



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Instituto de Medicina Social**

**Ana Raquel de Castro Octaviano**

**Configuração de rede de assistência em saúde mental em município de  
pequeno porte: o caso de Pirai**

**Rio de Janeiro**

**2012**

Ana Raquel de Castro Octaviano

**Configuração de rede de assistência em saúde mental em município de pequeno porte: o caso de Pirai**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dra. Roseni Pinheiro  
Coorientador: Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Junior.

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/ BIBLIOTECA IMS

O87 Octaviano, Ana Raquel de Castro.

Configuração de rede de assistência em saúde mental em município de pequeno porte: o caso de Piraí./Ana Raquel de Castro Octaviano. – 2012.

116 f.

Orientador: Roseni Pinheiro.

Coorientador: Aluísio Gomes da Silva Junior.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social.

1. Saúde mental – Teses. 2. Reforma psiquiátrica – Teses. 3. Psiquiatria social – Teses. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. I. Pinheiro, Roseni. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU618.89:364.444

Autorizo apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Ana Raquel de Castro Octaviano

**Configuração de rede de assistência em saúde mental em município de pequeno porte: o caso de Pirai**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Medicina Social, na Universidade do estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 15 de fevereiro de 2012.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Roseni Pinheiro  
Instituto de Medicina Social da UERJ

---

Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Junior  
Universidade Federal Fluminense - UFF

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Marta Cristina Nunes Moreira  
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Eliana Myriam Serfaty Gabbay  
Universidade Federal Fluminense - UFF

Rio de Janeiro

2012

## **DEDICATÓRIA**

Para meu companheiro de jornada Luiz Carlos, com o amor de sempre, pelo apoio e estímulo que nunca acabam, que só a extrema generosidade permite.

Para meus filhos: Luara e Leon que me ensinam, me estimulam e me dão esperanças para prosseguir.

Para meus pais que me ensinaram muito cedo o gosto pelo conhecimento, o significado de reflexão e o dever de tentar transformar o que é possível.

Para Amanda e Ana Cristina, minhas amigas de como sobreviver a esse mundo.

Para os usuários do CAPS Reviver, que me inspiram a sair de casa todos os dias, após anos de luta.

## **AGRADECIMENTOS**

À Secretária Municipal de Saúde de Piraí, Maria da Conceição de Souza Rocha, com admiração e respeito, pelo exemplo de obstinação por políticas públicas de qualidade.

A Aluísio Gomes da Silva Júnior e Roseni Pinheiro, pelo fomento à articulação entre academia e serviços de saúde, e pelo incentivo ao conhecimento que media melhores práticas.

À Terapia Comunitária Integrativa, em especial a Selma Hinds e Adalberto Barreto com quem compartilhei as experiências transformadoras e humanizadoras, que só a Terapia Comunitária produz.

Às Equipes de saúde mental dos municípios de Volta Redonda, Barra Mansa, Pinheiral e Piraí com quem compartilhei experiências árduas e riquíssimas.

Ao Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental do Médio Paraíba, que há mais de quinze anos discute e produz reforma psiquiátrica, apesar de todas as adversidades.

É chegada a hora da reeducação de alguém  
do Pai, do Filho, do Espírito Santo amém  
O certo é louco tomar eletrochoque  
O certo é saber que o certo é certo  
O macho adulto branco sempre no comando  
E o resto ao resto, o sexo é o corte, o sexo  
**Reconhecer o valor necessário do ato hipócrita**  
Riscar os índios, nada esperar dos pretos

*Caetano Veloso*

A saúde triste oferece menos atrativos do que o tédio angelical da loucura.

*Peter Pál Pelbart*

## RESUMO

OCTAVIANO, Ana Raquel de Castro. *Configuração de rede de assistência em saúde mental em município de pequeno porte: o caso de Piraí*. 2012. 116 f. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2012.

