que os CAPS.

O que uma unidade de saúde mental pode ajudar politicamente o município de Alexânia? O prefeito da cidade foi favorável ao CAPS e a política da saúde mental, resistiu até mesmo a alguns secretários que sugeriram que o CAPS deveria ser implantado longe da cidade, pois pessoas perigosas podiam fazer parte dos usuários do serviço e se algo acontecesse com uma criança por estar próxima a uma creche, por exemplo, os políticos poderiam ser responsabilizados, ou seja, a sugestão era quanto mais afastado do centro da cidade, seria melhor. Esse fato já é exposto academicamente a muitos anos, e volta a ser reafirmado por Bandeira, Lima e Barroso (2014), quando expressam que:

O estigma em relação aos doentes mentais é um dos principais fatores que prejudicam a adaptação dos pacientes na comunidade. A preocupação com as atitudes da sociedade vem aumentando nas últimas décadas, e vários estudos demonstram a maneira como as pessoas constroem categorias cognitivas e as relacionam às categorias de crenças estereotipadas. [...] Dessa maneira, à medida

que alguém é rotulado como doente mental, passa automaticamente a sofrer as consequências da discriminação. (BANDEIRA; LIMA; BARROSO, 2014, p. 241).

Porém, a fim de contrariar a visão exposta acima e de valorizar o portador de sofrimento mental grave, alugou-se uma unidade que funciona em uma linda casa de tijolinhos a vista, com um bonito jardim e quase em frente à Prefeitura Municipal da cidade a qual está aberta a população e aos usuários e possui um aspecto acolhedor e fora da concepção de um hospício, ou de um depósito para lunáticos.

Com efeito expositivo observa-se a figura 1:

Figura 2 – CAPS Alexânia - GO



Fonte: Autora, 2014.

No dia 19 de janeiro de 2015, houve uma segunda conquista para a gestão atual, e muito mais expressiva, pois saiu à portaria de nº 6 de sete de janeiro de 2015, a qual liberou o montante de R\$ 399.660,00 mil reais do Ministério da Saúde para a manutenção do CAPS do município. Agora a unidade encontra-se segura, a nível financeiro, se assim se pode dizer, no

entanto, ainda falta à primeira parcela ser depositada, fato que deverá ser resolvido com um pouco de tempo. Contudo, sem voltar ao passado onde não havia o CAPS, agora a luta continua pela terapêutica adequada, por uma sede própria e mais ampla, matriciamento e incorporação de novos serviços, já que são serviços e atividades que ainda precisam ser aperfeiçoadas, no entanto, que já estão sendo consideradas junto aos planejamentos do CAPS para o decorrer dos próximos anos.

Como o tempo desta pesquisa coincidiu com o tempo da habilitação, descobriu-se que vários CAPS que estão em funcionamento há mais de 10 anos na RIDE-DF, infelizmente, estão sem legalidade oficializada, e principalmente sem os recursos necessários para desenvolver ações adequadas aos profissionais, gestores e principalmente aos usuários dos serviços. Descobriu-se ainda que, a teia de não habilitação das unidades é extremamente forte e os recursos federais acabam por exaurir-se de forma a não contemplar a Lei, 10.216, e muito menos a novas propostas políticas de saúde mental em sua totalidade, fato este que é triste se observado a real necessidade que os serviços de saúde mental da RIDE-DF e do Brasil precisam, e o que realmente possuem para desenvolvimento de suas atividades corriqueiras, por isso é necessário que haja um trabalho de aperfeiçoamento da gestão dos CAPS para ampliação das unidades habilitadas nos programas as quais tem esse direito e não o obtiveram.

Sabe-se que o Sistema Único de Saúde no nível de gestão é complexo demais, porém, cabe aos gestores que atuam em saúde mental, aos movimentos sociais e academia científica desenvolver um papel importante no sentido de colaborar com as políticas públicas de saúde mental, ajudando a discutir e propor mecanismos desburocratizantes e sustentáveis.

A educação permanente em saúde pública também está chegando timidamente ao meio da saúde mental, o que não impede de vislumbrar um horizonte melhor para o que hoje denominamos RAPS - Redes de Atenção Psicossocial, mas para que isso ocorra ainda há um caminho a ser percorrido.

Alguns pontos poderiam e podem ser mudados, a seguir identificar-se-á quais são eles.

#### **4.7. Pontos a serem mudados**

As unidades dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS são bem mais do que uma simples alternativa diante do modelo hospitalar predominante. Seu funcionamento é justificado pelos objetivos de evitar internações psiquiátricas e amenizar suas reincidências, porém, seu objetivo maior é promover espaços para o desenvolvimento de laços interpessoais

e de socialização, que são itens inevitáveis na vida do ser humano, e no caso de portadores de sofrimento psíquico é fundamental para o tratamento de sua doença.

No Brasil, como já exposto, a reforma psiquiátrica afetou as estruturas da saúde mental de muitas formas, possibilitando múltiplas experiências e iniciativas para os campos assistências, jurídicos e culturais da sociedade, e este fato é constatado pela visibilidade a qual foi dada ao modelo substitutivo dos CAPS aos hospitais psiquiátricos.

Devem ser oferecidos cuidados especiais às pessoas portadoras de algum transtorno mental, na perspectiva da reforma psiquiátrica brasileira, devem ser observados a ética, a atenção integral, a indissociação do biopsicossocial, e outros valores os quais valorizam o ser humano como eles são, sem julgamentos mesquinhos. No entanto, há diferença entre a retórica, a legislação e a realidade vivenciada pelos CAPS no seu dia a dia. E mesmo que exista diferença entre os três itens apontados os valores vivenciados pelos CAPS são significativos, pois percebe-se que através deles é possível a mudança da vida dos usuários.

Mas, como já exposto neste estudo, não existem apenas pontos positivos, mas pontos negativos e a serem mudados na realidade da saúde mental brasileira. Observado este fato, o primeiro ponto passível de mudança é a relação do serviço com outros serviços na rede pública.

