

**UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO
PÚBLICA DE SAÚDE**

**DESAFIOS DA GESTÃO DA SAÚDE MENTAL NO
ÂMBITO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: O
MANICÔMIO “VELADO” NOS CAPS**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ana Emília Grings Marconi

**Picada Café, RS, Brasil
2015**

**DESAFIOS DA GESTÃO DA SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO
DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: O MANICÔMIO “VELADO”
NOS CAPS**

Ana Emília Grings Marconi

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde, Área de Concentração Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do **Título de Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde**

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Vianna Martins

**Picada Café, RS, Brasil
2015**

**Universidade Aberta do Brasil
Universidade Federal de Santa Maria
Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso

**DESAFIOS DA GESTÃO DA SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA: O MANICÔMIO “VELADO” NOS CAPS**

elaborado por
Ana Emília Grings Marconi

como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA

Ricardo Vianna Martins, Dr. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Maria da Graça Porciúncula Soler, Msc. (UFSM)

Pedro de Souza Quevedo, Dr. (UFSM)

Alice do Carmo Jahn, Dr. (UFSM)

Picada Café, 05 de dezembro de 2015.

RESUMO

Trabalho de Conclusão de Curso
Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

DESAFIOS DA GESTÃO DA SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DA REFORMA PSQUIÁTRICA: O MANICÔMIO “VELADO” NOS CAPS

AUTORA: ANA EMÍLIA GRINGS MARCONI

ORIENTADOR: RICARDO VIANNA MARTINS

Data e Local de Defesa: Picada Café, 05 de dezembro de 2015.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) destacam-se num cuidado em saúde mental humanizado, integral e singularizado. Contudo, podem enfrentar dificuldades na superação do modelo tradicional, implicando conceitos, ferramentas de cuidado e gestão que podem subverter a lógica do Sistema Único de Saúde (SUS) e a formação profissional. Considerando esta realidade, o presente trabalho é um relato de experiência do trabalho na coordenação de saúde mental da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), vinculada à Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, junto aos CAPS desta área de abrangência. Baseia-se nas visitas técnicas, relatórios e contato diário com demandas dos serviços. Observou-se funcionamento na lógica ambulatorial, poucas ações intersetoriais e articulação na política de saúde mental. Conclui-se ser necessária educação permanente e acompanhamento institucional para fortalecer o modelo de cuidado preconizado para os CAPS, questionando práticas que perpetuam um “manicômio velado”.

Palavras-chave: Política Pública. Educação permanente. Cuidados de saúde.

RESUMEN

Trabalho de Conclusão de Curso
Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

RETOS DE GESTIÓN DE LA SALUD MENTAL DE BAJO LA REFORMA PSIQUIÁTRICA: LO MANICOMIO "VELADO" EN *CAPS*

AUTOR: Ana Emilia Grings Marconi

SUPERVISOR: Ricardo Vianna Martins

Fecha y lugar de la Defensa: Picada Café, 5 de diciembre de 2015.

Los Centros de Atención Psicosocial (*CAPS*) se destacan en una atención de salud mental humano, integral y singularizados. Sin embargo, pueden tener dificultades para superar el modelo tradicional, lo que implica conceptos, herramientas de la atención y gestión que pueden subvertir la lógica del Sistema Único de Salud (NHS) y la formación profesional. Teniendo en cuenta este hecho, el presente trabajo es un relato de experiencia de trabajo en la coordinación de la salud mental de la quinta de Coordinación Regional de Salud (CRS), vinculado al Departamento de Salud del Estado de Rio Grande do Sul, cerca de los *CAPS* esta área de cobertura. Se basa en visitas técnicas, informes y contacto diario con la demanda de servicios. Se observó que trabaja en la lógica ambulatoria, pocas acciones intersectoriales y articulación de la política de salud mental. Concluimos ser requeridos educación continua y el apoyo institucional para fortalecer el modelo de atención recomendada para los *CAPS*, cuestionando las prácticas que perpetúan un "manicomio velado".

Palabras clave: Política Pública. Educación continua. Atención de salud.

ABSTRACT

Trabalho de Conclusão de Curso
Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

CHALLENGES OF HEALTH MENTAL MANAGEMENT UNDER THE PSYQUIATRIC REFORM: THE MADHOUSE “VEILED” IN CAPS

AUTHOR: ANA EMÍLIA GRINGS MARCONI

MDT: RICARDO VIANNA MARTINS

Date and Place of Defense: Picada Café, 5 de december 2015.