O presente estudo analisa a rede pública de assistência em saúde mental no município de Piraí no estado do Rio de Janeiro. A proposta da reforma psiquiátrica em curso no Brasil, gerou a constituição de uma rede extra hospitalar de cuidados, que têm nos CAPS, os Centros de Atenção Psicossocial, os serviços de saúde mental de base territorial, um dos principais representantes deste percurso de mudanças. Utiliza-se o CAPS de Piraí, como referencial, já que esta Unidade é designada como prestadora de assistência direta, através de procedimentos em saúde, bem como referência para as demais ações de saúde mental no município, vinculadas à atenção básica e o hospital geral. O resgate da história da reorientação de ações no município, através da pesquisa documental e o levantamento de dados acerca do perfil de assistência prestada no CAPS permite a análise acerca da demanda e oferta de serviços, em sua relação com a normatização proposta pelo ministério da saúde para as ações nesta área e os paradigmas da integralidade e da desinstitucionalização. O produto desta análise destaca as mudanças significativas ocorridas nos últimos anos no cotidiano da assistência, a potência do CAPS na ruptura de paradigmas em saúde e a necessidade do avanço em práticas avaliativas em saúde mental, como instrumento de qualificação de ações para a área.

Palavras-chaves: Saúde mental. Desinstitucionalização. Integralidade. Centro de Atenção Psicossocial. Reforma psiquiátrica. SUS.



## **ABSTRACT**

The present study examines the public mental health care in Pirai in the state of Rio de Janeiro. The purpose of the psychiatric reform under way in Brazil, led the creation of a network of extra-hospital care. Whoever has CAPS, the community mental health services, mental health services on a territorial basis, one of the main representatives of this journey of change. We use the CAPS Piraí as a reference, since this unit is designated as a provider of direct assistance through health procedures, as well as reference for other mental health services in the city, linked to primary care and general hospital. The rescue of the history of the reorientation of actions in the city, through desk research and survey data on the profile of care provided in CAPS allows the analysis concerning the demand and supply of services in relation to standards proposed by the ministry of health actions in this area and the principle of comprehensiveness and deinstitutionalization. The product of this analysis highlights the significant changes that have occurred in recent years in the daily care, the power of CAPS at break of paradigms in health and need for improvement in assessment practices in mental health as a means of qualifying shares for the area.

**Keywords:** Mental health. Deinstitutionalization. Completeness. Psychosocial Care Center. Psychiatric reform. SUS.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Número de leitos psiquiátricos no Brasil e número de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).....	27
Quadro 2 – Classificação dos CAPS, segundo modalidade e limite de produção mensal quanto ao número de usuários e número de procedimentos.....	32
Gráfico 1 – Série histórica da expansão dos CAPS no Brasil.....	34
Quadro 3 – Estado do Rio de Janeiro – Regiões de saúde – Área geográfica e população.....	40
Quadro 4 – Unidades de Saúde da Família ( Unidades credenciadas ) de Piraí-RJ, número de famílias e população.....	42
Mapa 1 – Serviços de Saúde no território – Piraí/RJ.....	45
Quadro 5 – Série histórica de internação psiquiátrica de usuários residentes em Piraí/RJ.....	50
Quadro 6 – Número de CAPS por município, região do Médio Paraíba – RJ.....	57
Quadro 7 – Dados gerais de assistência no CAPS Reviver.....	73
Quadro 8 – Relação entre número de usuários por modalidade de assistência e número de usuários CAPS Reviver.....	75
Quadro 9 – Perfil sócio demográfico da clientela da atenção intensiva.....	77
Quadro 10 – Usuários com histórico de internação psiquiátrica – Atenção Intensiva.....	78
Quadro 11- Origem do encaminhamento ao CAPS Reviver – atenção intensiva.....	79
Quadro 12- Diagnóstico usuários atenção intensiva.....	81
Quadro 13– Motivo do desligamento da clientela de Atenção Intensiva – ARQUIVO MORTO.....	83
Quadro 14 – Perfil sócio demográfico da clientela de dependência química – CAPS Reviver.....	85
Quadro 15 – Usuários com histórico de internação psiquiátrica – Dependência Química.....	86