Muito se fala, por estudos, discussões e vivência prática, sobre o matriciamento, ou seja, o planejamento das organizações dos serviços com outros da própria saúde e saúde mental com base em uma estrutura matricial, a qual permita o cruzamento de projetos e funções, que são possibilidades de ocorrer por meio de uma gestão participativa, democrática, e para que isso ocorra faz-se necessário o envolvimento de diversos profissionais os quais devem possuir igual valor e não serem estruturados hierarquicamente. Nesse tipo de procedimento o importante é que haja o intercâmbio de conhecimento dos profissionais, para que assim sejam promovidas melhorias significativas nos serviços e cuidados oferecidos aos usuários. O objetivo do matriciamento é garantir que as equipes de trabalho estabeleçam um vínculo com os pacientes e se responsabilizem pelas ações de assistência ao usuário, desde o primeiro atendimento até a saída do paciente do sistema, garantindo sempre a integralidade, o respeito e a atenção em todas as etapas desse processo.

Como a falta de matriciamento dificulta o desempenho das atividades de atenção aos usuários dos serviços mentais? Simples, à medida que os serviços desempenham suas atividades isoladas torna-se difícil manter o fluxo de atenção e cuidados a estes usuários. A realidade vivenciada hoje é de internações compulsórias sendo expedidas por órgãos judiciais, e as unidades têm de atender tais pedidos, no entanto, não são todos os CAPS que dispõem de

serviços, equipe e infraestrutura para atendimento a estes casos, e, além disso, o número de leitos em hospitais psiquiátricos diminuiu consideravelmente, se comparado há anos atrás, devido à reforma psiquiátrica. Faz-se necessário a ampliação dos CAPS e a instalação de residências terapêuticas o quanto antes. Como expresso por um Gestor do Distrito Federal:

É, isso também, a gente não tem residência pra esse povo, e aí? Coloca a onde gente? Ah, tem gente que vem lutando por essas residências há anos dentro da saúde mental, há anos levando essa bandeira, há anos fazendo projetos e não tem, não sai. A gente tem paciente aqui que a gente sabe que melhoraria tendo uma residência terapêutica e não tem, então assim, realmente a gente tem que caminhar. O DF assim, eu não sei se hoje a posição do DF em relação à saúde mental o atendimento é penúltimo, já foi o último, eu não sei como é que esta. (GESTOR 1 – DF, 2014).

Ainda que timidamente a RIDE-DF já vem promovendo reuniões de encontro entre os profissionais que atuam nos CAPS, a fim de melhorar os serviços que são oferecidos e de formar laços para um possível matriciamento no sistema.

Ações como essa devem ser implantadas, ampliadas e solidificadas como ações básicas não apenas para a RIDE-DF, mas para todo o território nacional para que os usuários da saúde mental possam ter a atenção e respeito do qual merecem.

Da relação ao serviço com instituições de ensino, formação e capacitação, é necessário que haja a instalação de cursos para este nicho de mercado, se assim pode-se dizer. A formação dos profissionais de saúde e saúde mental, hoje, ainda está a quem do que deveriam estar quando o assunto é saúde mental. Percebe-se que não há incentivos profissionais e financeiros para atuação na área, e desenvolvimento de ações para melhoria dos serviços.

Ainda sobre o item de capital humano, a qualificação da equipe de trabalho foi um dos itens que foi mais mencionado nas entrevistas em profundidade e avaliado negativamente na pesquisa web, fato que tem relação direta com o afastamento da academia e das instituições de ensino com a saúde mental. Identificou-se que a maior parte dos profissionais que atuam hoje nos serviços de atenção aos portadores de transtorno mental, previamente não obtinham conhecimentos e experiência na área, pois como já exposto anteriormente, foram inseridos nos serviços por diversos motivos, alguns sem ter formação na área da saúde, a exemplo. Tais colaboradores passaram a desenvolver os trabalhos na prática, ou como coloquialmente se fala: ‘aprendeu a fazer, fazendo’. Sabe-se que o conhecimento abre portas, pois à medida que se possui mais profissionais qualificados, o tempo de preparo e desenvolvimento dos mesmos na execução de suas respectivas funções diminui, e é por isso, que é mais que urgente que seja

estabelecido laços entre a saúde mental, não apenas da RIDE-DF, mas do Brasil com as instituições de ensino.

Para a manutenção dos recursos humanos atuais, observou-se que além do desenvolvimento de suas funções por ócios do ofício e apesar das dificuldades encontradas no dia a dia, muito dos profissionais participantes deste estudo, indicaram sentir-se felizes por verem que seus esforços são válidos ao observar usuários em estados significativos de melhoria dentro da condição a qual chegaram às unidades. No entanto, não é apenas este o fato que manteria os profissionais em atuação, faz-se necessário que haja ampliação de alguns benefícios oferecidos, como oferecimento de auxílio insalubridade, e auxílios para a ampliação de seus conhecimentos, como exemplo, participação de cursos, especializações e pesquisa para o desenvolvimento de suas habilidades profissionais e melhoria no atendimento aos usuários.

A infraestrutura foi um aspecto citado em vários momentos deste estudo, os CAPS por serem serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, por si só já deveriam ser constituídos de uma estrutura excelente, no entanto, não é o que é visto hoje na realidade das unidades. O primeiro desafio a ser superado é que haja uma especificação técnica enquanto as normas de construção das unidades dos CAPS, pois a lei de nº 10.216 possui algumas lacunas, e esta é uma delas.

Há uma satisfação por parte de alguns usuários quanto à infraestrutura de suas unidades, em contra ponto, há outros que se mostram insatisfeitos por não possuírem maiores espaços para o desenvolvimento de suas atividades. Profissionais e gestores demonstram-se insatisfeitos quando questionados por este item, pois a demanda dos CAPS também extrapola o que é dito pela Lei e pelas portarias e normais, e anexado a este fato expõe a falta de profissionais suficiente para atenção da demanda atual, ou seja, por mais que a reforma psiquiátrica brasileira tenha provocado mudanças significativas nos serviços de saúde mental, ainda é falha deixando a desejar em alguns pontos, os quais poderiam ser sanados se houvesse apoio político para a ampliação destes itens. Como exposto por um Secretário de Saúde:

Eu acho que além do recurso que é muito pouco, eu acho que é o que todo gestor sofre, eu acho que tanto o estado quanto o ministério deveriam desenvolver uma política mais abrangente para a saúde mental. Foi o que eu falei pra você assim, eu acho que a atenção básica já está começando aí. Hoje a política é voltada para a atenção básica que é uma política consolidada digamos assim, para a saúde mental não, a gente precisa de algo mais consistente que, por exemplo, em termo de estrutura física, a gente tem muito que melhorar não só o município aqui como

outros municípios tem a mesma dificuldade. E como é uma doença psicossomática que são essas doenças do futuro agora. (SECRETÁRIO DE SAÚDE 1 – GO, 2014).

