

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – UNESP
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

GIOVANA ESTELA VAZ DOS SANTOS

**AUTONOMIA E PROTAGONISMO DOS/AS USUÁRIOS/AS DE SAÚDE MENTAL: a
realidade dos CAPS do DRS VIII de Franca/SP**

FRANCA-SP

2022

GIOVANA ESTELA VAZ DOS SANTOS

**AUTONOMIA E PROTAGONISMO DOS/AS USUÁRIOS/AS DE SAÚDE MENTAL: a
realidade dos CAPS do DRS VIII de Franca/SP**

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP, como pré-requisito para obtenção do Título de Doutora em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social: Trabalho e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta

FRANCA-SP

2022

S237a Santos, Giovana Estela Vaz dos
Autonomia e protagonismo dos/as usuários/as de saúde
mental : a realidade dos CAPS do DRS VIII de Franca/SP /
Giovana Estela Vaz dos Santos. -- Franca, 2022
155 f.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp),
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca
Orientadora: Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta

1. Saúde Mental. 2. CAPS. 3. Autonomia. 4. Protagonismo. I.
Título.

GIOVANA ESTELA VAZ DOS SANTOS

**AUTONOMIA E PROTAGONISMO DOS/AS USUÁRIOS/AS DE SAÚDE MENTAL: a
realidade dos CAPS do DRS VIII de Franca/SP**

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UNESP- Franca, como pré-requisito para obtenção do Título de Doutora em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____

Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta, UNESP

1º Examinadora: _____

Dra. Andréia Ap. Reis de Carvalho Liporoni, UNESP

2º Examinadora: _____

Dra. Nayara Hakime Dutra Oliveira, UNESP

3º Examinadora: _____

Dra. Valéria Beghelli Ferreira, Uni-FAcef

4º Examinador: _____

Dra. Gabriela Carrion Degrande Moreira, FAFRAM

Franca, 23 de setembro de 2022.

Dedico essa pesquisa e todo amor que esse trabalho encerra à Maria Clara, luz da minha vida!

AGRADECIMENTOS

Agradeço de forma especial ao meu filho Pedro, que esteve ao meu lado o tempo todo durante essa jornada, tantas vezes áspera e dolorosa. Por compreender e aceitar minha ausência durante o período das aulas e tolerar minha reclusão nos momentos solitários da escrita. Gratidão por me ter me acompanhado em todos os eventos acadêmicos; por ter sido meu ouvinte fiel e dividir comigo essa oportunidade única de aprender sempre mais. Muito obrigada por me chamar a atenção todas as vezes que demonstrei querer desistir. Por você, eu continuei! Você é a razão de todas as minhas lutas. Te amo!

Aos meus familiares, especialmente ao meu companheiro Luís, que sempre acreditaram que meus sonhos poderiam se tornar realidade, mesmo quando achavam ser loucura toda a logística que eu tinha que fazer para conseguir cumprir todos os meus compromissos. Gratidão por cuidarem do Pedro quando eu precisei me ausentar. Gratidão por serem o meu porto seguro em todos os momentos. Eu não sou ninguém sem vocês!

Ao corpo docente e funcionários da Universidade Estadual Paulista que estiveram presentes durante esse longo período de caminhada, especialmente ao Mauro, que sempre nos salvava no último minuto. Foi uma honra tê-los na minha vida por todo esse tempo!

Às queridas professoras Andréia Liporoni e Valéria Beghelli que tanto contribuíram na minha banca de qualificação. Tenham a certeza de que para além dos ensinamentos acadêmicos, aprendi com vocês o verdadeiro significado de humanidade, respeito, dedicação e amor.

À minha orientadora Fernanda Sarreta por acreditar em mim quando eu mesma já não acreditava. Agradeço por todos os momentos que passamos juntas e por todas as trocas que fizemos. Meu maior desejo é que possamos continuar juntas pela vida a fora, pois mais que uma mentora, você é para mim uma amiga muito querida. Que Deus lherretribua todo o bem que me fez e que todas as bênçãos recaiam sobre a sua

caminhada, pois você é uma mulher incrível; uma professora brilhante e um ser humano admirável. Amo você!

Aos amigos e amigas de pós-graduação que seguiram firme o caminhar tão difícil e que me ensinaram tanto, agradeço pela paciência e pelo carinho. Foram muitos momentos de alegria e esperança compartilhados...tantos cafés e tantos bolos divididos! Mas para além de toda essa aventura, restará a admiração pelos seres maravilhosos que são. Desejo que Deus continue cuidando de cada um de vocês! Sentirei saudade!!

À equipe profissional do Departamento Regional de Saúde – DRS VIII, Franca, SP que prontamente se dispôs a colaborar com a minha pesquisa me oportunizando acesso ao Banco de Dados acerca dos CAPS dessa região de Saúde. Desejo que Deus continue abençoando o maravilhoso trabalho desenvolvido para o bem de toda a nossa comunidade.

Aos amigos espirituais que nunca me abandonaram e que, nos momentos mais difíceis, me lembraram que eu nunca estive sozinha nessa caminhada. Seus conselhos me ajudaram, não somente a conduzir minha escrita, mas também a conduzir meus pensamentos, atitudes e ações. Gratidão por tantos ensinamentos e por se fazerem audíveis aos meus ouvidos tão humanos! Amo vocês!

“Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: Vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda. Felizmente, eu nunca convivi com pessoas ajuizadas.”

Nise da Silveira

SANTOS, Giovana Estela Vaz dos. **AUTONOMIA E PROTAGONISMO DOS/AS USUÁRIOS/AS DE SAÚDE MENTAL:** a realidade dos CAPS do DRS VIII de Franca/SP.2022. 155f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, UNESP, Franca, 2022.

RESUMO

O estudo tem como tema a autonomia e protagonismo dos/as usuários/as de saúde mental e a atuação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como equipamento avançado para novas modalidades de atendimento e espaços coletivos de participação. A relevância da temática tem relação com as conquistas históricas da luta antimanicomial e com os desafios atuais para consolidar o projeto da reforma psiquiátrica visando o reconhecimento dos/as usuários/as como sujeitos de direitos. O objetivo geral da pesquisa foi analisar a realidade do atendimento na Saúde Mental para garantia da autonomia e protagonismo dos/as usuários/as nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Região do DRS VIII de Franca/SP, tendo como referência o Projeto da Reforma Psiquiátrica e a IV Conferência Nacional de Saúde Mental. E, como específicos, mapear a estrutura e a organização dos CAPS, com base nos dados do DRS VIII; apropriar dos conteúdos produzidos na Reforma Psiquiátrica, acerca da autonomia e protagonismo dos/as usuários/as e, identificar os indicadores relacionados aos serviços de saúde mental na legislação em vigor, em comparação à realidade vivenciada pelos CAPS do Departamento Regional de Saúde (DRS VIII) de Franca, SP na atualidade. Adotou como procedimentos a pesquisa documental, estudo bibliográfico e coleta de dados em campo, com abordagem qualitativa, por meio do método do materialismo histórico-dialético. O universo da pesquisa foi composto pelos 8 (oito) CAPS do DRS VIII de Franca, SP. Os resultados puderam mostrar como está a atuação dos CAPS em relação aos serviços prestados, bem como verificar que os CAPS conseguem aplicar os direitos advindos da Reforma Psiquiátrica e luta antimanicomial, entretanto, não de forma plenamente eficaz, já que se observou que, para garantir aos/às usuários/as de saúde mental sua autonomia e protagonismo, é necessária a realização de grupos e assembleias, porém, pôde-se constatar que a maioria só realiza as reuniões em grupo. Considera-se que a pesquisa científica busca respostas às questões no âmbito da Política de Saúde Mental, podendo contribuir para ampliar o debate acerca da efetivação dos ditames da Reforma Psiquiátrica no Brasil. O estudo investiga a autonomia e protagonismo dos/as usuários/as de saúde mental e a atuação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como instrumento avançado de atendimento e espaços coletivos de participação. A relevância da temática tem relação com as conquistas históricas da luta antimanicomial e com os desafios atuais para consolidar o projeto da reforma psiquiátrica visando o reconhecimento dos/as usuários/as como sujeitos de direitos. A pesquisa demonstrou a necessidade de adequação, não somente da estrutura física, mas também da implementação da interdisciplinaridade da equipe e do avanço da autonomia e do protagonismo dos/as usuários/as do CAPS, especialmente, quanto à oportunidade de participação na formulação do tratamento a que são submetidos, levando-se em conta seu poder de autodeterminação e seu direito à adesão a um tratamento humanizado, como vistas a sua (re) inclusão nos diversos espaços sociais.

Palavras-chave: Saúde Mental. CAPS. Autonomia. Protagonismo.

SANTOS, Giovana Estela Vaz dos. **AUTONOMY AND PROTAGONISM OF MENTAL HEALTH USERS:** the reality of CAPS of DRS VIII in Franca/SP. 2022. 155 f. Thesis (Doctorate of Social Work). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", UNESP, Franca, 2022.

ABSTRACT

The study has as its theme the autonomy and protagonism of mental health users and the performance of the Psychosocial Care Center (CAPS), as advanced equipment for new modalities of care and collective spaces for participation. The relevance of the theme is related to the historical achievements of the anti-asylum struggle, and to the current challenges to consolidate the psychiatric reform project aiming at the recognition of users as subjects of rights. The general objective of the research was to analyze the reality of mental health care to guarantee autonomy and protagonism in the Psychosocial Care Centers (CAPS) of the DRS VIII Region of Franca/SP, having as reference the Psychiatric Reform Project and the IV Conference National Mental Health. And, as specific, map the structure and organization of CAPS, based on data from DRS VIII; to appropriate the contents produced in the Psychiatric Reform, about the autonomy and protagonism of the users, and to identify the indicators related to mental health services in the legislation in force, compared to the reality experienced by the CAPS of the Regional Department of Health (DRS VIII) from Franca, SP today. Documentary research, bibliographic study and field data collection were adopted as procedures, with a qualitative approach, through the method of historical-dialectical materialism. The research universe was composed of the 8 (eight) CAPS of the DRS VIII of Franca, SP. The results were able to show how the CAPS is performing in relation to the services provided, as well as to verify that the CAPS are able to apply the rights arising from the Psychiatric Reform and anti-asylum struggle, however, not in a fully effective way, since it was observed that, in order to guarantee to mental health users their autonomy and protagonism, it is necessary to hold groups and assemblies, however, it could be seen that the majority only hold group meetings. It is considered that scientific research seeks answers to questions within the scope of the Mental Health Policy, and can contribute to broadening the debate about the effectiveness of the dictates of the Psychiatric Reform in Brazil. The study investigates the autonomy and protagonism of mental health users and the performance of the Psychosocial Care Center (CAPS), as an advanced instrument of care and collective spaces for participation. The relevance of the theme is related to the historical achievements of the anti-asylum struggle and the current challenges to consolidate the psychiatric reform project aiming at the recognition of users as subjects of rights. The research demonstrated the need to adapt, not only to the physical structure, but also to implement the team's interdisciplinarity and advance the autonomy and protagonism of CAPS users, especially regarding the opportunity to participate in the formulation of treatment to which they are subjected, taking into account their power of self-determination and their right to adhere to a humane treatment, with a view to their (re)inclusion in the various social spaces.

Keywords: Health Mental. CAPS. Autonomy. Protagonism.

SANTOS, Giovana Estela Vaz dos. **AUTONOMÍA Y PROTAGONISMO DE LOS USUARIOS DE SALUD MENTAL:** la realidad de los CAPS del DRS VIII en Franca/SP. 155 f. Tesis (Doctorado em Trabajo Social). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, UNESP, Franca, 2022.

RESUMEN

El estudio tiene como tema la autonomía y el protagonismo de los usuarios de salud mental y la actuación del Centro de Atención Psicosocial (CAPS), como equipamiento avanzado para nuevas modalidades de atención y espacios colectivos de participación. La relevancia del tema está relacionada con las conquistas históricas de la lucha contra el asilo y con los desafíos actuales para consolidar el proyecto de reforma psiquiátrica con el objetivo de reconocer a los usuarios como sujetos de derechos. El objetivo general de la investigación fue analizar la realidad de la atención a la salud mental para garantizar autonomía y protagonismo en los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) de la DRS VIII Región de Franca/SP, teniendo como referencia el Proyecto de Reforma Psiquiátrica y la IV Conferencia Nacional Salud mental. Y, como específico, mapear la estructura y organización de los CAPS, con base en datos del DRS VIII; apropiarse de los contenidos producidos en la Reforma Psiquiátrica, sobre la autonomía y protagonismo de los usuarios, e identificar los indicadores relacionados con los servicios de salud mental en la legislación vigente, frente a la realidad vivida por los CAPS de la Secretaría Regional de Salud (DRS VIII) de Franca, SP hoy. Se adoptaron como procedimientos la investigación documental, el estudio bibliográfico y la recolección de datos de campo, con abordaje cualitativo, a través del método del materialismo histórico-dialéctico. El universo de investigación estuvo compuesto por los 8 (ocho) CAPS del DRS VIII de Franca, SP. Los resultados permitieron mostrar cómo se está desempeñando el CAPS en relación a los servicios prestados, así como verificar que los CAPS están en condiciones de aplicar los derechos derivados de la Reforma Psiquiátrica y la lucha contra el asilo, sin embargo, no de manera plenamente efectiva. manera, ya que se observó que, para garantizar a los usuarios de salud mental su autonomía y protagonismo, es necesario realizar grupos y asambleas, sin embargo, se pudo ver que la mayoría solo realiza reuniones grupales. Se considera que la investigación científica busca respuestas a interrogantes en el ámbito de la Política de Salud Mental, y puede contribuir para ampliar el debate sobre la efectividad de los dictados de la Reforma Psiquiátrica en Brasil. El estudio investiga la autonomía y el protagonismo de los usuarios de salud mental y la actuación del Centro de Atención Psicosocial (CAPS), como instrumento avanzado de atención y espacios colectivos de participación. La relevancia del tema está relacionada con las conquistas históricas de la lucha contra el asilo y los desafíos actuales para consolidar el proyecto de reforma psiquiátrica con vistas al reconocimiento de los usuarios como sujetos de derechos. La investigación demostró la necesidad de adaptarse, no solo a la estructura física, sino también de implementar la interdisciplinariedad del equipo y promover la autonomía y el protagonismo de los usuarios del CAPS, especialmente en cuanto a la oportunidad de participar en la formulación del tratamiento al que son sometidos. teniendo en cuenta su poder de autodeterminación y su derecho a adherirse a un trato humano, con miras a su (re)inclusión en los diversos espacios sociales.

Palabras clave: Salud mental. CAPS Autonomía. Protagonismo.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Porcentagem das modalidades de CAPS existentes nos municípios	91
Gráfico 2 Porcentagem sobre o tempo de funcionamento do CAPS	93
Gráfico 3 Porcentagem sobre os CAPS possuírem estrutura de medicação suficiente para atender à demanda.....	95
Gráfico 4 Porcentagem se há leitos e quantos deles nos CAPS	95
Gráfico 5 Número de profissionais existentes nas equipes	96
Gráfico 6 Quais os profissionais existentes nos CAPS.....	97
Gráfico 7 Frequência das reuniões da equipe	97
Gráfico 8 Existência de demanda reprimida no atendimento (lista de espera)	98
Gráfico 9 Formas de entrada no serviço	98
Gráfico 10 Existência de Projeto Terapêutico Singular para todos/as os/as usuários/as	99
Gráfico 11 Existência de atendimento familiar para a construção do Projeto Terapêutico Singular do/a usuário/a.....	100
Gráfico 12 Existência de atendimento em grupo.....	100
Gráfico 13 Realização de Assembleias com participação dos/as usuários/as	101
Gráfico 14 Participação ativa dos/as usuários/as durante o planejamento do Projeto Terapêutico Singular	102
Gráfico 15 Participação ativa dos/as usuários/as/familiares durante as tomadas de decisão acerca do funcionamento do CAPS e de seu tratamento.....	102
Gráfico 16 Existência de atividade cultural para os/as usuários/as	103
Gráfico 17 Existência de atividade que estimule a participação cidadã dos/das usuários/as	104

Gráfico 18 Existência de atividade que estimule a reinserção social dos/das usuários/as	104
Gráfico 19 Existência de Projeto de Educação Permanente da Equipe	105
Gráfico 20 Fornecimento de alimentação aos/às usuários/as.....	105
Gráfico 21 Fornecimento de transportes aos/às usuários/as	106
Gráfico 22 Realização de avaliação anual de satisfação do/a usuário/a, do profissional e da estrutura	107
Gráfico 23 Existência de parceria que visa a reinserção do/a usuário/a no mercado de trabalho.....	107
Gráfico 24 Existência de parcerias com algum serviço de saúde.....	108
Gráfico 25 Existência de atendimento pleno e suficiente aos/às usuários/as, de acordo com o que se encontra prescrito na legislação.....	109

LISTA DE TABELAS

Tabela1 Questionário elaborado pelo DRS-VIII.	90
Tabela 2 Porcentagem sobre como os CAPS apresentam sua estrutura física	94

LISTA DE SIGLAS

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

SUS - Sistema Único de Saúde

CF - Constituição Federal

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

CPPII - Centro Psiquiátrico Pedro II

CJM - Colônia Juliano Moreira

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

FCHS - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LOS - Lei Orgânica de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSF - Programa de Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SUS - Sistema Único de Saúde

UNESP - Universidade Estadual Paulista

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
CAPÍTULO 1 O PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	26
Breve análise do histórico de exclusão no Brasil	26
A trajetória de Construção Política Nacional de Saúde Mental Brasileira.....	29
O percurso estoico do Projeto de Lei 3.657 de 1989	34
A Lei 10.216 de 2001 e o avanço tardio da legislação brasileira.....	37
As Conferências de Saúde Mental e a Luta Antimanicomial	43
CAPÍTULO 2 A PROTEÇÃO DA AUTONOMIA E DO PROTAGONISMO DO/A USUÁRIO/A DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL	49
Autonomia e protagonismo como expressão da luta antimanicomial	49
O protagonismo como consequência do exercício da autonomia.....	51
CAPÍTULO 3 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) E OS DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROTAGONISMO DO/A USUÁRIO/A	61
O CAPS e os caminhos de acesso à Saúde Mental.....	61
O CAPS e sua organização estrutural	68
O Projeto Terapêutico Singular como instrumento essencial de inclusão	78
CAPÍTULO 4 CAPS INTEGRANTES DO DRS-VIII DE FRANCA/SP	87
Departamento Regional de Saúde VIII e as Microrregiões.....	87
A realidade dos CAPS do DRS VIII de Franca/SP	90
CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS	117
ANEXOS	126

Anexo A – Termo de autorização para coleta de dados e análise de documentos públicos	126
Anexo B – Lei nº 1.0216, de 06 de abril de 2001.....	127
Anexo C – Decreto nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011	130
Anexo D – Dados DRS-VIII.....	138

INTRODUÇÃO

A motivação para o desenvolvimento do estudo se deu a partir da aproximação da pesquisadora com a realidade social experimentada através da participação no Conselho Municipal de Saúde e na 16ª Conferência de Saúde na esfera municipal, macrorregional, estadual e nacional, realizadas no ano de 2019, como delegada representante de São Joaquim da Barra, SP, município pertencente à microrregião da Alta Anhanguera, como também a participação como facilitadora da etapa macrorregional da V Conferência de Saúde Mental no mês de abril de 2022, acompanhando os trabalhos do Departamento Regional de Saúde VIII de Franca/SP (DRS-VIII) de Franca, SP.

A pesquisadora também encontrou inspiração em sua participação ativa como membro do Grupo QUAVISS – Grupo de estudos e pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço Social - UNESP, que em 2019 trabalhou ativamente na organização das Conferências de Saúde nas etapas municipal e macrorregional, contribuindo para a integração da formação com a saúde da comunidade.

Estas experiências foram fundamentais para a construção de relações com usuários, trabalhadores e gestores, bem como, reflexões que contribuíram para a escolha do universo de pesquisa, o DRS VIII de Franca/SP, que faz parte da divisão administrativa do Estado de São Paulo, atendendo ao Decreto nº 51.433 de 2006, que determinou a organização do Estado em 17 (dezessete) Regiões de Saúde, que são assim responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial com os municípios e organismos da sociedade civil (BRASIL, 2006).

A escolha do tema Saúde Mental, fundada na perspectiva da autonomia e protagonismo do/a usuário/a do serviço de Saúde Mental, ofertado pelo Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), é relevante na medida em que se pretende compreender como estão estruturados, na atualidade, os referidos equipamentos na região coberta pelo DRS VIII, a partir da análise das propostas realizadas na IV Conferência de Saúde Mental realizada no ano de 2010, uma vez que, historicamente, tal Conferência contou com o maior número de participação social já registrado na história brasileira.

Ao todo, foram realizadas 359 conferências municipais e 205 regionais, com a participação de cerca de 1.200 municípios. Estima-se que 46.000 pessoas tenham

participado do processo, em suas 3 etapas. Esta ampla participação e representação democrática consolida as conferências nacionais como dispositivos fundamentais para a construção de políticas de Estado independentes de governos específicos e com ampla participação popular (BRASIL, 2010).

Seu Relatório Final demonstrou a necessidade de adequação, não somente da estrutura física, mas também da implementação da interdisciplinaridade da equipe e do avanço da autonomia e do protagonismo dos usuários nesses espaços, especialmente, quanto à oportunidade de participação na formulação do tratamento a que é submetido, levando-se em conta seu poder de autodeterminação e seu direito à adesão a um tratamento humanizado, com vistas a sua absoluta inserção nos diversos espaços sociais.

A pesquisa mais recente, publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e intitulada como Atlas da Saúde Mental, indica que 10% da população mundial, ou seja, cerca de 700 milhões (setecentos) de pessoas sofrem de perturbações mentais ou neurobiológicas ou, então, de problemas psicossociais, como os relacionados com o abuso de álcool e outras drogas, e que um em cada quatro indivíduos é afetado por uma perturbação mental em dada fase da vida, conforme o Relatório de Saúde Mental (OMS, 2017). A mesma pesquisa aponta que no ano de 2000 as perturbações mentais e neurológicas foram responsáveis por 12% do total de anos de vida perdidos, ajustados por incapacitação, considerando-se todas as doenças e lesões neuropsiquiátricas. A previsão do estudo é que até o final do ano de 2020 essa prevalência alcance o patamar de 15% (OMS, 2017).

No Brasil, a luta pela Reforma Psiquiátrica se iniciou na década de 1970, oportunidade em que muitos países já solidificavam a reorganização das Políticas Públicas de Saúde e Políticas de Saúde Mental, baseadas em estratégias de tratamentos multidisciplinares. Nesse contexto, as Conferências Nacionais de Saúde Mental, bem como, outros movimentos populares e acadêmicos, como o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental e o Movimento de Luta Antimanicomial foram de suma importância para a concretização da Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2005).

Há que se ressaltar que a luta empreendida por Franco Basaglia inspirou a entrada em vigor da Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a Política Nacional de proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Essa conquista possibilitou mudanças significativas no

tratamento da pessoa com sofrimento ou transtorno mental, uma vez que dispõe sobre sua proteção e seus direitos, além de redirecionar completamente o modelo assistencial em saúde mental.

A tese discutida se mostra inovadora, uma vez que não há registros de estudos realizados acerca da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na Região pertencente ao Departamento Regional de Saúde, DRS VIII de Franca, SP, tendo como referência as diretrizes determinadas pela IV Conferência de Saúde Mental realizada em 2010. Sobretudo, o tema se mostra relevante no que tange à análise da efetividade da autonomia e protagonismo de seus usuários/as nesses espaços.

Nesse sentido, a pesquisa tem como objetivo geral:

- Analisar a realidade da organização da Saúde Mental para garantia da autonomia e protagonismo nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Região do DRS VIII de Franca/SP, tendo como referência o Projeto da Reforma Psiquiátrica e a IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

E, como objetivos específicos:

- Mapear a estrutura e a organização dos CAPS, com base nos dados do DRS VIII;

- Apropriar dos conteúdos produzidos na Reforma Psiquiátrica, acerca da autonomia e protagonismo dos/as usuários/as;

- Identificar os indicadores relacionados aos serviços de saúde mental na legislação em vigor, em comparação à realidade vivenciada pelos CAPS do Departamento Regional de Saúde (DRS VIII) de Franca, SP na atualidade.

O método utilizado para o desenvolvimento da pesquisa se fundamentou no materialismo histórico-dialético, sendo o materialismo histórico a representação do percurso teórico que mostra a dinâmica do real na sociedade e, a dialética o método de abordagem desta realidade, buscando compreender o processo histórico em seu próprio dinamismo (MINAYO, 2004).

Segundo Paulo Netto (2011), o método dialético de Marx partiu criticamente da realidade objetiva e, a partir daí, iniciou uma análise da sociedade, para descobrir sua estrutura e dinâmica além da realidade aparente, buscando atingir a sua essência. “O conhecimento teórico é o conhecimento do objeto, como é em si mesmo, real, independente dos desejos do pesquisador. A teoria é o movimento real do objeto transposto para o cérebro do pesquisador” (PAULO NETTO, 2011, p.21).

A relação sujeito/objeto, não é uma relação de externalidade, é uma relação em que o sujeito faz parte do objeto e por isso a pesquisa exclui qualquer tipo de neutralidade. Paulo Netto (2011) afirma que o papel do sujeito é ativo, ele deve instigar o máximo de conhecimentos e

revisá-los com criticidade.

O grande ponto da questão é definir o objeto e, a partir deste, iniciar o processo de como conhecê-lo. Para isso, deve ser utilizado como instrumento a abstração, que segundo Tonet (2013) é a ferramenta mais apropriada e, quando utilizada corretamente faz a tradução do que acontece no plano real para o plano ideal.

Destarte, esta análise da realidade social deve ter como princípio metodológico a totalidade, isso significa que nada pode ser compreendido de modo isolado. “Toda ciência seria desnecessária se essência e aparência coincidissem” (TONET, 2013, p. 117). Para se atingir a essência é preciso fazer a crítica dos dados imediatos, pois a imediatividade dos fatos leva ao conhecimento falso da realidade.

O materialismo histórico para esta pesquisa se faz necessário para compreender a atuação da equipe multidisciplinar no que diz respeito à efetivação dos fundamentos da autonomia e da protagonismo dos/as usuários/as dos CAPS, pois se faz importante a compreensão da realidade vivenciada pelos sujeitos a fim de se desvelar a essência das relações produzidas no dia a dia daqueles espaços.

A finalidade da metodologia é atingir os objetivos da pesquisa e dar-lhe o direcionamento necessário. Sendo assim, o estudo foi realizado a partir de revisão bibliográfica e análise documental, com análise de questionário realizado no território do Departamento Regional de Saúde VIII (DRS VIII) de Franca, SP, por ocasião da realização da Etapa Macrorregional da V Conferência de Saúde Mental em abril de 2022, que ocorreu na modalidade *online*, com o suporte da equipe do DRS VIII.

Para Minayo (2000), uma pesquisa sem embasamento teórico pode se tornar uma simples opinião pessoal sobre a realidade observada, além disso, a teoria é importante para estruturar a formação das ideias do pesquisador.

Trata-se de uma pesquisa do tipo documental, que tem como base documentos públicos, de nível exploratório-descritivo, oportunizando uma abordagem qualitativa da produção científica, de forma que possa viabilizar novas pesquisas. Conforme asseverado por Minayo (2000, p. 21), “[...] o objeto das Ciências Sociais é, essencialmente, qualitativo”. A autora complementa:

[...] cabe ao pesquisador usar um acurado instrumental teórico e metodológico que o munície na aproximação e na construção da realidade, ao mesmo tempo que mantém a crítica não só sobre as condições de compreensão do objeto como de seus próprios procedimentos (MINAYO, 2008, p. 42).

Espera-se ser possível trazer à tona a forma como os CAPS em estudo vem aplicando as diretrizes traçadas pela legislação em vigor no país, a fim de identificar até que ponto o protagonismo e a autonomia dos/as usuários/as se mostram efetivos, no que diz respeito à implementação dessas Políticas Públicas.

Assim, o universo de estudo da pesquisa abrangeu o Departamento Regional de Saúde (DRS) VIII – Franca/SP, que está situado na região nordeste do Estado de São Paulo e abrange uma população de 728.675 habitantes (IBGE, 2021). É constituído por três Colegiados de Gestão Regional, Microrregião Três Colinas, Microrregião Alta Mogiana e Microrregião Alta Anhanguera, composto por 22 (vinte e dois) municípios.

A Microrregião Três Colinas, interesse do estudo, é composta pelos municípios de Cristais Paulista, Franca, Itirapuã, Jeriquara, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina e São José da Bela Vista. Observa-se que nesta microrregião, concentram-se mais da metade (59,51%) da população da área de abrangência do DRS VIII, especialmente devido à população do município de Franca, SP que é responsável pelo percentual de 49,04%, dos municípios menores de 10.000 habitantes corresponde a 70% e com população menor de 50.000 são 20% dos municípios (IBGE, 2021).

A microrregião Alta Mogiana localiza-se ao norte na macrorregião Nordeste do Estado de São Paulo e é composta pelos municípios de Aramina, Buritzal, Guará, Igarapava, Ituverava e Miguelópolis. E, a microrregião Alta Anhanguera é composta pelos municípios de Ipuã, Morro Agudo, Nuporanga, Orlândia, Sales Oliveira e São Joaquim da Barra (BRASIL, 2013).

A coleta de dados ocorreu através da análise de questionário realizado no território pelo Departamento Regional de Saúde VIII – Franca, SP, por ocasião da realização da Etapa Macrorregional da V Conferência de Saúde Mental no mês de abril de 2022, cuja coleta se deu através de formulário *online* enviado pelo DRS VIII, Franca, SP, aos municípios que possuem CAPS em funcionamento. A partir do material disponibilizado, a pesquisadora interpretou as respostas obtidas pelo questionário e elaborou os gráficos que fundamentam a discussão dos resultados.

Salienta-se que os dados obtidos através do questionário realizado pelo DRS VIII, Franca, SP, (Anexo D) não constam, até o momento, de relatório oficial. Por essa razão, a pesquisa mostra-se importante e inovadora, uma vez que poderá contribuir para a realização do Relatório Final a ser construído ao final da V Conferência de Saúde Mental (abril/2023)

A etapa da análise e interpretação dos dados foi feita por categorização, que “[...] significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito” (MINAYO, 1996, p.70). Foi utilizada a técnica da triangulação, que segundo Minayo, Assis e Souza (2005), consiste em combinar e cruzar pontos de vista, contemplando o olhar de vários informantes e aplicando várias técnicas de coletas de dados que acompanha a pesquisa.

As categorias de análise encontraram fundamento no Projeto da Reforma Psiquiátrica; na Política Nacional de Saúde Mental, no desenvolvimento do protagonismo como princípio das práticas de autonomia do/a usuário/a.

Este trabalho estrutura-se em quatro capítulos, sendo:

- ✓ Capítulo 1 O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil.
- ✓ Capítulo 2 A proteção da autonomia e do protagonismo do/a usuário/a do serviço de saúde mental.
- ✓ Capítulo 3 O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e os desafios para a implementação do protagonismo do/a usuário/a.
- ✓ Capítulo 4 CAPS integrantes do DRS-VIII de Franca/SP.

O Capítulo 1 apresenta o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, descortinando seus aspectos históricos e o percurso da criação da Política Pública como garantia de direitos para as pessoas com transtorno mental. Apresenta, ainda, a concepção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial, a fim de se conceber a importância da Política de Saúde Mental para o exercício do protagonismo do/a usuário/a.

O Capítulo 2 analisa os conceitos acerca da autonomia e do protagonismo, como forma de se alcançar a proteção objetivada pela Reforma Psiquiátrica proposta pela Política Pública em Saúde Mental brasileira.

O Capítulo 3 aborda sobre os desafios que os CAPS enfrentam para garantir aos/às usuários de saúde mental o protagonismo necessário durante seus tratamentos enquanto utilizarem os serviços.

O Capítulo 4 contextualiza os Centros de Atenção Psicossocial do DRS-VIII de Franca/SP quanto à sua composição, suas condições estruturais, suas atividades, dinâmica de trabalho, dados de atendimento da referida Região e apresenta a análise dos dados obtidos para a IV Conferência de Saúde Mental a fim de se apresentar um diagnóstico da realidade vivenciada na atualidade.

Os resultados puderam proporcionar respaldo científico à atuação dos CAPS em relação à efetividade do serviço prestado e oferecer um material que possa auxiliá-los/as no aperfeiçoamento e qualificação para a atuação profissional nesta área da saúde, já que se concluiu que o que determina o protagonismo é a realização de grupos e assembleias, entretanto, pôde-se constatar que a maioria só realiza as reuniões em grupo.

A pesquisadora deseja que a leitura permita a vocês, leitores/as, que consigam enxergar a realidade atual dos CAPS integrantes do DRS-VIII, como também refletir sobre todos os pontos trazidos, que poderão ser aprimorados, para que os/as usuários/as de saúde mental consigam desfrutar, de forma plena, dos serviços prestados pelos CAPS entrevistados.



Centro Cultural da Saúde/Ministério da Saúde (Nise da Silveira)

CAPÍTULO 1 O PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Breve análise do histórico de exclusão no Brasil

O Brasil inaugurou seu primeiro Hospital Psiquiátrico com a fundação do Hospício Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro através do Decreto de nº 82, de 18 de julho de 1841, que determinou o início das obras do hospital que foi inaugurado no mês de dezembro de 1852 (PERON, 2014). Após a proclamação da República, passou a se chamar Hospital Nacional dos Alienados, e foi por muitos anos o maior hospital psiquiátrico brasileiro, tendo sido fechado no ano de 1944 em razão das condições precárias em que se encontrava, sendo que todos os pacientes foram transferidos para outras instituições da região, especialmente para o Hospital Colônia localizado em Jacarepaguá-RJ.