Psychosocial Care Center (CAPS) stand out in a human, integral and singled mental health care. However, may face difficulties in overcoming the traditional model, implyng conceps, care and management tools that can subvert the logic of Nathional Health System (NHS) and professional qualification. Considering this fact, the present study is a work experience report on menthal health coordination on the 5th Coordination of Health (CRS), linked to the State Departament on Health of Rio Grande do Sul state (Brazil), with the CAPS on this coverage area. It's based on thecnichal visits, reports and dayly contact with Services demands. Was observed working in a traditional clinic model, few intersectoral actions and articulation in the mental health policy. We conclude be required continuing education and institutional support to strengthen the recommended care model for CAPS, questioning practices that perpetuate a “madhouse veiled”.

Keywords: Public Policy. Continuind education. Health care.

1 INTRODUÇÃO

As primeiras experiências brasileiras voltadas para um novo modo de cuidar a saúde mental, que pode ser chamado de “cuidar em liberdade”, iniciam em meados dos anos 90, acompanhando a experiência italiana de desinstitucionalização. Têm lugar em Santos, com intervenções na Casa de Saúde Anchieta, que culminam com seu fechamento. É a primeira tentativa de reinserção social dos chamados doentes mentais, historicamente segregados da sociedade, junto de todos aqueles que por algum motivo não podiam compartilhar com a vida comum (LANCETTI, 2008).

Para tanto, foi necessário reformular o modelo de atenção, com a transformação da psiquiatria, de um modelo médico-centrado, exercido num ambiente com variáveis controladas, para um cuidado psicossocial, no território, onde não há controle de variáveis, onde a vida acontece. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm sido a maior aposta do Ministério da Saúde para efetivar o movimento da Reforma Psiquiátrica. Eles assumem lugar estratégico e ordenador do cuidado em saúde mental de seu território. Destinam-se ao cuidado de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, que apresentem intenso sofrimento psíquico (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela portaria GM/MS 3088 de 23 de dezembro de 2011, tem como diretrizes o respeito dos direitos humanos, autonomia e liberdade das pessoas; promoção da equidade; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e qualidade dos serviços; atenção humanizada; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividade no território e serviços de base territorial numa rede regionalizada; e redução de danos. Os CAPS estão previstos no componente de atenção especializada, dentro da RAPS. Podem ser organizados em diferentes modalidades, através de critério populacional, conforme a seguinte classificação: CAPS Tipo I, para municípios com mais de 16 mil habitantes; CAPS Tipo II, CAPS infanto-juvenil, CAPS ad, para municípios com mais de 70 mil habitantes, CAPS Tipo III e CAPS ad III, com funcionamento 24h, para municípios com mais de 150 mil habitantes (MS, 2004). Contudo, a criação de um serviço não garante a substituição de um modelo, de um paradigma de cuidado. É necessário estar atento às práticas nestes serviços e qual modelo reproduzem.

Esta mudança na forma de cuidar e ver a saúde mental é um dos motivos que levam a escolher este tema. O desafio, como profissionais e gestores, de criar um outro olhar sobre a

saúde mental, sem, necessariamente, preocuparmo-nos somente com a “doença mental”, se é que existe uma, mas também com os afetos, com a sutileza da vida, com a forma de relação, ou seja, com todos os caminhos que os sujeitos percorrem, provoca o pensamento e move o desejo de produzir conhecimentos, reflexões e experimentações que contribuam para a reinvenção, a cada dia, do cuidar em liberdade.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Historicamente, o hospital psiquiátrico ocupou, durante muito tempo, a centralidade do tratamento em saúde mental. Durante o século XVII, ocorre o “grande internamento”, pautado em critérios da ordem do disciplinamento, isolamento, proteção e psiquiatrização da diferença. O manicômio era lugar, não apenas da loucura, mas também, de todas as formas de expressão que iam contra uma certa ordem social vigente (FOUCAULT, 1972).

Diversos acontecimentos e movimentos, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, apontam para o descontentamento com o modelo vigente, ligado a práticas de isolamento, meramente prescritivas e curativas. Podemos citar a ampliação no conceito de saúde, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde e Organização Panamericana de Saúde, o Plano Beveridge, a Crise na Divisão de Saúde Mental do MS, o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, entre outros, que dão forma e fundamento ao Movimento da Reforma Psiquiátrica (MACIEL, 2012).

A promulgação da Lei 10.216, que versa sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de sofrimento mental e redireciona o modelo de atenção, propõe a redução gradativa dos leitos em hospitais psiquiátricos e sua inserção em hospitais gerais, bem como a criação de serviços abertos e inseridos na comunidade. Novas linhas de financiamento e investimento na área da saúde mental, por meio deste marco legal, impulsionam a expansão de um novo modelo de atenção, substitutivo ao manicômio (MACIEL, 2012).