As palavras do Secretário expressam muito bem a real necessidade as saúde mental na RIDE-DF e quiçá no Brasil.

Dos insumos e material de apoio para oficinas, foi expresso em muitos momentos que os CAPS enfrentam dificuldade para a manutenção de todas as suas atividades, devido à falta de materiais.

Algumas oficinas terapêuticas demandam materiais específicos para o seu desenvolvimento, e se não houver apoio para a compra destes itens, deixam de ser realizadas, frustrando não apenas usuários, mas profissionais e gestores que gostariam de desenvolver um melhor trabalho para com os pacientes.

Faz-se necessário que sejam ampliados os recursos provindos dos órgãos federais para os serviços substitutivos, seja por meio da ampliação dos recursos repassados a unidade, ou por repasses destinados apenas para a compra de materiais. Estas seriam soluções que já amenizariam ou acabariam com este problema.

Sobre a facilitação da habilitação dos serviços de acordo com as portarias e normas técnicas, houve uma grande queixa por parte dos profissionais e gestores neste item, como já exposto nas sessões 4.4.2 e 4.5. A burocracia no processo de habilitação é um dos itens de maiores reclamações e faz com que haja situação de CAPS em pronto atendimento atuando com recursos do município e atendendo uma demanda bem maior do que a sua real capacidade, em prol do usuário. Há que ser levantada a discussão sobre este item em meio acadêmico e político, pois quem precisa de ajuda padece sobre as exigências de regulamentações dúbias, e assim mais uma vez, vale mencionar que o apoio político e a qualificação profissional são os itens que precisam ser ampliados o quanto antes.

O conhecimento do marco regulatório dos profissionais e gestores foi um dos pontos também de queixa e que possui relação com o citado acima, a Profissional 2 – GO (2014) ilustra um pouco melhor este item em seu discurso:

Bom à dificuldade que a gente tem é sempre uma dificuldade em relação à estrutura do serviço como um todo. Eu acho que não é uma dificuldade só do CAPS, mas é uma dificuldade do sistema de saúde, porque se você for pegar a lei do SUS você vai perceber que é uma lei abrangente que foi feita pra que a gente pudesse aos poucos ir alcançando aqueles objetivos. Então assim, a saúde é um direito de todos, é um dever do estado não excluir o dever da família, é amplo... Então a gente vai aos

poucos tentando vencer essas dificuldades, porque quando eu falo dificuldade na estrutura é recursos que muitas vezes a gente quer executar aquele trabalho. (PROFISSIONAL 2 – GO, 2014).

Há que ser feito um movimento de conhecimento em torno do que as leis, portarias e normas da saúde mental tem a oferecer, não apenas aos usuários, mas aos profissionais, e além disso, de identificar quais pontos ainda encontram-se descobertos pela marco legal, para que assim sejam desenvolvidas ações de melhoria deste item.

Ações como cursos e palestras com profissionais qualificados e com domínio deste tema seriam indicadas para sanar este problema. Ou até mesmo a construção de uma cartilha com os principais pontos de cobertura e proteção para os usuários seria interessante e possível, além de não demandar valores exorbitantes. Há que se pensar em saúde não como um problema, mas como uma necessidade de todos.

E por fim, ao mencionar que saúde é um direito de todos um último item a ser mencionado é a contribuição para a sociedade da reforma psiquiátrica brasileira, pois mesmo que ainda haja uma cultura de internação e hospitalocêntrica, identificou-se casos de que a família já entende que o portador de um transtorno mental não deve ser mantido fora do âmbito social, ou que é perigoso, mas que é alguém afligido por uma doença a qual merece ser tratada e ter atenção e os CAPS, por meio de uma política de democratização dos serviços já vem inserindo estes valores na comunidade. Sendo assim, mesmo que a saúde mental ainda seja vista como não prioridade, se comparada com a atenção básica, já esta visível para a sociedade.

Há muito a ser discutido sobre alguns itens delicados da saúde mental ainda, e igualmente a serem mudados, a fim de proporcionar melhores resultados para os usuários, seus familiares, profissionais e gestores, e este debate torna-se saudável à medida que muda a realidades destes atores. Esperando ter promovido um debate saudável, a seguir apresentam-se as considerações finais desse estudo.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo fazer do ser humano desenvolve-se de diferentes maneiras e ocorrem em um determinado contexto, o qual determina suas ações, cada ação acontece com seu devido grau de complexidade e acaba por envolver diferentes tipos de indivíduos, os quais desempenham um papel diferente e são portadores de lógicas, linguagens, interesses e culturas diferentes, o que na maioria dos casos provoca uma contradição na interação com outros seres com igual complexidade.

Os transtornos mentais foram estigmatizados por muitos anos, e seus portadores ainda mais, mas em meio ao processo da reforma psiquiátrica brasileira e de discussões da importância da saúde mental no contexto do Sistema Único de Saúde, a pesquisa questionou como se dá a atuação dos profissionais de saúde mental, em meio a posterior implementação da reforma psiquiátrica a fim de rediscuti-la (uma vez que em linhas jurídicas há além da legalidade do papel da psicologia, o dever de sua atuação junto aos que dela necessitam).

Este estudo preocupou-se em superar a avaliação clássica, onde o pesquisador aponta os resultados por meio de análises dos indicadores, observando cálculos, formulas científica e revisões bibliográficas, com o objetivo de avaliar a implementação da reforma psiquiátrica na RIDE-DF sob a visão dos gestores, profissionais e usuários da rede, construiu-se um trabalho de avaliação participativa, pois ao envolver muitos personagens que vivenciam a realidade da reforma psiquiátrica foi possível conhecer diferentes realidades as quais, geralmente, não são expostas em estudos que expõe apenas os resultados positivos.