A determinação da criação de um Hospital específico, para o tratamento das pessoas com doença mental se deu em razão das inúmeras denúncias, que vinham ocorrendo, já há muito tempo, contra as Santas Casas de Misericórdia relacionadas aos casos de maus tratos praticados contra os pacientes acometidos por transtornos mentais.

A intenção, ao se fundar o Hospício era a de desvincular o tratamento da loucura das questões religiosas e atribuir ao acolhimento um aspecto científico e validado pela medicina, com vistas a oferecer um tratamento médico, com a intenção, principalmente, de retirá-lo do convívio social, segregando-o em local afastado, fechado e longe da parcela da sociedade considerada normal (PERON, 2014).

Com o passar do tempo, tal modelo hospitalar mostrou-se um meio bastante eficiente para afastar os indesejados de todo gênero do convívio social, não apenas as pessoas acometidas por transtornos mentais, mas todos aqueles que se mostravam inadequados para a sociedade.

Não obstante o Hospício Pedro II tenha sido o primeiro a ser construído no Brasil, historicamente, o Hospital Colônia de Barbacena foi o mais conhecido em razão de sua grandiosidade, tanto em termos de estrutura, como no tocante às atrocidades que lá foram praticadas por quase um século (PERON, 2014).

Foi fundado no dia 12 de outubro de 1903, na cidade de Barbacena, MG, e se destacou em razão de sua estrutura física, já que contava com um terreno de aproximadamente oito mil metros quadrados, dividido em dezesseis pavilhões

destinados a tratar patologias diferentes. Chegou a ser respeitado nacionalmente e se tornou referência na área de psiquiatria brasileira (PERON, 2014).

No entanto, em pouco tempo o Hospital Colônia de Barbacena deixou de ser referência de tratamento psiquiátrico para se tornar um gigantesco depósito humano de toda sorte, o que resultou na banalização dos critérios para internação dos pacientes, transformando o local em uma espécie de campo de concentração de cultura nazista (ARBEX, 2019).

Há uma estimativa de que 70% dos pacientes da Colônia não tinha diagnóstico de transtorno mental com a necessidade de internação, no entanto, todos os dias lá chegavam dezenas de pessoas rejeitadas pela sociedade, como negros, homossexuais, alcoólatras, mulheres que não eram mais virgens, adúlteros(as), prostitutas, moradores de rua, pessoas com deficiência física, pessoas tidas como incomodadas, crianças órfãs, dentre outros. A maioria absoluta desses pacientes foi internada a força e sem nenhuma necessidade de tratamentos psiquiátricos. O local, preparado para acolher 200 (duzentas) pessoas, chegou a receber 5000 (cinco mil) na década de 1960 (sessenta), ocasionando uma situação de degradação dos pacientes que passaram fome e viviam entre ratos, sem qualquer condição de dignidade (ARBEX, 2019).

Naquela ocasião, muitos internos foram utilizados como mão de obra escrava para obras do município e submetidos a diversas formas de tortura, inclusive submetidos à terapia de eletrochoque e frio intenso, o que levou milhares deles à morte prematura. O Hospital Colônia ficou conhecido como holocausto brasileiro pelo fato de terem sido dizimadas em torno de 60 (sessenta) mil vidas em razão da omissão do poder público e da sociedade que acabava indiretamente contribuindo para a ocorrência desse genocídio “legalizado” (MAX, 2016). Foi apurado, também, que o Hospital realizou a venda de cerca de 1800 corpos para universidades da região, lucrando financeiramente com as mortes de pacientes que eram registradas como morte de indigentes (ARBEX, 2019).

No ano de 1979 o psiquiatra italiano Franco Basaglia, pioneiro da luta antimanicomial, visitou o Hospital Colônia e afirmou naquela ocasião: “Estive hoje em um campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta.” (ARBEX, 2019, p. 217). A denúncia realizada por Basaglia foi importante para que a situação se modificasse; no entanto, apenas em 1994 o Hospital

Colônia foi totalmente desativado e em seu prédio atualmente funciona o Museu da Loucura (MAX, 2016).

Graças ao Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, liderado por Franco Basaglia, e de sua visita aos Hospitais Psiquiátricos brasileiros as práticas de violência e exclusão passaram a ser denunciadas (AMARANTE, 2008). Basaglia se tornou referência mundial em Saúde Mental, ao implementar mudanças no Hospital Psiquiátrico de Gorizia e em Trieste, cidades situadas na Itália, que foram desativado dando início a um processo de reinserção dos pacientes na comunidade, desconstituindo os modelos de manicômio e apresentando os modelos de centros de saúde comunitários (VIGANO, 2006).

Um dos fundamentos da obra de Basaglia é a desinstitucionalização dos pacientes de Saúde Mental, visando a ruptura com o modelo de assistência psiquiátrica excludente em vigência ao redor do mundo. Para Amarante (2008, p. 30),

[...] a desinstitucionalização é um processo prático de desconstrução e, simultaneamente, um processo de invenção de novas realidades. E se hoje podemos assumir que a realidade é construída, podemos admitir ainda que pode ser desmontada para ser (permanentemente) reconstruída sobre novas bases.

Dentre todos os instrumentais desenvolvidos por Basaglia, em suas experiências bem sucedidas, sem dúvida a Assembleia foi a que mais mostrou resultados efetivos, uma vez que reunia todas as manhãs, pacientes, médicos, enfermeiros e assistentes sociais na sala mais ampla do hospital (BASAGLIA, 1985).

Naquela ocasião os trabalhos se iniciavam com os internos ajudando o enfermeiro a preparar a sala, dispondo as cadeiras em semicírculo e no final, recolocavam-nas em seus lugares novamente (BASAGLIA, 1985).

A Assembleia se apresentava como um acontecimento espontâneo, sem nenhuma obrigatoriedade de comparecimento e não se deixava notar qualquer distinção formal ou substancial entre os membros da comunidade; médicos, pacientes e enfermeiros, que tomam seus lugares na sala, confundindo-se uns com os outros “[...] Presidindo a mesa revezam-se dois ou três doentes, os quais, responsabilizados pelo andamento da assembleia, relevam qualidades notáveis de prestígio, dialética e distribuição e tratamento dos assuntos” (BASAGLIA, 1985, p. 24). O ponto central da Assembleia eram os relacionamentos, e não a doença dos pacientes e por essa razão as reuniões estavam sujeitas a acontecimentos comuns a quaisquer outros grupos.

Para Basaglia (1979, p. 64), “quando rejeitamos a lógica do manicômio como lógica repressiva e destrutiva do doente, estamos mudando a vida básica do doente; damos a ele uma situação de vida normal”. Nas Assembleias, a lógica repressiva foi alterada ao reconhecer os sujeitos como atores e não apenas como meros espectadores, o que tornou possível a construção de novas possibilidades para sair do não lugar onde foram por anos aprisionados. Esse processo de transformação da lógica do Hospital Psiquiátrico proposto por Basaglia foi fruto de muitos atores e ideias que puderam se expressar por meio das Assembleias, uma vez que a escolha se deu pela possibilidade de propiciar os espaços de fala como a possibilidade de fazer escolhas e responsabilizar-se por elas.

Essa reapropriação dos espaços de fala foi fundamental para o processo de desinstitucionalização, uma vez que a segregação limitou drasticamente a possibilidade de atuação dos pacientes internados, vinculando-os, tão somente, à existência da doença, desconsiderando singularidades e especificidade, sob o rótulo da loucura. As Assembleias, dessa forma, empreenderam papel fundamental nesse processo, permitindo que novas formas de tratamento fossem pensadas, possibilitando meios de lidar com a doença mental, sem necessariamente segregar o/a paciente de forma traumatizante.

A trajetória de Construção Política Nacional de Saúde Mental Brasileira

A trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história complexa e influenciada pelas mudanças ocorridas no contexto internacional de lutas pela extinção da violência hospitalar ostensivamente praticada contra seus asilados.

Até o século XIX a doença mental não era conceituada e por esse motivo não havia uma divisão estabelecida entre razão e loucura. As conceituações acerca dos transtornos mentais foram frutos de um longo processo histórico que coloca em evidência a ação política do Estado como agente de construção de paradigmas sociais e institucionais (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

O primeiro registro legislativo brasileiro em atenção às pessoas com transtorno mental, designados naquele momento histórico como “alienados” foi a Lei nº 1.132 de 27 de setembro de 1903. Nesse momento, discutia-se a necessidade da modernização do hospício e da concepção sobre saúde mental e seguindo o exemplo

da Psiquiatria Alemã, inaugura-se, um novo momento para Saúde Mental, priorizando a discussão acerca da etiologia da doença (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

É nesse sentido que a referida Lei determina em seu artigo 1º como seria oferecida a assistência aos alienados: “o indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados” (BRASIL, 1903, s.p).

Fica claro, que nesse momento histórico, a preocupação é a defesa e manutenção do controle social pelo Estado, sob o agasalho do poder da psiquiatria em dizer o quão perigoso é o doente mental e não, efetivamente a proteção e tratamento da pessoa acometida pelo transtorno mental.

A existência dos manicômios – símbolo daquilo que poderíamos definir como ‘reservas psiquiátricas’, equiparando-as ao *apartheid* do negro e aos guetos – é a expressão de uma vontade de excluir aquilo que se teme por ser desconhecido e inacessível, vontade justificada e cientificamente confirmada por uma psiquiatria que considerou o objeto dos seus estudos ‘incompreensível’ e, enquanto tal, relegável à fileira dos excluídos. O doente mental é um excluído que, numa sociedade como a atual, jamais poderá opor-se a quem o exclui, porque qualquer ato que venha a praticar está doravante circunscrito e definido pela doença. Assim, somente a psiquiatria, no seu duplo papel médico e social, pode ter condições de revelar ao doente o que é a sua doença e o que a sociedade lhe fez, excluindo-o dela (PEREIRA; PASSOS, 2017, p. 34).

É publicado o Decreto nº 14.831 em 1921 determinando a criação do o primeiro manicômio judiciário do Brasil e América Latina, nomeado Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro (BRASIL, 1921). Nessa ocasião, os saberes se ancoram na dinâmica estabelecida entre o crime e a loucura, fundamentada na discussão teórica que embasava a relação entre as escolas jurídicas e a psiquiatria (LIMA, 2019).

Sequestra-se o louco não para puni-lo, castigá-lo, mas para garantir os seus direitos, ao mesmo tempo que para prevenir a sua periculosidade: somente o Estado tem o direito de exercer, apoiado no saber e na prática psiquiátricas, o poder de sequestro. Por outro lado, sequestra-se o louco para submetê-lo a uma proveitosa experiência de disciplinarização fundada na ciência: somente a medicina psiquiátrica tem o direito de exercer, delegada pelo próprio Estado, tal poder de recuperação, fazendo retornar o indivíduo à condição de livre sujeito de direito (MACHADO; LOUREIRO; LUZ; MURICY, 1978, p. 489)

Em 1923, a Liga Brasileira de Higiene Mental com sede no Rio de Janeiro, fundada pelo psiquiatra Gustavo Riedel que tinha como objetivo primordial a melhoria na assistência aos doentes mentais, através da modernização do atendimento psiquiátrico é considerada de utilidade pública através da publicação do Decreto nº

4.778. A Liga era uma entidade civil, reconhecida publicamente através de subsídios federais, e composta pelos mais importantes psiquiatras brasileiros e a partir de 1926, influenciados pelo contexto político brasileiro e pelo contato com as modernas ideias alemãs, francesas e norte-americanas passou a empreender esforços na tentativa de normalizar a população e, dessa forma, inibir a ocorrência de pessoas com deficiência mental (SEIXAS; MOTA; ZILBREMANN, 2009, SP).

A década de 1930 inaugura a reforma no modelo de proteção social no Brasil, no primeiro governo de Getúlio Vargas. No ano de 1930 é criado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública (MESP), dando origem à primeira estrutura governamental a contemplar a área de saúde de maneira específica. Nesse momento, é publicado o Decreto nº 24.559 de 03 de julho de 1934, que dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências (BRASIL, 1934).

Com heranças do modelo político sanitarista-microbiologista fundado pelo médico epidemiologista Oswaldo Cruz (GALVÃO, 2009; PONTE, 2010), a Era Vargas (1930 a 1945) significou um grande marco para a sistemática da Saúde Mental brasileira, seja no seu viés político, seja no cunho teórico da área da saúde, pois até então toda a normatização e execução do tratamento proposto em saúde mental pertencia ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

O modelo assistencialista implementado pelo governo Vargas permite a concepção de uma necessidade de intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional, o que foi normatizado pelo Decreto/Lei 8.550/46 (BRASIL, 1946). No entanto, tal assistência psiquiátrica só foi efetivamente oferecida à população no final anos 1950, uma vez que até esse momento a psiquiatria ainda não havia alcançado o *status* científico das outras especialidades médicas, em virtude da ineficácia de seus tratamentos e da situação deplorável de seus hospitais (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

Já na década de 1960, época em que se vivia o Regime Militar, presenciou-se com imenso pesar a interrupção do debate acerca do novo modelo de assistência à saúde que foi apresentado na III Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em novembro de 1963. Assim, a ideia de saúde fundada no modelo puramente biomédico perdurou durante esse período e se tornou mais evidente quando no ano de 1966 é criado o Instituto de Previdência Social (INPS).

O cenário político compreendido entre os anos 1964 a 1974 foi de repressão às alternativas políticas, o que possibilitou ao governo a implementação de uma reforma institucional extremamente prejudicial aos interesses da sociedade. A generalização das privatizações pela compra de serviços particulares com o dinheiro público valorizou a produção quantitativa de procedimentos do setor privado, favorecendo a empresa médico-industrial, que resultou na medicalização em massa da sociedade (JORGE; CARVALHO; SILVA, 2014). Esse momento triste da história do país ficou conhecido a “indústria da loucura”, tendo a expansão de ofertas de leitos reforçado o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico e impossibilitando a implantação de Programas de Assistência Psiquiátrica complementares e não asilares (SILVA, BARROS; OLIVEIRA, 2002).

Somente no fim da década de 1970, em pleno Regime Militar, que a crise do modelo hospitalocêntrico se instala no Brasil, ocasionando, de fato, a eclosão de inúmeros movimentos sociais que serviram de estopim para o início do debate acerca da necessidade urgente de reformas no modelo de Saúde e de Saúde Mental, até então em vigor, como explica Buss (1995, p. 77)

[...] ao longo dos anos 70, chegando a receber, em média, mais de 70% dos recursos da Previdência Social gastos com assistência médica [...]. Foi uma década marcada também pela expansão da assistência hospitalar, que cresce de 2,8 milhões de internações em 1970, para 13,1 milhões em 1982, cerca de 90% das quais realizadas pelo setor privado financiado pela Previdência Social.

No ano de 1978, se instala uma grande crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM/MS), que teve grande repercussão após a ocorrência de manifestações de entidades civis e trabalhadores da saúde. Tudo se concretiza no momento em que os trabalhadores, bolsistas e residentes de 4 (quatro) Hospitais Psiquiátricos – Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, decidem entrar em greve após se insurgirem contra a grave situação de agressões, estupros, trabalho escravo e mortes não esclarecidas que diuturnamente se presenciava no interior desses estabelecimentos (AMARANTE, 2020).

A greve deflagrada levou o Ministério da Saúde a demitir 260 profissionais e estagiários, desencadeando um processo de inúmeras denúncias, manifestações de familiares e matérias na imprensa que duraram cerca de oito meses, levando à sociedade informações chocantes sobre a real situação dos manicômios brasileiros.

Assim, pode-se afirmar que a Reforma Psiquiátrica brasileira é fruto de um longo processo político e social, empreendido por significativa parcela da sociedade, descontente com o cenário de descaso e opressão que se delineava no país há muitos anos.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), junto a outros tantos movimentos sociais, deu origem ao conceito de Luta Antimanicomial, utilizada até os dias de hoje, que exigia uma reforma ampla dos moldes das Políticas Públicas em Saúde Mental, ou melhor dizendo, a Reforma Psiquiátrica. A partir desse Movimento se inicia uma série de denúncias acerca da violência praticada nos manicômios de todo o Brasil, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e do modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (VARGAS; CAMPOS, 2019).

Foi também o MTSM que desenvolveu as propostas de alteração políticas, jurídicas, sociais e institucionais, que foram discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988) e a consequente normativa constitucional acerca da saúde como direito fundamental de todos os cidadãos.

Como resultado desse momento histórico elevou-se a saúde ao patamar de direito constitucional ao ser inserida na Constituição Federal de 1988, do artigo 196, que assegura a “saúde como um direito de todos e dever do Estado mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Como fundamento da nova ordem constitucional e as mudanças estabelecidas na concepção de saúde mental apoiadas pela luta antimanicomial, foi apresentado ao novo Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3.657 em 1989, que propunha a extinção progressiva dos manicômios brasileiros (BRASIL, 1988). Nesse mesmo ano, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, SP iniciou o processo de intervenção no Hospital Psiquiátrico da Casa de Saúde Anchieta, em razão da grave situação de maus-tratos e mortes praticadas contra seus pacientes. Tal intervenção teve repercussão nacional e propiciou a possibilidade de se iniciar o debate acerca da construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico (MOURA, 2011).

Finalmente no ano de 1992, realizou-se a II Conferência Nacional de Saúde Mental que trouxe várias indicações do que deveria ser posto em prática para mudar os modelos tradicionais de cuidados da saúde mental até então vigentes. Foi nesse momento que entraram em vigor as primeiras normas federais, como a Portaria nº 224 de 1992, no qual regulamentou a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia (BRASIL, 1992).

No entanto, somente no ano de 2001 depois de anos de luta, foi aprovada a Lei Federal nº 10.216 de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Logo após a concretização deste feito histórico, nesse mesmo ano é convocada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, dispositivo fundamental de participação e de controle social.

A nova lei implementada pelo Governo Federal que ficou conhecida como Reforma Psiquiátrica, alinhada com as diretrizes da luta antimanicomial, ofereceu ares de esperança para a saúde mental no Brasil e passou a se consolidar enquanto política pública, ganhando sustentação, visibilidade e efetivação de direitos.

Assim, finalmente os anos 2000 inauguraram a Política Nacional de Saúde Mental, Lei nº 10.216 de 2001, que estabelece estratégias e diretrizes para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental (BRASIL, 2001). E, obedecendo às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) propõe-se a implantação de uma Rede plural de serviços aos usuários, com diferentes graus de complexidade com o intuito de promover assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas e graves. A Rede de Atenção Psicossocial brasileira (RAPS) passa, dessa forma, a ser formada por uma gama de serviços e pontos de atenção territorial.

O percurso estoico do Projeto de Lei 3.657 de 1989

O Projeto de Lei nº 3.657 de 1989 foi proposto pelo Deputado Federal Paulo Gabriel Godinho Delgado, que sociólogo e professor, tinha experiência no debate teórico-conceitual acerca de estudos sobre sociedade e democracia no sentido da

liberdade e crítica à sua limitação. Assim, baseado na experiência do psiquiatra italiano Franco Basaglia, principal responsável pelo fim dos manicômios das cidades de Trieste e Gorizia, na Itália, Delgado pode contar com a colaboração de seus irmãos, o psiquiatra Pedro Delgado, defensor dos direitos do paciente mental e Luiz Eugênio Godinho Delgado, também médico com experiência em implementos de modelos estrangeiros de saúde (FIOCRUZ, 2020).

Paulo Delgado foi procurado por aqueles que estavam à frente da Luta Antimanicomial e fora convidado a participar de uma sucessão de debates que o fizeram ter a compreensão exata da extensão dos problemas enfrentados pela Saúde Mental no Brasil no ano de 1989. A partir dessa aproximação com a realidade social, o projeto propõe de forma contundente a proibição em todo o território nacional de construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico (BRASIL, 1989).

O Projeto de Lei passou pelo crivo constitucional, legal e jurídico da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJC), com posição favorável do relator Harlan Gadelha (BRASIL, 1990). No entanto, quando enviado, já em 1990, ao Plenário da Câmara encontra sérias oposições, com diversas propostas de emendas, que de forma geral não apresentam caráter de melhoria do Projeto, muito pelo contrário, demonstram a clara intenção em dificultar sua entrada em vigor.

Uma das emendas, somente à guisa de exemplo, levanta a possibilidade de o/a paciente psiquiátrico/a atuar como agente assimilador/a e disseminador/a de infecção hospitalar, uma vez que ele/a, em não permanecendo no leito e tendo seu juízo crítico prejudicado pela própria doença, transitaria, por todos os setores do hospital, sem os cuidados técnicos necessários (BRASIL, 1990).

O Plenário fez, ainda, crítica ao sistema Basagliano, argumentando que haveria, em razão da extinção dos hospitais psiquiátricos, transtorno para a comunidade que teria que receber os pacientes egressos com a possível ameaça representada por esses indivíduos supostamente desamparados. As principais críticas oferecidas ao Projeto indicavam o medo de que a Lei pudesse extinguir a rede hospitalar especializada, reafirmando a necessidade dos hospitais psiquiátricos e insistindo no argumento dos riscos de contaminação pelos pacientes psiquiátricos, ressaltando, novamente, a sua condição de alienação mental grave (BRASIL, 1990).

No entanto, a principal demanda da Luta Antimanicomial e do Movimento da Reforma Psiquiátrica era justamente o fim da internação compulsória, fundamentada

nas experiências práticas dos trabalhadores da saúde mental e dos familiares e usuários (PRADO, 2020).

Tal mecanismo era utilizado em algumas situações para desumanizar o indivíduo antes mesmo da porta de entrada da instituição, pois o confinamento era imposto, muitas vezes, produzindo não um progresso no tratamento, mas, sim, o lucro da empresa credenciada que receberia recursos (PRADO, 2020).

A única proposta aprovada, das oito oferecidas pelo Plenário, dizia respeito ao fechamento gradual dos leitos psiquiátricos a fim de se evitar o colapso no atendimento aos usuários. No entanto, muitas outras emendas foram apresentadas ao longo dos anos, algumas com alterações tão profundas que apresentavam, claramente, a intenção de alterar completamente o Projeto de Lei apresentado pelo Deputado Paulo Delgado.

Diante de todas as oposições oferecidas ao Projeto, pode-se perceber a preocupação acerca de parecer o paciente psiquiátrico, como um sujeito totalmente incapaz de cuidar de si, ou até mesmo de procurar atendimento de forma espontânea, contando com a ideia equivocada de que apenas a internação em leitos psiquiátricos seria capaz de cumprir o papel assistencial dos loucos.

A questão do estigma produzido ao longo da história da humanidade em relação ao assunto “Saúde Mental” pode ter sido a principal causa da resistência dos parlamentares frente à proposta feita por Delgado.

Infelizmente o Projeto de Lei nº 3.657 de 1989 ficou parado no Senado por quase dez anos até que no ano de 1999 foi à Câmara como Substitutivo de nº3.657-C, que o reescrevia totalmente, mantendo de original, tão somente, as ideias gerais oferecidas pelo Deputado Delgado quando na confecção do Projeto, que somente voltaria a ser discutido no ano de 2001.

Houve muita pressão para que o Projeto original retornasse à pauta, uma vez que o Substitutivo alterava significativamente o ponto em que se propunha a determinação de limitação e proibição de aumento de leitos psiquiátricos mantidos com dinheiro público. Pelo contrário, inclusive, previa a possibilidade do aumento no número de leitos, com a construção de hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2001).

Em razão desse fato, muitos adiamentos foram requeridos e a discussão acirrada entre os deputados voltou a acontecer. Muitos querendo a volta do Projeto original e tantos outros defendendo o Substitutivo enviado pelo Senado. Enquanto o Projeto estava sendo discutido, houve a morte, por espancamento, de um paciente

interno que ocasionou a primeira condenação brasileira pela Organização dos Estados Americanos (G1, 2016).

Enfim, após muito debate político o Substitutivo 3.657-C, mesmo tendo sofrido algumas modificações e acabou sendo aprovado culminando com a publicação da Lei nº 10.216 de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, a conhecida Lei da Reforma Psiquiátrica.

A Lei 10.216 de 2001 e o avanço tardio da legislação brasileira

A conquista com a aprovação pelo Congresso Nacional da Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei nº 10.216 de 2001, mesmo com todas as dificuldades enfrentadas, merece destaque o fato de que essa Lei acabou, efetivamente, produzindo efeitos antes mesmo de ser aprovada.

Em oito estados foram aprovadas leis dentro de sua competência de atuação. As conquistas se seguiram com o Ministério da Saúde editando 11 (onze) Portarias. Entretanto, merecem destaques as portarias de nº 189 de 1991, nº 224 de 1992, nº 106 de 2000 e nº 1.220 de 2000 já que instituíram:

- Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Portaria nº 189 de 1991;
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Portaria nº 224 de 1992
- Residência Terapêutica, Portarias nº 106 e nº 1.220 de 2000 (TENÓRIO, 2002).

A Lei da Reforma Psiquiátrica, publicada em 06 de abril de 2001, determina o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e dispõe sobre a proteção e os direitos dos usuários com transtorno mental, estabelece que a atenção em saúde, nesse campo específico, deve ser feita prioritariamente em serviços abertos e comunitários, inseridos nos territórios de moradia dos usuários, facilitando o acesso e a livre circulação das pessoas que ali são atendidas (BRASIL, 2001).

Nesse momento, o modelo hospitalocêntrico passa a sofrer gradual alteração e se direciona para uma atenção descentralizada e baseada no pressuposto de que o cuidado deve ser realizado o mais próximo possível do contexto de vida do usuário.

Pode-se considerar que a Lei nº 10.216 de 2001 é um marco essencial, ainda que tardio, na história da saúde mental do Brasil, uma vez que de forma nacional propõe o redirecionamento do cuidado centrado na saúde, colocando um ponto final

no período centrado na doença e no cuidado hospitalocêntrico. Na década de 1980, cerca de 95% dos recursos financeiros públicos aplicados em Saúde Mental no Brasil eram destinados a manicômios, analisa Delgado (2011).

Com o objetivo de alterar esse *status*, a Reforma Psiquiátrica colocou em pauta o enfrentamento e o desafio de alterar o instituído modelo hospitalar, determinando que fossem criadas outras formas de cuidado às pessoas em sofrimento psiquiátrico, em espaços não segregatórios (LEITE, 2012).

O ponto central da Lei foi enxergar as pessoas com transtorno mental como cidadãs detentoras de direitos, alterando o modelo assistencial ao discutir questões de ordem cultural, clínica, política, social e jurídica, fruto da atuação de diferentes atores (TENÓRIO, 2002), pois até esse momento, as pessoas com transtorno mental não eram tratadas como sujeitos políticos e de direitos, ao passo em que tudo era feito sem o seu consentimento ou opinião (DELGADO, 2011).

Assim, ainda que Lei nº 10.216 de 2001 tenha inovado ao reconhecer a cidadania desse grupo excluído da sociedade, ainda mantém, de alguma forma, seu caráter paternalista em algumas expressões, como por exemplo, a linguagem pautada na ideia do/a usuário/a enquanto “paciente” e dos serviços centrados no saber médico especializado.

Destaca-se, desse modo, que embora a noção de integralidade deva estar presente nas ações de cuidado em saúde, conforme preconizado pela Lei nº 8080/90 (BRASIL, 1990), o modelo introduzido pela Lei em comento, ainda é totalmente constituído por um viés biomédico, onde a primazia dos especialismos ainda é exercitada de forma desarticulada e setorializada. No entanto, é válida a importância dessa Lei Nacional específica, que opera visibilidade ao cuidado em saúde mental e à garantia dos direitos e cidadania das pessoas com transtorno mental que, por muito tempo viveram excluídos e à margem da sociedade.

É preciso compreender que toda mudança no modelo de atenção em saúde envolve aspectos ético-estéticos, políticos e culturais e, por essa razão, requer um esforço permanente de todos os atores envolvidos no sentido de avançar para um futuro todo o processo de efetivação de direitos ocorra de forma ideal (GUATTARI, 1990).

Amarante (2007) alerta sobre a importância de pensar o campo da saúde mental e da atenção psicossocial não como um modelo, mas como um processo, um movimento social em constante transformação.

Por essa razão, dez anos após a Lei da Reforma Psiquiátrica, assinala mais um importante avanço no campo da saúde brasileira, quando a Portaria nº 3.088 de 2011, “Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2011).

A Portaria altera expressões importantes no que diz respeito aos conceitos construídos pela Luta Antimanicomial. Percebe-se, a substituição da expressão “paciente” por “pessoa”, fato que demonstra a evolução dos conceitos éticos-políticos construídos pela sociedade ao longo da última década. Ainda, destaca-se a alteração de “Rede de Saúde Mental” para “Rede de Atenção Psicossocial”, ampliando a concepção de Saúde para além do caráter biomédico, envolvendo todos os aspectos da vida no meio sociocultural, tendo em vista a complexidade de fatores que constituem a vida do ser humano.

Tais alterações significam um grande avanço na evolução de direitos, por destacar a posição ativa da pessoa humana e não mais de alguém que apenas espera a intervenção de terceiros e é passivo diante do que lhe propõem a seu respeito.

Dessa forma, não se trata, simplesmente de uma questão de alteração meramente semântica, mas, na medida em que se tratando de diagnóstico de transtorno mental, ser esse/a paciente considerado/a pessoa, possui um significado importante no seu processo emancipatório e de cidadania, uma vez que a coloca em situação de movimento rumo à participação nas decisões acerca de o seu tratamento.

Para Amarante (2007), o termo “usuário”, referido na legislação do SUS, faz menção ao protagonismo daquele que, até então, era visto apenas como paciente, alterando completamente o sentido dado ao lugar em que a pessoa em sofrimento ou com transtorno mental passa a ocupar.

As alterações importantes advindas na legislação aconteceram a partir dos debates nos Movimentos, demonstraram uma perspectiva crítica e teórica, na saúde e na saúde mental, pois criaram-se conceitos no processo interventivo, pois, ao mesmo tempo que ela é reprodutora de estigmas e estereótipos, também é capaz de produzir e inserir práticas libertadoras e condizentes com uma ação voltada aos direitos humanos e à promoção de cidadania, que podem estar a serviço de um investimento que olhe para o sujeito em sua integralidade (AMARANTE, 2007). Por isso é tão necessário que sejam apreendidas por todos/as.

A Portaria nº 3088 de 2011 que criou a Política Nacional de Saúde Mental abandona, dessa forma, a noção meramente positivista de ciência e passa a olhar a pessoa com transtorno mental transcendendo a lógica do acabado, da natureza humana, adotando-se a ideia de “produção de subjetividades” (GUATTARI, 1990). A legislação passa a compreender que as pessoas são constantemente atravessadas por concepções de mundo, que ditam modos de ser e sentir atreladas à história de cada tempo e de cada contexto.

Dessa forma, fica clara a importância das diretrizes atribuídas pela Portaria para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pautadas no respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, protagonismo e liberdade, no combate a estigmas e preconceitos, na atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, que são fundamentais justamente porque ressaltam processos de cuidado singulares, com respeito às demandas e com projetos específicos (BRASIL, 2011).

A intenção é acabar com as práticas de cuidado massificado, fundamentado em protocolos rígidos e pré-definidos que colocavam a pessoa em um lugar de invisibilidade e alienação, através da adoção de diretrizes que incentivam o desenvolvimento de atividades no território do usuário, o que contribui para sua inclusão social, promoção de sua autonomia e exercício da cidadania.

Todo o debate que envolveu a Reforma Psiquiátrica demonstrou a necessidade de construção de novos modelos de atenção em saúde mental que proporcionassem a ruptura com a forma de exclusão que objetivava tratar a questão da loucura apenas como um fato médico. Desse modo, passamos a idealizar serviços de atenção diária, de base territorial, que trabalhassem sob a ótica da desinstitucionalização, que têm o sujeito e sua família como foco de sua atenção, privilegiando a integralidade do cuidado e a humanidade do usuário como o centro do trabalho. (SOUZA; RIVERA, 2010).

Desde a criação do primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) na cidade de São Paulo no ano de 1997, a proposta foi resgatar e garantir os direitos e a cidadania da pessoa com transtorno mental, além de demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva aos tratamentos manicomial (MACHADO, 2011). O Ministério da Saúde delegou aos CAPS a responsabilidade de protagonizar o redirecionamento do modelo assistencial e, em 2004, lançou o manual Saúde Mental no SUS:

[...] onde especifica abrangência de atuação desses serviços. [...] a reabilitação psicossocial [...] é também catalizadora de série de outras categorias muito presentes ao discurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como autonomia, reinserção social, cidadania, trocas sociais, contratualidade, direitos, inclusão social, entre outras (BRASIL, 2010, p.16).

Um dos objetivos da implantação desse serviço de saúde é garantir ao usuário uma vida com qualidade, dignidade, cidadania e com a presença fundamental da família em todo o processo. Segundo Yasui (2010, p. 124), o “cuidar é a essência do trabalho”, e deve haver uma “medida justa” como forma de não produzir dependência ou sufocar o usuário. No entanto, é necessário que o olhar da equipe se estenda para além da doença, e esteja voltado às necessidades globais das pessoas que se socorrem do serviço”. Assim, os CAPS

[...] devem estar articulados na rede de serviços de saúde e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais (BRASIL, 2004, p. 11).

O modelo de atuação proposto pela Reforma Psiquiátrica brasileira é a substituição a assistência excludente, que ocasionava abandono e marginalização, por uma rede de atenção integral à saúde mental que favoreça a integração social e familiar.