De uma forma geral, podemos caracterizar o manicômio como uma instituição total, ou seja, que ocupa todo o espaço físico-temporal na vida do sujeito, surgindo uma identidade cronificada (LANCETTI, 2008). O cuidado totalizante, curativo e homogenizador, baseado apenas em evidências neuro-fisiológicas, praticado pela psiquiatria pineliana do manicômio, assujeita qualquer possibilidade de uma constituição subjetiva singular e reduz a expressão da

loucura a uma conduta a ser combatida e eliminada, e não como uma das formas de manifestação da subjetividade. Lembramos que, em determinado momento histórico, este modelo fazia sentido em consonância com a norma social vigente. Como exposto acima, determinados acontecimentos e mudanças paradigmáticas, principalmente o questionamento do paradigma cartesiano, acabam por revelar novas formas de se relacionar com a loucura (AMARANTE, 2009).

O ambulatório de saúde mental é uma primeira alternativa ao cuidado totalizante do hospital. Porém, baseia seu fazer numa pontualidade que não responde às demandas de casos graves e refratários. Caracteriza-se por consultas individuais, por vezes curtas e espaçadas, banalização da prescrição medicamentosa, com a mera renovação da receita e critérios burocráticos para o atendimento (TENÓRIO, 2007).

Os CAPS, pensados com a premissa de assumir um lugar estratégico e ordenador da rede de saúde mental, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (2004), surgem com uma dupla função em meio à Reforma Psiquiátrica. Primeiro, atender às lacunas deixadas pelo ambulatório de saúde mental, segundo, substituir a centralidade do hospital psiquiátrico no cuidado da saúde mental (TENÓRIO, 2007). Entendia-se o CAPS, por sua característica emergente, como um serviço intermediário, rompendo com a totalidade do cuidado praticado no hospital e, ao mesmo tempo, com a pontualidade característica do ambulatório.

O momento histórico temporal em que ocorre todo este processo é muito próximo ao da criação do SUS, pela Lei 8.080, cujas diretrizes regulamentam o funcionamento de todos os serviços de saúde, inclusive no âmbito da saúde mental. A saúde passa a ser reconhecida como um direito fundamental do ser humano e dever do Estado de prover as condições para seu pleno exercício. Transformada em um direito constitucional, cria demandas que precisam ser absorvidas pelos serviços. Quanto a isso, Campos (2007) nos fala que sempre haverá recursos insuficientes em saúde, não tendo tudo o que os usuários precisam, tampouco o que os profissionais acham necessário. Porém sempre há a possibilidade de “inventar” um projeto terapêutico singular. Para isso, é necessário ter o entendimento a respeito da produção de demanda por atendimento, e os CAPS procuram ser o local de excelência para responder a esta questão, questionando esta necessidade de atenção especializada.

A noção contemporânea de subjetividade ajuda a pensar a mudança ideológica em relação à saúde mental. Entendemos subjetividade como constante produção de um sentido de pertencimento, que baliza o que somos, o que pensamos e o que queremos. Não representa uma totalidade, pois está sempre em mudança. Realizamos uma dobra sobre o exterior, sobre o caos, criando uma interioridade que nos é própria, um território existencial. Na psicose,

estas fronteiras estão fragilizadas e não se sabe ao certo a diferenciação entre o caos e entre o que nos pertence (SILVA, 2004).

Apoiados neste conceito, é possível refletir sobre a clínica da saúde mental, em especial a clínica do CAPS. A clínica remete sempre há uma atitude política, de produção. Vai além do *klinikos*, que é o ato de debruçar-se ao leito, sobre uma demanda do sujeito, procurando encontrar uma solução. Clínica também é produção de devir, de diferença, ou seja, um deslocamento do sujeito na produção de seu sofrimento, para que ele possa pensar de um outro lugar (PASSOS; BARROS, 2001). A clínica da psicose exige do profissional um afastamento de sua posição de saber, para produzir, junto com o sujeito, uma dobra em seu sofrimento.

Entendendo a clínica como ferramenta para deslocar o sujeito de uma posição de “assujeitamento”, produzindo um desvio, é nosso compromisso desnaturalizar o instituído. Então aparece a dimensão política da clínica, pois, questionando a história, damos visibilidade também ao jogo de forças que a produziram, que dão corpo às formas de existência. Assumindo a dimensão política da clínica, apostamos numa intervenção nos processos de produção de subjetividade (PASSOS; BARROS, 2001).