Ao considerar diferentes pontos de vistas, valores e histórias, e confrontar tais visões como o que é exposto em estudos prévios, foi possível analisar se existe na prática o cumprimento das Leis que regulamentam a reforma psiquiátrica, observada a região que compõe a RIDE-DF, para então assim propor a discussão de como a democratização das instituições de saúde mental tem abordado o papel de valorização do poder a indivíduos e da comunidade. No decorrer do estudo foi identificado que a realidade dos CAPS é constituída de ações ímpares, e que se desenvolvem em contextos e ambientes complexos, os quais dificultaram a análise isolada das unidades, ou seja, haverá sempre relação com outras instituições que compõe a saúde mental, fato este que significa muito para o processo de desinstitucionalização de programas e serviços oferecidos na RIDE-DF.

As análises e apontamentos que foram feitos neste estudo visaram contribuir para o fortalecimento da luta pela reforma psiquiátrica e qualificação dos serviços públicos em saúde mental na RIDE-DF, pois como já mencionado ainda vivencia-se a cultura

hospitalocêntrica, e as barreiras impostas pelo preconceito da sociedade e da família de pessoas acometidas com sofrimento psíquico, e esta realidade já vem sendo mudada graças aos esforços dos CAPS, os quais além de cumprir seu papel de atenção aos usuários, vem integrando a família no processo de tratamento de seus pacientes. Tais ações contribuem para o processo de democratização das instituições de saúde mental e solidificam uma imagem positiva junto à sociedade.

A imagem pode ser melhorada à medida que exista melhoria no próprio processo de atenção aos usuários e seus familiares, então, por isso que neste estudo fez-se necessário elaborar propostas e sugestões de melhorias para a gestão da saúde mental, que foram pautadas sob a realidade indicada dos usuários, profissionais e gestores a fim de cumprir com um dos objetivos previamente indicados neste estudo.

Observou-se que houve a expansão dos serviços substitutivos de saúde mental na RIDE-DF, grande parte dessa expansão deu-se em virtude dos esforços, empenho e dedicação de gestores e profissionais das mais variadas formações que juntos oferecem diariamente a reabilitação, o acompanhamento, assistência comunitária e solidificam a busca pela autonomia do usuário, e o conjunto destas ações favorece a superação do modelo centrado em hospitais psiquiátricos e internações. Ainda que alguns aspectos de apoio público sejam questionáveis, não se pode menosprezar o fato de melhorias e humanização dos serviços de saúde mental que existem atualmente.

Este estudo demonstrou-se significativo na solidificação da saúde mental em meio às discussões de saúde pública, pois como expresso anteriormente estes serviços não são tidos como prioritários no contexto geral do SUS, mas que possuem igual valor, por possibilitar a reabilitação dos usuários acometidos de doenças e transtornos mentais.

Foram expostos neste estudo pontos tidos como essências para a discussão e promoção da saúde mental, pois conhecer diferentes visões sobre os serviços e a interpretação dada por diferentes atores a legislação que compõe reforma psiquiátrica, bem como observar a qualificação dos profissionais e gestores. E ainda, indicar pontos positivos, negativos e a serem mudados na RIDE-DF, além de expor como é a gestão dos CAPS e verificar como foi feita a implementação de uma unidade no território em questão. Todos estes pontos tornaram-se significativos na construção do todo e atenderam o objetivo geral deste estudo.

Há que se dizer, que nem tudo que se constrói pelo ser humano é exatamente perfeito, por isso, foram verificadas algumas debilidades neste estudo, como: a inviabilidade de promover entrevistas em profundidade com todos os personagens em questão de todas as unidades que compõe a RIDE-DF, alinhado a este ponto, também não houve a participação de

todos os municípios na pesquisa web, a qual contou apenas com 83% de participação, ou seja, de 19 cidades em um conjunto total de 23. Outro ponto tido como de limitação da pesquisa foi à divergência entre os números de usuários, CAPS e outros serviços apontados pelo Ministério da Saúde e outras fontes de pesquisa utilizadas neste estudo.

Por fim, vale mencionar que este estudo pode ser replicado em outras regiões do país, para que seja avaliado como são percebidos os serviços substitutivos e a sua relação com a reforma psiquiátrica. Tais estudos solidificariam a área de saúde mental e proporcionaria debates cada vez mais saudáveis em torno do bem estar do usuário, e estimulariam a solidificação de uma rede de atenção aos portadores de transtornos mentais e claro proporcionariam a democratização das instituições de saúde mental.

## 6. REFERÊNCIAS

- ADULIS, D. *Como planejar a avaliação de um projeto social? apoio à gestão*. Rio de Janeiro: RITS, 2002.
- AMARANTE, P. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial, 2103.
- BANDEIRA, M.; LIMA, L. A.; BARRSO, S. *Avaliação de serviços de Saúde Mental: princípios metodológicos, indicadores de qualidade e instrumentos de medida*. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.
- BANNER, D.K.; DOCTORS, S.I.; GORDON, A.C. *The Politics of Social Program Evaluation*. Cambridge: Mass, 1975.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Observatório Crack, é possível vencer*. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>>. Acesso em: 05 jan. 2015.
- BRASIL. Ministério da Integração Nacional. *Programa de Volta para casa*. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/residencias.html>>. Acesso em 20 Dez. de 2014.
- BRASIL. Ministério da Integração Nacional. *Periódicos: saúde mental dados*. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude\\_mental\\_dados\\_v8.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf)>. Acesso em 20 Dez. de 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental: Intersetorial*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Integração Nacional. *Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE-DF*. Disponível em: <[http://www.integracao.gov.br/web/guest/regioes\\_integradas\\_df\\_rides](http://www.integracao.gov.br/web/guest/regioes_integradas_df_rides)>. Acesso em 2 Jul. de 2014.
- BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J (Org). *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes, 2006.
- CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Saúde: Residências Terapêuticas. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/residencias.html>>. Acesso em 20 Jan. de 2015.
- CAMPOS, G. W. S. *Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde*. Londrina: Nescon, 1992.
- COHEN, E.; FRANCO, R. *Avaliação de Projetos Sociais*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- DELGADO, P. G. *Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. *O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva: psicologia em Estudo*. São Paulo: Maringá, 2001.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. *O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais*. São Paulo: Maringá, 1998.

FOUCAULT, M. *O nascimento do hospital*. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GONZÁLEZ REY, F. L. *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

GONZÁLEZ-REY, F. L. *Subjetividade e Saúde: superando a patologia na clínica*. São Paulo: Cortez, 2011.