Por essa razão a atuação em rede visa favorecer a construção e manutenção da autoestima do/s usuário/a e promover os processos de integralidade da saúde. Assim, de acordo com Machado (2011, p. 30-31), tem-se

[...] a determinação de que os CAPS, os ambulatórios de saúde mental, as residências terapêuticas, os centros de convivência e cultura, as emergências psiquiátricas em hospitais gerais e os atendimentos nas Estratégias Saúde da Família (ESF), são de extrema importância por encontrarem-se inseridos na comunidade e terem como ênfase o trabalho direcionado a toda comunidade.

Em razão disso, a Atenção Básica compreende um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde. Nesse sentido, é desenvolvida através de práticas democráticas e participativas, com a atuação de equipes multidisciplinares e dirigida a populações de territórios bem delimitados com o objetivo de organizar a oferta do serviço junto à Rede de Atenção à Saúde Mental (MACHADO, 2011).

Sob a ótica do apoio matricial em saúde mental é o arranjo organizacional que tem por objetivo proporcionar o suporte técnico em áreas específicas para equipes

responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde (BRASIL, 2005). Se mostra como ponto fundamental na articulação do cuidado em saúde mental à atenção básica, facilitando o direcionamento dos fluxos na rede, promovendo uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde.

Assim sendo, o Apoio Matricial às equipes da atenção básica deve partir dos CAPS, pois estes são os serviços que ocupam lugar central na proposta da reforma psiquiátrica, e por essa razão seus dispositivos são considerados ordenadores da rede de atenção em saúde mental, tendo a missão de direcionar o fluxo e servir de retaguarda para todos os outros equipamentos da rede.

Por essa razão, a equipe de saúde mental tem a possibilidade de compartilhar os casos com as equipes de atenção básica a fim de que esses compartilhamentos e traduza em forma de corresponsabilização, por meio de efetivas discussões conjuntas, intervenções pelas equipes junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação (BRASIL, 2005).

Como forma de se garantir a efetividade do Matriciamento, foi incorporado à Rede de Atenção pela Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008), para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF). A organização dos serviços de saúde, de acordo com Machado (2011, p. 37):

[...] deve ser norteada pelas necessidades de saúde da população assistida, na perspectiva de uma rede de atenção que seja substitutiva ao modelo tradicional e que efetive a proposta da desinstitucionalização, com ênfase nas práticas de saúde mental no território.

Entende-se que não apenas um serviço, mas uma organização em rede tem condições apropriadas de atender a complexidade de demandas de inclusão de pessoas com transtorno mental. Dessa forma, o território é conceito essencial no trabalho em rede de atenção à saúde mental, este entendido não somente como uma área geográfica, mas no âmbito das pessoas, das instituições e dos cenários que se organizam na comunidade (MACHADO, 2011).

A intenção do Matriciamento é extinguir as práticas de encaminhamento muito utilizadas ainda pelos serviços de saúde, uma vez que tais circunstâncias acabam por desagregar a intenção da intersetorialidade da rede, que tem o intuito de garantir amplo atendimento a seus usuários.

No entanto, esse sistema de repasse dos usuários entre as unidades da rede assistencial, com enfoque no encaminhamento, reforça a prática de uma assistência fragmentada, com pouca articulação entre os serviços e faz com que o usuário fique perdido no sistema. As formas de encaminhamento praticadas no município contribuem pouco para o princípio da integralidade e para o avanço da Reforma Psiquiátrica, pois o processo de implantação da rede de atenção em saúde mental sob a lógica dos encaminhamentos pode desencadear a destituição de vínculo e a desresponsabilização (PAES *et al*, 2013, p. 399)

Como bem destacou Paes *et al*, os encaminhamentos realizados dentro da rede geram destituição de vínculo e a desresponsabilização entre os equipamentos e fere os preceitos da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista a grande demanda que se apresenta aos serviços, as péssimas condições estruturais e o número limitado de profissionais disponíveis, na maioria dos municípios.

Para que as transformações realmente sejam implementadas é necessário que as práticas sejam compreendidas e aplicadas em sua integralidade, focalizadas na promoção da qualidade de vida dos sujeitos, motivo pelo qual tão urgente se faz a integração multiprofissional existente nos diversos caminhos da rede de atenção à saúde mental.

A integralidade da assistência, tão necessária, deve ser garantida por meio de troca de informações e contato direto entre os profissionais, a fim de se conseguir melhor qualificar o cuidado ao/a usuário/a, independente da forma que puder ocorrer (formulário eletrônico, telefone, pessoalmente) (PAES *et al*, 2013).

As Conferências de Saúde Mental e a Luta Antimanicomial

O Movimento de Reforma Psiquiátrica é o principal instrumento social precursor da participação na saúde mental e surge na esteira dos movimentos de restauração democrática no Brasil a partir da década de 1970, tendo como particularidade a luta pela cidadania dos sujeitos obrigatoriamente tutelados em asilos psiquiátricos, os loucos (TENÓRIO, 2002).

Dessa forma, as mudanças propostas pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica visavam a transformação das relações de poder entre a instituição e os usuários e seus familiares, na superação das formas tradicionais de contenção, tutela e segregação, permitindo a participação nos serviços e tratamentos tornando-se sujeitos ativos no processo de reelaboração do sofrimento (Vasconcelos, 2016).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), realizada no ano de 1987, oriunda dos preceitos determinados na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, que debateu temas importantes como: Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. O plenário da I CNSM propôs a estatização da indústria farmacêutica, a assistência à saúde mental desinstitucionalizada de caráter comunitário através da constituição de comissões de usuários para discussão, acompanhamento e fiscalização das questões sobre a democratização das instituições e a definição da forma de financiamento do SUS.

Em seu Relatório Final, colocou em debate a situação decadente da sociedade brasileira naquele momento histórico de redemocratização e explicitou a necessidade de discussão acerca de temáticas sócio-político e econômicas, que resultaram em uma situação precariedade das condições materiais de vida da maioria da população (BRASIL, 1988).

Ainda foram expostos os pontos de convergência entre o projeto do Movimento de Reforma Sanitária e do Movimento de Reforma Psiquiátrica, tratando a saúde a partir de um paradigma que visa à transformação da sociedade e reconhecendo que os interesses de classe perpassam a saúde de forma contundente (BRASIL, 1988).

Um dos desdobramentos importantíssimos da I CNSM de 1987, foi o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado n. 3.657 de 1989, já analisado anteriormente e que culminou na publicação da Lei nº 10.216 de 2001, a conhecida Lei da Reforma Psiquiátrica.

Durante a IX Conferência Nacional de Saúde de 1992 é convocada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual foi realizada nesse mesmo ano e ofereceu três grandes proposições de discussão: Rede de Atenção em Saúde Mental; transformação e cumprimento de leis; direito à atenção e direito à cidadania (BRASIL, 1994).

É a partir deste Relatório que os marcos conceituais da CNSM são estabelecidos, o que referenciou os direitos, a legislação e o modelo de atenção municipalizada (TENÓRIO, 2002). Nessa ocasião, foram realizadas inúmeras propostas pelo Plenário acerca, principalmente da municipalização da assistência em saúde, a implementação dos Conselhos de Saúde paritários, capacitação dos profissionais, investigações epidemiológicas e socioantropológicas, com vista a possibilitar modelos que respeitassem as realidades locais e exigência do

cumprimento das Leis nº 8080 de 1990 e Lei nº 8142 de 1990. Em seu capítulo final é apresentada a Carta de Direitos dos Usuários de Saúde Mental do Brasil, aprovada como pacto entre as entidades civis, movimentos sociais e associações implicadas (BRASIL, 1994).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu no ano de 2001 e se insere num contexto em que os princípios do Movimento da Reforma Psiquiátrica alinham com a Política de Saúde Mental e, por essa razão, a luta antimanicomial ganha maior visibilidade perante a sociedade. A Conferência teve como Tema “Cuidar, sim. Excluir, não”, reafirmando os preceitos da Lei 10.216/2001 que visa efetivar o acesso à Saúde Mental com qualidade e humanização (BRASIL, 2001).

O Relatório do Plenário demonstra a preocupação com a efetividade Conselhos de Saúde, enquanto órgãos de regulação do SUS, portanto, devem lutar em defesa deste, na busca pela efetivação da Política de Saúde Mental, exercendo o seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, inclusive do orçamento e da destinação de verbas a todos os níveis da saúde mental com transparência no processo.

No ano de 2009, aconteceu a Marcha dos Usuários da Saúde Mental em Brasília e contou com a participação de cerca de 2.300 pessoas que reivindicavam, dentre outras coisas a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Costa e Paulon (2012) ressaltam que os nove anos que separaram a III e IV Conferências Nacional de Saúde Mental, permitiram visualizar o avanço na implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, através da implementação de mais de 1.500 (mil e quinhentos) CAPS no país.

Todo esse movimento iniciado no final da década de 1970 demonstra que o Brasil foi capaz de produzir mudanças significativas no contexto da Saúde Mental e, nesse sentido, a relação com a loucura sofreu modificações, conforme o nível de aprofundamento das mudanças sociais, pressionadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, o que levou à construção de mais de 1.021 teses aprovadas na plenária final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (COSTA; PAULON, 2012).

A IV CNSM – Intersetorial, aconteceu em Brasília no ano 2010, contou com a presença de 1.200 delegados, 102 observadores e 200 convidados, e teve como objetivo principal discutir a questão da Saúde Mental para além da questão meramente biológica, visto que discute a consolidação da rede socioassistencial e a

vinculação com os movimentos sociais. As propostas sugerem a discussão acerca das formas de cuidado, os desafios de cuidar em liberdade e no que diz respeito à luta pelos direitos humanos e cidadania, deliberando pela humanização do cuidado, pela revisão de interdições judiciais de pessoas com transtorno mental e no mesmo contexto avalia a dimensão cultural, denunciando o estigma da loucura e defendendo o respeito à diversidade.

Os debates dividiram-se entre os eixos: a) políticas sociais e políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais; b) consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e fortalecer os movimentos sociais; c) Direitos Humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial (BRASIL, 2010).

O Relatório Final desta Conferência é consideravelmente mais extenso de todas as demais Conferências, pois em diversos momentos são reafirmadas proposições anteriormente feitas, com o intuito de insistir na implementação das reivindicações que não haviam se efetivado até aquela ocasião. São tratados assuntos como a organização e consolidação da rede, financiamento, gestão de trabalho em saúde mental, política de assistência farmacêutica, gestão de informação, gestão intersetorial, políticas sociais, formação, educação permanente e pesquisa em saúde mental. Ainda, reivindica a garantia de serviços substitutivos de caráter público estatal, sobretudo, com a participação efetiva da sociedade na formulação e efetivação das políticas de saúde mental (BRASIL, 2010).

As 4 (quatro) Conferências Nacionais de Saúde Mental foram muito importantes para a efetivação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e, ao longo dos últimos 20 anos, fez com que a sociedade encontrasse espaços para o debate em torno da singularidade que envolve a área da Saúde Mental. É possível vislumbrar como a garantia de participação social dos usuários, familiares, trabalhadores e intelectuais têm tido inserção positiva nos espaços gerais de discussão democrática, como nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde, nos âmbitos Municipal, Estadual e Nacional.

No entanto, a continuidade da luta por ampliação e melhoria dos Serviços de Saúde Mental é necessária quanto aos seus aspectos mais progressistas, pois propicia um retorno da filosofia existencial como base interpretativa para a experiência subjetiva (AMARANTE, 2007).

A ampliação do debate para os ambientes curriculares, acadêmicos e clínicos pode se fortalecer com o fomento de discussões sobre a natureza da saúde, da doença, da cura, da reabilitação, da promoção e da prevenção.

Também deve acontecer discussões sobre temas como a inter e a transdisciplinaridade; o interparadigmatismo; as relações de poder e a contratualidade exercida entre profissionais; serviços e usuários; direitos humanos; autonomia e cidadania das pessoas com transtornos psíquicos, natureza, missão e funcionamento das instituições, institucionalização e desinstitucionalização, determinação multifatorial envolvida nos processos saúde-doença e, enfim, sobre a natureza essencialmente política da epistemologia em Saúde Mental (VASCONCELOS, 2002; ALMEIDA FILHO, 1999).

Essas discussões viabilizam o exercício de novas formas de relação, novas linguagens, novas práticas e novas tecnologias sociais nos projetos terapêuticos, bem como norteiam a participação do profissional de Saúde Mental em ações comunitárias e, ainda se ocorridas dentro das Conferências e nos Conselhos se mostra extremamente importante e eficaz, de modo a se criar oportunidades de construção de novas posturas profissionais e institucionais para atender aos sujeitos que procuram atendimento no Serviço de Saúde Mental, permitindo a efetivação de autonomia e protagonismo, com vistas a se permitir a garantia dos direitos do cidadão.



Museu de Imagens do Inconsciente (Pintura de Adelina Gomes)

CAPÍTULO 2 A PROTEÇÃO DA AUTONOMIA E DO PROTAGONISMO DO/A USUÁRIO/A DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

Autonomia e protagonismo como expressão da luta antimanicomial

O conceito de autonomia, do grego *auto* (próprio) e *nomos* (regra), traduz o significado de liberdade e independência para tomada de decisões acerca da própria existência, do próprio destino e querer, enfim, sobre a própria vida (FLEURY-TEIXEIRA et al, 2008).

Pode-se conceituar autonomia como a capacidade que o ser humano tem para tomar decisões que poderão afetar sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica e suas relações sociais com o mundo externo, explica Muñoz (1998). A autonomia é uma palavra cuja origem etimológica que deriva do grego “auto” (próprio) e “nomos” (lei, regra, norma); o agir com autonomia retira do sujeito as coações externas, e o seu pensamento livre é quem determina as escolhas que fará frente às situações que se apresentarão no cotidiano de sua vida (MUÑOZ, 1998).

Autonomia significa, dessa maneira, autoconstrução e a possibilidade de se auto cuidar de forma plena e independente, por essa razão no campo da saúde mental o conceito parece recobrir-se de sentidos imprecisos. No entanto, para Delgado (1992), todo cuidado implica um grau de tutela e todo serviço de caráter protetivo opera algum grau tutelar, mas sempre respeitando a adequação à subjetividade dos sujeitos.

Assim, pensar no conceito de autonomia fundamentado nas práticas de Saúde Mental implica em pensá-la como o momento em que o usuário/s passa a conseguir resolver seus problemas de forma a requerer menos dispositivos assistenciais do próprio serviço. O ser autônomo melhora sua qualidade de vida ao passo em que consegue solucionar, sozinho, as questões que se apresentam em seu cotidiano. Neste sentido, a questão da autonomia está intimamente relacionada com o referencial da promoção da saúde, visto que a preocupação reside na potência de cada sujeito poder escolher para atingir sua saúde, em uma busca constante de sua emancipação (MARCHI, 1998).

A teoria kantiana compreende o conceito de autonomia sobre o indivíduo discorrendo que esse ser racional e livre exerce sua autonomia pela lei da própria vontade que é a razão moral para fazer as coisas a seu modo, através de sua

capacidade de reflexão e reconhecimento da autoria de seus atos com as consequências deles advindas (SCHRAMM, 1988).

Para fins de compreensão, autonomia e dignidade estão intrinsecamente ligados, uma vez que só pode-se conceber a dignidade quando há a capacidade do exercício da autonomia e só se alcança autonomia àquilo que é fim em si mesmo. Dessa feita, só se compreende que é livre aquele que está consigo mesmo, portanto, não fora do contexto da alienação (HABERMAS, 1989).

Por essa razão, compreende-se o conceito de autonomia na esfera de Saúde Mental de maneira abrangente e alargada no passo em que deve ser considerado cada usuário/a em suas especificidades, principalmente quanto o seu grau de fragilidade e vulnerabilidade decorrentes de sua condição. Pode-se definir autonomia com princípio do livre arbítrio, da independência, da autossuficiência e do autogoverno da própria vida e é, invariavelmente, considerada o que de mais importante o processo de tratamento tem a produzir (HABERMAS, 1989).

O ser humano autônomo deve ser livre de qualquer constrangimento a fim de que possa exercer sua independência nos atos cotidianos da vida e estabelecer seus próprios modos de viver quanto às questões relativas à sociedade, à família e ao seu próprio bem-estar.

A autonomia preconiza um indivíduo livre e autossuficiente e é nesse sentido que se deve pensar nas possibilidades de inclusão e reinserção do indivíduo com transtorno mental, uma vez que ele se sente deslocado o meio onde está inserido, seja familiar ou seja comunitário.

Dessa forma, estar em espaços que não lhe acolhem corretamente acaba por constrangê-lo em sua vontade como indivíduo, percebendo várias circunstâncias em que usuários/as de saúde mental são submetidos ao grande esforço de se adequarem aos modelos de indivíduos socialmente já aceitos pela comunidade, o que leva a questionar esse modelo de construção de autonomia como ideal de cura, que ao invés de incluir, segrega cada vez mais.

Há que se compreender a autonomia como a capacidade do indivíduo de gerar possibilidades para a sua vida a partir de sua participação de ampliar suas relações sociais, o que lhe possibilita de escolher o que é melhor para a sua realidade, retirando-o da condição de refém de determinações únicas e totalizantes. Sob esse olhar a autonomia se mostra como ideal de tratamento e se torna produtora de uma

normatividade que inclui o indivíduo historicamente excluído das possibilidades de tomada de decisão (LEFORT, 1991).

Entretanto, necessário se faz compreender que o conceito de autonomia jamais será absoluto, uma vez que a inserção do homem enquanto indivíduo intercomunica-se com a totalidade da cultura, motivo pelo qual não pode ser entendida como autodeterminação do indivíduo, mas sim como um processo de universalização da consciência individual que ocorre na construção de comunidades e é somente dentro delas que o homem pode se considerar autônomo (OLIVEIRA,1995).

Dessa forma, as competências adquiridas para essa autonomia requerem o amadurecimento pessoal do sujeito que se colocado à prova o tempo todo, por isso nunca estará perfeitamente acabado. Sua construção diária exigirá reflexão e ação dentro do contexto histórico em que a pessoa estiver inserida e dentro de cada contexto deverá permanecer senhor de sua liberdade e independência do controle de influências e seu poder de ação, como capacidade de ação intencional (GODIM JR, 2004).

De qualquer forma, a autonomia sempre será um atributo relativizado, uma vez que, como seres eminentemente sociais, as escolhas e decisões da pessoa estará sempre ligada de alguma forma ao discurso do outro ou ao contexto social a que está imerso e assim, as intenções inseridas no ato autônomo da pessoa estarão sempre enraizadas na sociedade e na história.

O protagonismo como consequência do exercício da autonomia

Santos (2000) que os indivíduos são sujeitos, mas também objetos de suas próprias histórias à medida que constroem, mas também são construídos pelos espaços sociais nos quais circulam. Neste sentido, a autonomia é o produto do mundo interno de cada pessoa com as condições externas absorvidas das relações cotidianas que estabelece com o meio.

Pode-se conceber autonomia como o momento em que o sujeito passa a conviver com seus problemas e dar conta das demandas de sua vida de forma a necessitar de menos intervenções externas, sejam elas do serviço de saúde mental, sejam elas de outras fontes. Sua importância para a cultura atual é indiscutível, visto que este princípio se relaciona com a causa ética da emancipação do sujeito em

direção à sua autodeterminação, o que em última instância relaciona-se com a afirmação de sua autonomia.

Isto posto pode-se afirmar que a autonomia, conforme entendimento de Canguilhem (1995) remete à questão do efetivo exercício do protagonismo do indivíduo adoecido. E se aproxima da noção de pertencimento definida por Morin (1996), ao considerar que o organismo vivo é dotado de uma potência auto-reparadora, desde que tenha condições de fazer algo por si mesmo.

Pode-se, ainda, conceber a noção de autonomia como a capacidade do indivíduo em gerar normas para a própria vida, a partir da ampliação de suas relações sociais e sua efetiva participação nas atividades do seu dia a dia, ou seja, exercendo de forma efetiva o protagonismo preconizado pela Reforma Psiquiátrica. É neste mesmo sentido o entendimento de Soares e Camargo Júnior (2007), quando defendem a ideia de que é necessário compreender a autonomia como forma de se superar as relações autoritárias e paternalistas muito presentes no processo saúde/doença através do fortalecimento das relações entre pacientes e profissionais da saúde, a fim de se permitir que o sujeito efetivamente tome as rédeas de sua vida e seja protagonista de sua história.

O protagonismo dentro do conceito de Saúde Mental tem por finalidade permitir que o usuário possa exercer a sua participação social no cotidiano da clínica, bem como, na construção coletiva dos projetos terapêuticos (COSTA; PAULO, 2012; JORGE et. al. 2015).

Dessa forma, necessário refletir acerca das práticas de tratamento humanizado que ofereçam condições para que as pessoas com transtorno mental e sofrimento psíquico ocupem lugares que sempre foram seus por direito, mas que em algum momento lhe segregaram, bem como possam estar aptos a recebê-los e incluí-los no cotidiano da sociedade.

Dessa forma, o protagonismo: “requer a constituição de espaços em que os usuários possam experimentar a capacidade de pensar, sentir e decidir sobre suas vidas singulares, em meio ao coletivo que constituem e que os constitui subjetivamente” (COSTA; PAULON, 2015, p. 581).

No entanto, existem muitas dificuldades no que diz respeito a proporcionar o efetivo protagonismo do/a usuário/a na terapêutica e nos serviços de saúde mental, pois há alguns serviços pautados no velho modelo médico tradicional (SANTIAGO; SANTOS, 2019).

Para Costa e Paulon (2012), o protagonismo na assistência em saúde mental acontece quando o/a usuário/a é estimulado/a a falar por si, em primeiro lugar, e a se reconhecer como cidadão/ã. Desse modo, haverá a oportunidade de se pronunciar em nome do coletivo terá sua voz valorizada. Parece ser, dessa forma, através da participação ativa que o que protagonismo acontece, permitindo que a autonomia seja vivenciada, a fim de que sua vida seja determinada por sua própria vontade

Por essa razão, necessário se faz que os serviços oferecidos em Saúde Mental otimizem a realização do protagonismo do/a usuário/s, oferecendo-lhes as condições para que sua fala seja ouvida e seus interesses sejam reconhecidos como válidos, o que aumentará suas habilidades e competências, amenizará as desabilidades relacionadas ao transtorno mental ou sofrimento psíquico, e diminuirá os danos gerados pela doença ao longo de sua vida.

Para que o exercício do protagonismo desses sujeitos seja possível, torna-se necessário que as instituições e a sociedade como um todo estejam dispostas a efetivar os preceitos da luta antimanicomial. E, por essa razão utiliza-se o conceito de protagonismo a partir da discussão elaborada na perspectiva da Reforma Psiquiátrica:

Para a dramaturgia grega, ser o protagonista sinalizava ser o primeiro a entrar em cena. Por isso, ainda hoje, a etimologia da palavra protagonista guarda algo dessa disputa, pois 'proto' significa primeiro, principal, e 'agón' significa luta, disputa, discussão. O primeiro a falar na 'ágora' grega, portanto, o 'protagonista', é justamente aquele que anuncia o que se irá discutir, o primeiro a pôr aquilo que está em disputa, em discussão, em cena. Não será mesmo isso – aquilo que não pode calar – que o usuário da saúde mental anuncia em sua demanda/agonia participativa? O que 'precisa' ser posto na roda? Trazer essa metáfora para o cenário da Reforma Psiquiátrica sugere que, quando se trata de uma personagem como o 'louco', esse lugar relativiza-se. Ser o primeiro a falar/participar/debater ainda implica enfrentar desafios que carregam antigos atavismos manicomiais. Por isso, a importância da construção de territórios onde o protagonista possa, realmente, exercitar essa experimentação subjetiva de 'entrar em cena' (COSTA; PAULON, 2012, p. 577).

Sob esse olhar, o protagonismo na Saúde Mental deve assumir o papel de garantir às pessoas com transtorno mental o direito de se expressarem quanto aos seus tratamentos e vivências nos espaços de convívio. De acordo com Ribeiro e Bezerra (2015), para que a atenção psicossocial tenha êxito e traga a garantia de que o usuário seja o protagonista desse processo são primordiais as trocas sociais no intuito de proporcionar o alcance da autonomia, no sentido de vontade independente.

O desafio, no entanto, é romper com o que está prescrito e direcionado para o/s usuário/a, desde os diagnósticos médicos à medicação, condutas que norteiam,

ainda, o cuidado em saúde mental e que institucionalizam cada vez mais os serviços de saúde, mesmo os substitutivos (FREITAS; AMARANTE, 2017).

A autonomia e o protagonismo do/a usuário/a, de modo geral, apresentam-se como ferramentas inerentes ao processo de cuidar (COSTA; PAULON, 2012) que devem ser plenamente utilizadas pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Pois, o CAPS além de ser um serviço assistencial em saúde é também um dispositivo contemporâneo de cuidado e influenciador dos estímulos positivos para a construção da autonomia e do protagonismo do usuário (TORRE; AMARANTE, 2001).

Conforme asseverado por Junqueira et.al (2015), as Assembleias se apresentam como um excelente exemplo de espaço para superar as barreiras do exercício do protagonismo. Pois, nesses lugares os/as usuários/as possuem direito de fala e autonomia da vontade quanto à organização do serviço e da própria clínica, legitimando e resgatando o protagonismo em um serviço de saúde.

As Assembleias possibilitam que as pessoas compartilhem espaços sociais para despertar os afetos e ter um lugar onde eles possam criticar livremente a assistência recebida (TORRE; AMARANTE, 2001). Nessa perspectiva, o protagonismo do/a usuário/a está ligado à sua participação social, e é uma das diretrizes do SUS no que diz respeito ao envolvimento da pessoa assistida nos espaços promotores de saúde.

Essa é uma determinação pautada em todos os Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde analisados para fomentar o protagonismo dos movimentos sociais e dos usuários do SUS, implementando processos de educação popular em saúde, promovendo a defesa do direito à saúde, disseminando o conhecimento sobre as diretrizes e princípios do SUS, estimulando a conquista de territórios saudáveis, destacando-se a importância da juventude nesse processo e garantir a participação da comunidade, por meio do orçamento participativo, conselhos de saúde e movimentos populares, no planejamento das ações de saúde e na construção e votação dos orçamentos públicos como também, implementar educação em saúde, com temas como cidadania e participação, nas escolas e instituições de ensino, visando à promoção da autonomia e a identificação e formação de lideranças afins com as especificidades do setor Saúde (BRASIL, 2011, p. 20)

Desta maneira, o cuidado em Saúde Mental necessita estar pautado na construção de projetos de vida significativos, oferecendo oportunidades para que os/as usuários/as possam se refazer apesar do adoecimento psíquico e para tanto, um processo de retomada do protagonismo é fundamental e condição necessária para o desenvolvimento de sua saúde.

O processo de relacionamento social, o fortalecimento da capacidade de gerar pactos para a própria vida e para situações diversas, advindas do convívio com seus pares, são recursos necessários para o enfrentamento da doença, para o resgate de suas potencialidades, para a efetivação de mudanças significativas em sua vida e, portanto, para o estabelecimento do processo de autocura.

A ausência de autonomia e protagonismo, o preconceito, a discriminação e a estigmatização do/a usuário/a de saúde mental estão presentes durante toda a história da humanidade. A visão manicomial de internação vigorou por mais de dois séculos no Brasil, tendo destituído o/a usuário/as de qualquer possibilidade de exercício de seus direitos como cidadão.

A doença mental foi, por muito tempo, enfrentada de forma distanciada dos fenômenos socioculturais em razão da prática psiquiátrica fundamentada nos preceitos médicos, que reduzem o conceito de saúde/doença apenas a um conjunto de funções adequadas ou inadequadas, do ponto de vista biológico, neurológico ou psíquico (SANTOS, 1994).

O modelo manicomial foi instituído a partir do século XVIII com o surgimento da Psiquiatria enquanto especialidade médica, e perdurou por quase duzentos anos como única alternativa para o tratamento do adoecimento mental. A partir desse momento, os loucos passaram a ser resgatados das hospedarias e albergues e sua reclusão passa a ocorrer hospitais para alienados, os manicômios, sob a égide da oferta de um tratamento terapêutico institucionalizado.

No Brasil, o rompimento, ainda que tardio com o modelo manicomial, foi possível graças ao Movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, empreendido por diversos setores da sociedade que deu origem à Lei da Reforma Psiquiátrica n. 10.216/2001. As transformações no modelo assistencial decorrem da organização dos profissionais de Saúde Mental, familiares e pacientes, subsidiadas pela política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, por meio de leis, portarias e regulamentações (BRASIL, 2001).

A partir desse contexto, o/a usuário/a passa a ser visto como um ser complexo e avaliado na sua integralidade, nos aspectos históricos, sociais, culturais, econômicas, filosóficas ou religiosas. Determinando a redefinição do significado do cuidado em Saúde Mental e suscitando a alteração da atenção pautado na doença para o centrado no sujeito, levando-se em consideração todas as suas subjetividades, com o objetivo precípua de lhe garantir o exercício de sua autonomia e protagonismo.

O modelo de tratamento cede em relação ao modelo psicossocial, com intervenções que favoreçam transformações significativas no exercício de cidadania do/a usuário/a, por meio do fortalecimento de suas habilidades e diminuição de suas deficiências (SARACENO, 1999). Dessa forma, a prioridade passa a ser o cuidado que prioriza a autonomia do indivíduo, para que o exercício do protagonismo nas atividades a que está vinculado seja capaz de lhe emancipar.

Desta feita, propõe-se que o atendimento ao/à usuário/a seja realizado de modo a oferecer-lhe condições de participar de forma autônoma, superando as relações autoritárias e paternalistas no processo saúde/doença. Através do fortalecimento das relações entre sujeitos e profissionais da saúde, e familiares, contribuindo para a formação de redes de exercício de protagonismo, fundamentais para o estabelecimento do cuidado e da saúde, favorecendo a construção contínua do cesso terapêutico (SOARES; CAMARGO JÚNIOR, 2007).

O processo de adoecimento tende a se enraizar quando o indivíduo fica à mercê dos cuidados de terceiros, pois isso implica diretamente na retirada do seu poder de tomada de decisão a respeito de deliberações de sua própria vida. No entanto, a necessidade de cuidado não determina, necessariamente, prejuízo na autonomia das pessoas.

A prática manicomial a que as pessoas com transtorno mental foram submetidas, ao longo de quase duzentos anos, era contrária do proposto na legislação em vigor, ou seja, segregadora e excludente, fundamentada na completa retirada de autonomia do sujeito, sob o argumento de sua alienação e periculosidade.

Atualmente, tal argumento soa de forma arcaica e desumana, uma vez que sabidamente o exercício da autonomia é um valor necessário e que deve necessitando ser aplicado nas práticas clínicas. De acordo com Soares e Camargo Júnior (2007) deve ser condição necessária para a saúde, podendo ser compreendida como a potência auto reparadora do organismo humano e pré-condição para sua saúde e cidadania.

Desta maneira, deve-se admitir a autonomia e o conseqüente exercício do protagonismo como condição fundamental para o norteamento das políticas e práticas de Saúde Mental. Por essa razão, é que o modelo adotado no Brasil se fundamenta na ampliação da participação do sujeito através do incentivo a amplo acesso à mais variadas instâncias de participações democráticas estabelecidas pela Lei 10.216/2001 e pela Portaria 3.088/2011.

É neste sentido, que Saraceno (1999) propõe que o cuidado em Saúde Mental deve ser orientado por um modelo complexo de intervenção, com enfoque no fortalecimento da autonomia e na produção de resultados significativos para a vida das pessoas. Assim, para o autor a Reabilitação Psicossocial deve ser considerada como estratégia que possibilita a recuperação da capacidade dos/as usuários/as em produzir sentido em suas próprias vidas e, conseqüentemente, valor social, fortalecendo sua contratualidade enquanto cidadão.

Sob essa ótica, é imperioso compreender que os serviços de Saúde Mental devem ter como eixo condutor a construção de modelos de intervenções que possibilitem a emancipação dos sujeitos e o pleno exercício de suas capacidades autônomas, voltada para o seu cuidado, possibilitando a construção e ou o fortalecimento de sua cidadania (MERHY, 2007).

De acordo com Soares e Camargo Júnior (2007) a prática da autonomia nos diversos espaços de saúde deve ser condição necessária para que o/a usuário/a possa alcançar sua potência autor reparadora, permitindo sua reinserção nos diversos espaços sociais. Foi nesse sentido que se fundamentou a Reforma Psiquiátrica brasileira, apresentando novas possibilidades de pensar e lidar com o adoecimento mental, inserido em um processo de mudanças políticas, sociais e culturais.

O pleno exercício da autonomia está intrinsecamente ligado à possibilidade de protagonizar a própria existência e, dessa forma, possibilita que o sujeito seja capaz de conceber uma vida independente, plena e feliz, uma vez que poderá ser, efetivamente, o protagonista da sua vida (FERREIRA, 2013)

Desse modo, é plausível concluir que o exercício do protagonismo cria uma agenda nos serviços de saúde que devem se fundamentar nas diretrizes da desinstitucionalização. É necessário que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) permita que os usuários tenham direito a voz, bem como seus familiares. Mas para que o protagonismo se torne a realidade no cotidiano dos usuários de saúde mental, necessário se faz que a terapêutica seja aperfeiçoada e fundada na ética da assistência plena, a fim de superarmos as barreiras da marginalização e da exclusão social.