A avaliação e construção de indicadores para avaliação dos serviços de saúde mental, especificamente do CAPS, ainda carece de sistematização. Wetzel e Kantorski (2004) atentam para a particularidade dos indicadores avaliativos, pois, de acordo com a proposta dos CAPS, a quantificação epidemiológica do perfil dos usuários e dos atendimentos não garantem a eficácia do serviço nem superação do modelo tradicional, que é mensurada pela sua capacidade de reinserção social dos usuários. Contribui para esta carência a dificuldade de transpor os instrumentos epidemiológicos para a área da saúde mental, pela imprecisão dos diagnósticos e dificuldade de definir várias características das doenças. Desta forma, o Schmidt e Figueiredo (2007) propõem três eixos norteadores para avaliação e qualificação dos serviços de saúde mental, em especial os CAPS, sendo eles: o acesso, o acolhimento e o acompanhamento. O acesso é visto como o ato de ingressar no serviço, assim como, o quanto e de forma o serviço está disponível, ou seja, quais as condições de acessibilidade. Destaca-se esta dimensão do acesso, que envolve a recepção da demanda e a capacidade clínica do serviço responder a ela. O acolhimento vai além da recepção da demanda, entendido como uma atitude de toda equipe de saúde, pautada na humanização e reconhecimento do outro como sujeito de direitos. Já o acompanhamento, constitui-se como um importante nó crítico para o cuidado em saúde mental, pois, além de receber a demanda, é necessário dar-lhe um endereçamento, mesmo que seja fora do espaço físico do CAPS, deverá garantir-se a

continuidade do cuidado.

3 CARACTERIZANDO O TERRITÓRIO

Antes de caracterizarmos o território geográfico deste relato de experiência, é importante definir o conceito de território. De acordo com o Ministério da Saúde (2004), o território não corresponde apenas a uma delimitação geográfica. É, sobretudo, o local onde a vida das pessoas acontece, onde é produzida a subjetividade. Envolve, portanto, a cultura local, condições sócio-ambientais, interesses, conflitos, instituições, cenários e as relações. Desta forma, cada território terá um arranjo que lhe é peculiar. Enquanto rede de saúde, reconhecer estes arranjos e toda sua complexidade é fundamental para uma atenção efetiva e integral ao sujeito.

Além disso, é importante salientar que, além das pessoas, os serviços também são “conformados”¹ pelo território em que estão inseridos, surgindo uma cultura institucional, que definirá o modo de funcionamento dos mesmos, seus processos de trabalho, o modelo de atenção e de gestão. Desta forma, poderão ser identificados alguns analisadores² nos serviços, mas que sempre estarão circunscritos num determinado território. Falar de um analisador é sempre singular. Podemos identificar os mesmos analisadores em diferentes serviços, por exemplo, acolhimento com hora marcada, porém, a leitura que se fará de cada um será diferente, pois estará inscrito em um território distinto.

Dito isto, delimitaremos o campo geográfico de reflexão deste trabalho. A 5ª Coordenadoria Regional de Saúde é uma das 19 regionais que compõem a Secretaria Estadual de Saúde – SES/RS. Está localizada no município de Caxias do Sul, abrangendo mais 48 municípios da região. Estima-se que estes municípios somem uma população de 1.079.601 habitantes, de acordo com o censo de 2010. Compreende quatro regiões de saúde, sendo elas: Caxias e Hortênsias (6 municípios), Campos de Cima da Serra (9 municípios), Vinhedos e Basalto (22 municípios) e Uva e Vales (12 municípios). A organização em regiões de saúde

¹ De acordo com o dicionário, conformar é: v.t. Formar, dispor, configurar. Pôr de acordo com: conformar o procedimento às palavras. V.pr. Acomodar-se, resignar-se, submeter-se: conformar-se com as circunstâncias. Entendemos o verbo conformar em seus dois sentidos: os serviços de saúde são formados pelo território e se acomodam a ele, ou seja, instituem um certo modo de funcionamento.

² Analisador é tudo aquilo que fala de práticas e saberes instituídos que não são questionados e orientam nossas ações (BAREMBLIT, 2002).

está prevista na Resolução CIT 01/2011, definindo-as como o território geográfico de municípios limítrofes, agrupados em torno de suas identidades culturais, econômicas e sócias. Sua finalidade é a organização, planejamento e execução de ações e serviços de saúde.