MARINO, E. *Manual de avaliação de projetos sociais*. São Paulo: Instituto Ayrton Senna, 2003.

MIELKE, F. B.; KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; OLSCHOWSKY, A.; MACHADO, M. S. *O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais*. Porto Alegre: Lume Repositório digital, 2009.

MINAYO, M. C. S. *Os 20 anos do SUS e os avanços na vigilância e na proteção à saúde*. Brasília: BvsIec, 2008.

MUSSE, L. B. *Novos sujeitos de direito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

NODDEO, A. MP-RJ: com atendimento insuficiente, internação compulsória é ilegal. Disponível em: <[http://noticias.terra.com.br/brasil/mp-rj-com-atendimento-insuficiente-internacao-compulsoria-e-ilegal,ffd1b95d7e30d310VgnVCM20000099cceb\\_0aRCRD.html](http://noticias.terra.com.br/brasil/mp-rj-com-atendimento-insuficiente-internacao-compulsoria-e-ilegal,ffd1b95d7e30d310VgnVCM20000099cceb_0aRCRD.html)>. Acesso em: 25 set. 2013.

OLIVEIRA, W. F. *Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial*. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Florianópolis UFSC, 2009.

ONOCKO, R T. C.; FURTADO, J. P. *Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de centros de tenção psicossocial - CAPS do sistema único de saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

PACHECO, J. G. *Reforma psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência*. Curitiba: Juruá, 2009.

POTER, R. *Historia ilustrada da medicina*. Rio de Janeiro: Reinter, 2001.

REIS, L. C. *Avaliação de projetos como instrumento de gestão: apoio à gestão*. Rio de Janeiro: Rits, 1999.

ROCHA, F. *Avaliação e indicadores de projetos sociais*. Disponível em: <[http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fAvaliacao\\_de\\_projeos\\_como\\_instrumento\\_de\\_gestao.pdf](http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fAvaliacao_de_projeos_como_instrumento_de_gestao.pdf)>. Acesso em 3 mai. 2014.

ROTELLI, F. *Desinstitucionalização: uma outra via*. In Nicácio MF. *Desinstitucionalização*. Hucitec, São Paulo: Reinter, 1990.

ZGIET, Jamila. *A reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação*. Dissertação de mestrado, Brasília, set. 2010. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7719/1/2010\\_JamilaZgiet.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7719/1/2010_JamilaZgiet.pdf)>. Acesso em: 13 jul. 2014.

## Apêndice I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA AVALIATIVA SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NA REGIÃO INTEGRADA DE DESENVOLVIMENTO DO DISTRITO FEDERAL E ENTORNO – RIDE/DF

### Projeto de pesquisa:

Pesquisadoras: Janaina Neri Vargas Gonçalves (Mestranda em Psicologia no Centro Universitário de Brasília); Dra. Tatiana Lionço (Doutora em Psicologia, Orientadora do Mestrado em Psicologia no UniCEUB).

Termo de esclarecimento: Eu **Janaina Neri Vargas Gonçalves**, Psicóloga mestranda em Psicologia e Saúde pelo Centro Universitário de Brasília - UniCEUB, tendo como orientadora a professora doutora em psicologia **Tatiana**

**Lionço**, estou realizando uma pesquisa na área de Psicologia e Saúde, cujo título é “**AVALIAÇÃO CRÍTICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NA RIDE/DF: DA LEI À IMPLEMENTAÇÃO**”

O objetivo geral da pesquisa é ser um estudo para avaliar criticamente a implementação da reforma psiquiátrica na RIDE-DF. A fim de observar a realidade vivida dos usuários após a reforma psiquiátrica, bem como a qualificação dos serviços públicos em saúde mental na RIDE-DF. Este estudo em escala menor visa contribuir com as melhorias na gestão da saúde mental, mas não somente isso, objetiva impulsionar a democratização das instituições de saúde mental.

Você será convidado a participar de grupo focal (dinâmicas de grupo, redações, análises de filme, desenhos, situações de diálogo, entrevistas abertas). Caso não queira falar em grupo, poderemos conversar individualmente por meio de uma entrevista. Os avanços na área da saúde ocorrem através de trabalhos como este, por isso a sua participação é importante. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Sua identidade será mantida em sigilo e você terá todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade e em casos de danos não previstos cabe indenização nas formas previstas na lei. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado por uma letra. Durante a pesquisa caso ache necessário poderá recorrer a um dos pesquisadores para retirar quaisquer dúvidas.

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora responsável

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora mestranda

Termo de consentimento: Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo e permito a publicação dos dados obtidos, com a garantia do sigilo e privacidade no uso dos mesmos.

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Participante

Contatos da equipe de pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa: Janaina Neri Vargas Gonçalves ([janainanvg@hotmail.com](mailto:janainanvg@hotmail.com)); Tatiana Lionço ([tlionco@gmail.com](mailto:tlionco@gmail.com)). Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (telefone 39661511, email [comitê.bioetica@uniceub.br](mailto:comitê.bioetica@uniceub.br)).

## **Apêndice II – ROTEIRO DE ENTREVISTAS GESTORES**

Qual o cargo que ocupa/função?

Qual a sua relação com o serviço de saúde mental?

Em qual unidade de saúde você está inserido (a)?

Há quanto tempo se vincula a esta unidade de saúde?

Já teve vinculação a outros serviços de saúde mental antes?

Você conhece a lei 10.216 também conhecida como lei da reforma psiquiátrica?

Em sua opinião, quais as principais dificuldades relacionadas à qualidade do serviço de atenção à saúde mental em que você atua? O que poderia ser feito para melhorar o serviço?

Em sua opinião, quais os aspectos positivos relacionados ao serviço em que você atua?

Existem formas de participação direta de usuários do serviço em que você atua nos processos de decisão sobre a assistência em saúde mental? Pode nos falar a respeito do que você pensa e dar exemplos de participação?

Do seu ponto de vista, existe uma rede de saúde mental no seu município, ou seja, há relação do serviço em que você atua com outros serviços públicos de apoio, ONGs, movimentos sociais, comunidade geral, conselhos de direitos, universidades, etc.?