A busca pelo pertencimento e pela construção de um espaço coletivo deve ultrapassar a dimensão física de um grupo de reuniões ou terapia usuários/as, mostrando-se importante garantir a constituição de vínculos afetivos que vão se estabelecendo do longo do processo da subjetivação, onde o indivíduo possa exercitar

a capacidade de compreender e decidir por si só os liberdade de traçar as linhas da subjetividade. Conforme entendimento de Escóssia (2009, p. 690): “[...] um conceito de coletivo cuja definição não se dá por oposição ao indivíduo, pois não se confunde nem com um social totalizado nem com a interação entre seres já individuados”.

Garantir a autonomia e o protagonismo dos/as usuários/as é defender um dos principais objetivos da Reforma Psiquiátrica brasileira, que vislumbra o sujeito em sofrimento mental num contexto de isolamento social e institucional, que não lhe permitem alcançar as mesmas possibilidades que outros membros da sociedade.

As possibilidades concretas para que uma participação protagonista se realize no cotidiano dos serviços substitutivos em saúde mental, entretanto, dependem de um conjunto de processos institucionais, econômicos, políticos e subjetivos, que precisam ser identificados a fim de se tornarem objeto de intervenção militante e de investigações implicadas (COSTA; PAULON, 2012, p. 574).

A luta pela implementação do protagonismo assume um papel de extrema importância na construção e manutenção da Política de Saúde Mental que encerra em si, desde sua concepção, a necessidade de incentivar e construir práticas que desenvolvam a autonomia dos usuários para que os mesmos tenham a capacidade de ocupar espaços e argumentar sobre seus direitos básicos fundamentais.

Os profissionais de saúde vêm dando maior atenção à reabilitação psicossocial, em razão do favorecimento que essa prática oportuniza à incorporação de novos valores e dispositivos de acompanhamento e tratamento do/as usuários/as e por esse motivo o incentivo às práticas geradoras de protagonismo do/a usuário/a apresenta-se como uma ferramenta inerente ao processo de cuidar (COSTA; PAULON, 2012)

O Brasil reconhece que as práticas do CAPS efetivam um trabalho que vai do serviço assistencial em saúde se apresentando, principalmente, como um dispositivo de cuidado e influenciador dos estímulos positivos para a construção da autonomia e protagonismo do/a usuário/a, sendo um espaço efetivo para o exercício de corresponsabilização do cuidado e provedor do protagonismo sociocultural e político nas suas respectivas comunidades (TORRE; AMARANTE, 2001).

Fomentar o protagonismo dos movimentos sociais e dos usuários do SUS, implementando processos de educação popular em saúde, promovendo a defesa do direito à saúde, disseminando o conhecimento sobre as diretrizes e princípios do SUS, estimulando a conquista de territórios saudáveis, destacando-se importância da juventude nesse processo e garantir a participação da comunidade, por meio do orçamento participativo, conselhos de saúde e movimentos populares, no planejamento das ações de saúde e

na construção e votação dos orçamentos públicos como também, implementar educação em saúde, com temas como cidadania e participação, nas escolas e instituições de ensino, visando à promoção da autonomia e a identificação e formação de lideranças afins com as especificidades do setor Saúde (BRASIL, 2011, p.20).

Dessa forma, há que se considerar que o desafio de garantir a autonomia e o protagonismo do/s usuário/a dos serviços substitutivos é responsabilidade de todos os envolvidos na luta pela Reforma Psiquiátrica, ou seja, profissionais, conselhos, gestores, sociedade, familiares e, principalmente, das/os usuárias/os.



Museu de Imagens do Inconsciente (Pintura do Usuário Fernando Diniz)

CAPÍTULO 3 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) E OS DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROTAGONISMO DO/A USUÁRIO/A

O CAPS e os caminhos de acesso à Saúde Mental

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram com a proposta de rompimento em definitivo com a perspectiva de exclusão e hospitalização das pessoas com transtorno mental. Pela análise feita por Sidrim (2010, p. 41), “[...] após a III Conferência Nacional de Saúde Mental, os CAPS assumiram a responsabilidade pela articulação de todas as ações de Saúde Mental e contribuem com outras políticas de inclusão social e cultural [...]”. Ainda, escreve o autor, “[...] devem constituir-se como centro de rede intersetorial, que incorpore [...] outras políticas, voltadas para a promoção da reintegração social e da cidadania de seus usuários” (2010, p. 42-43).

Segundo o Ministério da Saúde:

Os CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como ‘unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe m’ltiprofissional’ [...] atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004, s.p.).

Os CAPS são, dessa forma, serviços estratégicos para a organização da rede de atenção à Saúde Mental em um determinado território, organizados em diferentes modalidades, de caráter aberto e comunitário, compostos por equipe multiprofissional. Prioritariamente, realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, sejam em situações de crise e ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2013).

Pelo olhar de Yasui (2006) o CAPS é,

[...] o principal instrumento de implementação da Política Nacional de Saúde Mental e deve, por essa razão, ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma

ampla rede de cuidados em saúde, não sendo possível se limitar ou se esgotar na implantação de apenas um serviço. (2006, p.107)

O serviço aponta para a construção de caminhos e possibilidades de um cuidado que não se possibilita exercer em apenas um lugar, e é por esse motivo que se faz necessário a proteção da rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços e múltiplos profissionais.

O cotidiano de um CAPS perpassa pelo cuidado a cada usuário/a que busca atendimento, devendo ser levado em conta sua singularidade e sua complexidade, a fim de contemplar uma diversidade de estratégias de cuidados que acolha a todos/as, sem qualquer forma de distinção ou discriminação. Um CAPS é a articulação dos diferentes projetos e recursos existentes em seu território (YASUI, 2006).

Assim sendo, o atendimento dos/as usuários/as deve ser fundamentado em um projeto terapêutico singular e individualizado, que descreva de forma detalhada o planejamento do processo terapêutico em que o sujeito e sua família estão envolvidos, em razão a sua condição de saúde mental. Tal planejamento consiste na determinação do manejo dos atendimentos a serem realizados, que podem ser desde atendimentos intensivos, diários, até não intensivos, com periodicidade semanal (BRASIL, 2004).

O objetivo dessa proposta de tratamento é promover a saúde mental do usuário de forma a atender às suas demandas diárias, levando em consideração suas peculiaridades e singularidades, mantendo a articulação com toda a rede de saúde do território. Por esse motivo, a intersetorialidade se apresenta como base para o desenvolvimento de práticas de inclusão social dos sujeitos em tratamento no CAPS, uma vez que promove a articulação entre os diferentes locais onde são atendidos/as.

No entanto, o grande desafio é a efetiva articulação dos diversos setores importantes no gerenciamento das soluções dos problemas encontrados no cotidiano da gestão, o que necessita ser feito através de decisões compartilhadas entre as instituições e os setores governamentais que produzam um impacto positivo sobre a saúde da população. Assim, torna-se impossível dissociar o conceito de intersetorialidade ao de rede, uma vez que a prática requer articulações, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações (BRASIL, 2009a).

De acordo com o Ministério da Saúde:

A ideia fundamental aqui é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005, s.p.).

Desse modo, a rede transversal, que ocorre através dos entrelaçamentos entre os sujeitos, equipe, serviços, movimentos e a política em determinado território, ainda é tratada como algo novo no âmbito da saúde, apesar de já ter se mostrado fundamental como uma estratégia capaz de promover “múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença” (Brasil, 2009b, p.7).

As redes de atenção à saúde podem ser conceituadas como “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população” (MENDES, 2010, p. 2300).

Especial destaque merece a análise da estrutura operacional, a qual está relacionada aos serviços que estruturam toda a rede e a sua comunicação, tendo em vista a necessidade de fluxos e contrafluxos eficientes para organizar a complexidade de uma população disposta em determinado território.

Por esse motivo, todo o processo terapêutico se pauta no resgate das potencialidades do sujeito e em sua reinserção social no território, promovendo sua entrada ou seu retorno aos espaços comunitários disponíveis, impedindo sua exclusão e marginalização, seja real ou simbólica. Neste sentido, compreende-se o território como “espaço geográfico habitado, instituído de significados, afeto, o espaço de laços sociais e de garantia de qualidade de vida, de manutenção econômica e de exercício político dos cidadãos” (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007, p. 2380).

É nesse sentido, que Costa-Rosa, Luizio e Yasui (2001) apontam quando compreendem o território como um conceito intrínseco ao princípio da integralidade, reforçando que as atribuições dos serviços de saúde devem promover os atendimentos em extensão e em profundidade, intersetorialmente e interdisciplinarmente, superando o modelo de atenção à saúde estratificada.

Através dessas ações integradas que os CAPS se colocam como um elemento fundamental ao enfrentamento do estigma e a produção de autonomia e do protagonismo dos sujeitos, alterando os paradigmas na atenção em saúde mental

(LEÃO; BARROS, 2008). Em suma, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado (BRASIL, 2004).

Dessa feita, é imperioso garantir que o ambiente seja acolhedor, de modo a se proteger a liberdade e o exercício da cidadania do/a usuário/a, com vistas a extirpar para sempre a herança histórica de segregação imposta às pessoas com transtorno mental. O serviço objetiva o rompimento de todo e qualquer estigma de a única forma de tratamento possível ser a institucionalização.

A atenção psicossocial prestada pelos CAPS é realizada através de “[...] um acolhimento dos sujeitos com sofrimento psíquico e transtorno mental, um conjunto de ações que visam à substituição da lógica manicomial como base de sustentação teórica para o cuidado em saúde mental e do modo asilar [...]”, como entendem Martinhago e Oliveira (2012, p. 584).

A proposta de atendimento no CAPS permite que seja realizado atendimento domiciliar às pessoas que não possuam condições de acessar o serviço, realizando, para tanto, articulações com as equipes das unidades de saúde da família.

O desenvolvimento dos trabalhos deve ocorrer em sessões individuais e/ou grupais, conforme demande cada caso em específico. Assim, como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica e libertadora, o ambiente deve ser acolhedor e possuir estrutura que permita o acontecimento das diversas dinâmicas propostas ao tratamento do/a usuário/a. O que valoriza e justifica que cada usuário/deverá ser submetido a organização de um projeto terapêutico individualizado, uma vez que cada indivíduo traz em si suas particularidades.

É importante ressaltar, que a articulação em rede é fundamental para que os preceitos do CAPS possam se realizar na prática, uma vez que existe uma demanda reprimida de usuários que não acessa diretamente o referido equipamento, por inúmeros fatores, como a desinformação, preconceito ou até mesmo falta de estrutura de locomoção. Dessa forma, ao se articular com as demais Unidades de Saúde, consegue garantir o alcance às pessoas que, por uma razão ou outra, encontram-se excluídas do acesso ao serviço de saúde mental.

Para Onocko-Campos e Furtado (2006) os CAPS se configuram como serviços comunitários, ambulatoriais e regionalizados, assumindo papel importante na articulação das redes de saúde. A fim de fazer conexão com as questões relativas à saúde coletiva e à saúde mental, constitui-se em um campo multidisciplinar de teorias

e práticas que visa romper com o modelo de atenção manicomial e institucionalizador, alinhado aos princípios do SUS, a fim de se promover a clínica ampliada, centrada no sujeito, buscando garantir o acesso, o que acaba por caracterizar os CAPS como serviços de saúde particularmente complexos.

A articulação com a Unidade Básica de Saúde, com os Centros de Referência de Assistência Social – CRAS, com os Centros de Referência Especializados de Assistência Social, é, pois, de importância crucial à garantia de acesso aos serviços oferecidos pelo CAPS.

Para garantir que todas essas complexidades sejam atendidas, os CAPS foram divididos em categorias distintas e definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, os quais cumprem a mesma função no atendimento à população., portanto, em CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPS Infantil (CAPSi) e os CAPS Álcool e Drogas (CAPSad), os quais se destinam, respectivamente, ao atendimento de crianças e adolescentes e de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, conforme previsto na Portaria nº 336 de 2002 (BRASIL, 2002).

Algumas das ações dos CAPS são realizadas em coletivos, em grupos, ou individuais, outras destinadas às famílias, ou são comunitárias, e podem acontecer no espaço do CAPS e/ou nos territórios, nos contextos reais de vida das pessoas.

Destaca-se que de acordo com a Portaria SAS/MS n. 854 de 2012 (BRASIL, 2012a), poderão compor, de diferentes formas, os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), de acordo com as necessidades de usuários e familiares, as seguintes estratégias:

1. Acolhimento inicial: primeiro atendimento, por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território; consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.

2. Acolhimento diurno e/ou noturno: ação de hospitalidade diurna e/ou noturna realizada nos CAPS como recurso do projeto terapêutico singular de usuários objetivando a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.

3. Atendimento individual: atenção direcionada aos usuários visando à elaboração do projeto terapêutico singular ou que dele derivam. Comporta diferentes modalidades, incluindo o cuidado e acompanhamento nas situações clínicas de saúde, e deve responder às necessidades de cada pessoa.

4. Atenção às situações de crise: ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com

familiares, contextos, ambiência e vivências, geram intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos.

5. Atendimento em grupo: ações desenvolvidas coletivamente, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania.

6. Práticas corporais: estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde.

7. Práticas expressivas e comunicativas: estratégias realizadas dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários e favoreçam a construção e utilização de processos promotores de novos lugares sociais e inserção no campo da cultura.

8. Atendimento para a família: ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas, que garantam a corresponsabilização no contexto do cuidado, propiciando o compartilhamento de experiências e informações.

9. Atendimento domiciliar: atenção desenvolvida no local de morada da pessoa e/ou de seus familiares, para compreensão de seu contexto e suas relações, acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento.

10. Ações de reabilitação psicossocial: ações de fortalecimento de usuários e familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.

11. Promoção de contratualidade: acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana - casa, trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e no território -, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propiciem a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia.

12. Fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares: atividades que fomentem: a participação de usuários e familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias de serviços, participação em conselhos, conferências e congressos; a apropriação e a defesa de direitos; a criação de formas associativas de organização. A assembleia é uma estratégia importante para a efetiva configuração dos CAPS como local de convivência e de promoção de protagonismo de usuários e familiares.

13. Ações de articulação de redes intra e intersetoriais: estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como com os recursos comunitários presentes no território. Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência: apoio presencial sistemático às equipes que ofereça suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.

14. Ações de redução de danos: conjunto de práticas e ações do campo da saúde e dos direitos humanos realizadas de maneira articulada inter e intra-setorialmente, que busca minimizar danos de natureza biopsicossocial

decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliar o cuidado e o acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde.

15. Acompanhamento de serviço residencial terapêutico: suporte às equipes dos serviços residenciais terapêuticos, com a co-responsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários, que promova a articulação entre as redes e os pontos de atenção com o foco no cuidado e desenvolvimento de ações intersetoriais, e vise à produção de autonomia e reinserção social.

16. Apoio a serviço residencial de caráter transitório: apoio presencial sistemático aos serviços residenciais de caráter transitório, que busque a manutenção do vínculo, a responsabilidade compartilhada, o suporte técnico-institucional aos trabalhadores daqueles serviços, o monitoramento dos projetos terapêuticos, a promoção de articulação entre os pontos de atenção com foco no cuidado e ações intersetoriais e que favoreça a integralidade das ações.

17. Unidades de Acolhimento: A Unidade de Acolhimento (UA), instituída pela Portaria GM/MS n. 121, de 25 de janeiro de 2012, oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial e objetiva oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes de uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, acompanhadas nos CAPS, em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório (BRASIL, 2011, s.p., grifo nosso).

Articular a comunidade e a rede para a melhoria dos serviços em saúde mental significa operacionalizar um caminho alternativo de emancipação, com vistas ao resgate da autonomia e do protagonismo dos/as usuários/as, levando em consideração que a maioria nunca os possuiu. A organização dos serviços, portanto, se mostra fundamental para as mudanças necessárias na sociedade acerca do pensamento sobre a loucura e de como conduzimos o cuidado com o indivíduo em sofrimento mental.

Desde que a luta pela Reforma Psiquiátrica foi iniciada, muitos conceitos foram postos a prova e tantos outros foram reformulados, por essa razão refletir sobre as possibilidades de atendimento na saúde mental permite ressignificar conceitos e remodelar práticas profissionais, com o intuito de ruptura com as condutas manicomiais outrora praticadas.

Dessa forma, a organização dos CAPS demonstra a necessidade de superação dos estigmas da loucura e o redirecionamento dos modelos de atendimento dos/as usuários/as. A premissa é cuidar sem excluir, reconhecendo as especificidades do sujeito através da construção coletiva do projeto terapêutico, para que sua autonomia e protagonismo sejam preservados.

Ao analisar a estruturação dos CAPS vislumbramos que o Projeto da Reforma Psiquiátrica, ainda em curso no Brasil, permite refletir sobre o futuro dos modelos de

assistência à saúde mental implantados na tentativa de superar o viés manicomial que imperou por tantos anos. A Política Nacional de Saúde Mental mais do que qualquer outra leva a repensar a institucionalização, a loucura e o/a louco/a, agora traduzidos em cuidado, saúde mental e subjetividade, a fim de que possam se adaptar à nova realidade dos serviços substitutivos, desvinculados do modelo hospitalocêntrico.

É necessária a compreensão de que o cotidiano, tem contribuído para o agravamento das condições psicológicas e psiquiátricas dos sujeitos, que são caracterizados pelo aumento dos casos de suicídios, por aumentos de consumo abusivo de álcool e outras drogas. Além de um número crescente de crianças com distúrbios de aprendizagem e comportamento e alta em crimes violentos, especialmente, durante o período de pandemia da COVID-19 e por esse motivo, mister se faz contemplar serviços que numa lógica fundada no sujeito, possibilitem seu protagonismo e autonomia e sua inclusão na comunidade onde vive.

Amarante (2013) afirma que o cuidado deve ser fundamentado na atenção básica, mas também devem ser considerados outros segmentos, como a educação, a assistência social e jurídica, para que se possa dar conta da complexidade que envolve o acompanhamento no campo da saúde mental.

Com isso, o tratamento dentro do manicômio perde o sentido e a modelo centrado na medicina deixa de ser o objetivo, uma vez o cuidado integral da pessoa dotada de direito de escolha requer atenção de vários profissionais – equipe multidisciplinar e intersetorial, possibilitando a articulação entre todos os envolvidos na rede de cuidados.

O CAPS e sua organização estrutural

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ou seja, serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atuam sob a ótica transdisciplinar. Realizam prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, sejam em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

São serviços substitutivos ao modelo asilar (BRASIL, 2001) e sob essa perspectiva, o CAPS opera nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares e constituem-se como um lugar na comunidade: lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares (BRASIL, 2005).

O principal objetivo do CAPS é promover atenção à saúde mental de pessoas em intenso sofrimento psíquico e/ou portadoras de transtornos mentais severos e persistentes. O CAPS deve ter papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico, trabalhando em conjunto com a rede de serviços com ênfase na Atenção Primária, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios.

O cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo, em sua construção, a equipe, o usuário e sua família. A ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e o e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2011). As práticas são realizadas em ambiente de portas abertas, acolhedor e inserido nos territórios das cidades, dos bairros.

Para a sustentação dessa lógica de cuidado o CAPS trabalha a partir de alguns pilares importantes, tais como: a ambiência, a equipe multidisciplinar, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o matricialmente; a ação de constituir-se como referência de cuidado no território trabalhando de forma articulada com os outros pontos de atenção da RAPS.

O CAPS está organizado nas seguintes modalidades:

CAPS I:

Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.

Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes.

Equipe mínima: 01 médico com formação em saúde mental; 01 enfermeiro; 03 profissionais de nível universitário, 04 profissionais de nível médio.

CAPS II:

Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.

Equipe mínima: 01 médico psiquiatra; 01 enfermeiro com formação em saúde mental; 04 profissionais de nível superior, 06 profissionais de nível médio.

CAPS III:

Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Equipe mínima: 02 médicos psiquiatras; 01 enfermeiro com formação em saúde mental, 05 profissionais de nível universitário, 08 profissionais de nível médio. Para o período de acolhimento noturno, a equipe deve ser composta por: 03 técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 01 profissional de nível médio da área de apoio. Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: 01 profissional de nível universitário, 03 técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 01 profissional de nível médio da área de apoio.

CAPS AD:

Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno.

Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Equipe mínima: 01 médico psiquiatra; 01 enfermeiro com formação em saúde mental; 01 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 04 profissionais de nível universitário, 06 profissionais de nível médio.

CAPS ADIII:

Atende adultos, 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 150.000 habitantes.

Equipe mínima: 01 médico clínico; 01 médico psiquiatra; 01 enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental; 05 profissionais de nível universitário, 04 técnicos de enfermagem; 04 profissionais de nível médio; 01 profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa. Para os períodos de acolhimento noturno, a equipe mínima

ficará acrescida dos seguintes profissionais: 01 profissional de saúde de nível universitário, preferencialmente enfermeiro; 02 técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; e 01 profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa. No período diurno aos sábados, domingos e feriados, a equipe mínima será composta da seguinte forma: 01 enfermeiro, 03 técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 01 profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

CAPSi:

Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.

Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.

Equipe mínima: 01 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 01 enfermeiro, 04 profissionais de nível superior, 05 profissionais de nível médio) (BRASIL, 2015, p. 88, grifo nosso).

Os Centros de Atenção Psicossocial foram incorporado na atual Política Pública de Atenção à Saúde Mental, como dispositivos estratégicos e orientadores de novas tecnologias de atenção, que atuam na lógica da reabilitação psicossocial respeitando o/a usuário/a em suas subjetividades. Propõe a inserção do sujeito no território, com uma intervenção pautada na diversidade de saberes de uma equipe multiprofissional e na utilização de múltiplos recursos, entre eles, a ambiência (BRASIL, 2007).

Independentemente da modalidade, todos os CAPS devem executar e gerenciar os projetos terapêuticos dos usuários do serviço, de forma que ofereçam cuidados clínicos e individualizados, promovendo a reinserção social dos/as usuários/as com ações na área da saúde e, também, de forma intersetorial com as áreas de educação, esporte, trabalho e demais serviços do município e/ou região onde se localiza (BRASIL, 2017).

Por serem serviços prioritários, assumem uma função importante como elemento estratégico na estruturação da RAPS, por isso necessário se faz que sejam distribuídos de forma a cobrirem as diversas regiões, o que se mostra de suma importância para garantir a oferta adequada de serviços à população (MELO; MACHADO; GUIMARÃES, 2012). Como são serviços substitutivos, abertos e de base territorial o grande desafio é manter a área de abrangência à população de referência sem romper o diálogo necessário entre a rede intra e intersetorial (ASSIS et al., 2014).

Assim, o conhecimento acerca da cobertura, no quesito em que se faz possível obter a plena prestação do serviço (NORONHA, 2013) levando em conta o papel dos CAPS na rede é de extrema importância na avaliação de serviços de Saúde Mental,

pois a análise da cobertura dos CAPS pode permitir a identificação de possíveis vazios assistenciais ou de áreas com número insuficiente de oferta do serviço.

A legislação determina que os CAPS I, II e III, atendam, especialmente, pessoas com intenso sofrimento psíquico, resultante de transtornos mentais graves e persistentes, além de problemas decorrentes de uso de substâncias psicoativas. O que diferencia o CAPS I e II é o critério populacional para habilitação, sendo o primeiro para municípios ou regiões acima de 15 mil habitantes e, o segundo, acima de 70 mil habitantes. O CAPS III, para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes. Diferentemente dos CAPS I e II, funciona 24 horas, todos os dias, inclusive em fins de semana e feriados (BRASIL, 2017).

Os CAPS ad II, CAPS ad III e CAPS ad IV, atendem pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico, devido ao uso de álcool, crack e outras drogas. O CAPS ad II é o único que não funciona 24 horas e é indicado para os municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes. O CAPS ad III é preconizado para os municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes e, o CAPS ad IV para as capitais de estados ou com população acima de 500 mil habitantes (BRASIL, 2017). O CAPS i é destinado ao atendimento de crianças e adolescentes que apresentem intenso sofrimento psíquico, decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, além daqueles relacionados ao uso de drogas, sendo indicado para os municípios ou regiões com mais de 70 mil habitantes (BRASIL, 2017).

Melo, Machado e Guimarães (2012) ao discutirem sobre a eficácia dos serviços de saúde mental afirmam que essa atenção ganha cada vez mais relevância na saúde do Brasil, e atribuem como um dos fatores para isso as modificações que vem ocorrendo desde a reforma psiquiátrica, destacando-se o importante papel dos CAPS que nesse contexto ainda se mostra com poucos estudos científicos a seu respeito.

A implantação dos CAPS, em suas diversas modalidades, vem mudando o quadro de desassistência da Saúde Mental no país, uma vez que o aumento de tais responde aos preceitos da Reforma Psiquiátrica. Tanto é que desde a sua criação, os CAPS proporcionam um novo modelo para o cuidado de pessoas com transtornos mentais que vai ao encontro de uma das principais propostas da Reforma Psiquiátrica, que é o atendimento humanizado aos usuários (FERREIRA et al, 2016; BRASIL, 2016; FERNANDES et al, 2020).

Assim, deve garantir ações de sucesso com uma rede de suporte social, preocupando-se com o usuário, sua vida cotidiana, seu contexto familiar, cultural e

social. Além das condições estruturais, físicas e humanas, deve-se pensar que os serviços de atenção psicossocial precisam superar outros desafios, a fim de se alterar a forma de cuidar, tratar e respeitar as pessoas com transtorno mental., culminando nos serviços hoje conhecidos como Centro de Atenção Psicossocial

O Movimento da Reforma Psiquiátrica foi protagonizada por diferentes sujeitos e transpôs as questões político-ideológicas tais como cidadania, direitos e ética, ocasionando grandes mudanças legislativas e organizacionais da atenção em saúde mental. Foi preconizada a necessidade de novos equipamentos para atender a complexa demanda de quem sofre com transtornos mentais, e a importância de cada vez mais buscar informações e esclarecimentos, sobre o tema saúde mental.

Os desafios são expressivos, porém, os avanços do Movimento da Reforma Psiquiátrica devem ser valorizados. Os últimos dados disponíveis, mostram que o país dispõe de 2.742 CAPS habilitados, distribuídos em 1.845 municípios em todos os Estados e no Distrito Federal (BRASIL, 2021). Considerando a extensão do país, as suas características e particularidades regionais, a luta para a ampliação desse serviço é permanente e envolve toda a sociedade.

A ambiência para a terapêutica na saúde mental, enquanto humanização dos territórios mostra-se de fundamental importância para a construção de relações de cura, uma vez que a identificação do sujeito com o território em que está inserido representa o sentimento de pertencimento e inclusão na sociedade o que favorece o fortalecimento da sua imagem como ser no mundo, ampliando seus horizontes no processo de viver. O fortalecimento da estrutura disponibilizada deve oportunizar a experiência de um ambiente terapêutico passível de reorganização e melhorias a depender das etapas em que se encontre o cuidado, uma vez que a necessidade de mudanças no ambiente também perpassa pela lógica do tratamento.

Quanto a ambientação dos CAPS, o Ministério da Saúde determina que devem contar, no mínimo, com:

- 1. Espaço de acolhimento:** local onde acontece o primeiro contato do usuário e/ou seus familiares/acompanhantes e a unidade.
- 2. Salas de atendimento individualizado:** acolhimento, consultas, entrevistas, terapias, orientações. Um espaço acolhedor que garanta privacidade para usuários e familiares nos atendimentos realizados pela equipe multiprofissional
- 3. Salas de atividades coletivas:** espaço para atendimentos em grupos, e para o desenvolvimento de práticas corporais, expressivas e comunicativas; um dos espaços para a realização de ações de reabilitação psicossocial e de fortalecimento do protagonismo de

usuários e de familiares; ações de suporte social e comunitárias; reuniões com familiares etc.

4. Espaço interno de convivência: espaço de encontros de usuários, familiares e profissionais do CAPS, assim como de visitantes, profissionais ou pessoas das instituições do território, que promova a circulação de pessoas, a troca de experiência, bate-papos, realização de saraus e outros momentos culturais. Este deve ser um ambiente atrativo e aprazível que permita encontros informais.

5. Sanitários públicos adaptados para pessoas com necessidades especiais: deverão ter, no mínimo, dois banheiros, um feminino e um masculino, ambos com adaptação para pessoas com deficiência.

6. Posto de enfermagem: espaços de trabalho da equipe técnica para execução de atividades técnicas específicas e administrativas, com bancada, pia, armários e mesa com computador.

7. Farmácia: espaço climatizado, destinado a programar, receber, estocar, preparar, controlar e distribuir medicamentos ou afins. A farmácia destina-se ao armazenamento e à dispensação de medicamentos exclusivamente para usuários em acompanhamento no CAPS.

8. Sala de aplicação de medicamentos (Sala de medicação): espaço com bancada para preparo de medicação, espaço para ministrar medicação oral e endovenosa, pia e armários para armazenamento de medicamentos dispensados no dia.

9. Quarto coletivo com acomodações individuais (para Acolhimento Noturno com duas camas) com banheiro contíguo: todos os CAPS poderão ter ao menos um quarto com duas camas e banheiro para atender usuários que necessitem de atenção durante 24 horas. Pelo menos um dos quartos com banheiro deverá ser adaptado para pessoas com deficiência. O número de quartos é superior para os CAPS III e para os CAPSad III, já que devem possuir capacidade para acolhimento em tempo integral. No caso dos CAPSad III, um dos quartos deverá conter duas camas do tipo hospitalar e neste ambiente haverá banheiro adaptado para pessoas com deficiência. Cada quarto, projetado para duas pessoas, deve ser um espaço acolhedor e expressar a perspectiva de hospitalidade; deve ter armários individuais para que os usuários possam guardar seus objetos de uso pessoal.

10. Quarto de plantão (Sala de repouso profissional), com banheiro contíguo: ambiente com cama ou afim, cadeiras confortáveis e armários individuais para que os profissionais possam guardar seus objetos de uso pessoal. Este ambiente deve ser previsto apenas para CAPS que oferecem atenção contínua 24 horas.

11. Banheiro com vestiário para funcionários: ambiente com sanitário, pia, chuveiros e vestiário. É recomendável que o banheiro comum seja compartilhado por usuários, familiares e profissionais da equipe. Entretanto, caso o gestor opte por inserir um banheiro apenas para funcionários, as dimensões estão previstas neste documento.

12. Sala administrativa: um escritório; espaço com mesa, computador, cadeiras e armários.

13. Sala de reunião: sala que comporte mesa redonda ou mesa retangular grande para reuniões de equipe, reuniões de projetos com usuários e familiares, reuniões intersetoriais, com pessoas externas à unidade, supervisão clínico-institucional, ações de educação permanente etc. Deverá contemplar espaço para retroprojeção.

14. Almoxarifado: espaço com prateleiras e/ou armários para armazenamento de materiais necessários.

15. Arquivo: sala com armário e/ou arquivos para circulação de duas pessoas. É a sala onde ficam armazenados os prontuários. Poderão

ser prontuários eletrônicos

16. Refeitório: o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o Projeto Terapêutico Singular de cada usuário. O refeitório deverá permanecer aberto durante todo o dia, não sendo para uso exclusivo no horário das refeições. Preferencialmente, com mesas pequenas ordenadas e organizadas de forma a propiciar um local adequado e agradável para as refeições como momentos de convivência e de trocas.

17. Cozinha: espaço para preparo, cozimento e manipulação de alimentos, assim como para realização de ações coletivas com os usuários, contendo pias, bancadas, fogão, refrigerador e armários.

18. Sala de utilidades: destinada à guarda dos materiais e das roupas utilizadas na assistência aos usuários do serviço, além de guarda temporária de resíduos.

19. Área de serviços: ambiente destinado à limpeza dos materiais e das roupas utilizadas na assistência aos usuários do serviço. Poderá ter tanque de lavagem, lavadora de roupas e espaço para secagem.

20. Depósito de material de limpeza (DML): sala destinada à guarda de aparelhos, utensílios e materiais de limpeza, dotado de tanque de lavagem.

21. Rouparia: espaço pequeno, com armário ou recipientes que separem as roupas limpas das sujas. Não será usado para descarte de material contaminado. Este ambiente pode estar conjugado com o depósito de material de limpeza (DML). Pode ser substituído por armários exclusivos ou carros roupeiros.

22. Abrigo externo de resíduos comuns: áreas para descarte de lixo doméstico.

23. Área externa para embarque e desembarque: espaço externo suficiente para entrada e saída de automóveis e ambulâncias.

24. Área externa de convivência: área aberta, de circulação de pessoas, com espaços para ações coletivas (reuniões, oficinas, ações culturais e comunitárias etc.) e individuais (descanso, leitura), ou simplesmente um espaço arejado no qual os usuários e/ou os familiares possam compartilhar momentos em grupo ou sozinhos, projetado como espaço de conviver. Pode ser um gramado, uma varanda, semelhante a uma praça pública, com bancos, jardins, redes, de acordo com os contextos socioculturais etc.

25. Abrigo GLP: espaço destinado ao abrigo de botijão de gás (BRASIL, 2015, p. 120, grifo nosso).

O conceito de ambiência na saúde surge com a Política Nacional de Humanização (PNH), que visa à reorganização dos processos de trabalho em saúde a partir das diretrizes centrais da acessibilidade e integralidade, permeadas pela garantia de vínculo com os usuários, garantindo seus direitos e se destaca por ser fator estruturante do processo terapêutico oferecido ao paciente. Assim sendo, a determinação do espaço destinado à realização do acolhimento se fundamenta muito além da estrutura física e técnica dos ambientes, alcançando os espaços sociais, profissionais e de relações interpessoais que proporcione atenção acolhedora e humanizada, oferecendo conforto, privacidade, segurança aos/às usuários/as, a fim de se alcançar resultados potencialmente decisivos em seu processo de cura (SANTOS FILHO, 2007).