A Rede de Atenção Psicossocial da 5ª CRS conta com 16 CAPS, de todas as modalidades, com a seguinte distribuição: quatro CAPS tipo I, um CAPS infanto juvenil e dois CAPS ad III, na região Caxias e Hortênsias; um CAPS tipo I na região Campos de Cima da Serra; dois CAPS tipo I, um CAPS tipo II, um CAPS ad e um CAPS infanto juvenil na região Vinhedos e Basalto; dois CAPS tipo I e um CAPS ad na região Uva e Vales. Ressalta-se que a região de Campos de Cima da Serra, apesar de ter a maior área geográfica, possui baixa densidade populacional, não comportando outros CAPS. Está em curso a implantação de um CAPS tipo I Regional, que será referência para 4 municípios.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho é um relato de experiência, construído a partir do contato, enquanto coordenadora de saúde mental, com os serviços da área de abrangência da 5ª CRS, especificamente os CAPS. Compreende o período de setembro de 2014, momento em que inicia o trabalho na coordenação de saúde mental, até setembro de 2015, totalizando um ano. Ressalta-se que esta experiência é algo a ser construído a cada dia, delimitando-se um espaço temporal de forma parcial, pois entendemos que o tempo presente é sempre uma atualização do passado e prospecção do futuro (BARROS, 2003). É desta forma que imprimimos, ao nosso fazer de hoje, o que fomos, as nossas convicções, e o que almejamos construir.

É neste tempo-espaço, instável e em constante construção, que utilizamos o método cartográfico como instrumento para dar forma a este relato de experiência. Cartografia é uma metodologia de pesquisa desenvolvida por Deleuze e Guatarri que visa acompanhar um processo. Seu objetivo não é chegar a um fim, mas ir construindo o conhecimento ao longo do caminho (KASTRUP, 2007). A etimologia da palavra cartografia vem da geografia, sendo a arte de construir mapas. São mapas da realidade, acompanhando processos e intensidades que constituem a complexa trama dos cuidados em saúde. É um método cujo uso vem se ampliando na área de saúde, utilizado principalmente pela enfermagem (MARTINES; MACHADO; COLVERO; 2013).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O mapeamento da realidade dos CAPS, objeto deste relato de experiência, foi problematizado em três tópicos, construídos a partir de relatórios de acompanhamento do modelo de atenção praticado nos serviços, objetivando avaliar as diretrizes preconizadas para os CAPS, conforme Portaria GM/MS 336. São eles: O Lugar Estratégico e Função do CAPS; Produção de Cuidado e a Construção do PTS; Processos de Trabalho e de Gestão.

5.1 O lugar estratégico e função dos CAPS

Segundo Tenório (2007), os CAPS respondem a duas funções: cumprir seu papel de saúde pública e fazê-lo alicerçando uma clínica do acolhimento e do acompanhamento singular de cada sujeito. Podemos entender a primeira função relacionando-a com o imaginário social que envolve a loucura. Se surge algum caso de loucura na sociedade, não se recorre nem à polícia, tampouco à religião, mas sim, à psiquiatria. É neste sentido que o CAPS cumpre a função social e pública de responder a estas demandas, rompendo com a institucionalidade com a qual trata-se a loucura no hospital e fortalecendo formas comunitárias de inseri-la na construção subjetiva do social. Um dos paradigmas a serem rompidos é a cura, a todo custo, da loucura, para sua inserção na constituição de cada sujeito (MACIEL, 2012).

Nesta perspectiva, observa-se também o trabalho em saúde mental realizado na atenção básica. Há de se avançar na estruturação dos processos de trabalho das equipes de atenção básica no sentido de ampliar a função social e pública do cuidado à saúde mental, retirando a centralidade dos CAPS e do local físico onde ela ocorre e recolocando-a no sujeito que demanda cuidado. O trabalho das equipes de saúde, em nossa realidade, ainda carece de um olhar integralizado e orientado para o sofrimento do sujeito, para além das questões pontuais dos atendimentos. Percebe-se a crença de que a ausência de um serviço de atenção psicossocial impede a realização de intervenções psicossociais, entendidas como aquelas que vão além dos muros, que estão nos territórios dos usuários.

Para atender estas funções, o trabalho é organizado em equipes de referência, cujo

papel baseia-se na formação do vínculo e (co)construção do tratamento, que envolve profissional de referência, equipe de saúde e usuário (ONOCKO-CAMPOS; MIRANDA, 2010). A equipe de saúde é entendida não apenas como a equipe técnica, mas sim como todos os envolvidos com o cotidiano dos serviços, desde serviços de portaria, de vigilância, de limpeza e de recepção. São todos os que podem ter ou têm contato com o usuário e possuem papel extremamente importante na construção do vínculo e do acolhimento. Em nossa realidade, observamos as reuniões de equipe de alguns serviços envolvendo apenas a equipe técnica. Em outros, todos participam, menos o psiquiatra. Isto torna-se um analisador de qual modelo os CAPS estão reproduzindo. A centralidade do saber psiquiátrico, que possui a prescrição para a contenção da loucura, procura ser dissolvida pelas equipes de referência, porém, reduzir esta à equipe técnica, empobrece a função do CAPS de produzir um cuidado realmente substitutivo ao manicômio. Além disso, reforça a figura do médico como um profissional prescritor, que detém o saber acerca do que determinado indivíduo necessita.