Existem preconceitos ou barreiras para o desenvolvimento do atendimento qualificado à saúde mental no serviço em que você atua?

Qual a sua visão sobre a internação do usuário? Em que situações se justificam as internações? As internações têm aumentado ou diminuído?

O Sr. / Sra. Poderia nos contar algo sobre o serviço em que você atua que acredita ser valido como contribuição que possa nos ajudar a pensar como melhorar a qualidade do seu funcionamento?

Como você avalia o atendimento aos níveis de usuário, as famílias e a garantia do direito do usuário?

Em sua opinião, como é a relação das instituições de ensino, formação e capacitação quando, se for o caso, são inseridas na realidade dos CAPS.

Como é feito a qualificação da equipe de trabalho, e como você analisa a estrutura física dos CAPS.

A seu ver, como você enxerga a relação entre a lei e a realidade vivenciada dos CAPS?

### **Apêndice III – ROTEIRO DE ENTREVISTAS PROFISSIONAIS**

Qual o cargo que ocupa/função?

Qual a sua relação com o serviço de saúde mental?

Em qual unidade de saúde você está inserido (a)?

Há quanto tempo se vincula a esta unidade de saúde?

Já teve vinculação a outros serviços de saúde mental antes?

Você conhece a lei 10.216 também conhecida como lei da reforma psiquiátrica?

Em sua opinião, quais as principais dificuldades relacionadas à qualidade do serviço de atenção à saúde mental em que você atua? O que poderia ser feito para melhorar o serviço?

Em sua opinião, quais os aspectos positivos relacionados ao serviço em que você atua?

Existem formas de participação direta de usuários do serviço em que você atua nos processos de decisão sobre a assistência em saúde mental? Pode nos falar a respeito do que você pensa e dar exemplos de participação?

Do seu ponto de vista, existe uma rede de saúde mental no seu município, ou seja, há relação do serviço em que você atua com outros serviços públicos de apoio, ONGs, movimentos sociais, comunidade geral, conselhos de direitos, universidades, etc.?

Existem preconceitos ou barreiras para o desenvolvimento do atendimento qualificado à saúde mental no serviço em que você atua?

Qual a sua visão sobre a internação do usuário? Em que situações se justificam as internações? As internações têm aumentado ou diminuído?

O Sr. / Sra. Poderia nos contar algo sobre o serviço em que você atua que acredita ser valido como contribuição que possa nos ajudar a pensar como melhorar a qualidade do seu funcionamento?

Como você avalia o atendimento aos níveis de usuário, as famílias e a garantia do direito do usuário?

Em sua opinião, como é a relação das instituições de ensino, formação e capacitação quando, se for o caso, são inseridas na realidade dos CAPS.

Como você avalia a qualificação da equipe de trabalho, oferecimento de cursos de aperfeiçoamento e etc.? E como você analisa a estrutura física dos CAPS.

A seu ver, como você enxerga a relação entre a lei e a realidade vivenciada dos CAPS?

## **Apêndice IV – ROTEIRO DE ENTREVISTAS USUÁRIOS**

Há quanto tempo utiliza dos serviços do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS?

Já teve obtido ajuda, auxílio, ou esteve em tratamento em outra instituição? Qual?

Em sua opinião, quais as principais dificuldades relacionadas à qualidade do serviço de atenção à saúde mental em que você é atendido/a? O que poderia ser feito para melhorar o serviço?

Em sua opinião, quais os aspectos positivos relacionados ao serviço em que você é atendido/a?

Como é a sua relação com o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS?

Você acredita que existem preconceitos ou barreiras para o desenvolvimento do atendimento qualificado à saúde mental no serviço em que você é atendido/a?

O que você pensa sobre internação? Em que situações avaliam que se justifica ser internado?

O Sr. / Sra. Poderia nos contar algo sobre o serviço em que você é atendido/a que acredita ser válido como contribuição que possa nos ajudar a pensar como melhorar a qualidade do seu funcionamento?

Como o Sr./Sra. Avalia a qualificação da equipe de trabalho que lhe atende, e como você analisa a estrutura física dos CAPS?

## Apêndice V – Questionário

### 1. Queremos conhecer o seu perfil:

|  |  |
|--|--|
| Idade:   |  |
| Sexo:  |  |
| Qual a sua relação com o serviço de saúde mental? gestor; trabalhador; usuário; familiar de usuário; outro. Especifique: |  |
| Qual o seu nível de escolaridade? ensino fundamental; ensino médio; ensino superior; pós-graduação; outros. Especifique: |  |
| Qual a sua profissão?  |  |
| Em qual unidade de saúde você se insere?   |  |
| Há quanto tempo se vincula a esta unidade de saúde?  |  |
| Já teve vinculação a outros serviços de saúde mental antes? Caso sim, especifique:                                       |  |
| Você conhece a lei 10.216 também conhecida como lei da reforma psiquiátrica?   |  |

### Questões dissertativas:

2. Na sua opinião, quais as principais dificuldades relacionadas à qualidade do serviço de atenção à saúde mental em que você atua ou é atendido/a? O que poderia ser feito para melhorar o serviço?

3. Na sua opinião, quais os aspectos positivos relacionados ao serviço em que você atua ou é atendido/a?

4. Existem formas de participação direta de usuários do serviço em que você atua ou é atendido/a nos processos de decisão sobre a assistência em saúde mental? Pode nos falar a respeito do que você pensa e dar exemplos de participação?

5. Do seu ponto de vista, existe uma rede de saúde mental no seu município, ou seja, há relação do serviço em que você atua ou é atendido/a com outros serviços públicos de apoio, ONGs, movimentos sociais, comunidade geral, conselhos de direitos, universidades, etc?

6. Existem preconceitos ou barreiras para o desenvolvimento do atendimento qualificado à saúde mental no serviço em que você atua ou é atendido/a? Em caso positivo, poderia exemplificar?

7. Qual a sua visão sobre a internação do usuário? Em que situações se justificam as internações? As internações têm aumentado ou diminuído?

8. Gostaria de nos contar algo sobre o serviço em que você atua ou é atendido/a que ainda não foi contemplado nas perguntas e respostas anteriores e que possa nos ajudar a pensar como melhorar a qualidade do seu funcionamento?