A ambiência na esfera da saúde mental apresenta um papel de extrema relevância para a configuração do serviço tanto no seu aspecto concreto estrutural, como também, frente à interação e vínculos com os/as usuários/as do serviço, por criar e promover o desenvolvimento de uma estabilidade emocional, facilitando a adaptação dos/as usuários/as no CAPS (ALVES, 2006).

Inicialmente, o Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização pensou a questão da ambiência como a destinação de um local com estrutura física adequada e disponibilidade de recursos humanos e materiais, os quais possibilitariam o acolhimento do/a usuário e sua família, privilegiando o conforto e a subjetividade no processo terapêutico (BRASIL, 2007).

No entanto, com o passar do tempo, pôde-se observar que a ambiência se mostra parte essencial de um modelo de cuidado que preconiza a autonomia e protagonismo do/a usuário/a e que tem por finalidade permitir a interação terapêutica com outros sujeitos em tratamento. Em um ambiente seguro e adequado o/a usuário/a tem a possibilidade de movimentar-se com liberdade e perceber que tem a oportunidade de vivenciar momentos de bem estar e ao prazer. Assim, o conceito de ambiência se alarga e sai do conceito material para ser considerando uma ferramenta eficiente para potencializar o processo de reabilitação psicossocial, através da construção de um ambiente confortável e que investe na produção de subjetividades fundamentadas nas especificidades dos sujeitos e que acaba por proporcionar espaços de liberdade, autonomia e cidadania.

Compreende-se, dessa forma, que o ambiente terapêutico que proporciona uma atmosfera facilitadora e de conforto, bem estar e interação entre os envolvidos, favorece as ações curadoras. Dessa forma, fica evidente a importância que a estrutura física do serviço impõe no processo de produção da saúde mental, uma vez que o ser humano tem a necessidade de sentir-se constantemente protegido e acolhido.

É por essa razão que o local onde são desenvolvidas as atividades do CAPS, apesar de ser um espaço físico (material) se alia aos componentes simbólicos do trabalho de cura e sensibilidade dos/as usuários/as e, por isso deve ser considerado um lugar propício da territorialidade (BRASIL, 2007).

O ambiente de cuidado é importante para o alcance dos objetivos terapêuticos, pois é nesse local que ocorrem as interações positivas entre o ser o/a usuário/a e a equipe. Dessa forma, o local torna-se terapêutico quando há harmonia entre seus constituintes que atuarão em um espaço que ofereça funcional que facilite a sensação

de bem-estar dos sujeitos em tratamento. Esse bem-estar se relaciona diretamente, não à ausência de doença, mas a sensação de estar compartilhando um espaço onde se sente em paz e acolhido, valorizado e em harmonia

A ambiência é concretizada nas relações de cuidado com o/a usuário/a e estão afetadas às questões de oferta de alimentação, higiene pessoal, administração de medicamentos e até aparência física, circunstâncias que não se relacionam apenas com as questões técnicas do tratamento, muito ao contrário, se manifesta nas questões relativas às singularidades desses momentos de troca afetiva entre os/as usuários/as, equipe e familiares.

Dessa forma, a presença de recursos humanos e materiais suficientes aos/às usuários do CAPS caracteriza respeito à sua dignidade e à sua vida, permitindo que sua atuação no processo de cura ocorra de forma mais autônoma e respeitosa. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

As ações cotidianas praticadas em um espaço acolhedor mostram-se medidas altamente eficazes na produção de sentido de vida e protagonismo do sujeito, permitindo-lhe construir sua história e o encorajando a exercer seus atributos de cidadão componente da sociedade, com direitos, deveres e possibilidades. O ambiente de cuidado há de ser pensando sob a perspectiva da singularidade do atendimento, devendo ser idealizado e organizado com um olhar atento e comprometido com a realidade de seus/as usuários/as (PESCI R., 2003).

O conceito de ambiência preconizado pelo Ministério da Saúde, conforme a Política Nacional de Humanização, como já dito anteriormente, determina como deve ser produzido o espaço físico dos serviços de saúde, compreendendo-o como espaço social, profissional e de relações interpessoais que busca proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana aos seus usuários e respectivos familiares e aos trabalhadores desses serviços, indo além da avaliação da composição técnica, simples e formal dos ambiente (BRASIL, 2007).

Assim, a ambiência, no que tange ao espaço físico, também está fundamentada no que diz respeito à limpeza, conforto, pintura, percepção visual, sonora e olfativa, tamanho dos ambientes e trânsito nos interiores, circunstâncias essas que permitem a criação de ambientes acolhedores para o desenvolvimento do processo de produção de saúde mental e estimulam seus/as usuários/ a perceberem que o CAPS pode proporcionar-lhe espaços vivenciais acolhedores, o que contribui positivamente para seu tratamento e a busca pela cura.

Por essa razão, toda a estrutura destinada ao funcionamento do CAPS (consultórios, equipamentos, gestão de pessoas, qualificação, organização da equipe, métodos de avaliação) deve ser incorporada ao processo que advém da procura e cuidados recebidos pelos usuários e os recursos diagnósticos utilizados, assim como a prescrição e implementação do tratamento, centrados no trabalho dos profissionais e na capacidade de resolução dos problemas de saúde que se apresentam, uma vez que uma estrutura adequada certamente propiciará um processo mais acolhedor e, como consequência, de melhor resultado ao/à usuário/a (SANTOS FILHO, 2007) .

O CAPS são serviços que prestam cuidado em liberdade e por essa razão precisam permitir a expressão das subjetividades e a manifestação do sofrimento do/a usuário/a e é nesse sentido que se reafirma a necessidade de oferecer um local de cuidado adequado, com equipe multiprofissional em número suficiente e em condições de oferecer apoio ao sofrimento do sujeito.

No próximo capítulo, será feita a análise dados oficiais cerca da realidade dos CAPS da Região de Saúde do DRS-VIII, Franca/SP no que diz respeito à sua estrutura física, ambiência, recursos humanos, demandas, atendimentos, práticas interdisciplinares, redes de serviços e, por fim, as práticas determinantes de autonomia e protagonismos desenvolvidas naqueles espaços, a partir da análise das propostas realizadas na V Conferência de Saúde Mental. É importante ressaltar que não foram consideradas as peculiaridades de cada dispositivo, tendo a avaliação ocorrida de forma global com base nos dados estatísticos divulgados em documentos públicos oficiais do DRS-VIII.

O Projeto Terapêutico Singular como instrumento essencial de inclusão

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um instrumento essencial de inclusão. Formulado no âmbito do CAPS, com a participação da Unidade de Acolhimento, deve observar as seguintes orientações:

- I. acolhimento humanizado, com estímulo à grupalização e socialização, por meio de atividades terapêuticas e coletivas;
- II. desenvolvimento de ações que garantam a integridade física e mental, considerando o contexto social e familiar;
- III. desenvolvimento de intervenções que favoreçam a adesão ao tratamento, visando à interrupção ou redução do uso de crack, álcool e outras drogas;
- IV. acompanhamento psicossocial ao usuário e à respectiva família;

- V. atendimento psicoterápico e de orientação, entre outros, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular;
- VI. atendimento em grupos, tais como psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, assembleias, grupos de redução de danos, entre outros;
- VII. oficinas terapêuticas;
- VIII. atendimento e atividades sociofamiliares e comunitárias;
- IX. promoção de atividades de reinserção social;
- X. articulação com a Rede intersetorial, especialmente com a assistência social, educação, justiça e direitos humanos, com o objetivo de possibilitar ações que visem à reinserção social, familiar e laboral, como preparação para a saída;
- XI. articulação com programas culturais, educacionais e profissionalizantes, de moradia e de geração de trabalho e renda; e
- XII. saída programada e voltada à completa reinserção do usuário, de acordo com suas necessidades, com ações articuladas e direcionadas à moradia, ao suporte familiar, à inclusão na escola e à geração de trabalho e renda (BRASIL, 2012b, s.p.).

A Política de Saúde Mental determina que o PTS tenha como objetivo precípua a (re) inserção social do/a usuário/a por meio de atividades que envolvam todas as áreas de sua vida, incluindo educação, esporte, cultura, lazer, capacitação profissional que devem ser desenvolvidas de acordo com as necessidades e possibilidades de cada usuário/a e executado com a participação de toda a equipe tomando o cuidado de ser flexível e estabelecer metas factíveis e claras, além de ter como objetivo o aumento do conhecimento do paciente sobre os seus problemas, a sua autonomia afetiva, material e social (BRASIL, 2007).

Sendo assim, o PTS referenda os principais objetivos de inovação implementados pelo Projeto da Reforma Psiquiátrica, pois é um instrumento de coprodução e cogestão do processo terapêutico de um sujeito individual ou coletivo, resultante da discussão ocorrida entre todos os envolvidos no processo (OLIVEIRA, 2007). Apresenta-se como um dos principais instrumentos de trabalho interdisciplinar dos CAPS, uma vez que permitem a efetivação do trabalho colaborativo entre equipe, usuário/a e família. Também corrobora para o desenvolvimento da autonomia e do protagonismo de todos os envolvidos no tratamento (CARVALHO; MOREIRA; RÉZIO; TEIXEIRA, 2012).

O Projeto deve contemplar os aspectos sociais, culturais, históricos econômicos, familiares e do território do usuário/a, motivo pelo qual sua elaboração deve se dar por meio da parceria e diálogo entre os profissionais de referência, uma vez que demanda da equipe uma atuação voltada à escuta ativa, o diálogo e a negociação, a fim de que não haja imposições acerca do tratamento oferecido ao paciente com o propósito de promover-lhe qualidade de vida (OLIVEIRA, 2007).

A importância do diálogo está justamente em reduzir ou até mesmo extinguir as práticas impositivas com o objetivo de fortalecer o exercício da autonomia do sujeito em tratamento e para tanto, necessário se faz que cada projeto conte com a participação e identificação de todos os sujeitos envolvidos dentro de seu território. O Ministério da Saúde determina que o PTS deve apresentar quatro momentos distintos, a saber:

1 – Diagnóstico: delineamento da situação problema, identificando os aspectos sociais, psicológicos e orgânicos que influenciam no caso. É importante, nessa etapa, identificar os sujeitos envolvidos, as vulnerabilidades e a rede de apoio existente, e não apenas os aspectos clínicos do caso. A elaboração de um genograma e ecomapa mostra-se como uma boa ferramenta para registro gráfico da situação problema quando esta se tratar de um caso individual e não comunitário.

2 – Definição de metas: após a descrição do caso e levantamento dos pontos a serem trabalhados, é importante que a equipe trabalhe com metas a serem alcançadas a curto, médio e longo prazo. Essas metas devem ser negociadas com o sujeito do PTS e demais pessoas envolvidas.

3 – Divisão de responsabilidades: as tarefas de cada um devem ser claras, incluindo do sujeito do PTS. Definir também um profissional que será responsável pelo maior contato entre o caso e a equipe de saúde é uma estratégia que pode facilitar a continuidade da assistência, além da reavaliação e reformulação de ações do PTS.

4 – Reavaliação: momento onde a equipe fará a discussão do caso, verificando o que teve êxito e o que precisa ser reformulado para ter melhor resposta. A periodicidade da reavaliação deve ser definida pela equipe interdisciplinar no planejamento das ações (BRASIL, 2012, p. 26, grifo nosso).

Para o sucesso do PTS é importante que a equipe interdisciplinar construa um vínculo com o sujeito, além de envolvê-la nas decisões sobre as ações a serem realizadas (princípio da clínica ampliada).

Quanto ao tempo de duração do PTS e sua posterior reavaliação, o Ministério da Saúde orienta que é necessário se desprender do modelo médico/manicomial/científico, uma vez que a abordagem integral do indivíduo não ocorrerá de forma automática, em poucos encontros, na medida em que muitas das informações necessárias à criação de vínculo com usuário dependerão de sua confiança na equipe que o atende, e a criação de vínculos demanda tempo e dedicação (BRASIL, 2008b).

Em orientação às diretrizes em saúde mental, o PTS é referido como uma estratégia de trabalho fundamental por adotar como princípios norteadores as principais referências teóricas e técnicas da Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2011).

Por ser um instrumento de trabalho articulado ao cuidado a saúde, associado a uma rede social e singular do usuário, apresenta uma proposta flexível, algo em constante transformação e de acordo com a necessidade do/a usuário/a em saúde mental, passível a qualquer tempo de revisões e redirecionamentos, uma vez que cuidar representa conviver com a com situações dramáticas dos sujeitos e com seus conflitos intermináveis.

Por esse motivo, o CAPS conta com a equipe de referência que monitora os/as usuários/as e seus familiares, realizando todo o planejamento do PTS, definindo e redefinindo as atividades e a frequência de participação nos serviços, realizando orientação quanto aos recursos disponíveis em sua rede de vivência, a fim de lhe proporcionar a reinserção social, que é o objetivo de todo o trabalho desenvolvido pelo CAPS.

Assim, é importante que os profissionais conheçam a história de vida do/a usuário/a, sua condição clínica e social, bem como suas relações interpessoais, para que possa ser possível uma aproximação, cujo objetivo é criar vínculos terapêuticos através de uma relação de confiança baseada no diálogo e na escuta ativa e nesse processo aquele que cuida e aquele que é cuidado vivenciam experiências que proporcionam o crescimento e o fortalecimento individual dando significados às suas existências (CONEJO, 2005).

A equipe de referência é muito importante, uma vez que garante execução operacional das diretrizes de vínculo terapêutico, já que este constitui o novo arranjo no processo de cura e permite a divisão de responsabilidades e novos padrões de relação entre profissionais e usuários/as, tornando as práticas e saberes disponíveis a todos, rompendo com a hegemonia biomédica e tendo como função a efetivação dos projetos terapêuticos singulares e a vinculação entre o usuário/a e o serviço (BARROS, 2009).

Tal equipe, na maioria das vezes, é composta por um profissional de nível superior em parceria com um profissional de nível médio que se responsabilizam pelo acompanhamento do PTS, possibilitando que haja proximidade e diálogo com o/a usuário/a. Isso envolve, também, os contatos com familiares, a comunicação com de equipe da atenção básica e a reavaliação periódica do PTS (MÂNGIA et al., 2009). A adoção do conceito e da prática da equipe de referência caracteriza o desenvolvimento de um novo olhar sobre o processo de cuidado, que engloba todos

os recursos disponíveis a fim de ampliar e garantir o sucesso no tratamento proposto de forma singular ao/à usuário/a.

O trabalho em equipe deve se organizar com vistas a atender as necessidades dos/as usuários/as, na integralidade de suas especificidades e na interdisciplinaridade e, para tanto são propostas mudanças na forma de organização e relações de poder entre os membros da equipe e desta com os/as usuários/as (PEDUZZI, 2007).

A construção e utilização de protocolos rígidos na operacionalização do PTS deve ser evitada a fim de se evitar normatizações que se distanciam da singularidade proposta para seu desenvolvimento. No entanto, é possível que se faça a orientação da equipe a partir de roteiros previamente constituídos com a realização de um diagnóstico situacional, que consiga estabelecer as condições de saúde do/a usuário/a e levante as necessidades ocultas pela demanda.

Após esse momento de organização é necessário que haja o período de negociação sobre o tratamento que deverá ser entabulado pelo/a usuário/a, família e equipe, para que sejam traçadas as metas e estabelecido o prazo para reavaliação, sempre levando em consideração que o foco de todo o planejamento é o/s usuário/a em sua singularidade, e que o processo deve contemplar a participação da família e da rede social a que esses sujeitos estão inseridos.

Nesse contexto, cabe à equipe desenvolver o trabalho a fim de promover a integração das diversas disciplinas envolvidas por meio da comunicação e do compartilhamento de ações e saberes (PEDUZZI, 2001). Portanto, o princípio da integralidade deve ser observado nas práticas cotidianas, e se fundamenta na condição da equipe compreender e formular estratégias de modo a atender as necessidades de saúde dos/as usuários/as e da comunidade (BARROS, 2009).

No entanto, todas essas metas exigem comprometimento por parte dos profissionais, uma vez que o processo de reorganização do trabalho em equipe desvela construção de uma nova cultura assistencial, que pretende superar as normas e estruturas organizacionais tradicionais e introduzir uma nova forma divisão das responsabilidades, sempre com o intuito de dar continuidade nas ações e não mais na produção de respostas meramente isoladas, imediatistas e descontextualizadas (MORORÓ, 2007; BARROS, 2009).

Dessa forma, para que toda essa estratégia funcione na prática, é necessário que as equipes compreendam suas responsabilidades e propiciem efetivamente aos usuários a ampliação dos espaços de participação, buscando a construção de redes

de comunicação que ancorem e contribuam para o sucesso dos projetos terapêuticos (BARROS, 2009). Para que a equipe possa responder às demandas dos/as usuários/as é imperioso que os profissionais se qualifiquem, para que possam ser capazes de superar a fragmentação do conhecimento e das especificidades das profissões, com a finalidade de efetivar as novas práticas de cuidados de forma articulada e integrada.

Por essa razão, a organização da equipe a partir desse modelo de referência permite que o atendimento ocorra de forma singular e diferenciada, permitindo que os/as usuários/as acessem os serviços, os recursos e os profissionais de modo adequado a fim de garantir a responsabilização de todos no processo do cuidado, na medida em que compartilha e descentraliza o atendimento clínico do sujeito.

Para tanto, ter uma atitude solidária e afetiva que se traduza em respeito ao sujeito; ter uma atitude psicoterapêutica, compreendendo as especificidades do/a usuário/a e ter uma atitude reabilitatória para que o paciente possa restabelecer suas relações afetivas e sociais; reconquistar seus direitos na comunidade e reconquistar seu poder social são deveres dos profissionais que compõem a equipe de referência (SARACENO; ROTELLI, 2004).

Tal acolhimento se caracteriza pela escuta ativa e humanizada do/a usuário/a e deve permear demandas não apresentadas imediatamente, permitindo que haja possibilidade de aproximação entre os sujeitos, ao longo do processo de tratamento. Assim, devem ser desenvolvidas estratégias de acolhimento que sejam capazes de atender o/a usuário/a em todas as fases do processo de cuidado, e não apenas nos momentos de crise, uma vez que o acolhimento compreende a existência de trocas, escuta, manifestação de desejos e necessidades, atenção e afeto.

Caso o acolhimento não ocorra, a equipe encontrará dificuldades em estabelecer vínculo com o/a usuário/a, e sem a criação de vínculo o processo de tratamento restará prejudicado. O desenvolvimento de vínculos fortes e duradouros se coloca como objetivo para toda a equipe que acolhe, escuta e oferece respostas, garantindo a acessibilidade e um atendimento baseado nos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira (NUNES et al, 2008).

Dessa forma, o trabalho em equipe deve priorizar a execução de estratégias para o desenvolvimento das práticas de acolhimento, responsabilização e fortalecimento de vínculos, com o intuito de facilitar a constituição do projeto terapêutico singular. E, para que tal objetivo seja alcançado necessário se faz que as

reuniões periódicas de equipe sejam a base de toda a organização do serviço e que permitam a criação de espaços para discussões de casos e tomadas de decisões conjuntas.

Tão importantes quanto a organização da equipe são os espaços destinados à discussão entre usuários/as, família e profissionais que atuam no desenvolvimento de cada projeto terapêutico singular. Os grupos e Assembleias propiciam a integração das ações a serem tomadas e se mostram fundamentais para o desenvolvimento do modelo de atenção proposto, porém, algumas equipes encontram dificuldade em implementar tais ações, uma vez que estão centradas no modelo biomédico e apresentam dificuldade de comunicar-se e compartilhar seus saberes (ADUHAB et al., 2005; BRASIL, 2007).

Para Barros (2009), são obstáculos para o desenvolvimento adequado dos Projetos Terapêuticos Singulares, além da insuficiência de comunicação da equipe, o uso de modelos fechados e a sua compreensão como um mero dispositivo administrativo:

[...] a dificuldade da equipe em identificar a base teórica de sua prática; sobrecarga de responsabilidade assistencial ocasionada pela alta demanda; falta de qualificação da equipe e a dinâmica proposta para as reuniões. A forma de organização das equipes de referência, pode também dificultar a troca de informações e a coordenação necessária para a organização do trabalho e definição de metas e prioridades das ações em um projeto terapêutico singular (BARROS, 2009, p. 89)

Por essa razão, as reuniões de equipe devem ser cotidianas e organizadas em espaços que permitam a reflexão, o debate e o compartilhamento de responsabilidades, a fim de se promover a horizontalização do conhecimento, para que todos na equipe sintam-se pertencentes e necessários (LEÃO; BARROS, 2008; FILIZOLA et al., 2008; NUNES et al., 2008).

A busca pela autonomia e protagonismo dos/as usuários/as é a principal condição para o sucesso do processo de reabilitação psicossocial e, por essa razão, exige de toda a equipe posicionamento disponível para seu acolhimento, escuta e diálogo. Desse modo, é imperioso compreender que a participação do/a usuário/a no planejamento de seu PTS é essencial, uma vez que essa possibilidade de exercício da autonomia lhe proporcionará uma visão de protagonista de sua própria vida e impactará integralmente no seu comprometimento como sujeito em seu tratamento. Assim, reconhecido em seu papel de sujeito da sua própria história, torna-se capaz de refletir acerca de seus desejos e das suas escolhas.

Para Sanduvette (2007), não basta ao/à usuário/a participar das tarefas dentro do CAPS, pelo contrário, necessário se faz que o sujeito seja capaz de participar ativamente da elaboração de seu PTS, definindo os planos de ação com a equipe para que possa se sentir capaz de escolher entre as ações possíveis, em cada momento de sua história, a melhor forma de se cuidar e se inserir na sociedade novamente.

Ainda, existem muitos obstáculos políticos, estruturais e culturais para a realização dessas reformas que estimulam e possibilitam a realização de uma clínica singular e compartilhada, entretanto, é preciso persistir (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Pode-se afirmar que, o Projeto Terapêutico Singular como estratégia de cuidado em saúde mental pode proporcionar o resgate da cidadania ao/à usuário/a; no entanto, é nítida a necessidade do trabalho em equipe de forma a garantir que todo o processo seja organizado com o objetivo de favorecer as práticas de reflexão e de produção de conhecimento, no contexto da adoção de princípios da integralidade, interdisciplinaridade e horizontalidades do saber.



Museu de Imagens do Inconsciente (Pintura do Usuário Carlos Pertuis)

CAPÍTULO 4 CAPS INTEGRANTES DO DRS-VIII DE FRANCA/SP

Departamento Regional de Saúde VIII e as Microrregiões

O Departamento Regional de Saúde VIII (DRS VIII), escolhido como universo dessa pesquisa, é responsável pela região sede de Franca - SP, e por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial com os municípios e organismos da sociedade civil.

O DRS VIII é formado por 22 (vinte e dois) municípios, sendo eles: Aramina, Buritizal, Cristais Paulista, Franca, Guará, Igarapava, Ipuã, Itirapuã, Ituverava, Jeriquara, Miguelópolis, Morro Agudo, Nuporanga, Orândia, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, Sales Oliveira, São Joaquim da Barra e São José da Bela Vista (BRASIL, 2019, s.p.).

Os referidos municípios, são subdivididos em 3 (três) Microrregiões:

1. **Microrregião Três Colinas:** Cristais Paulista, Franca, Itirapuã, Jeriquara, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, São José da Bela Vista.
2. **Microrregião Alta Mogiana:** Aramina, Buritizal, Guará, Igarapava, Ituverava e Miguelópolis e,
3. **Microrregião Alta Anhanguera:** Ipuã, Morro Agudo, Nuporanga, Orândia, Sales Oliveira e São Joaquim da Barra.

A partir dessa compreensão, necessário se faz mencionar as peculiaridades de cada microrregião, como a área territorial e a população estimada, uma vez que se tratam do cenário da presente pesquisa.

Dada essa breve explicação, a primeira região a ser analisada é a Microrregião Três Colinas que é a maior e a responsável por 10 (dez) municípios (IBGE, 2021):

- 1) Cristais Paulista, possui área territorial de 385,230 km² e população estimada em 8.803 pessoas;
- 2) Franca, possui área territorial de 605,679 km² e população estimada em 358.539 habitantes;
- 3) Itirapuã, possui área territorial de 161,118 km², população estimada em 6.587 pessoas;
- 4) Jeriquara, possui área territorial de 141,971 km², população estimada em

3.143 pessoas;

5) Patrocínio Paulista, possui área territorial de 602,848 km², população estimada em 14.941 pessoas;

6) Pedregulho, possui área territorial de 712,604 km², população estimada em 16.876 pessoas;

7) Restinga, possui área territorial de 245,746 km², população estimada em 7.762 pessoas;

8) Ribeirão Corrente, possui área territorial de 148,332 km², população estimada em 4.786 pessoas;

9) Rifaina, possui área territorial de 162,508 km², população estimada em 3.651 pessoas;

10) São José da Bela Vista, possui área territorial de 276,952 km², população estimada em 8.991 pessoas.

Assim, de acordo com os dados expostos, conclui-se que essa Microrregião possui, aproximadamente, 434.079 pessoas.

Nesse seguimento, a Microrregião Alta Mogiana é composta por 6 (seis) municípios (IBGE, 2021):

1) Aramina, que possui uma área territorial de 202,829 km² e população estimada em 5.689 pessoas;

2) Buritizal, possui uma área territorial de 266,420 km², população estimada em 4.547 pessoas;

3) Guará, possui uma área territorial de 362,183 km², população estimada em 21.394 pessoas;

4) Igarapava, possui uma área territorial de 468,355 km², população estimada em 30.791 pessoas;

5) Ituverava, possui uma área territorial de 704,659 km², população estimada em 42.259 pessoas;

6) Miguelópolis, possui uma área territorial de 820,849 km², população estimada em 22.480 pessoas.

Deste modo, extrai-se dessas informações que a Microrregião da Alta Mogiana é composta por cerca de 127.160 pessoas.

A Microrregião da Alta Anhanguera, composta por 6 (seis) municípios, ou seja (IBGE, 2021):

1) Ipuã, possui área territorial de 466,461 km², população estimada em

16.794 pessoas;

2) Morro Agudo, possui área territorial de 1.388,127 km², população estiada em 33.598 pessoas;

3) Nuporanga, possui área territorial de 348.265 km², população estimada em 7.522 pessoas;

4) Orlândia, possui área territorial de 291.765 km², população estimada em 44.682 pessoas;

5) Sales Oliveira, possui área territorial de 30.776 km², população estimada em 12.103 pessoas;

6) São Joaquim da Barra, possui área territorial de 410.863 km², população estimada em 52.737 pessoas;

Sendo assim, a Microrregião da Alta Anhanguera é composta por uma média de 167.436 pessoas.

Vistas as dimensões demográficas dos municípios que integram cada região que forma o DRS VIII, verificou que o DRS VIII e suas três microrregiões unidas englobam, aproximadamente, 728.675 pessoas.

Dos 22 (vinte e dois) municípios pertencentes ao DRS -VIII, apenas 8 (oito) possuem instalações do CAPS. Isso se deve ao fato de que, para ser implantado esse equipamento, o município deve possuir mais de 15.000 (quinze mil) habitantes, sendo:

- Microrregião Três Colinas: Franca;
- Microrregião Alta Mogiana: Guará, Igarapava e Ituverava;
- Microrregião Alta Anhanguera: Orlândia, Morro Agudo, São Joaquim da Barra e Ipuã.

Portanto, o universo da pesquisa abrange os 8 (oito) municípios que possuem CAPS do DRS VIII, ou seja: Franca, Guará, Igarapava, Ipuã, Ituverava, Morro Agudo, Orlândia e São Joaquim da Barra. Com relação aos municípios de Miguelópolis e Pedregulho, salienta-se que ambos não integraram a pesquisa, justificando-se a ausência pelo fato de que, mesmo possuindo mais de 15.000 habitantes, de acordo com o Censo do IBGE (2021), ainda não possuem CAPS em seus territórios.

Para mapear a realidade dos CAPS desse território, foi disponibilizado pelo DRSVIII de Franca a documentação utilizada na realização da Etapa Macrorregional da V Conferência de Saúde Mental, de abril de 2022. Esse documento é o resultado do questionário aplicado, cuja coleta se deu através de formulário *online*, enviado aos municípios que possuem CAPS em funcionamento.

Assim, a pesquisadora interpretou as respostas obtidas pelo questionário e elaborou os gráficos e as tabelas que fundamentam a discussão dos resultados. As respostas foram importantes para compreender como estão sendo aplicados os instrumentos da autonomia e protagonismo do/a usuário/a do serviço de Saúde Mental ofertados pelos CAPS integrantes dessa Região em um cenário pós-pandêmico.

4.2 A realidade dos CAPS do DRS VIII de Franca, SP

O DRSVIII, com a finalidade de mapear a realidade pós-pandêmica que se encontra a oferta dos serviços em Saúde Mental em sua região, realizou um questionário destinado aos municípios que possuem unidades CAPS a fim de se compreender as possibilidades de melhoria na qualidade da prestação do referido serviço e nas condições de trabalho para os trabalhadores da área da Saúde Mental. É com base neste questionário que se baseia na coleta de dados, ou seja, os dados do questionário como documento que demonstra a realidade dos CAPS do DRS VIII de Franca. O documento possui 36 questões, levantadas exclusivamente para serem apresentadas na V Conferência Nacional de Saúde Mental, abril 2022, a fim de subsidiar as propostas que possam auxiliar na otimização dos serviços prestados.

Salienta-se que, ainda, não existe um relatório feito pelo DRS VIII acerca dos dados coletados no questionário. Desse modo, essa análise foi disponibilizada por meio de documento impresso em papel timbrado (ANEXO D), que retrata de forma fiel as questões realizadas e as respostas enviadas pelos municípios avaliados.

Tabela 1 – Questionário elaborado pelo DRS-VIII

1.	Qual o seu município?
2.	O município possui CAPS em qual modalidade?
3.	Qual o tempo de funcionamento do CAPS? a. Até 1 ano b. De 1 a 4 anos c. De 5 a 9 anos d. De 10 a 15 anos e. Mais de 15 anos
4.	O CAPS apresenta qual estrutura física?
5.	O prédio em que funciona o CAPS é alugado ou pertence ao município?

6.	O CAPS possui estrutura de medicação suficiente para atender à demanda?
7.	O CAPS possui oficinas terapêuticas aos/às usuários/as?
8.	O CAPS possui leitos de observação? Quantos?
9.	Quantos profissionais a equipe possui?
10.	Quais profissionais integram a equipe?
11.	As reuniões de equipe ocorrem com qual frequência?
12.	Quantos atendimentos são realizados, em média, por dia?
13.	Existe demanda reprimida no atendimento (lista de espera)?
14.	Qual a forma de entrada no serviço?
15.	O CAPS desenvolve projeto terapêutico singular para todos os pacientes?
16.	O CAPS realiza atendimento familiar para a construção do projeto terapêutico singular do/a usuário/a?
17.	O CAPS realiza atendimento em grupo?
18.	O CAPS realiza Assembleia?
19.	Os/as usuários/as participam ativamente do planejamento de seu projeto terapêutico singular?
20.	Os/as usuários/as/familiares participam das tomadas de decisão acerca do funcionamento do CAPS e de seu tratamento?
21.	O CAPS realiza encaminhamento para leitos psiquiátricos em hospital geral ou unidades básicas de saúde?
22.	Existe no município alguma associação que represente os interesses de usuários/as? Qual?
23.	O CAPS fomenta alguma atividade cultural para os/as usuários/as?
24.	O CAPS fomenta alguma atividade que estimule a participação cidadã do/as usuário/as?
25.	O CAPS fomenta alguma atividade que estimule a reinserção social dos/as usuários/as?
26.	Há projeto de educação permanente da equipe?
27.	O CAPS oferece alimentação ao/à usuário/a?
28.	O CAPS oferece transporte ao/à usuário/a?
29.	Qual o horário de funcionamento do CAPS?
30.	O CAPS realiza avaliação anual de satisfação do/a usuário/a, do/a profissional e da estrutura?
31.	O CAPS possui alguma parceria que visa a reinserção do usuário no mercado de trabalho?
32.	O CAPS estimula a participação dos/as usuários/as em Conselhos, Conferências e Congressos em defesa de seus direitos?
33.	O CAPS possui parceria com algum serviço de saúde?
34.	O CAPS possui parceria com outros serviços intersetoriais?
35.	A estrutura oferecida pelo CAPS é suficiente para oferecer, conforme prescrito pela legislação, pleno atendimento aos/às usuários/as?
36.	Relate aqui alguma atividade relevante desenvolvida pelo CAPS que vise implementar a autonomia e o protagonismo do/a usuário/a.

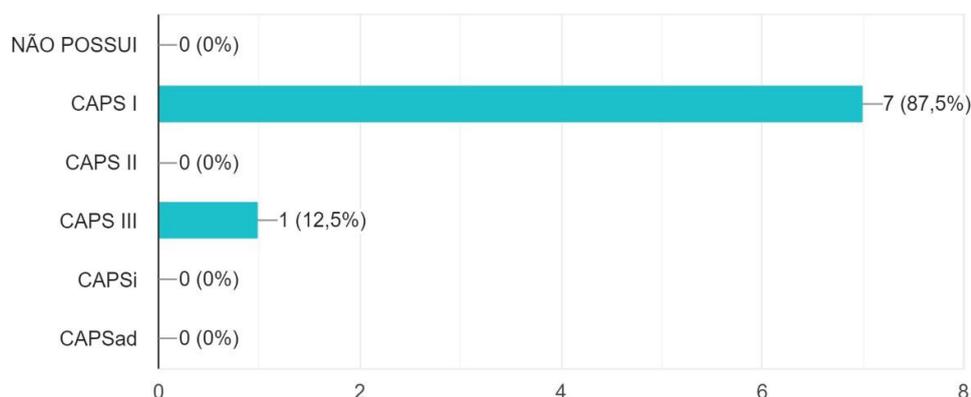
Fonte: Elaborado pelo DRS-VIII para a V Conferência de Saúde Mental, 2022.