5.2 A produção de cuidado e construção do PTS

Segundo Franco e Merhy (2005), a saúde tem valor de uso, criando no imaginário popular uma necessidade de consumo. Os locais onde a saúde pode ser “consumida” são os serviços de saúde. Desta forma, muitas vezes, o usuário acredita que só terá acesso à saúde pelo consumo de procedimentos, como uma consulta, exame, Raio X, entre outros. Contudo, a produção de saúde se dá pelo trabalho vivo em ato, ou seja, na relação profissional x usuário e não apenas pelo consumo de procedimentos.

Esta dimensão perpassa o trabalho desenvolvido pelos CAPS, que precisam lidar, por um lado, com a grande demanda que chega a eles, por outro, com os pedidos realizados. O rompimento com o modelo de cuidado praticado no manicômio é algo constante, pois este ainda está presente na demanda que chega aos serviços. São usuários solicitando uma consulta com o psiquiatra, outras já trazem a prescrição do remédio que precisam tomar. Lidar com estas questões é delicado, pois a equipe não pode negar este pedido, tampouco respondê-lo sem algum questionamento.

Observamos serviços orientados para uma atenção psicossocial e outros, seguindo sua constituição nos municípios, mostram-se extensões de um ambulatório que passou-se a chamar de CAPS. Nestes serviços, existem os pacientes que são considerados intensivos, que

participam das oficinas, recebem auxílio na gestão do uso da medicação, e, a grande maioria, que apenas consulta com o psiquiatra e renova suas receitas. Sabe-se que é realidade, na maioria dos casos, o único psiquiatra do município estar no CAPS e toda demanda ser direcionada para este local. Porém, é necessário pensar formas de trabalhar esta demanda, que não se restrinja apenas a uma prescrição, mas sim num olhar ampliado, que possa problematizar o pedido para além da prescrição. Mecanismos como grupos de gestão autônoma da medicação, matriciamento, atendimentos conjuntos, podem ser ferramentas utilizadas pelo CAPS para ampliar o cuidado em saúde mental.

A recepção está diretamente relacionada com a qualidade do acesso ao serviço, um dos eixos avaliativos propostos por Schmidt e Figueiredo (2007). Fatores organizacionais, expressos pelo desenho do serviço, podem ser facilitadores ou obstáculos, tanto do acesso como da utilização do mesmo. Em nossa experiência, verificamos a maioria dos serviços funcionando na política de portas abertas, ou seja, não há restrição do horário de acolhimento. Contudo, outros dispositivos utilizados pelos serviços podem restringir o acesso, tais como agendamento do acolhimento ou listas de espera para certos dispositivos de cuidado e até mesmo para acolhimento inicial. Observa-se alguns CAPS que, por receberem maior demanda, tem restrição no agendamento do acolhimento de pacientes novos. Uma questão que precisa ser trabalhada nos serviços é que uma eventual lista de espera não pode ser impeditivo de acesso ao serviço e, principalmente, de elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Parece que existe uma ideia de que o cuidado somente iniciará após uma avaliação médica ou especializada.

5.3 Processos de trabalho e gestão no CAPS

Temos observado que as questões relativas à saúde mental e ao sofrimento psíquico predominantes, especialmente em nossa realidade regional, relacionam-se a quadros clínicos leves e moderados de transtornos ansiosos e depressivos. O endereçamento destas demandas, de acordo com a Política de Saúde Mental, seria a atenção básica, pois os CAPS deveriam atender, prioritariamente, casos de transtornos mentais graves, crônicos e persistentes (MS, 2004). A constituição dos CAPS, em sua maioria, deu-se como a transição da equipe de saúde mental e dos casos já atendidos, para o CAPS. Percebe-se uma transição de espaço físico, sem uma transição efetiva de processo de trabalho e de cuidado.