Quadro 16 – Origem do encaminhamento – Dependência Química - Arquivo ativo e morto.....	86
Quadro 17 – Motivo do desligamento – Dependência química CAPS Reviver.....	88
Quadro 18 – Perfil sócio demográfico – Ambulatório CAPS Reviver .....	95
Quadro 19 – Diagnóstico Ambulatório ativo – CAPS Reviver.....	96
Quadro 19 – Perfil sócio demográfico crianças e adolescentes – CAPS Reviver.....	99

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIH	– Autorização de Internação Hospitalar
APAC	– Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo
BPA	– Boletim de produção ambulatorial
BPC	– Benefício de Prestação Continuada
CAPS	– Centro de Atenção Psicossocial
CNES	– Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	– Departamento de Informática do SUS
MS	– Ministério da Saúde
RT	– Residência Terapêutica
SAS	– Secretaria de Atenção à Saúde
SIA	– Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	– Sistema de Informações da Atenção Básica
SISCAPS	– Sistema de Informações do CAPS Reviver
SUS	– Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>1 ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>23</b>
1.1 O contexto da assistência em Saúde Mental no Brasil: rumos da reforma psiquiátrica.....	23
1.2 O processo de implantação dos Centros de Atenção Psicossocial.....	27
1.2 Práticas avaliativas em saúde mental: desinstitucionalização e a integralidade.....	35
<b>2 ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE PIRAÍ .....</b>	<b>40</b>
2.1 O Programa de Saúde Mental de Piraí: Histórico e caracterização de rede de assistência .....	46
2.1.1 <u>Controle de porta de entrada para internação psiquiátrica – a articulação com o Hospital Flávio Leal e atenção básica.</u> .....	47
2.1.2 <u>Ações de saúde mental na atenção básica</u> .....	52
2.1.3 <u>O CAPS Reviver</u> .....	56
<b>3 ANÁLISE DA DEMANDA E OFERTA DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO CAPS REVIVER.....</b>	<b>64</b>
3.1 A avaliação em saúde no campo da saúde mental.....	64
3.2 O SISCAPS e a rotina de assistência.....	68
3.3 Os dados gerais de assistência no CAPS através do SISCAPS.....	73
3.4 Clientelas específicas – demanda e oferta de assistência .....	76
3.4.1 <u>Atenção intensiva</u> .....	76
3.4.2 <u>Atenção intensiva dependência química</u> .....	84
3.4.3 <u>Ambulatórios</u> .....	94
3.4.4 Crianças e Adolescentes.....	98
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>101</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO A - Prontuário de Saúde Mental – Utilizado no CAPS Reviver .....</b>	<b>110</b>
<b>ANEXO B Prontuário de Dependência Química – Utilizado no CAPS Reviver .....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXO C Página inicial de alimentação do SISCAPS .....</b>	<b>115</b>
<b>ANEXO D Página de relatórios do SISCAPS .....</b>	<b>116</b>

## INTRODUÇÃO

Meu percurso na área da saúde mental se estabeleceu no trabalho em diferentes cidades da região do Médio Paraíba, no estado do Rio de Janeiro. Psicóloga de formação, trabalhei nas Secretarias de Saúde dos municípios de Volta Redonda, Barra Mansa, Pinheiral e atualmente Piraí, nos Programas de Saúde Mental dos mesmos.

Este caminho me colocou na chamada linha de frente, do ponto de vista da execução, por equipes de saúde, das mudanças na assistência pública nesta área no Brasil. Que têm no processo de implantação dos CAPS, os Centros de Atenção Psicossocial, as novas unidades de referência em saúde mental, sua maior visibilidade e representação.

Os CAPS são dispositivos estratégicos no processo da reforma psiquiátrica, que visam à reorientação do projeto de assistência nesta área, no setor público, com base em novos paradigmas acerca do transtorno mental e suas perspectivas de cuidado. Funcionam como unidade de assistência direta em saúde e como ordenador de ações em saúde mental para sua área de abrangência.

A implantação dos CAPS, em grande volume nos últimos anos em todo o país, aconteceu enquanto outros dispositivos de atenção foram constituídos: as residências terapêuticas e os leitos psiquiátricos em hospital geral dentre outros. Porém, os CAPS ocupam lugar de destaque neste processo, quanto à sua expressiva expansão numérica nos últimos anos e seu papel central enquanto dispositivo, na reorientação do modelo assistencial.