Observa-se que o questionário é amplo e apresenta uma riqueza de informações, que podem subsidiar as políticas públicas de saúde mental desse território, a partir das respostas disponibilizadas e da análise aqui realizada, considerando que ele apresenta um retrato dessa realidade e das particularidades de seus municípios

Destaca-se que a partir dos dados disponibilizados, foi possível observar a realidade que se encontram os CAPS do DRSVIII, fatos estes cruciais para o desfecho da tese aqui apresentada: a autonomia e o protagonismo dos/as usuários/as do CAPS do DRS-VIII estão sendo garantidos durante a prestação dos serviços?

Assim, serão demonstradas e analisadas as 36 (trinta e seis) perguntas pertinentes para compreensão de todo o sistema que abrange os CAPS do DRSVIII, e se compreender as possibilidades de melhoria na qualidade dada atenção à saúde mental como também das condições de trabalho para os trabalhadores da área.

Gráfico 1- Porcentagem das modalidades de CAPS existentes nos municípios¹



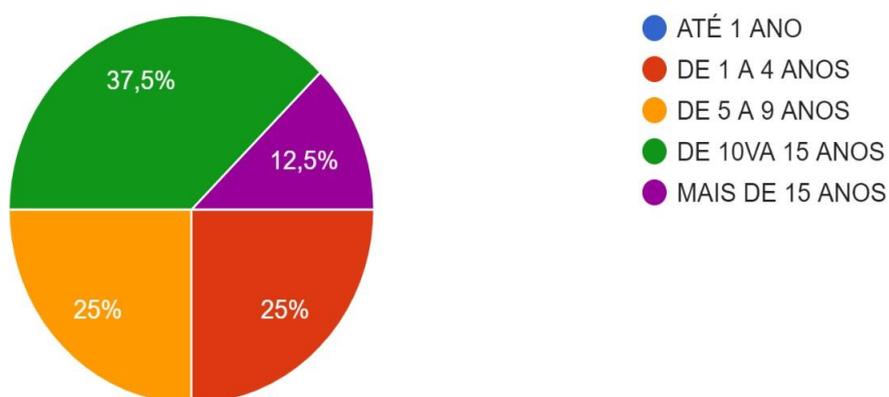
Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022)

Pode-se observar no gráfico 1, que a modalidade de CAPS I é a predominante nos municípios do DRS VIII, em razão do número de habitantes, com 7 (87,5%) municípios e apenas 1 (12,5%) município se trata da modalidade CAPS III.

¹ A pergunta 1 do questionário não será representada em gráfico, uma vez que já se sabe quais os municípios participantes para o levantamento dos dados, por isso, as representações gráficas se iniciam na pergunta 2 do questionário.

Com a leitura do Gráfico 2, percebe-se que 2 (25%) dos municípios possuem CAPS com tempo de funcionamento de 1 a 4 anos; 2 (25%), de 5 a 9 anos; 3 (37,5%) de 10 a 15 anos e 1 (12,5%) há mais de 15 anos, considerando-se um avanço na luta antimanicomial.

Gráfico 2 – Porcentagem sobre o tempo de funcionamento do CAPS



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

Além disso, os resultados mostraram que os municípios de Morro Agudo, Ituverava e Orlandia possuem CAPS há mais de 10 anos. O município de Guará é o único do DRS-VIII que possui o Centro há mais de 15 anos.

Tabela 2 – Porcentagem sobre como os CAPS apresentam sua estrutura física

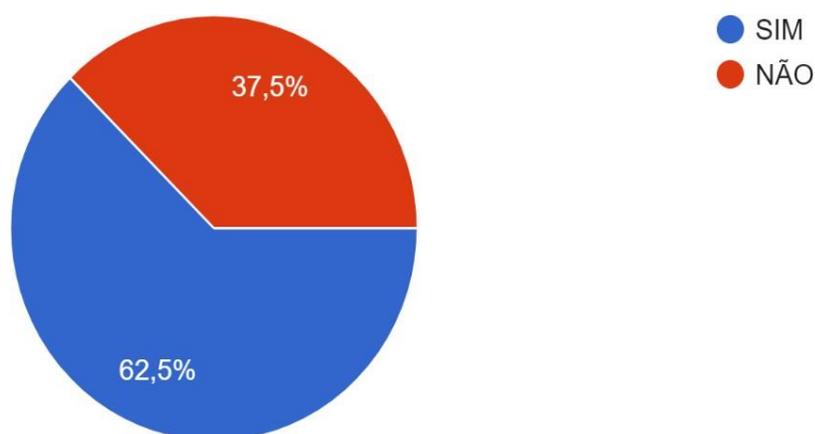
Consultório para atendimento individual	7	87,50%
Sala para atendimento em grupo	7	87,50%
Espaço de Convivência	5	62,50%
Refeitório	4	50%
Sanitários adaptados	4	50,00%
Recepção	7	87,50%
Sala para atividades coletivas	6	75%
Sala com Recursos áudio-visuais	3	37,50%
Espaço de Acolhimento	4	50%
Farmácia	3	37,50%
Posto de Enfermagem	5	62,50%
Sala de Aplicação de Medicamentos	4	50%
Sala Administrativa	3	37,50%
Sala de Reunião para a equipe	6	75%
Almoxarifado ou Arquivo	6	75%
Cozinha	7	87,50%
Área de Serviço	5	62,50%
Abrigo Externo para embarque e desembarque	2	25%
Área de entrada de ambulâncias	2	75%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022)

Na Tabela 2 observou-se como se encontra a estrutura física dos CAPS do DRS VIII de Franca, SP. Constatou-se que 7 (87,5%) municípios possuem: consultório para atendimento individual, sala para atendimento em grupo, recepção e cozinha; 6 (75%) municípios possuem: sala para atividades coletivas, sala de reunião para a equipe e almoxarifado ou arquivo; 5 (62,5%) têm em suas estruturas: espaço de convivência, posto de enfermagem e área de serviço; 4 (50%) municípios possuem: refeitórios, sanitários adaptados, espaço de acolhimento, sala de aplicação de medicamentos. Em 3 (37,5%) municípios há sala com recursos audiovisuais, farmácia e sala administrativa. Por fim, apenas 2 (25%) municípios possuem: abrigo externo para embarque e desembarque e área de entrada para ambulâncias. Esses dados demonstram que os CAPS possuem departamentos básicos na sua estrutura, entretanto, não são todas iguais nos municípios. Isso se deve pelo fato de que, mesmo com o avanço da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, os investimentos ainda não seguem um padrão igual para todos os CAPS investirem e aprimorarem suas estruturas.

Já o Gráfico 3, demonstrou que (62,5%) dos municípios entrevistados possuem medicação suficiente para os atendimentos, enquanto 3 (37,5%) municípios não possuem.

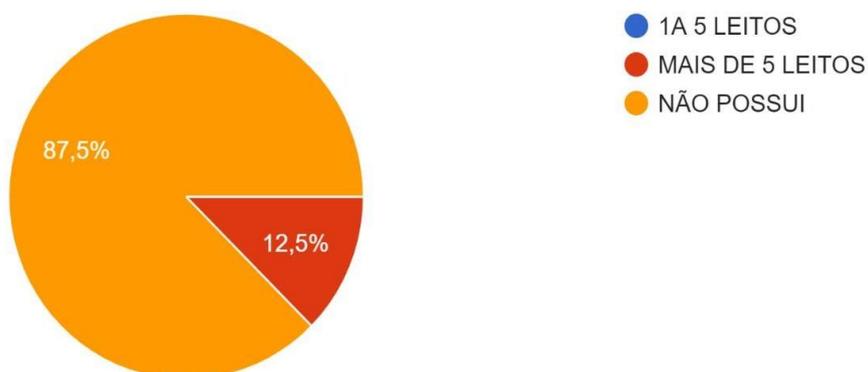
Gráfico 3 – Porcentagem sobre os CAPS possuírem estrutura de medicação suficiente para atender à demanda



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

No Gráfico 4, vê-se que 7 (87,5%) CAPS não possuem leitos, ao passo que 1 (12,5%) possui mais de 5. Isso reflete a realidade do DRS VIII, onde o número de leitos não é importante, tendo em vista que a maioria dos CAPS são modalidade I.

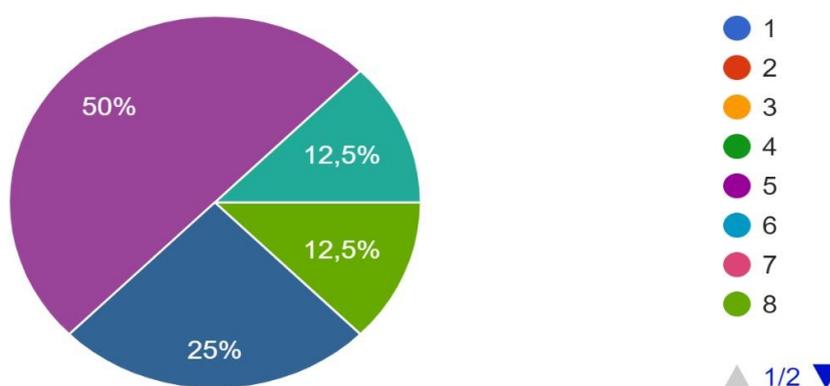
Gráfico 4 – Porcentagem se há leitos e quantos deles nos CAPS



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

No Gráfico 5, verifica-se a quantidade de funcionários que atuam nesses Centros, sendo que em: 4 (50%) CAPS possuem mais de 10 funcionários na equipe; 2 (25%) possuem 10 funcionários, 1 (12,5%) possui 43 funcionários e 1 (12,5%) possui 8 funcionários. Nesse momento, viu-se que alguns CAPS do DRS VIII atuam com número de profissionais reduzido para atender à demanda.

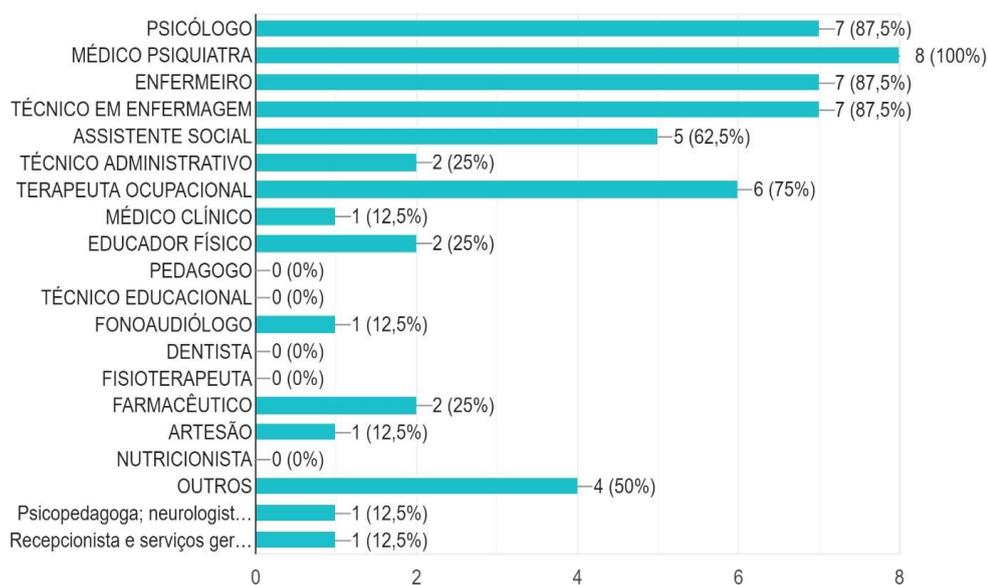
Gráfico 5 – Número de profissionais existentes nas equipes



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

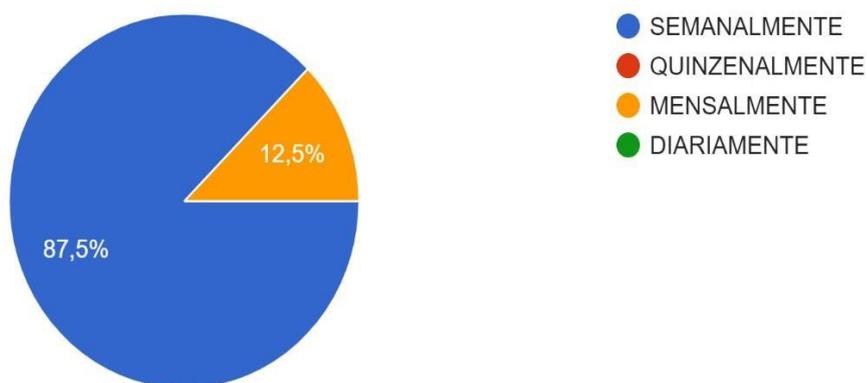
Conforme observado no Gráfico 6, os municípios participantes selecionaram os profissionais existentes nos CAPS. Viu-se que 7 (87,5%) CAPS possuem psicólogo, enfermeiros, técnicos em enfermagem; 6 (75%) municípios possuem terapeuta ocupacional; 5 (62,5%) possuem assistente social; 4 (50%) possuem outros tipos de profissionais não especificados no questionário; 2 (25%) possuem técnico administrativo, educador físico e farmacêutico; 1 (12,5%) possui médico clínico, fonoaudiólogo, artesão, psicopedagoga, neurologista, recepcionista e serviços gerais.

Os 8 (100%) CAPS possuem médico psiquiatra, sendo a única modalidade marcada por todos os entrevistados. Entretanto, algumas opções não foram marcadas, indicando a ausência daquele profissional no CAPS. Significa dizer que as atividades operadas nos CAPS ainda ocorrem sem que existam todas as categorias de profissionais disponíveis para otimizar os serviços prestados aos/às usuários/as. Nesse sentido, observou-se que os instrumentos da autonomia e do protagonismo do/a usuário/a dos serviços prestados enfrenta a limitação de conseguir sua aplicação prática plena.

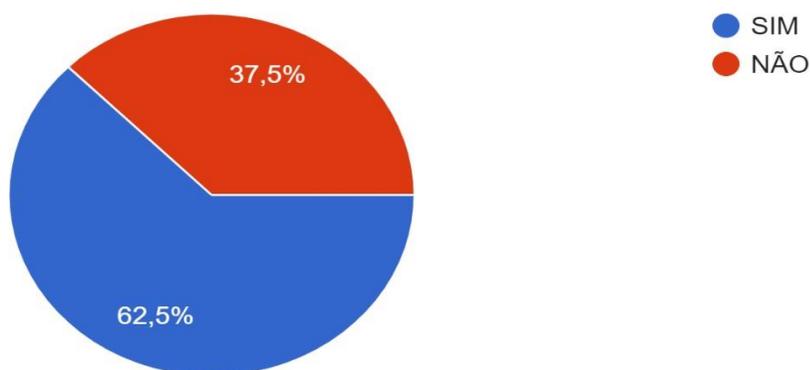
Gráfico 6 – Quais os profissionais existentes nos CAPS

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

Já no Gráfico 7, demonstrou-se a frequência em que ocorrem as reuniões das equipes, no qual 7 (87,5%) responderam que os encontros são realizados semanalmente, ao passo que 1 (12,5%) respondeu que os encontros são mensais.

Gráfico 7 – Frequência das reuniões da equipe

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

Gráfico 8 – Existência de demanda reprimida no atendimento (lista de espera)

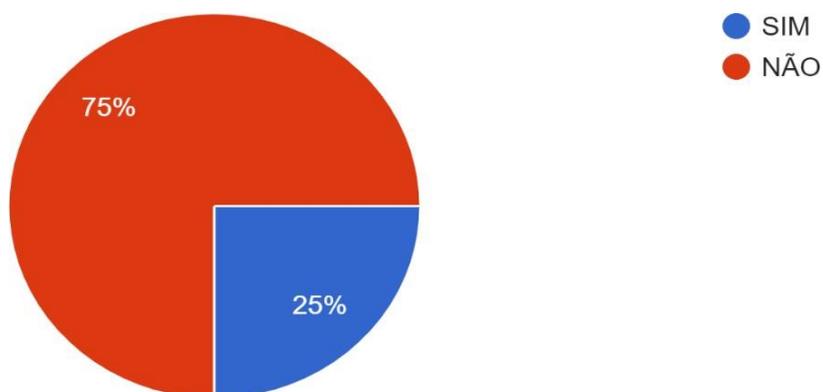
Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

Vê-se no Gráfico 8 que 5 (62,5%) CAPS ainda possuem demanda reprimida no atendimento, ao passo que 3 (37,5%) estão com seus atendimentos em dia, significando que ainda há CAPS que operam em capacidade menor do que aquela necessária para garantir atendimento pleno a todos/as usuários/as.

Já no Gráfico 9, os dados apontaram quais os meios mais frequentes de chegada dos atendimentos aos CAPS

Gráfico 9 – Formas de entrada no serviço

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

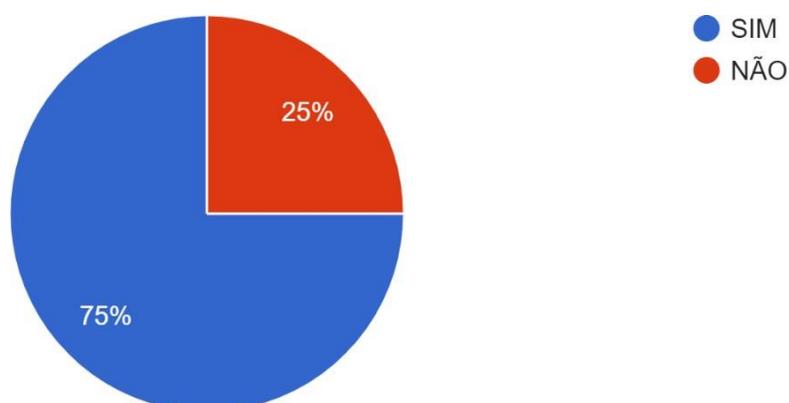
Gráfico 10 – Existência de Projeto Terapêutico Singular para todos/as os/as usuários/as

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

No Gráfico 10 um aspecto importante foi demonstrado: 6 (75%) Centros não possuem um Projeto Terapêutico Singular para todos/as usuários/as, ao passo que 2 (25%) possuem. Ficou demonstrado que não há Projeto Terapêutico Singular em 6 (seis) dos 8 (oito) CAPS entrevistados. Deste modo, como visto no capítulo 3, o PTS é imprescindível para a garantia do protagonismo dos/as usuários/as, já que traz consigo os objetivos de inovação originados pela Reforma Psiquiátrica e contribui para a coprodução e cogestão do processo de cura do indivíduo ou coletivo. Além disso, o PTS volta o olhar para os prismas culturais, sociais, histórico econômicos entre outros necessários para promover aos/às usuários/as a qualidade de vida básica que garanta a sua dignidade.

Durante o tratamento dos/as usuários/as, 6 (75%) Centros realizam atendimentos familiares para a construção do serviço a ser prestado, enquanto 2 (25%) não possuem, conforme observado no Gráfico 11.

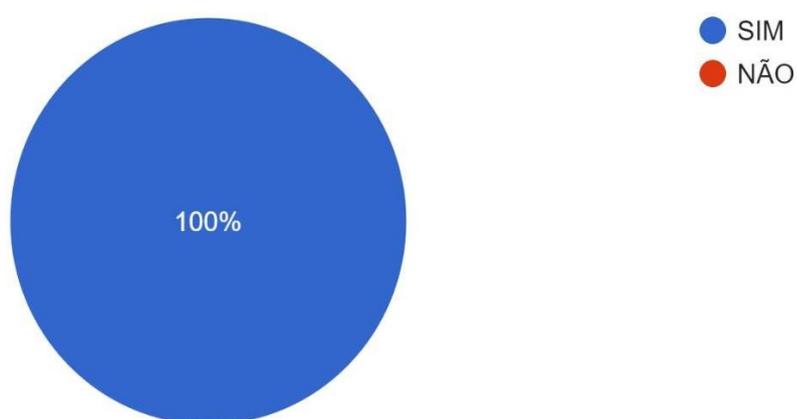
Gráfico 11 – Existência de atendimento familiar para a construção do Projeto Terapêutico Singular do/a usuário/a



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

No Gráfico 12 viu-se que 8 (100%) CAPS do DRS-VIII realizam atendimento em grupo, entretanto, apenas 1 (12,5%) realizam Assembleia com participação dos/as usuários/as.

Gráfico 12 – Existência de atendimento em grupo

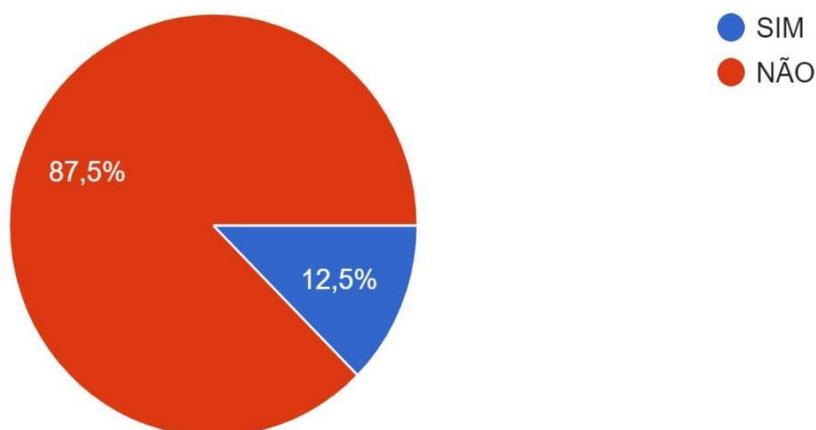


Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

No que diz respeito à realização de Assembleias, o Gráfico 13 ilustrou que 7 (sete) dos 8 (oito) CAPS não as realizam. Significa dizer que, esse instrumento de extrema importância, desenvolvido por Basaglia (1985), garantidor da

desinstitucionalização do modelo de assistência psiquiátrica excludente, **NÃO** está sendo vivenciado, na prática, pelos CAPS analisados.

Gráfico 13 –Realização de Assembleias com participação dos/as usuários/as

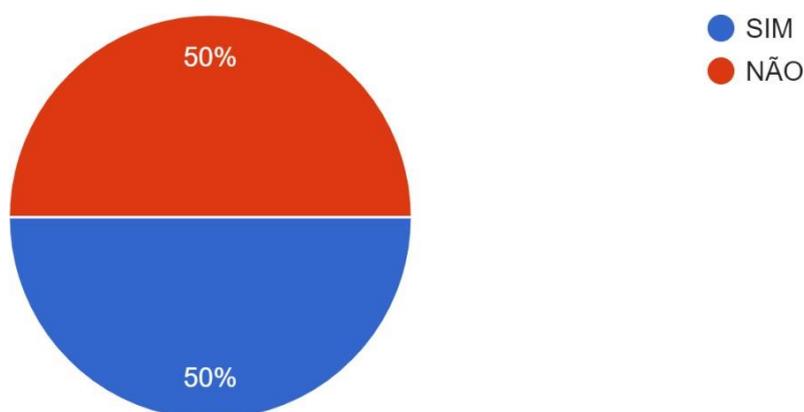


Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

Nesse sentido, no Gráfico 14, viu-se que durante a aplicação do tratamento aos/às usuários/as 4 (quatro) dos 8 (oito) CAPS do DRS VIII não realizam uma participação ativa dos mesmos. Isso mostrou que metade dos CAPS do DRS VIII não garantem o protagonismo necessário aos/às assistidos/as para que sua autonomia seja vivenciada e suas vidas sejam determinadas por suas próprias vontades.

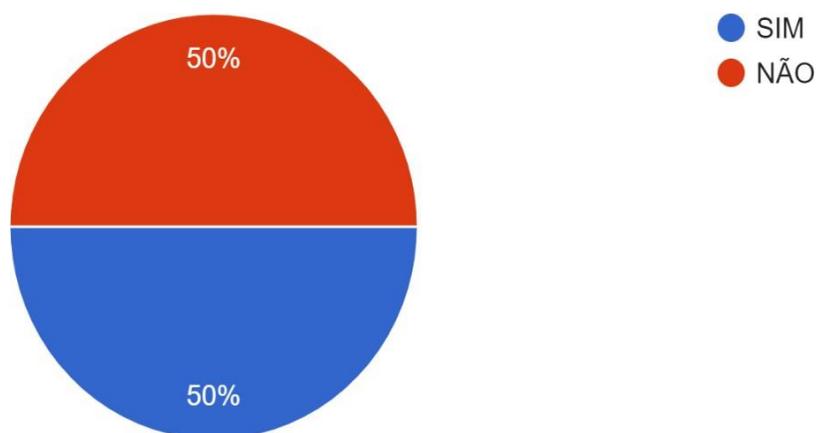
Além disso, no Gráfico 15, os familiares não possuem participação ativa durante o funcionamento CAPS em 4 (quatro) dos 8 (oito) Centros também, deixando evidente a falta de garantia da autonomia e do protagonismo aos/às seus/as usuários/as.

Gráfico 14 –Participação ativa dos/as usuários/as durante o planejamento do Projeto Terapêutico Singular



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

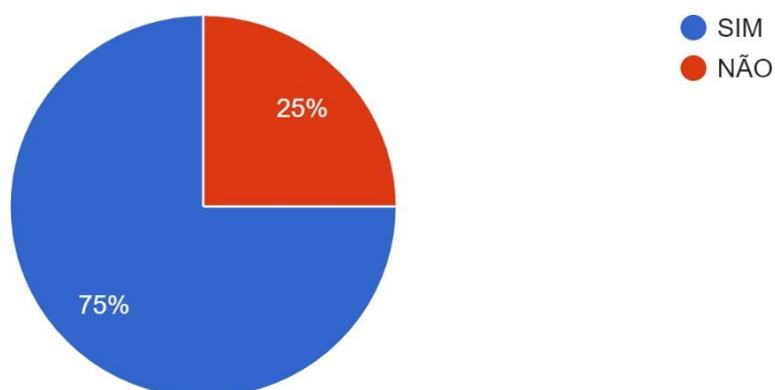
Gráfico 15 –Participação ativa dos/as usuários/as/familiares durante as tomadas de decisão acerca do funcionamento do CAPS e de seu tratamento



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

Nesse momento, observa-se no Gráfico 16 que 6 (75%) CAPS possuem atividades culturais para os/as usuários/as, porém, 2 (25%) ainda não proporcionam isso aos/às seus/uas usuários/as. Ainda, denota-se que em 4 (50%) há atividades que estimulam a participação cidadã dos/as usuários/as, ao passo que, os outros 4 (50%) ainda não, como visto no Gráfico 17.

Gráfico 16 –Existência de atividade cultural para os/as usuários/as

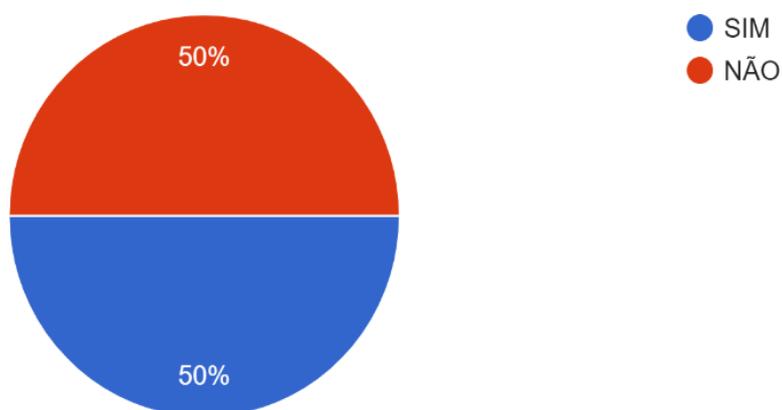


Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

Conforme visto no Gráfico 17, apenas 4 (quatro) dentre os 8 (oito) CAPS pertencentes ao DRS VIII, praticam atividades que proporcionem esse direito de construção e fortalecimento de sua cidadania, que deve acontecer para que haja a desinstitucionalização do modelo manicomial por muito tempo vigente neste país.

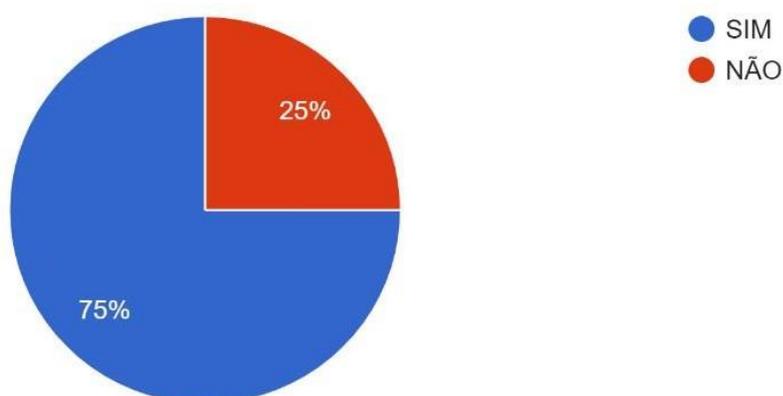
Em contrapartida, viu-se pelos resultados da pesquisa que em 6 (seis) dos 8 (oito) CAPS estudados há atividades que estimulam a reinserção dos/as usuários/as, proporcionando-lhes para o/a usuário/a seu crescimento e fortalecimento individual, dando significados às suas existências.

Ainda, no que diz respeito ao fornecimento de alimentação aos/às usuários/as, 3 (três) CAPS não efetivaram essa prática, o que demonstra que a falta desse tipo de recurso demonstra a deficiência do serviço em fornecer dignidade e um processo de cura de forma mais autônoma e respeitosa.

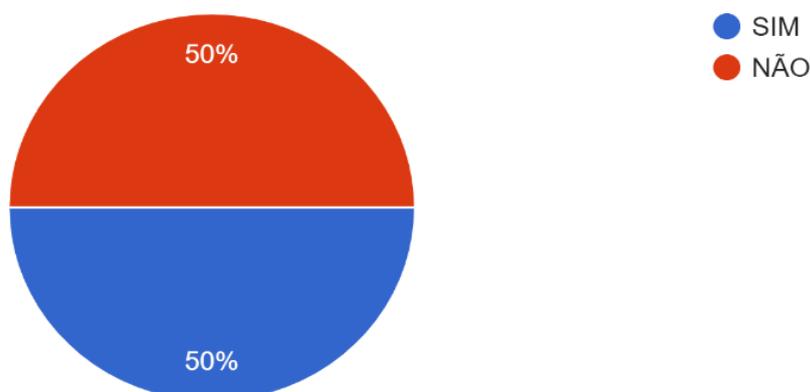
Gráfico 17 –Existência de atividade que estimule a participação cidadã dos/das usuários/as

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

A partir dos dados constata-se que apenas 50% dos CAPS possibilitam que os/as usuários/as tenham participação ativa durante a elaboração do plano de tratamento, como também, que de 8, 4 serviços aplicam a participação ativa dos/as usuários/as e familiares durante as decisões tomadas acerca do funcionamento do CAPS e de seus tratamentos. Um dos motivos para esse resultado se deve pela falta de atividades que estimulem a participação cidadã dos/as usuários/as.

Gráfico 18 –Existência de atividade que estimule a reinserção social dos/das usuários/as

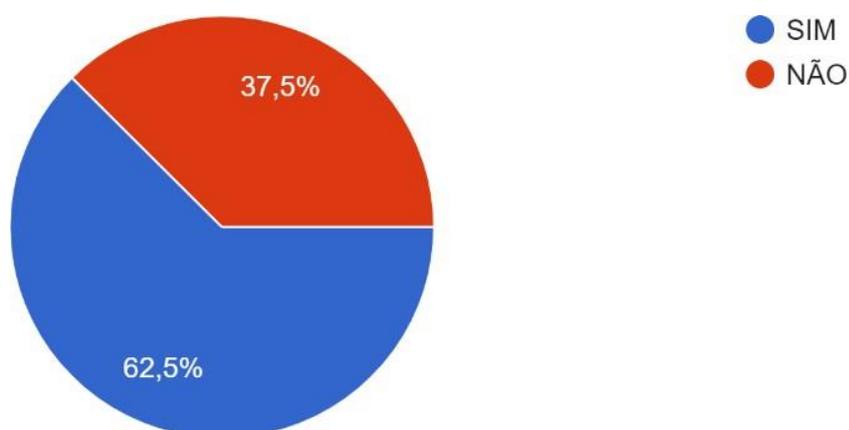
Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

Gráfico 19 –Existência de Projeto de Educação Permanente da Equipe

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

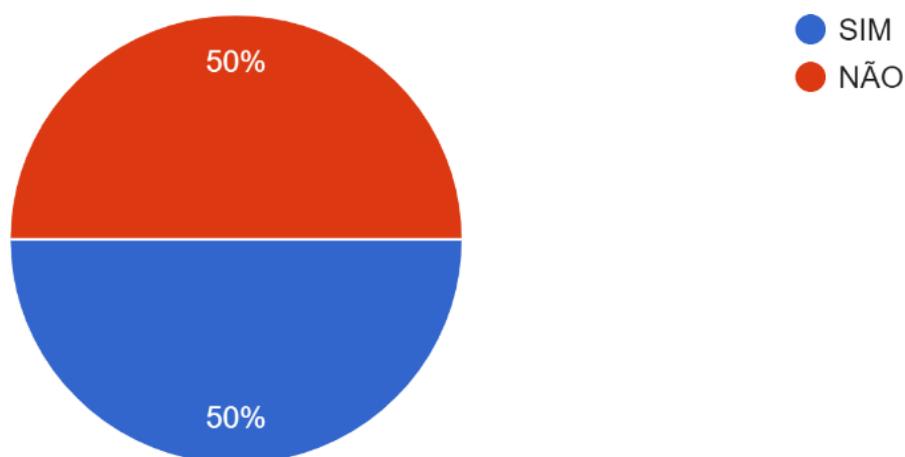
Nota-se nos resultados do Gráfico 18 que 6 (75%), possuem em suas instalações programas que estimulem a reinserção social dos/as usuários/as, enquanto 2 (25%) CAPS ainda não. Já no Gráfico 19, se verifica que 4 (50%) dos Centros contam com Projeto de Educação Permanente da Equipe.