Resgatamos as colocações de Tenório (2007), que nos fala que não existe uma dicotomia total entre CAPS e ambulatório, mas sim uma complementariedade. O CAPS foi pensado como uma estrutura comunitária e aberta para o tratamento clínico e psicossocial da psicose. O ambulatório, por sua vez, responde pelo tratamento de todos os outros quadros clínicos neuróticos, além das questões que imprimem sofrimento à vida dos sujeitos. Porém, o cuidado ofertado neste espaço carrega uma ideologia médico-pedagógica, fazendo-se pensar que alguma medicação ou que o profissional de psicologia solucionará as repercussões do sofrimento na vida. Desta forma, vemos os nossos serviços atendendo uma considerável parcela de usuários em moldes ambulatoriais, predominando atendimentos individuais e psiquiátricos. Um serviço que funciona neste modelo é como um CAPS que cheira a Haldol, caracterizado pela ampla oferta medicamentosa (LANCETTI, 2008).

O ordenamento do cuidado em saúde mental ainda é algo a ser questionado. Se por um lado, o CAPS é responsável pela articulação da rede de saúde mental, sendo o ordenador do cuidado, a atenção básica, como principal porta de entrada do SUS, também assume este papel (MS, 2013). A prática do matriciamento, visando oferecer um apoio às equipes de atenção básica no cuidado à saúde mental, procura trabalhar o estigma que ainda acompanha as questões de ordem psíquica e romper com a lógica dos encaminhamentos desresponsabilizados (MS, 2011). Contudo, esta prática ainda é incipiente, tanto nos CAPS como nos Núcleos de Apoio a Atenção Básica e nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NAAB e NASF). Diversos CAPS não realizam esta função ou a enxergam como a realização de palestras nas unidades de saúde e escolas. O matriciamento implica inclusive em mudanças nos processos de trabalho, sendo que, na maioria das vezes, em vez de compartilhar o cuidado, o núcleo de apoio é acionado para atendimento do caso, sem envolvimento da equipe de atenção básica. Também observa-se um desconhecimento, por parte dos gestores, da função e importância do matriciamento, o que dificulta sua inserção nos processos de trabalho das equipes.

Neste sentido também avançou-se no conceito de rede, que com a portaria da RAPS passa a ser concebido como a interação entre os diferentes pontos de atenção, e não apenas como a existência de um serviço. A rede já não tem mais um centro, como antes era ocupado pelo CAPS, mas diferentes pontos de atenção, que só emergem como rede quando orientados para um objetivo em comum. Assim como também pensa-se que o PTS é uma sequência de atendimentos, quando o PTS caracteriza-se pelo conjunto de ações que visam recolocar o sujeito nos caminhos de sua própria vida, resgatando a autonomia.

Desta forma, para aprimorar os processos de gestão dos serviços de saúde mental, em

especial os CAPS, julgamos fundamental a estruturação de um rol de indicadores, concordando com Wetzel e Kantorski (2004) que atentam para a particularidade dos indicadores e sua contextualização. A avaliação deve considerar a lógica do atendimento, se indica uma mudança de cuidado, ou se está, em outros espaços, reproduzindo a lógica manicomial. Considerando um dos objetivos dos serviços de saúde mental, de serem substitutivos das internações, por exemplo, o número de internações é importante, porém não é preditor da qualidade do cuidado, assim como o número de atendimentos ou ações desenvolvidas. Pelo contrário, a leitura descontextualizada destes indicadores pode, inclusive, reforçar o modelo hospitalocêntrico. Muitas vezes a gestão entende a eficácia do serviço pelo quantitativo de consultas, o que acaba por direcionar a prática dos profissionais para esta produção, principalmente do profissional médico.

O processo avaliativo deve considerar a cultura institucional, que é produzida pelos atores envolvidos. É preciso elucidar o jogo de forças que emerge das ações em busca de supressão dos conflitos cotidianos, ou seja, das demandas produzidas nos serviços. Estas ações envolvem a ética profissional, o entendimento histórico e cultural de cada um, suas representações sociais, que convergem para sua prática profissional (Wetzel e Kantorski, 2004). Este nó crítico não pode passar despercebido pela gestão da saúde, em especial, da saúde mental, pois traz à tona o protagonismo de cada ator envolvido, sua correponsabilização pela realidade produzida e, sobretudo, pelo modelo de cuidado preconizado para a atenção à saúde mental. Reiteramos que este modelo foi, e está sendo, fruto de militâncias, lutas e movimentos sociais, assim como o SUS, e é expresso no cotidiano dos serviços pela constante luta em defesa das práticas que acreditam em um cuidado em liberdade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O que faz um anjo quando percebe que a desesperança invade a alma humana?”