### Perguntas somente para gestores e trabalhadores

As perguntas a seguir servem apenas a gestores e profissionais de saúde que atuam nos serviços de saúde mental de forma direta ou indireta, ou seja, gestores e trabalhadores ligados aos CAPS, ainda que atuem em outros serviços a eles relacionados.

9. Atribua um valor de 1 a 4 para a qualidade atual do serviço de saúde mental com o qual você se relaciona, segundo a escala (1) precisa melhorar muito; (2) precisa melhorar; (3) boa; (4) excelente.

|  | <b>precisa melhorar muito</b> | <b>precisa melhorar</b> | <b>boa</b> | <b>excelente</b> | <b>N/A</b> |
|--|-------------------------------|-------------------------|------------|------------------|------------|
| Atendimento aos usuários   |                               |                         |            |                  |            |
| Outro (especifique)  |                               |                         |            |                  |            |
| Garantia de direitos a usuários                                    |                               |                         |            |                  |            |
| Outro (especifique)  |                               |                         |            |                  |            |
| Atendimento a familiares   |                               |                         |            |                  |            |
| Outro (especifique)  |                               |                         |            |                  |            |
| Relação do serviço com outros serviços na rede pública             |                               |                         |            |                  |            |
| Outro (especifique)  |                               |                         |            |                  |            |
| Relação do serviço com instituições de ensino/formação/capacitação |                               |                         |            |                  |            |
| Outro (especifique)  |                               |                         |            |                  |            |
| Relação do serviço com a sociedade civil                           |                               |                         |            |                  |            |
| Outro (especifique)  |                               |                         |            |                  |            |
| Manutenção e ampliação dos recursos humanos                        |                               |                         |            |                  |            |
| Outro (especifique)  |                               |                         |            |                  |            |
| Qualificação da equipe de trabalho                                 |                               |                         |            |                  |            |
| Outro  |                               |                         |            |                  |            |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| (especifique)  |  |  |  |  |  |
| Infra-estrutura  |  |  |  |  |  |
| Outro (especifique)  |  |  |  |  |  |
| Insumos - medicação  |  |  |  |  |  |
| Outro (especifique)  |  |  |  |  |  |
| Insumos - material de apoio para oficinas  |  |  |  |  |  |
| Outro (especifique)  |  |  |  |  |  |
| Insumos - material médico de uso geral   |  |  |  |  |  |
| Outro (especifique)  |  |  |  |  |  |
| Facilitação da habilitação dos serviços de acordo com as portarias e normas técnicas |  |  |  |  |  |
| Outro (especifique)  |  |  |  |  |  |
| Conhecimento e aplicação dos princípios da reforma psiquiátrica                      |  |  |  |  |  |
| Outro (especifique)  |  |  |  |  |  |
| Conhecimento do marco regulatório  |  |  |  |  |  |
| Outro (especifique)  |  |  |  |  |  |
| Supervisão/orientação de instâncias superiores de gestão                             |  |  |  |  |  |
| Outro (especifique)  |  |  |  |  |  |
| Contribuição para a sociedade  |  |  |  |  |  |
| Outro (especifique)  |  |  |  |  |  |

## Anexo I - Municípios pertencentes a RIDE

| Nº | UF | Município                   | Área (Km <sup>2</sup> ) | População(2010) | PIB per capita/2009 | IDH/2000 |
|----|----|-----------------------------|-------------------------|-----------------|---------------------|----------|
| 01 | GO | Abadiânia                   | 1.045,126               | 15.757          | 6.159,40            | 0,723    |
| 02 | GO | Água Fria de Goiás          | 2.029,413               | 5.090           | 16.736,45           | 0,695    |
| 03 | GO | Águas Lindas de Goiás       | 188,384                 | 159,378         | 3.831,77            | 0,717    |
| 04 | GO | Alexânia                    | 847,893                 | 23.814          | 14.699,21           | 0,696    |
| 05 | GO | Cabeceiras                  | 1.127,604               | 7.354           | 16.546,09           | 0,695    |
| 06 | GO | Cidade Ocidental            | 389,920                 | 55.915          | 4.064,71            | 0,795    |
| 07 | GO | Cocalzinho de Goiás         | 1.789,039               | 17.407          | 7.374,50            | 0,704    |
| 08 | GO | Corumbá de Goiás            | 1.061,954               | 10.361          | 6.697,92            | 0,716    |
| 09 | GO | Cristalina                  | 6.162,056               | 46.580          | 23.421,79           | 0,761    |
| 10 | GO | Formosa                     | 5.811,782               | 100.085         | 7.751,62            | 0,75     |
| 11 | GO | Luziânia                    | 3.961,118               | 174.531         | 9.715,27            | 0,756    |
| 12 | GO | Mimoso de Goiás             | 1.386,914               | 2.685           | 10.106,04           | 0,664    |
| 13 | GO | Novo Gama                   | 194,148                 | 95.018          | 3.968,99            | 0,742    |
| 14 | GO | Padre Bernardo              | 3.138,860               | 27.671          | 5.715,61            | 0,705    |
| 15 | GO | Pirenópolis                 | 2.205,008               | 23.006          | 8.693,12            | 0,713    |
| 16 | GO | Planaltina                  | 2.538,196               | 81.649          | 4.723,97            | 0,723    |
| 17 | GO | Santo Antônio do Descoberto | 944,046                 | 63.248          | 3.991,43            | 0,709    |
| 18 | GO | Valparaíso de Goiás         | 60,525                  | 132.982         | 5.595,23            | 0,795    |
| 19 | GO | Vila Boa                    | 1.060,170               | 4.735           | 14.588,56           | 0,674    |
| 20 | MG | Buritiz                     | 5.225,179               | 22.737          | 19.099,79           | 0,733    |
| 21 | MG | Cabeceira Grande            | 1.031,313               | 6.453           | 19.761,29           | 0,73     |
| 22 | MG | Unai                        | 8.447,098               | 77.575          | 16.776,38           | 0,812    |
| 23 | DF | Brasília                    | 5.787,784               | 2.570,160       | 50.438,46           | 0,844    |