Em relação à alimentação os dados mostram, no gráfico 20, que em 5 (62,5%) CAPS integrantes do DRS-VIII fornecem alimentação aos/às seus/uas usuários/as, enquanto, 3 (37,5%) não.

Gráfico 20 –Fornecimento de alimentação aos/às usuários/as

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

No Gráfico 21, 4 (50%) CAPS fornecem transporte aos/às usuários/as e 4 (50%), não.

Gráfico 21 –Fornecimento de transportes aos/às usuários/as

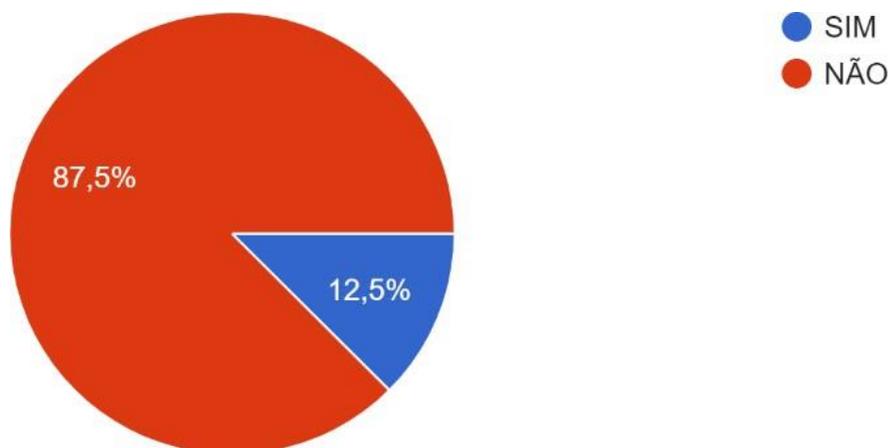
Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

No primeiro gráfico, 20, vê-se que em 5 (62,5%) CAPS integrantes do DRS VIII fornecem alimentação aos/às seus/uas usuários/as, enquanto, 3 (37,5%) não. No Gráfico 21, 4 (50%) CAPS fornecem transporte aos/às usuários/as e 4 (50%), não.

Com relação à disponibilização de transporte para os/às usuários, apenas 4 (quatro) CAPS têm esse serviço. Isso também obsta a garantia de dignidade e acesso a um processo de cura de forma mais autônoma, uma vez que aqueles/as usuários/as mais vulneráveis são muito prejudicados pelo fato de não possuírem recursos suficientes que garantam acesso ao tratamento.

Analisando o Gráfico 22, se constata que em 7 (87,5%) CAPS não realizam avaliação anual para verificar o nível de satisfação do/a usuário/a, do profissional e da estrutura do Centro. Significa dizer que apenas 1 (um) Centro (12,5%), realiza essa avaliação.

Gráfico 22 – Realização de avaliação anual de satisfação do/a usuário/a, do profissional e da estrutura

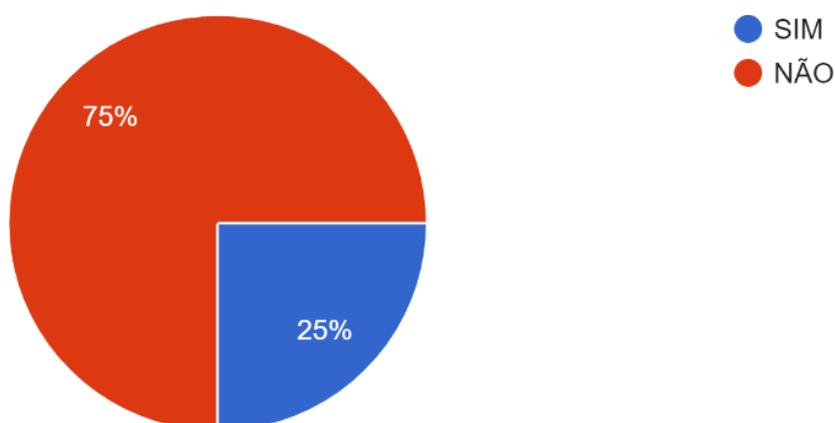


Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

No que tange a realização de avaliação anual para verificar os índices de satisfação do/a usuário/a, do/a profissional e da estrutura, apenas 1 (um) dos 7 (sete) CAPS aplicam essa prática. Mais uma vez os dados analisados mostraram que o protagonismo do/a usuário/a não está sendo garantido na prática.

Ainda, observa-se que em 6 (75%) CAPS não possuem parceria que estimule a reinserção do/a usuário/a no mercado de trabalho, ao passo que 2 (25%) têm, como demonstra o Gráfico 23.

Gráfico 23 – Existência de parceria que visa a reinserção do/a usuário/a no mercado de trabalho

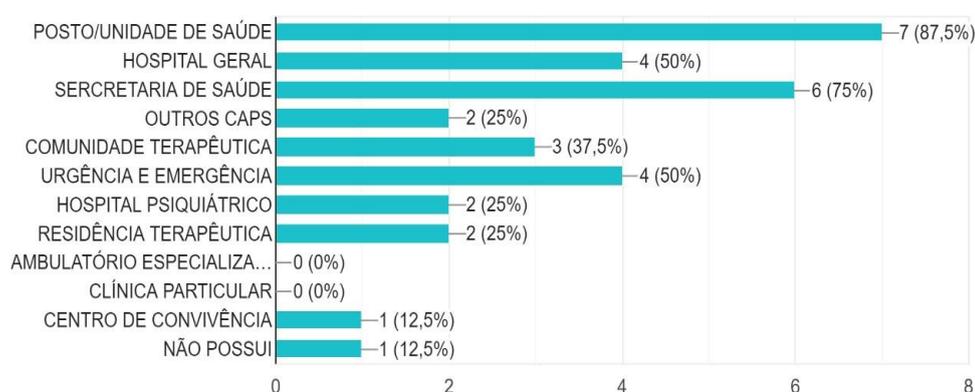


Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

Nesse diapasão, convém dizer que apenas 6 (seis) dos 8 (oito) CAPS possuem parcerias que visam a reinserção do/a usuário/a no mercado de trabalho. Esse incentivo garante o retorno do sujeito ao convívio social, bem como impede sua exclusão e marginalização, sendo, portanto, essencial para o processo de cura do/a usuário/a.

No Gráfico 24, ficou demonstrado quais os serviços de saúde que os CAPS do DRS-VIII têm parcerias.

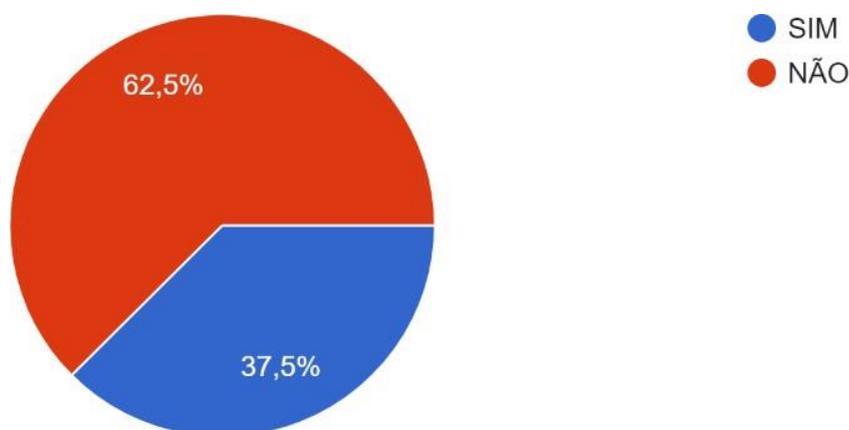
Gráfico 24 – Existência de parcerias com algum serviço de saúde



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

Por fim, no Gráfico 25 ficou demonstrado que em 5 (62,5%) CAPS existe atendimento pleno e suficiente aos/às usuários/as, baseado no que está previsto na legislação. Ocorre que, em 3 (37,5%), viu-se que o atendimento é realizado, de forma defasada, já que não acontece de forma plena e suficiente de acordo com o que está designado em lei.

Gráfico 25 – Existência de atendimento pleno e suficiente aos/às usuários/as, de acordo com o que se encontra prescrito na legislação



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2022).

Por fim, o Gráfico 25 relata que 5 (cinco) dos 8 (oito) Centros avaliados não realizam atendimentos plenos e suficientes aos/às usuários, como preconiza a legislação. Isso demonstra que aplicar projetos e ideias já vigentes em lei para garantir melhores condições de prestação de serviços aos/às usuários/as, bem como otimização dos resultados com os processos de cura para com eles/as, está sendo realizado de forma defasada e, por isso, merece ser priorizada urgentemente.

Ainda, nota-se que a estrutura e organização dos CAPS do DRS VIII desempenham um papel importantíssimo nas microrregiões onde se localizam, entretanto, enfrentam dificuldades para conseguir aplicar, na prática, tudo o que está previsto na legislação.



Museu de Imagens do Inconsciente (Pintura do Usuário Fernando Diniz)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa avaliou como as formas de autonomia e protagonismo para os/as usuários/as do serviço de saúde mental dos municípios do DRS VIII estão sendo aplicadas, na prática, através das experiências da pesquisadora com a realidade social experimentada através da participação no Conselho Municipal de Saúde e nas Conferências de Saúde na esfera municipal, macrorregional, estadual e nacional, realizadas em 2019, como delegada representante do município de São Joaquim da Barra, SP, município pertencente à microrregião da Alta Anhanguera. Além da participação como facilitadora da etapa macrorregional da V Conferência de Saúde Mental, acompanhando os trabalhos do DRS VIII – Franca, SP, que aconteceu em abril de 2022.

Evidenciou-se no desenvolvimento desta tese que o protagonismo é um fenômeno que anda lado a lado com o movimento da Reforma Psiquiátrica, no qual se busca aplicar dispositivos que possam permitir ao/à usuário/a ter sua subjetividade valorizada dentro e fora do espaço clínico. Através de espaços de trocas, deve ser proporcionado a oportunidade de voz e escolhas para as pessoas em crise, já que, assim, os serviços aliados ao tratamento trarão diversos benefícios ao/à usuário/a que utiliza os CAPS.

No Brasil, a luta pela extinção da violência hospitalar foi realizada gradativamente e, até o século XIX, a doença mental era vista como doença estigmatizante para seus portadores. Foi a partir de 1903 que inicia a discussão sobre a necessidade de modernização de hospícios e sobre os conceitos que permeavam a temática. Durante o capítulo 1, viu-se pormenorizadamente os eventos fatídicos que culminaram na luta por melhorias nas condições dos tratamentos psiquiátricos, mas somente no final da década de 1970 que o movimento dos trabalhadores em Saúde Mental originou a Luta Antimanicomial, que perdura até os dias de hoje. Nesse momento, o debate sobre melhorias e construção de uma nova rede de cuidados se intensificou.

No ano de 1989, foi quando a nova ordem constitucional e as mudanças por ela trazidas no âmbito da saúde mental, garantiram a apresentação do Projeto de Lei nº 3.657, que propunha a extinção progressiva dos manicômios brasileiros. Ainda, merece destaque o fato de que ainda neste ano, um ano após a promulgação da Constituição Federal de 1988 tenha sido quando esse discurso ganhou repercussão

nacional, já que esse período fora marcado pelo início do processo de intervenção no hospital psiquiátrico da Casa de Saúde Anchieta, em razão da grave situação de maus tratos em que se encontrava os pacientes.

Somente em 2001 aconteceu a aprovação da Lei Federal 10.216 que dispõe, depois de muita luta, tristeza e sofrimento para os pacientes que necessitavam desses cuidados, sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, mas não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

Essa Lei, mesmo que tardia, é considerada o marco histórico e essencial para o redirecionamento do cuidado centrado na saúde mental no Brasil. Foi nesse momento que se colocou em pauta o objetivo de alterar o modelo hospitalar manicomial até então existente, sob a égide de trazer mais cidadania e direitos às pessoas com transtorno mental.

Ainda tardiamente, em 2011, publicou-se a Portaria 3.088, dez anos após a Lei da Reforma Psiquiátrica, no qual instituiu a RAPS que demonstrou evolução no que diz respeito a conceitos que antes eram estigmatizadores. Significa dizer que se ampliou a concepção de Saúde para além do caráter biomédico, envolvendo agora, todos os aspectos da vida no meio sociocultural, tendo em vista a variedade de fatores que constituem o ser humano.

Como o modelo de atuação proposto pela Reforma Psiquiátrica visa substituir assistência excludente vivenciada nos manicômios por uma rede de atenção integral à saúde mental que favoreça a integração social e familiar, o Ministério da Saúde determinou que os CAPS deveriam estar articulados na rede de serviços à saúde para inclusão daqueles que estavam excluídos da sociedade por transtornos mentais.

Esse apoio matricial em saúde mental é o arranjo organizacional que tem por objetivo proporcionar o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Por essa razão, a equipe de saúde mental tem a possibilidade de compartilhar os casos com as equipes de atenção básica a fim de que esses compartilhamentos e traduza em forma de corresponsabilização, por meio de efetivas discussões conjuntas.

Assim, para que as transformações sejam implantadas e para garantir a integralidade da assistência, é necessário que essas práticas sejam aplicadas através da integração multiprofissional existente nos diversos caminhos da rede de atenção à

saúde mental. Para tanto, é necessário viabilizar o acontecimento de Conferências de Saúde Mental, já que são nesses ambientes que acontecem os debates eficazes para criar oportunidades de construção de novas posturas profissionais e institucionais para atender os sujeitos que procuram esse atendimento para garantir sua autonomia e protagonismo.

Nesse diapasão, no capítulo 2 foram abordados os conceitos centrais desta pesquisa, quais sejam: autonomia e protagonismo. Significa dizer que um/a usuário/a dos serviços de saúde mental, para ser autônomo e protagonista, deve conseguir resolver seus problemas de forma que precise cada vez menos dos dispositivos assistenciais do próprio serviço que utiliza, bem como consiga exercer sua participação social no cotidiano da clínica, na construção coletiva dos projetos terapêuticos. Somente assim, os/as usuários/as de saúde mental poderão expressar sobre seus tratamentos e vivências nos espaços de convívios.

Um mecanismo capaz de auxiliar na implantação desses institutos é através da realização de assembleias, já que são nesses espaços que as pessoas compartilham suas vivências e podem criticar livremente a assistência recebida. Somente assim, uma mudança significativa pode acontecer nas vidas desses/as usuários/as, estabelecendo-se, assim, o processo de autocura.

Durante a exposição do capítulo 3, abordou-se sobre o CAPS e os desafios enfrentados por esses Centros para a implementação do protagonismo e autonomia do/a usuário/a. Viu-se que esses Centros são serviços estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde mental em um determinado território para atendimento de pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, que fazem uso de álcool e drogas, em momentos de crises ou de reabilitação psicossocial.

Além disso, pela bibliografia utilizada, verificou-se que esses Centros são considerados os principais instrumentos de implementação da Política Nacional de Saúde Mental e devem, por essa razão, serem entendidos como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde, não sendo possível se limitar ou se esgotar na implantação de apenas um serviço.

Os CAPS devem atuar com a premissa de cuidar sem excluir, reconhecendo as especificidades dos indivíduos através da construção coletiva do projeto terapêutico, para que sua autonomia e protagonismo sejam preservados. Entretanto, como a Reforma Psiquiátrica ainda é uma luta recente no Brasil, há muitos caminhos

ainda a serem percorridos para que os serviços na rede de atenção à saúde mental sejam 100% eficazes nos serviços oferecidos. Mas, frisa-se a importância do diálogo que consiste em justamente reduzir ou até mesmo extinguir as práticas impositivas com o objetivo de fortalecer o exercício da autonomia do sujeito em tratamento e para tanto, necessário se faz que cada projeto conte com a participação e identificação de todos os sujeitos envolvidos dentro de seu território.

Por fim, no capítulo 4, trata do universo da pesquisa, que diz respeito ao estudo e análise dos CAPS integrantes da DRS-VIII, bem como, das peculiaridades dos municípios participantes. Através da observância dos dados obtidos, verificou-se como estão as estruturas dos 8 CAPS que integram a Região de Saúde VIII, além de constatar-se de que forma e quais são as ferramentas utilizadas para garantir aos/às usuários/as a sua autonomia e protagonismo durante a utilização dos serviços prestados.

Os dados disponibilizados pelo DRSVIII foram obtidos após a V Conferência de Saúde Mental de 2022, destacando o fato de ter acontecido em um cenário pós-pandêmico, devendo ser levado em consideração que, se antes de uma pandemia mundial os serviços oferecidos ainda se encontravam em evolução, não há de ser diferente em um período de readaptação para o mundo “normal” novamente.

A partir do documento disponibilizado pelo DS VIII foi possível analisar a realidade desse território. É nesse ponto que a tese apresentada se mostra inovadora e importante: não há estudos anteriores realizados que verificassem profundamente como andam a oferta de serviços prestados pelos CAPS que integram o DRSVIII; se estão sendo garantidos os institutos da autonomia e do protagonismo aos/às usuários/as dos CAPS; como estão as estruturas dos referidos Centros e também como está organizado seus quadros de profissionais.

Os resultados obtidos mostram muitos aspectos importantes, mas merecem destaque os especificados a seguir:

1) Quanto à estrutura física:

✓ Não são todos os Centros que contam com estruturas completas para atendimento, pelo contrário, os resultados mostraram que há uma grande defasagem no que diz respeito ao prédio instalado para realizar atendimentos aos/às usuários/as dos serviços.

✓ Os medicamentos não são suficientes para 37,5% dos participantes. Significa dizer que 3 dos 8 CAPS participantes, operam com demanda superior ao que pode atender com a medicação disponibilizada;

✓ 62,5% (5 Centros) confirmaram que existe demanda reprimida no atendimento, isto é, há lista de espera para usuários/as que necessitam da prestação dos serviços;

2) Quanto à garantia de autonomia e protagonismo:

✓ 75% dos participantes (6 Centros) não desenvolvem Projeto Terapêutico Singular para todos os pacientes;

✓ 87,5% dos participantes (7 Centros) não realizam Assembleias;

✓ Não há avaliação anual de satisfação do/a usuário/a, do profissional e da estrutura para 87,5% dos entrevistados (7 Centros);

✓ Não há parcerias com os CAPS para a reinserção do/a usuário/a o mercado de trabalho para 87,5% dos municípios participantes;

✓ Para 62,5% dos entrevistados, a estrutura oferecida não é suficiente para garantir o pleno atendimento aos/às usuários/as, de acordo com o que está prescrito na legislação.

Deste modo, com o presente estudo viu-se que o caminho para garantir um serviço plenamente eficaz aos/às usuários/as de saúde mental ainda é uma realidade distante para o DRS-VIII.

Portanto, a análise demonstrou a necessidade de adequação, não somente da estrutura física, mas também da implementação da interdisciplinaridade da equipe e do avanço da autonomia e do protagonismo dos/as usuários/as do CAPS, especialmente, quanto à oportunidade de participação na formulação do tratamento a que são submetidos, levando-se em conta seu poder de autodeterminação e seu direito à adesão a um tratamento humanizado, como vistas a sua (re) inclusão nos diversos espaços sociais.

Pode-se considerar uma limitação identificada nesse estudo quanto a impossibilidade de análises mais refinadas em alguns quesitos do questionário, tendo em vista o número reduzido de CAPS existentes no território analisado e também devido a questão ética para se evitar sua identificação.

Por se tratar de um campo de estudos atual e inovador ainda há muito o que ser pesquisado, principalmente no que diz respeito ao papel que o CAPS desempenha para superar a prática manicomial. Para tanto, observou-se que a prática da

autonomia e do protagonismo do/a usuário/a, alinhada às práticas intersetoriais pode promover benefícios para todos/as envolvidos nesse processo.

A falta de debate acerca da temática prejudica o avanço dos cuidados desenvolvidos nos CAPS brasileiros. É necessário fortalecer o debate e sempre voltar o olhar àqueles/as que por muito tempo foram estigmatizados/as e marginalizados/as, para que todo o sistema cresça e ofereça serviços de qualidade aos/às seus/as usuários/as. A luta é constante.

REFERÊNCIAS

ABUHAB, A. B. A. P. S.; MESSEMBERG, C.B.; FONSECA, R.M.G.S., ARANHA e SILVA, A.L. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2005 dez;26(3):369-80. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/303964286.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2021.

ALMEIDA V. Caso Damião: **1ª condenação do Brasil na OEA completa 10 anos** [internet]. G1. 2016 Ago 30 [acesso em 2020 fev 28]. Disponível em: <http://g1.globo.com/ceara/noticia/2016/08/caso-damiao-1-condenacao-do-brasil-na-oea-completa-10-anos.html>

AMARANTE, P. **Uma aventura no manicômio: A trajetória de Franco Basaglia**. História, Ciências, Saúde. Rio de Janeiro Fiocruz, 1994.

_____, **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

_____, **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

_____. **O homem e a serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. (3ª ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013a.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BASAGLIA, Franco (Org.). **A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 2 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1991.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2005. Tradução de Pedrinho A. Guareschi.

BEZERRA Jr. B. 1994. **De médico, de louco e de todo mundo um pouco**, pp. 171-191. In R Guimarães & R Tavares (orgs.). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Ed. Relume-Dumará, Rio de Janeiro.

BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. **Lei n. 1.132/1903**. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em 18 de agosto de 2020.

BRASIL. **Decreto 14.831/1921.** Disponível em:
<http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/viwTodos/37B3E8C0AE1B1F46032569FA00755C62?Opendocument>. Acesso em 15 de agosto de 2019.

BRASIL. **Decreto 24.559/1934.** Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559.htm. Acesso em 15 de agosto de 2019.

BRASIL. **Decreto/Lei 8.550/1946.** Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del8570.htm. Acesso em 15 de agosto de 2019.

BRASIL. **Projeto de lei n. 3.657/1989.** Disponível em
<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em 15 de agosto de 2019.

BRASIL. **Lei n. 1.132/1903.** Disponível em
<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em 18 de agosto de 2020.

BRASIL. **Decreto 14.831/1921.** Disponível em
<http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/viwTodos/37B3E8C0AE1B1F46032569FA00755C62.Opendocument>. Acesso em 15 de agosto de 2019.

BRASIL. **Decreto 24.559/1934.** Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559.htm. Acesso em 15 de agosto de 2019.

BRASIL. **Decreto/Lei 8.550/1946.** Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del8570.htm. Acesso em 15 de agosto de 2019.

BRASIL. **Projeto de lei n. 3.657/1989.** Disponível em
<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em 15 de agosto de 2019.

BRASIL. **Congresso Nacional, Câmara dos Deputados.** Diário da Câmara dos Deputados. [internet]. [acesso em 2020 fev 18] 29 Set 1989. Disponível em:
<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=>.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 19 set. 1990.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Coordenação de Estudos Legislativos – CEDI. Brasília, DF:2001.

BRASIL. **Constituição de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. 48ª.ed. Rio de Janeiro: Escala, 2006.

BRASIL. **Decreto nº 51.433**. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. 28 de dezembro de 2006. São Paulo. 2006.

BRASIL. **Decreto nº 56.061, de 2 de agosto de 2010**. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. 2 de agosto de 2010. São Paulo. 2010.

BRASIL. **Decreto Presidencial nº 7508 de 28 de junho de 2011**. Brasília. 2011.

BRASIL. **Lei 10.216/2001**. Disponível em <https://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>. Acesso em 15 de agosto de 2019.

BRASIL. **Congresso Nacional**. Câmara dos Deputados. Diário da Câmara dos Deputados. [internet]. [acesso em 2020 fev 18] 22 março 2001. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD22MAR2001.pdf#page=>

BRASIL. **Congresso Nacional**, Câmara dos Deputados. Diário da Câmara dos Deputados. [internet]. [acesso em 2020 fev 18] 27 Jun 1990. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD27JUN1990.pdf#page=>.

BRASÍLIA. 2009. **Marcha dos usuários de saúde mental**. Disponível em: <https://redehumanizaus.net/8188-usuarios-de-saude-mental-fazem-marcha-pela-reforma-psiquiatrica/> Acesso em: 20 de out de 2020.

BRAVO & MATOS, Maurílio Castro. **A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal**. In Bravo, MIS & PEREIRA, P.A (Orgs). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: UERJ, 2001

BRITO, E. S. de; VENTURA, C. A. A. **Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: uma análise da legislação brasileira**. Revista de Direito Sanitário, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 41-63, 2012. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v13i2p41-63. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56228>. Acesso em: 26 nov. 2021.

BUSS, Paulo Marchiori. **Saúde e desigualdade: O caso do Brasil**. BUSS, PM., and LABRA, ME., orgs. *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 265 p. ISBN 85-271-0290-0. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 16 ago. 2022

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 3. ed. Tradução Luiz Otávio E Barreto Leite. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CAMARGO, Ana Carla S. P. de. **A Vivência Do Caos: Uma Experiência De Mudança Em Uma Instituição De Saúde Mental**. 2004. 211 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2004. Disponível em: http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/bitstream/tede/420/1/Karine%20Doutorado_final_para_C D.pdf. Acesso em: 10 nov 2019.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense

Universitária, 1995.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2006.

COSTA, Diogo Faria Corrêa da Costa. PAULON, Simone Mainieri. **Participação Social e o protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo**. SAÚDE EM DEBATE, Rio de Janeiro, v. 36, n95, p. 572-582, 2012.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: Teorias e Abordagens**, 2006. Disponível em: <https://www.worldcat.org/title/planejamento-da-pesquisa-qualitativa-teorias-e-abordagens/oclc/230869544>. Acesso em: 15out2019.

FERREIRA, Maria Solange Castro; Pereira, Maria Alice Ornellas; Pereira Júnior, Alfredo. **Auto-Organização, Autonomia e o cuidado em Saúde Mental**. Simbiologias, v. 6, n. 8, p. 41-52, 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/140648>. Acesso em: 8ago2020

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ., 2017.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional**. In: FAZENDA, Irani. *Metodologia da Pesquisa Educacional*. 3ªed. São Paulo: Cortez, 1994.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na idade clássica**. Tradução José Teixeira Coelho Neto. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

_____, **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. 4. ed. Tradução Lígia M. Ponde. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

Fundação Oswaldo Cruz. **Entrevista com Paulo Delgado**. No prelo 2020

GALVÃO, M. A. M. (2009). **Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil Colônia à 1930**. Caderno de Textos do Departamento de Ciências Médicas da Escola da Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto (pp. 1-33). Ouro Preto: UFOP. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas. 2008.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

GODIM JR. **Princípio do respeito à pessoa ou da autonomia**. Bioética e ética na ciência. 2004. [online]. Acesso em: 28 de maio de 2021. Disponível em <http://www.bioética.ufrgs.br/autonomi.htm>

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere**. Vol. 3: Maquiavel. Notas sobre o Estado e a política; edição e tradução, Carlos Nelson Coutinho; co-edição, Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

IAMAMOTO, M. V e CARVALHO. **Relações sociais e serviço social: esboço de uma interpretação histórico- metodológica**. 18.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

IAMAMOTO, M.V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2007

IBGE- 2019 disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-joaquim-da-barra/panorama>. Acesso em: 19set2019.

IHERING, Rudolf Von. **A luta pelo Direito**. Título original: Der Kampf um's Recht – tradução de Pirro Nasseti. São Paulo: Editora Martin Claret, 2008

JORGE, MAS., CARVALHO, MCA., and SILVA, PRF. orgs. **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, 296 p.

JUNQUEIRA, A.M.G.; CARNIEL, I.C.; MANTOVANI, A. **As assembleias como possibilidades de cuidado em saúde mental em um CAPS**. Vínculo- Revista do NESME, São Paulo, v.12, n.1, p.31-40, 2015. Acesso em: 10 mar. 2020.

LAVILLE, C.& DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LEITE, Loiva dos Santos. **Viver fora depois de muito tempo dentro: narrativas de vida de pessoas libertadas**. Porto Alegre: Letra & Vida; 2012.

LIMA, RS. **O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil**. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil. 2019. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/physis/v29n1/pt_0103-7331-physis-29-01-e290101.pdf. Acesso em 15 de agosto de 2019.

LUKÁCS, György; **Ontologia do Ser Social: Os princípios ontológicos fundamentais de Marx**. [Trad. Carlos Nelson Coutinho] São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1979

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos da metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINELLI, M. L. (orgs). **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras Editora, 1999.

_____. **Serviço social: identidade e alienação.** 6. ed. São Paulo:Cortez, 2000.

_____. **Serv. Soc. Saúde.**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set.2011.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. **DANAÇÃO DA NORMA: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MARCHI, Sztajn R. **Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde.** Bioética 1998.

MERHY, E.E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde.**, In CR Campos et al. (orgs.) -Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte Reescrevendo o Público São Paulo: Xamã, 1998, p.103-120

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programassociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____. **O desafio do conhecimento.** São Paulo: Hucitec,1996.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. SãoPaulo: Hucitec,2004.

_____. O desafio da pesquisasocial.In: _____ . (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral deSaúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília, DF: 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília, novembro de2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 3.088,** de 23 de dezembro de 2011.Brasília: 2011b.

MINISTÉRIO DA SAUDE. **Conferência Nacional de Saúde,** 8., Brasília, 1987. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conferência Nacional de Saúde Mental** (2. : Brasília :1992) Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conferência Nacional de Saúde Mental** (3.: 200 I Brasília). III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo / Secretaria de Assistência á Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. – Brasília Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. IV

Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

MOURA, JA. **História da Assistência à Saúde Mental no Brasil: da Reforma Psiquiátrica à Construção dos Mecanismos de Atenção Psicossocial**. Junho, 2011. Disponível em <https://psicologado.com.br/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psiquiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial>. Acesso em 15 de agosto de 2019.

MORIN, E. A Noção de Sujeito. In SCHNITMAN, D.F. (org.). **Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade**. Artes Médicas, 1996.

MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

MUÑOZ, RD, Fortes PA. **O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido**. In: Muñoz RD, Fortes PA. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina;1998.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. **Algumas reflexões sobre as bases conceituais da Saúde Mental e a formação do profissional de Saúde Mental no contexto da promoção da saúde**. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 1/. 32. n. 78/79/80, p. 38-48. jan./2008. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773004.pdf>> Acesso em: 22 de nov. 2021

OLIVEIRA, M.A. **Ética e práxis históricas**. São Paulo: Ática; 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde mental. Disponível em: www.oms.gov.br. Acesso em: 21 de out 2020.

Pande, Mariana Nogueira Rangel e Amarante, Paulo Duarte de Carvalho. **Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2011, v. 16, n. 4 [Acessado 22 Novembro 2021] , pp. 2067-2076. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400006>>. Epub 06 Maio 2011. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400006>.

PAULO NETTO, José. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PEREIRA, M.O.; PASSOS, R.G. **LUTA ANTIMANICOMIAL E FEMINISMOS: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira**. 2. ed. Riode Janeiro: Autografia, 2017.

PANDE, Mariana Nogueira Rangel e Amarante, Paulo Duarte de Carvalho. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2011, v. 16, n. 4 [Acessado 22 Novembro 2021], pp. 2067-2076. Disponível em: . Epub 06 Maio 2011. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400006>.

PAULO NETTO, José. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PRADO, YURI, SEVERO, FERNANDA E GUERRERO, ANDRÉ. **Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua discussão parlamentar: disputas políticas e contrarreforma**. *Saúde em Debate* [online]. 2020, v. 44, spe 3 [Acessado 26 novembro 2021], pp. 250-263. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042020E321>>. Epub 13 Ago 2021. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E321>.

PORTAL PESSOAL de **Paulo Delgado**. Disponível em: <<http://www.paulodelgado.com.br/>>. Acesso em 05/10/2013

PRATES, Jane Cruz. **Teoria e método marxiano e sua relação com o enfoquemisto na pesquisa**. 2019. 26 slides

PLANO. **Plano de Ação Regional Rede da Atenção Psicossocial região de Saúde Alta Anhanguera**, 2013. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-mental-alcool-e-drogas/planos-de-acao-das-raps-aprovadas-em-cib/plano-de-acao-franca/acao_raps_alta_anhanguera.pdf. Acesso em 20ago2019.

RIBEIRO, M.C.; BEZERRA, W.C. **A reabilitação psicossocial como estratégia de cuidado: percepções e práticas desenvolvidas por trabalhadores de um serviço de saúde mental**. *Rev Ter OcupUniv*, São Paulo, v.26, n.3, p.301-08, set./dez. 2015. Disponível em: .Acesso em: 20 mar. 2020

SANTOS, N. S. **A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira**. *Psicol. Brasília*, v. 20, n. 4, 2000. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932000000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12nov2019.

SARACENO, B. **Libertando Identidades: da Reabilitação Psicossocial a Cidadania Possível**. Rio de Janeiro: Te Cora; 1999.

SCHRAMM FRA. **Autonomia difícil**. Bioética. São Paulo. 1998.

SEIXAS, AAA; MOTA, A; ZILBREMANN, ML. **A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico**. *RevPsiquiatr RS*. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n1/v31n1a15.pdf>. Acesso em 15 de agosto de 2019.