Iniciamos nossas reflexões finais com a frase de Pelbart (1993) questionando o que, enquanto serviço de saúde, é possível de ser feito com as demandas advindas dos usuários. Durante muito tempo, acreditou-se, e trabalhou-se para isso, que o SUS poderia responder a

todas estas demandas, num modelo técnico centrado. Especificamente na área da saúde mental, que a psicologia ou a psiquiatria teria a fórmula, a receita, para curar as mazelas que acometem a alma humana.

Viu-se a propagação de técnicas, de procedimentos, geração de consultas, exames e a saturação de um sistema pelas listas de espera. Diversos autores já apontam para a necessidade de uma mudança técnico-assistencial no agir em saúde, apostando em outras tecnologias, baseadas na relação, no trabalho vivo, para a produção de práticas usuário-centradas, promotoras de autonomia.

No campo da saúde mental, percebe-se a necessidade de um trabalho integrado com a atenção básica e efetiva implantação da rede de saúde mental. Acreditamos que um trabalho em rede só é possível e só existe se há sintonia e um objetivo em comum, bem como a implicação e sustentação da prática profissional em prol de um modelo de cuidado. Os esforços para isso ocorrem desde a formação profissional, que precisa abarcar o campo de políticas públicas de forma mais contextualizada. Além disso, atentar para o perfil necessário para atuar na área pública.

Muito tem-se a avançar, e sempre haverá, para chegar-se ao tão sonhado modelo ideal. Questiona-se inclusive a existência de um ideal. A nova configuração das redes de atenção implica em novas formas de gestão, já que não existe um centro que detém todo poder decisório sobre os percursos que o sujeito percorrerá nos diversos pontos de atenção. O centro da rede e gestão do caso emergem conforme as demandas dos atores envolvidos, portanto em cada ponto é necessário um certo poder decisório e autonomia dos profissionais.

Acreditamos no possível, que é a junção do real e do ideal, somado do comprometimento, ética e desejo dos atores envolvidos. Esta crença deve servir de motor para impulsionar nossas ações em busca de um modelo de cuidado e de saúde que acreditamos e defendemos, recordando-se que para isso é fundamental assumir também nossa posição do não-saber. É justamente por não saber do sofrimento do outro, das necessidades dos outros, que temos que, a todo momento, sair de nossa posição de conforto e refletir sobre nossa prática, a qual força de produção de subjetividade ela está servindo e qual modelo de cuidado está reproduzindo.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cad. Bras. de Saúde Mental**. v. 1, n.1; 2009.

BARROS, Regina Benevides de. Reforma psiquiátrica brasileira: resistências e capturas em tempo neoliberais. In: **Loucura ética e política: escritos militantes**. Org. Conselho Federal de Psicologia. Casa do Psicólogo: São Paulo, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução MS/GM nº 01, de 29 de Setembro de 2011. **Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**, nos termos do Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. BRASIL. Ministério da Saúde. SAS. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica n. 34: Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec; 2007.

FOUCAULT, M. **A história da loucura**. 4ªed. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. IN: PINHEIRO, Roseli; MATOS, Ruben Araujo de. **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO; 2005. p. 181-192.

KASTRUP, Virgínia. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia e Sociedade**. v. 19, n. 1, 2007.

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2008.

MACIEL, Silvana Carneiro. Reforma Psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. **Cad. Bras. de Saúde Mental**. Rio de Janeiro, v. 4, n.8, p. 73-82, 2012.

MARTINES, Wania Regina Veiga; MACHADO, Ana Lúcia; COLVERO, Luciana de Almeida. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. **Rev. Tempus Actas Saúde Col.** Brasília: v. 7, n.2, 2013.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.5, 2006.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. **Revista de Psicologia Clínica PUC/RJ**. Rio de Janeiro, vol. 13, n.1, p. 89-100, 2001.

PELBART, Peter Pál. **A nau do tempo rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura**. Ed. Imago. Rio de Janeiro, 1993.

SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C. Os Três As: acesso, acolhimento e acompanhamento: uma proposta da avaliação de serviços de saúde para o trabalho nos CAPS. IN: COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. (orgs.). **Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica**. NUPPSAM/IPUB/UFRJ: Rio de Janeiro, 2007.

TENÓRIO, Fernando. Questões para uma atualização da agenda da Reforma Psiquiátrica. IN: COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. (orgs.). **Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica**. NUPPSAM/IPUB/UFRJ: Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, Rosane Neves da. A dobra deleuziana: políticas de subjetivação. **Rev. Dep. Psicol.**, UFF, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 55-75, jan.-jul. 2004.

WETZEL, Christine; KANTORSKI, Luciane Prado. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto Contexto Enferm.** v. 13, n. 1, p. 593-598, 2004.