Fonte: IBGE e PNUD 2013

## Anexo II - Quantidade de CAPS Instaladas

| Nº | UF | Município                   | CAPS |
|----|----|-----------------------------|------|
| 01 | GO | Abadiânia                   | 00   |
| 02 | GO | Água Fria de Goiás          | 00   |
| 03 | GO | Águas Lindas de Goiás       | 01   |
| 04 | GO | Alexânia                    | 01   |
| 05 | GO | Cabeceiras                  | 00   |
| 06 | GO | Cidade Ocidental            | 00   |
| 07 | GO | Cocalzinho de Goiás         | 00   |
| 08 | GO | Corumbá de Goiás            | 00   |
| 09 | GO | Cristalina                  | 01   |
| 10 | GO | Formosa                     | 01   |
| 11 | GO | Luziânia                    | 01   |
| 12 | GO | Mimoso de Goiás             | 00   |
| 13 | GO | Novo Gama                   | 00   |
| 14 | GO | Padre Bernardo              | 01   |
| 15 | GO | Pirenópolis                 | 01   |
| 16 | GO | Planaltina                  | 01   |
| 17 | GO | Santo Antônio do Descoberto | 00   |
| 18 | GO | Valparaíso de Goiás         | 01   |
| 19 | GO | Vila Boa                    | 00   |
| 20 | MG | Buritis                     | 00   |
| 21 | MG | Cabeceira Grande            | 00   |
| 22 | MG | Unaí                        | 01   |
| 23 | DF | Brasília                    | 17   |

Fonte: CNES 2013

### Anexo III - Quantidade de SRTs Instaladas

| Nº | UF | Município                   | SRT |
|----|----|-----------------------------|-----|
| 01 | GO | Abadiânia                   | 0   |
| 02 | GO | Água Fria de Goiás          | 0   |
| 03 | GO | Águas Lindas de Goiás       | 0   |
| 04 | GO | Alexânia                    | 0   |
| 05 | GO | Cabeceiras                  | 0   |
| 06 | GO | Cidade Ocidental            | 0   |
| 07 | GO | Cocalzinho de Goiás         | 0   |
| 08 | GO | Corumbá de Goiás            | 0   |
| 09 | GO | Cristalina                  | 0   |
| 10 | GO | Formosa                     | 0   |
| 11 | GO | Luziânia                    | 0   |
| 12 | GO | Mimoso de Goiás             | 0   |
| 13 | GO | Novo Gama                   | 0   |
| 14 | GO | Padre Bernardo              | 0   |
| 15 | GO | Pirenópolis                 | 0   |
| 16 | GO | Planaltina                  | 0   |
| 17 | GO | Santo Antônio do Descoberto | 0   |
| 18 | GO | Valparaíso de Goiás         | 0   |
| 19 | GO | Vila Boa                    | 0   |
| 20 | MG | Buritis                     | 0   |
| 21 | MG | Cabeceira Grande            | 0   |
| 22 | MG | Unaí                        | 0   |
| 23 | DF | Brasília                    | 341 |

Fonte: CNES 2015

**Anexo IV - Quantidade de Bolsas PVC**

| <b>Nº</b> | <b>UF</b> | <b>Município</b>            | <b>BOLSA PVC</b> |
|-----------|-----------|-----------------------------|------------------|
| 01        | GO        | Abadiânia                   | 0                |
| 02        | GO        | Água Fria de Goiás          | 0                |
| 03        | GO        | Águas Lindas de Goiás       | 0                |
| 04        | GO        | Alexânia                    | 0                |
| 05        | GO        | Cabeceiras                  | 0                |
| 06        | GO        | Cidade Ocidental            | 0                |
| 07        | GO        | Cocalzinho de Goiás         | 0                |
| 08        | GO        | Corumbá de Goiás            | 0                |
| 09        | GO        | Cristalina                  | 0                |
| 10        | GO        | Formosa                     | 0                |
| 11        | GO        | Luziânia                    | 0                |
| 12        | GO        | Mimoso de Goiás             | 0                |
| 13        | GO        | Novo Gama                   | 0                |
| 14        | GO        | Padre Bernardo              | 0                |
| 15        | GO        | Pirenópolis                 | 0                |
| 16        | GO        | Planaltina                  | 0                |
| 17        | GO        | Santo Antônio do Descoberto | 0                |
| 18        | GO        | Valparaíso de Goiás         | 0                |
| 19        | GO        | Vila Boa                    | 0                |
| 20        | MG        | Buritis                     | 0                |
| 21        | MG        | Cabeceira Grande            | 0                |
| 22        | MG        | Unaí                        | 0                |
| 23        | DF        | Brasília                    | 341              |

*Fonte: Ministério da Saúde 2013*

**Anexo V – Unidades de Acolhimento**

| <b>Nº</b> | <b>UF</b> | <b>Município</b>            | <b>UNIDADE DE ACOLHIMENTO</b> |
|-----------|-----------|-----------------------------|-------------------------------|
| 01        | GO        | Abadiânia                   | 0                             |
| 02        | GO        | Água Fria de Goiás          | 0                             |
| 03        | GO        | Águas Lindas de Goiás       | 0                             |
| 04        | GO        | Alexânia                    | 0                             |
| 05        | GO        | Cabeceiras                  | 0                             |
| 06        | GO        | Cidade Ocidental            | 0                             |
| 07        | GO        | Cocalzinho de Goiás         | 0                             |
| 08        | GO        | Corumbá de Goiás            | 0                             |
| 09        | GO        | Cristalina                  | 0                             |
| 10        | GO        | Formosa                     | 0                             |
| 11        | GO        | Luziânia                    | 0                             |
| 12        | GO        | Mimoso de Goiás             | 0                             |
| 13        | GO        | Novo Gama                   | 0                             |
| 14        | GO        | Padre Bernardo              | 0                             |
| 15        | GO        | Pirenópolis                 | 0                             |
| 16        | GO        | Planaltina                  | 0                             |
| 17        | GO        | Santo Antônio do Descoberto | 0                             |
| 18        | GO        | Valparaíso de Goiás         | 0                             |
| 19        | GO        | Vila Boa                    | 0                             |
| 20        | MG        | Buritis                     | 0                             |
| 21        | MG        | Cabeceira Grande            | 0                             |
| 22        | MG        | Unaí                        | 0                             |
| 23        | DF        | Brasília                    | 0                             |

Fonte: Ministério da Saúde 2013

## **Anexo VI – Parecer consubstanciado do CEP**