Tanto como psicóloga, quanto coordenadora de programas de saúde mental, vivenciei nos últimos anos os processos de substituição de antigas formas de tratamento por novos dispositivos estratégicos, refletidos na multiplicidade de ações.

Desta forma a implantação dos CAPS e a reformulação de um certo projeto de assistência em saúde, no caso da saúde mental, é parte de meu cotidiano de vida profissional há mais de 15 anos.

Como coordenadora de saúde mental participei, junto às equipes, da implantação de 04 CAPS em diferentes municípios. Saber e prática se acumularam durante os anos, em experiências que originaram inúmeras questões.

Terreno fértil e solo árido, o campo da saúde mental é denso, nas perspectivas dos movimentos que se estabeleceram nos últimos anos, enquanto política pública no país. O fazer coletivo é a base para o enfrentamento do novo cotidiano pelos trabalhadores.

Já participei de muitos debates sobre as equipes de saúde mental que tematizavam a interdisciplinaridade, a transdisciplinaridade, e por último a multiprofissionalidade. Como o

tema das equipes, outros pilares da reorientação técnico-política se ampliaram como objeto de reflexão.

Os processos de trabalho das equipes de saúde mental são múltiplos e diversos encontros que se estabelecem, e que são parte de sua potência fértil, desde que bem mediados. Podem ter conotação de forte interseção ou sobreposição entre especialidades distintas.

O caráter da clínica impede, no entanto, a intervenção absolutamente isolada, pelos inúmeros desafios que ela coloca; sendo o fracasso de uma única disciplina, a psiquiatria, como única detentora das respostas, um fato histórico determinante que se estende aos outros saberes. E é só o conjunto destes saberes que opera mudanças em situações e quadros de grande complexidade.

O fazer em conjunto é na saúde mental, portanto, um a priori não apenas pela intenção predisposta, mas pelo fracasso do exclusivo, já evidenciado. Não só a psiquiatria, mas a psicologia, a enfermagem, enfim as profissões e os atores envolvidos não produzem respostas isoladas de forma efetiva e o sabem por que as práticas evidenciam isso rotineiramente.

O processo de reconstrução de ações em saúde mental tem sido efetivado através das Equipes, diferentes em sua constituição e potência de CAPS para CAPS, de município para município. Mas é através delas, com todos os impasses possíveis, que novos rumos foram definidos. Minha prática se assenta, portanto do ponto de vista de um membro inserido num coletivo de produção de fazer e saber.

Em todos os municípios em que trabalhei, dadas as especificidades de cada um, o processo coletivo de ruptura radical de modelo foi marca, nem sempre bem explorada no campo da saúde, em sua dimensão e significado.

A aridez do campo da saúde mental está presente do ponto de vista do cotidiano e no tamanho do projeto, que embora potente e transformador, configura um dia a dia de fortes tensões e embates.

Bezerra Júnior (2004) sobre o projeto dos CAPS, aborda no contexto da aproximação com os serviços da rede de saúde mental no município do Rio de Janeiro o entusiasmo acerca do novo projeto por parte de gestores (nos centros de decisão) e o desânimo e as aflições do ponto de vista da linha de frente, isto é, dos profissionais no interior dos serviços.

O desânimo das linhas de frente é passível de entendimento sob esta perspectiva, a da dimensão. Parece-me o CAPS, do ponto de vista da prática da rotina de assistência o lugar do “tudo ao mesmo tempo agora” (Arnaldo Antunes, 1991).

Esse foi o ponto que mais me provocou no decorrer da implantação dos dispositivos: a potência de ruptura de paradigmas associada a uma pluralidade, que me convoca à reflexão.

O funcionamento do CAPS é inovador quanto a equipes, rotinas, clientela, demandas, patologias, modalidades de assistência. Enfim, o modo de operar inaugurado é amplo quanto a diferentes aspectos.

Uma face desta rotina, talvez emblemática, seja o surto psicótico, que envolve inúmeras mediações. A intervenção na crise encontra o medo, presente no imaginário social ainda de forma muito potente, de todos em torno: desde o familiar até o vizinho e o profissional de saúde.