SILVA, ATMC; BARROS, S; OLIVEIRA, MAF. **Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: A exclusão/inclusão social como intenção e gesto**. Rev. esc.enferm. USP vol.36 no.1 São Paulo Mar. 2002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000100002. Acesso em 18 de set. de 2020

SOARES, J.C.R.S.; CAMARGO JUNIOR, K.R.A. **A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde**. Interface-Comunic, Saúde, Educ., jan-abr 2007, v.11, n.21, p.65-78.

SURJUS, L. T, de Lima e Silva. **Narrativas Políticas: o olhar dos usuários sobre os CAPS (centros de atenção psicossocial) de Campinas**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP. Disponível em:<<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/luciana2007mestrado.pdf>>. Acesso em: 19mai2019.

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**. *História, Ciências, Saúde*. Rio de Janeiro, v. 9,n. 1, p.25-59, abr. 2002. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 19mar2019.

TONET, Ivo. **Método científico: uma abordagem ontológica**. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

VARGAS, AFM; CAMPOS, MM. **A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX**. *Ciênc. saúde coletiva* vol.24 no.3 Rio de Janeiro mar. 2019

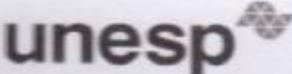
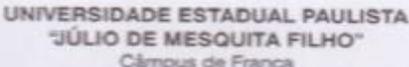
VASCONCELOS, M.G.F. et al. **Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial**. *Interface*, Botucatu, v.20, n.57, p.313-23, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n57/1807-5762-icse-20-57-0313.pdf>>. Acesso em:15 jan. 2020.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão et al (org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2010.

_____, et al (org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec,2010.

ANEXOS

Anexo A – Termo de autorização para coleta de dados e análise de documentos públicos

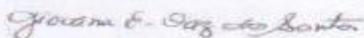

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS E ANÁLISE DE DOCUMENTOS PÚBLICOS

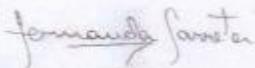
Ilmo. Sr. Lucas Garcia Mingoni – Diretor do DRS-VIII – Franca, SP.

Giovana Estela Vaz dos Santos, matriculada no curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual Paulista, sob a orientação da Professora Doutora Fernanda de Oliveira Sarreta, vem solicitar a V. Sa. a autorização para coleta de dados públicos nessa Instituição, com a finalidade de realizar a pesquisa intitulada: **AUTONOMIA E PROTAGONISMO DOS/AS USUÁRIOS/AS DE SAÚDE MENTAL: uma análise da realidade vivenciada no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS)**, cujo objetivo é conhecer a estrutura atual dos CAPS de nossa região, a fim de que se possa articular propostas de melhoria no atendimento à comunidade, especialmente por tratar-se de ano de realização da V Conferência de Saúde Mental. A coleta de dados ocorrerá mediante consulta direta aos documentos do Banco de Dados de informações Públicas do Departamento Regional de Saúde VIII – Franca, SP. Igualmente, assume o compromisso de utilizar os dados obtidos somente para fins científicos, bem como de disponibilizar e oferecer a devolutiva acerca dos resultados obtidos para esta instituição.

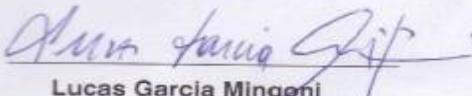
Agradecem antecipadamente e esperam contar com a sua colaboração.

Atenciosamente,


 Giovana Estela Vaz dos Santos


 Fernanda de Oliveira Sarreta
 Orientadora

(X) Deferido () Indeferido


 Lucas Garcia Mingoni
 Diretor do DRS VIII – Franca, SP

Anexo B – Lei nº 1.0216, de 06 de abril de 2001

Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento

de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º .

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Roberto Brant

Anexo C – Decreto nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011(*)

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;

Considerando as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Considerando o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;

Considerando as disposições contidas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003;

Considerando a Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);

Considerando a Portaria nº 816/GM/MS, de 30 de abril de 2002, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas;

Considerando as diretrizes previstas na Portaria nº 1.190/GM/MS, 4 de junho de 2009, que institui Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD);

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências SUS;

Considerando as recomendações contidas no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010;

Considerando a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender às pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas; e

Considerando a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias, resolve:

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
- III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
- III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
- IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e
- IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

- I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) Unidade Básica de Saúde;
 - b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 1. Equipe de Consultório na Rua;
 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
 - c) Centros de Convivência;
- II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
- III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Recolhimento;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
- b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - reabilitação psicossocial.

Art. 6º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde os seguintes serviços:

I - Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades;

II - Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas:

a) Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para:

1. pessoas em situação de rua em geral;
2. pessoas com transtornos mentais;
3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros;

b) equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede; e

III - Centro de Convivência: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

§ 1º A Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

§ 2º O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, vinculado à Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 3º Quando necessário, a Equipe de Consultório na Rua, de que trata a alínea "a" do inciso II deste artigo, poderá utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território.

§ 4º Os Centros de Convivência, de que trata o inciso III deste artigo, são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

Art. 7º O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial.

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

§ 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

§ 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende 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 doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Art. 8º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros

§ 1º Os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 2º Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência deverão se articular com os

Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório os seguintes serviços:

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 1º O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

§ 2º As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades:

I - Unidade de Acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de dezoito anos; e

II - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos).

§ 3º Os serviços de que trata o inciso II deste artigo funcionam de forma articulada com:

I - a atenção básica, que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários; e

II - o Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

Art. 10. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção hospitalar os seguintes serviços:

I - enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral, oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas;

II - serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

§ 1º O cuidado ofertado no âmbito da enfermaria especializada em Hospital Geral de que trata o inciso I deste artigo deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica.

§ 2º O acesso aos leitos na enfermaria especializada em Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial de referência e, no caso do usuário acessar a Rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciado sua vinculação e referência a um Centro de Atenção Psicossocial, que assumirá o caso.

§ 3º A equipe que atua em enfermaria especializada em saúde mental de Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ter garantida composição multidisciplinar e modo de funcionamento interdisciplinar.

§ 4º No que se refere ao inciso II deste artigo, em nível local ou regional, compõe a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas, observando o território, a lógica da redução de danos e outras premissas e princípios do SUS.

Art. 11. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial nas Estratégias de Desinstitucionalização os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

§ 1º O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

§ 2º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

§ 3º O Programa de Volta para Casa, enquanto estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que prevê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

Art. 12. O componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

§ 1º As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/ cooperativas sociais.

§ 2º As iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais de que trata o § 1º deste artigo devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.

Art. 13. A operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial se dará pela execução de quatro fases:

I - Fase I - Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial:

a) realização pelo Colegiado de Gestão Regional (CGR) e pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com o apoio da SES, de análise da situação de saúde das pessoas com sofrimento ou

transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros;

b) pactuação do Desenho da Rede de Atenção Psicossocial no CGR e no CGSES/DF;

c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no CGR e no CGSES/DF, com a programação da atenção à saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos; na sequência, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR;

d) estímulo à instituição do Fórum Rede de Atenção Psicossocial que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede de Atenção Psicossocial na Região;

II - Fase II - adesão e diagnóstico:

a) apresentação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado, Distrito Federal e nos Municípios;

b) apresentação e análise da matriz diagnóstica, conforme o Anexo I a esta Portaria, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no CGSES/DF e no CGR;

c) homologação da região inicial de implementação da Rede de Atenção Psicossocial na CIB e CGSES/DF;

d) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, formado pela SES, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições:

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;
2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede;
3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase;
4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede;

e) contratualização dos Pontos de Atenção;

f) qualificação dos componentes;

III - Fase 3 - Contratualização dos Pontos de Atenção:

a) elaboração do desenho da Rede de Atenção Psicossocial;

b) contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede;

c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES;

IV - Fase 4 - Qualificação dos componentes:

a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas nos arts. 6º ao 12 desta Portaria; e

b) cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde, que deverão ser definidas na matriz diagnóstica para cada componente da Rede serão acompanhadas de acordo com o Plano de Ação Regional e dos Planos de Ações Municipais.

Art. 14. Para operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial cabe:

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, o apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo território nacional;

II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território estadual de forma regionalizada; e

III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território municipal.

Art. 15. Os critérios definidos para implantação de cada componente e seu financiamento, por parte da União, serão objetos de normas específicas a serem publicadas pelo Ministério da Saúde.

Art. 16. Fica constituído Grupo de Trabalho Tripartite, coordenado pelo Ministério da Saúde, a ser definido por Portaria específica, para acompanhar, monitorar, avaliar e se necessário, revisar esta Portaria em até cento e oitenta dias.

Art. 17. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

**ANEXO I
MATRIZ DIAGNÓSTICA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região:					
Município:					
População:					
COMPONENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâmetro
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro 2011
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas				Consultório na Rua -Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório 1- municípios com 3 ou mais CT: 1 equipe para cada 3 CTs.2 - municípios com menos de 3 CT (menos de 80 pessoas): a atenção integral fica por conta das equipes de AB do município.
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência				
II. Atenção Psicossocial Especializada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I				Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
	CAPS II				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS AD				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII				Municípios ou regiões com pop.

				acima de 200 mil hab
	CAPS i			Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU			Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011.
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO			1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias especializadas em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL			Municípios com mais de 100 mil habitantes e com mais de 2500 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas (UNODC, 2011). Municípios com 2500 a 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade.
				Municípios com mais de 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade para cada 5000 crianças e adolescentes.
	COMUNIDADE TERAPÊUTICA			
V. Atenção Hospitalar	LEITOS			1 leito para cada 23 mil habitantes
	ENFERMARIA ESPECIALIZADA			Portaria nº 1.101/02
VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SRT			A depender do nº de municípios longamente internados
	PVC			A depender do nº de municípios longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	COOPERATIVAS			

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº 247, de 26-12-2011, Seção 1, págs. 230/232, com incorreção no original.

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº 251, de 30-12-2011, Seção 1, págs. 50/60, com incorreção no original.

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº 96, de 21.05.2013, Seção 1, págs. 37/38, com incorreção no original.

Anexo D – Dados DRS-VIII



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE – DRS-VIII

Pesquisa sobre Saúde Mental (CAPS) - DRS-VIII

A presente pesquisa tem por objetivo mapear a realidade pós-pandemia referente a oferta dos serviços em Saúde Mental na região do DRS VIII, a fim de se compreender as possibilidades de melhoria na qualidade da prestação do referido serviço e nas condições de trabalho para os trabalhadores da área da Saúde Mental. A pesquisa é realizada no território do Departamento Regional de Saúde - VII, aproveitando o momento de realização das Conferências de Saúde Mental/2022 e tem a intenção de mapear todos os municípios que o compõem, a saber:

REGIÃO TRÊS COLINAS (Cristais Paulista – Franca – Itirapuã – Jequara – Patrocínio Paulista – Pedregulho – Restinga – Ribeirão Corrente – Rifaina - São Jose da Bela Vista).

REGIÃO ALTA MOGIANA (Aramina- Buritizal – Guará – Igarapava – Ituverava - Miguelópolis).

REGIÃO ALTA ANHANGUERA (Ipuã – Morro Agudo – Nuporanga – Orlândia – Sales Oliveira – São Joaquim da Barra)

Av. Wilson Sábio de Mello, 1833 – Pólo Industrial S. Bernardo
Fone: (16) 3713-4313 – Fax: (16) 3721-3222
Email: drs8-cpa@saude.sp.gov.br
CEP: 14406-781 FRANCA/SP



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE – DRS-VIII**

Questionamentos realizados:

1. Qual o seu município?
2. O município possui CAPS em qual modalidade?
3. Qual o tempo de funcionamento do CAPS?
<ul style="list-style-type: none"> a. Até 1 ano b. De 1 a 4 anos c. De 5 a 9 anos d. De 10 a 15 anos e. Mais de 15 anos
4. O CAPS apresenta qual estrutura física?
5. O prédio em que funciona o CAPS é alugado ou pertence ao município?
6. O CAPS possui estrutura de medicação suficiente para atender à demanda?
7. O CAPS possui oficinas terapêuticas aos usuários?
8. O CAPS possui leitos de observação? Quantos?
9. Quantos profissionais a equipe possui?
10. Quais profissionais integram a equipe?
11. As reuniões de equipe ocorrem com qual frequência?
12. Quantos atendimentos são realizados, em média, por dia?
13. Existe demanda reprimida no atendimento (lista de espera)?
14. Qual a forma de entrada no serviço?
15. O CAPS desenvolve projeto terapêutico singular para todos os pacientes?
16. O CAPS realiza atendimento familiar para a construção do projeto terapêutico singular do usuário?
17. O CAPS realiza atendimento em grupo?
18. O CAPS realiza Assembleia?
19. Os usuários participam ativamente do planejamento de seu projeto terapêutico singular?

Av. Wilson Sábio de Mello, 1833 – Pólo Industrial S. Bernardo
Fone: (16) 3713-4313 – Fax: (16) 3721-3222
Email: drs8-cpa@saude.sp.gov.br
CEP: 14406-781 FRANCA/SP



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE – DRS-VIII**

20. Os usuários/familiares participam das tomadas de decisão acerca do funcionamento do CAPS e de seu tratamento?
21. O CAPS realiza encaminhamento para leitos psiquiátricos em hospital geral ou unidades básicas de saúde?
22. Existe no município alguma associação que represente os interesses de usuários? Qual?
23. O CAPS fomenta alguma atividade cultural para os usuários?
24. O CAPS fomenta alguma atividade que estimule a participação cidadã do usuário?
25. O CAPS fomenta alguma atividade que estimule a reinserção social dos usuários?
26. Há projeto de educação permanente da equipe?
27. O CAPS oferece alimentação ao usuário?
28. O CAPS oferece transporte ao usuário?
29. Qual o horário de funcionamento do CAPS?
30. O CAPS realiza avaliação anual de satisfação do usuário, do profissional e da estrutura?
31. O CAPS possui alguma parceria que visa a reinserção do usuário no mercado de trabalho?
32. O CAPS estimula a participação dos usuários em Conselhos, Conferências e Congressos em defesa de seus direitos?
33. O CAPS possui parceria com algum serviço de saúde?
34. O CAPS possui parceria com outros serviços intersetoriais?
35. A estrutura oferecida pelo CAPS é suficiente para oferecer, conforme prescrito pela legislação, pleno atendimento aos usuários?
36. Relate aqui alguma atividade relevante desenvolvida pelo CAPS que vise implementar a autonomia e o protagonismo do usuário.

Av. Wilson Sábio de Mello, 1833 – Pólo Industrial S. Bernardo
Fone: (16) 3713-4313 – Fax: (16) 3721-3222
Email: drs8-cpa@saude.sp.gov.br
CEP: 14406-781 FRANCA/SP



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE – DRS-VIII**

Respostas apresentadas pelos municípios:

a) Ipuã

1. Ipuã, SP.
2. CAPS I
3. 1 a 4 anos
4. Prejudicado – Não respondeu
5. Prejudicado – Não respondeu
6. Sim
7. Sim
8. Não possui
9. 10 profissionais
10. Prejudicado – Não respondeu
11. Semanalmente
12. 40 atendimentos
13. Sim
14. Procura espontânea
15. Sim
16. Sim
17. Sim
18. Não
19. Não
20. Sim
21. Sim
22. Não
23. Não
24. Não
25. Não
26. Não
27. Sim
28. Não
29. 7h às 16h30h
30. Não
31. Não
32. Não
33. Não possui
34. Não possui
35. Sim

Av. Wilson Sábio de Mello, 1833 – Pólo Industrial S. Bernardo
Fone: (16) 3713-4313 – Fax: (16) 3721-3222
Email: drs8-cpa@saude.sp.gov.br
CEP: 14406-781 FRANCA/SP



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE – DRS-VIII**

36. Prejudicado – Não respondeu

b) Morro Agudo

1. Morro Agudo, SP.
2. CAPS I
3. 10 a 15 anos
4. Possui a seguinte estrutura física:
a. Consultório para atendimento individual
b. Sala para atendimento em grupo
c. Recepção
d. Sala para atividades coletivas
e. Espaço de acolhimento
f. Farmácia
g. Posto de enfermagem
h. Sala de aplicação de medicamentos
i. Sala de reunião para a equipe
j. Almoxarifado ou arquivo
k. Cozinha
5. Alugado
6. Não
7. Oficina expressiva (arte/trabalho manual)
8. Não possui
9. Mais de 10 profissionais
10. A equipe possui os seguintes profissionais:
a. Psicólogo
b. Médico Psiquiatra
c. Enfermeiro
d. Técnico em enfermagem
e. Assistente Social
f. Terapeuta Ocupacional
g. Outros
11. Semanalmente
12. 60 atendimentos
13. Não
14. Forma de entrada no serviço:
a. Indicação das unidades/Postos de Saúde
b. Indicação dos Hospitais
c. Procura espontânea
d. Procura familiar

Av. Wilson Sábio de Mello, 1833 – Pólo Industrial S. Bernardo
Fone: (16) 3713-4313 – Fax: (16) 3721-3222
Email: drs8-cpa@saude.sp.gov.br
CEP: 14406-781 FRANCA/SP



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE – DRS-VIII**

e. Demanda judicial
f. Indicação da Secretaria de Saúde
g. Indicação de clínicas particulares
h. Indicação do Conselho tutelar
i. Indicação de escolas
j. Indicação da Assistente Social
15. Não
16. Sim
17. Sim
18. Não
19. Sim
20. Sim
21. Sim
22. Não
23. Sim
24. Sim
25. Sim
26. Não
27. Sim
28. Não
29. 7h às 17h
30. Não
31. Não
32. Sim
33. Possui parceria com:
a. Posto/Unidade de Saúde
b. Hospital Geral
34. Possui parceria intersetorial:
a. Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)
b. Escolas
c. Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS)
d. Abrigos
e. Casa de Passagem
f. Asilos
35. Não
36. Prejudicado – Não respondeu

c) Guará

Av. Wilson Sábio de Mello, 1833 – Pólo Industrial S. Bernardo
Fone: (16) 3713-4313 – Fax: (16) 3721-3222
Email: drs8-cpa@saude.sp.gov.br
CEP: 14406-781 FRANCA/SP



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE – DRS-VIII**

1. Guará, SP.
2. CAPS I
3. Mais de 15 anos
4. Possui a seguinte estrutura física:
a. Consultório para atendimento individual
b. Sala para atendimento em grupo
c. Recepção
d. Espaço de convivência
e. Refeitório
f. Sanitários adaptados
g. Sala para atividades coletivas
h. Sala com recursos Audi-visuais
i. Espaço de acolhimento
j. Farmácia
k. Posto de enfermagem
l. Sala administrativa
m. Sala de reunião para a equipe
n. Almoxarifado ou arquivo
o. Cozinha
p. Área de serviço
5. Prédio próprio
6. Sim
7. Oficina expressiva (arte/trabalho manual) e outra
8. Não possui
9. Mais de 10 profissionais
10. A equipe possui os seguintes profissionais:
a. Psicólogo
b. Médico Psiquiatra
c. Enfermeiro
d. Técnico em enfermagem
e. Educador físico
f. Fonoaudiólogo
g. Terapeuta Ocupacional
h. Outros
11. Semanalmente
12. 70 atendimentos
13. Sim
14. Forma de entrada no serviço:
a. Indicação das unidades/Postos de Saúde
b. Indicação dos Hospitais

Av. Wilson Sábio de Mello, 1833 – Pólo Industrial S. Bernardo
Fone: (16) 3713-4313 – Fax: (16) 3721-3222
Email: drs8-cpa@saude.sp.gov.br
CEP: 14406-781 FRANCA/SP



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE – DRS-VIII**

c. Procura espontânea
d. Procura familiar
e. Demanda judicial
f. Indicação da Secretaria de Saúde
g. Indicação do Conselho tutelar
h. Indicação de escolas
i. Indicação da Assistente Social
j. outros
15. Não
16. Não
17. Sim
18. Não
19. Não
20. Sim
21. Sim
22. Não
23. Sim
24. Não
25. Sim
26. Sim
27. Sim
28. Sim
29. 7h às 18h
30. Não
31. Não
32. Sim
33. Possui parceria com:
a. Posto/Unidade de Saúde
b. Secretaria de Saúde
c. Urgência e emergência
d. Residência terapêutica
34. Possui parceria intersetorial:
a. Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)
b. Escolas
c. Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS)
d. Abrigos
e. Creches
f. Asilos
35. Sim

Av. Wilson Sábio de Mello, 1833 – Pólo Industrial S. Bernardo
Fone: (16) 3713-4313 – Fax: (16) 3721-3222
Email: drs8-cpa@saude.sp.gov.br
CEP: 14406-781 FRANCA/SP



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE – DRS-VIII**

36. Oficinas são estruturadas diariamente com: oficina de atividade física, oficina com a Psicopedagógico, almoço, estimulação, oficina com a psicologia, 2x na semana aula de dança. 1 vez no mês festinhas comemorativas; Cine CAPS, ou picnic.

d) Ituverava

1. Ituverava, SP.
2. CAPS I
3. De 10 a 15 anos
4. Possui a seguinte estrutura física:
a. Consultório para atendimento individual
b. Sala para atendimento em grupo
c. Recepção
d. Sala de aplicação de medicamentos
e. Espaço de convivência
f. Refeitório
g. Sanitários adaptados
h. Sala para atividades coletivas
i. Sala com recursos Audio-visuais
j. Espaço de acolhimento
k. Área para entrada de ambulância
l. Posto de enfermagem
m. Sala administrativa
n. Sala de reunião para a equipe
o. Almojarifado ou arquivo
p. Cozinha
q. Área de serviço
5. Alugado
6. Não
7. Oficina expressiva (arte/trabalho manual) e oficina geradora de renda
8. Não possui
9. Mais de 10 profissionais
10. A equipe possui os seguintes profissionais:
a. Psicólogo
b. Médico Psiquiatra
c. Enfermeiro
d. Técnico em enfermagem
e. Técnico administrativo
f. Terapeuta Ocupacional

Av. Wilson Sábio de Mello, 1833 – Pólo Industrial S. Bernardo
Fone: (16) 3713-4313 – Fax: (16) 3721-3222
Email: drs8-cpa@saude.sp.gov.br
CEP: 14406-781 FRANCA/SP



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE – DRS-VIII**

11.Semanalmente
12.30 atendimentos
13.Sim
14.Forma de entrada no serviço:
a. Indicação das unidades/Postos de Saúde
b. Indicação dos Hospitais
c. Procura espontânea
d. Procura familiar
e. Demanda judicial
f. Indicação da Secretaria de Saúde
g. Indicação de clínicas particulares
h. Indicação do Conselho de Saúde
i. Indicação do Conselho tutelar
j. Indicação de escolas
k. Indicação da Assistente Social
l. outros
15.Não
16.Sim
17.Sim
18.Não
19.Sim
20.Não
21.Sim
22.Não
23.Sim
24.Sim
25.Sim
26.Não
27.Sim
28.Não
29.7h às 17h
30.Sim
31.Sim
32.Sim
33.Possui parceria com:
a. Posto/Unidade de Saúde
b. Hospital Geral
c. Outros CAPS
d. Comunidade terapêutica
e. Secretaria de Saúde

Av. Wilson Sábio de Mello, 1833 – Pólo Industrial S. Bernardo
Fone: (16) 3713-4313 – Fax: (16) 3721-3222
Email: drs8-cpa@saude.sp.gov.br
CEP: 14406-781 FRANCA/SP



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE – DRS-VIII**

f. Urgência e emergência
g. Centro de convivência
34. Possui parceria intersetorial:
a. Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)
b. Escolas
c. Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS)
d. Centro comunitário
e. Outras
35. Não
36. Feiras culturais com matérias primas desenvolvidas por eles. Toda a organização é feita por eles.

e) Igarapava

1. Igarapava, SP.
2. CAPS I
3. De 5 a 9 anos
4. Possui a seguinte estrutura física:
a. Consultório para atendimento individual
b. Sala para atendimento em grupo
c. Recepção
d. Espaço de convivência
e. Sala para atividades coletivas
f. Cozinha
g. Área de serviço
5. Alugado
6. Sim
7. Oficina expressiva (arte/trabalho manual) e outra
8. Não possui
9. 8 profissionais
10. A equipe possui os seguintes profissionais:
a. Psicólogo
b. Médico Psiquiatra
c. Enfermeiro
d. Técnico em enfermagem
11. Mensalmente
12. 22 atendimentos
13. Não
14. Forma de entrada no serviço:
a. Indicação das unidades/Postos de Saúde

Av. Wilson Sábio de Mello, 1833 – Pólo Industrial S. Bernardo
Fone: (16) 3713-4313 – Fax: (16) 3721-3222
Email: drs8-cpa@saude.sp.gov.br
CEP: 14406-781 FRANCA/SP



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE – DRS-VIII**

b. Procura espontânea
c. Procura familiar
d. Demanda judicial
e. Indicação da Secretaria de Saúde
f. Indicação do Conselho tutelar
g. Indicação de escolas
h. Indicação da Assistente Social
i. outros
15. Não
16. Sim
17. Sim
18. Não
19. Sim
20. Não
21. Sim
22. Não
23. Sim
24. Sim
25. Sim
26. Não
27. Não
28. Sim
29. 7h às 16h
30. Não
31. Não
32. Sim
33. Possui parceria com:
a. Posto/Unidade de Saúde
b. Secretaria de Saúde
34. Possui parceria intersetorial:
a. Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)
b. Escolas
c. Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS)
35. Não
36. Trabalho com bordados e crochê (artesanato em geral)

f) Franca

1. Franca, SP.
2. CAPS AD III

**Av. Wilson Sábio de Mello, 1833 – Pólo Industrial S. Bernardo
Fone: (16) 3713-4313 – Fax: (16) 3721-3222
Email: drs8-cpa@saude.sp.gov.br
CEP: 14406-781 FRANCA/SP**



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE – DRS-VIII**

3. De 1 a 4 anos
4. Possui a seguinte estrutura física:
a. Consultório para atendimento individual
b. Sala para atendimento em grupo
c. Recepção
d. Sala de aplicação de medicamentos
e. Espaço de convivência
f. Refeitório
g. Sanitários adaptados
h. Sala para atividades coletivas
i. Sala com recursos Audiovisuais
j. Espaço de acolhimento
k. Farmácia
l. Área para entrada de ambulância
m. Abrigo externo para embarque e desembarque
n. Posto de enfermagem
o. Sala administrativa
p. Sala de reunião para a equipe
q. Almojarifado ou arquivo
r. Cozinha
s. Área de serviço
5. Prédio Próprio
6. Sim
7. Oficina expressiva (arte/trabalho manual); oficina geradora de renda. Possui mais de 50 oficinas em várias modalidades
8. Mais de 15 leitos
9. 43 profissionais
10. A equipe possui os seguintes profissionais:
a. Psicólogo
b. Médico Psiquiatra
c. Enfermeiro
d. Técnico em enfermagem
e. Técnico administrativo
f. Terapeuta Ocupacional
g. Assistente Social
h. Médico clínico
i. Educador físico
j. Farmacêutico
k. Artesão
l. Outros

Av. Wilson Sábio de Mello, 1833 – Pólo Industrial S. Bernardo

Fone: (16) 3713-4313 – Fax: (16) 3721-3222

Email: drs8-cpa@saude.sp.gov.br

CEP: 14406-781 FRANCA/SP



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE – DRS-VIII**

11. Semanalmente
12. 200 atendimentos
13. Não
14. Forma de entrada no serviço:
a. Indicação das unidades/Postos de Saúde
b. Indicação dos Hospitais
c. Procura espontânea
d. Procura familiar
e. Demanda judicial
f. Indicação da Secretaria de Saúde
g. Indicação de clínicas particulares
h. Indicação do Conselho de Saúde
i. Indicação do Conselho tutelar
j. Indicação de escolas
k. Indicação da Assistente Social
15. Sim
16. Sim
17. Sim
18. Sim
19. Sim
20. Sim
21. Não
22. Não soube informar
23. Sim
24. Sim
25. Sim
26. Sim
27. Sim
28. Sim
29. 24 horas
30. Não
31. Sim
32. Sim
33. Possui parceria com:
a. Posto/Unidade de Saúde
b. Hospital Geral
c. Outros CAPS
d. Comunidade terapêutica
e. Secretaria de Saúde
f. Urgência e emergência

Av. Wilson Sábio de Mello, 1833 – Pólo Industrial S. Bernardo

Fone: (16) 3713-4313 – Fax: (16) 3721-3222

Email: drs8-cpa@saude.sp.gov.br

CEP: 14406-781 FRANCA/SP



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE – DRS-VIII**

g. Centro de convivência
h. Hospital Psiquiátrico
i. Residência Terapêutica
34. Possui parceria intersetorial:
a. Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)
b. Escolas
c. Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS)
d. Abrigos
e. ONGS
f. Casa de Passagem
g. Associações de Bairro
35. Sim
36. Ótimas específicas (várias)

g) Orlandia

1. Orlandia, SP.
2. CAPS I – Infante-Juvenil
3. De 10 a 15 anos
4. Possui a seguinte estrutura física:
a. Consultório para atendimento individual
b. Sala para atendimento em grupo
c. Recepção
d. Sala de aplicação de medicamentos
e. Sanitários adaptados
f. Sala para atividades coletivas
g. Abrigo externo para embarque e desembarque
h. Posto de enfermagem
i. Sala de reunião para a equipe
j. Almoxarifado ou arquivo
k. Cozinha
l. Área de serviço
5. Prédio Próprio
6. Sim
7. Oficina expressiva (arte/trabalho manual); oficina de cinema.
8. Não possui
9. Mais de 10 profissionais
10. A equipe possui os seguintes profissionais:
a. Psicólogo

**Av. Wilson Sábio de Mello, 1833 – Pólo Industrial S. Bernardo
Fone: (16) 3713-4313 – Fax: (16) 3721-3222
Email: drs8-cpa@saude.sp.gov.br
CEP: 14406-781 FRANCA/SP**



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE – DRS-VIII**

b. Médico Psiquiatra
c. Enfermeiro
d. Técnico em enfermagem
e. Terapeuta Ocupacional
f. Assistente Social
g. Outros
11. Semanalmente
12. 36 atendimentos
13. Sim
14. Forma de entrada no serviço:
a. Indicação das unidades/Postos de Saúde
b. Indicação dos Hospitais
c. Procura espontânea
d. Procura familiar
e. Demanda judicial
f. Indicação da Assistente Social
15. Não
16. Sim
17. Sim
18. Não
19. Não
20. Não
21. Sim
22. Não
23. Sim
24. Não
25. Sim
26. Sim
27. Sim
28. Sim
29. Das 7h às 17h
30. Não
31. Não
32. Sim
33. Possui parceria com:
a. Posto/Unidade de Saúde
b. Hospital Geral
c. Comunidade terapêutica
d. Secretaria de Saúde
34. Possui parceria intersetorial:

**Av. Wilson Sábio de Mello, 1833 – Pólo Industrial S. Bernardo
Fone: (16) 3713-4313 – Fax: (16) 3721-3222
Email: drs8-cpa@saude.sp.gov.br
CEP: 14406-781 FRANCA/SP**



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE – DRS-VIII**

a. Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)
b. Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS)
35. Não
36. Acredito que todos os atendimentos que realizamos apresentam o objetivo de desenvolver a autonomia e protagonismo do usuário, mas infelizmente não existe um atendimento ou grupo específico que foque neste objetivo, creio que nos falta o apoio e incentivo a projetos de geração de renda ou outros que estimulem mais a autonomia e protagonismo. Nossos usuários ainda são muito dependentes do serviço.

h) São Joaquim da Barra

1. São Joaquim da Barra, SP.
2. CAPSI
3. De 5 a 9 anos
4. Possui a seguinte estrutura física:
a. Consultório para atendimento individual
b. Sala para atendimento em grupo
c. Recepção
d. Espaço de convivência
e. Refeitório
f. Sala de reunião para a equipe
g. Almoxarifado ou arquivo
h. Cozinha
5. Alugado
6. Não
7. Não há oficinas
8. Não possui
9. 10 profissionais
10. A equipe possui os seguintes profissionais:
a. Psicólogo
b. Médico Psiquiatra
c. Enfermeiro
d. Técnico em enfermagem
e. Terapeuta Ocupacional
f. Assistente Social
11. Semanalmente
12. 50 atendimentos
13. Sim

Av. Wilson Sábio de Mello, 1833 – Pólo Industrial S. Bernardo
Fone: (16) 3713-4313 – Fax: (16) 3721-3222
Email: drs8-cpa@saude.sp.gov.br
CEP: 14406-781 FRANCA/SP



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE – DRS-VIII**

14. Forma de entrada no serviço:
a. Indicação das unidades/Postos de Saúde
b. Procura espontânea
c. Procura familiar
d. Indicação do Conselho tutelar
e. Indicação da Assistente Social
15. Não
16. Não
17. Sim
18. Não
19. Não
20. Não
21. Sim
22. Conselho de Saúde
23. Não
24. Não
25. Não
26. Sim
27. Não
28. Não
29. Das 7h às 17h
30. Não
31. Não
32. Não
33. Possui parceria com:
a. Posto/Unidade de Saúde
b. Secretaria de Saúde
c. Urgência e emergência
d. Hospital Psiquiátrico
34. Possui parceria intersetorial:
a. Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)
b. Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS)
c. Asilos
35. Não
36. Atualmente o CAPS de São Joaquim da Barra passa por uma reestruturação, dessa forma, ainda não são desenvolvidas todas as atividades que um CAPS1 deveria desenvolver

Av. Wilson Sábio de Mello, 1833 – Pólo Industrial S. Bernardo
Fone: (16) 3713-4313 – Fax: (16) 3721-3222
Email: drs8-cpa@saude.sp.gov.br
CEP: 14406-781 FRANCA/SP