O estigma da periculosidade que mobiliza o medo, ainda produz a alternativa primeira e resposta automática da internação psiquiátrica, como a via que exclui e assim evita o contato. Mesmo que essa não seja a resposta cogitada imediatamente pelas novas lógicas introduzidas.

A crise exemplifica o inédito, já que não se intervém como antes em diferentes aspectos, mas os novos paradigmas beneficiam, de imediato, muito mais o usuário na preservação de seus direitos e na sua recolocação sob outro olhar, do que as dinâmicas complexas em torno da crise, que são alvo de embates.

Nesse percurso, a rotina encontra inúmeras dificuldades operacionais, para um modo de funcionamento atípico, dadas as circunstâncias atípicas que a conotação social da loucura ainda detém.

Inúmeros são os exemplos, mas é possível na crise, intervenções se darem em contextos inusitados, situações inusitadas, que o aparato convencional e o imaginário social muitas vezes não absorvem bem.

Natural para a equipe de saúde mental, o atípico não é natural para as comunidades, apesar do projeto de substituição de estratégias em curso. A conotação social e relacional intrínseca ao processo saúde x doença de forma muito incisiva nos quadros de saúde mental, introduz níveis de embate talvez mais tensionados que em outras áreas.

Não só no caso da crise, mas quanto à doença mental há um leque amplo de pedidos direcionados às intervenções das equipes, que detém a imprecisão do subjetivo e a massificação de modos de vida em que a normatização de comportamentos é cada vez mais solicitada.

A marca crescente da eliminação da dor, como meta nos modos de viver contemporâneos, remete à saúde mental a impossível tarefa de produção de certo ideal de felicidade em que a dor psíquica e seus sentidos precisam ser anulados, na intolerância ao sofrimento como inerente ao humano.



Além do objeto da doença, a ser reconstruído sob outras perspectivas; endereçados são aos CAPS, por exemplo, as queixas sobre o luto e a tristeza que passam a ser alvo da idéia da solução pela via da patologização e conseqüente tratamento e conseqüente cura.

Queixas as mais diversas, que mascaram sobretudo o ideário da busca pelos “técnicos do bem estar, ortopedistas do espírito” mencionados por Benilton Bezerra (2004).

Além das queixas produzidas por determinantes culturais, as problemáticas remetidas aos CAPS, incluem crianças e adolescentes, adultos e idosos, quadros de depressão, ansiedade, pânico, dependências químicas, esquizofrenias. Enfim a infinidade do que pertence ao CAPS e o que não pertence, mas que não se visualiza com tanta clareza.

Velhos modelos, que não são assim tão velhos, convocam as fórmulas incompatíveis e muito diferentes do que se pretende construir do ponto de vista de novos horizontes.

No meu percurso profissional, venho assistindo aos pedidos referentes à multiplicidade indeterminada e à expansão de modos de fazer. Possivelmente justificados pela transição pautada em novos paradigmas e sua amplitude.

“Sendo uma proposição de mudança paradigmática – e não apenas mais uma proposta de modelo assistencial - a reforma psiquiátrica se desdobra em vários planos, situados em diversos campos.” (Bezerra Jr., 2007, p.243).

Esta dissertação está inserida num mestrado profissional, com a forte conotação da vinculação do tema de estudo ao exercício profissional em curso. A marca da possibilidade de expansão de conhecimento está determinada pelo saber científico, alvo da academia na sua possibilidade de atravessamento pelo saber da prática em construção.

As práticas em saúde mental me convocaram às perguntas e algumas delas estão presentes neste estudo. Michel Foucault (1976) tematiza a relação entre saber e poder afirmando a potência dos saberes sujeitados, que desqualificados como hierarquicamente inferiores aos saberes da ciência, podem ser vistos sob outra ótica.

“Foi pelo reaparecimento desses saberes de baixo: o do psiquiatrizado, o do doente, o do médico, mas paralelo e marginal em comparação ao saber médico.” (Michel Foucault, 1976, p.12). De certo modo a ciência pode diferenciar o “saber do médico” do “saber médico”, hierarquizando-os. Ou podem ser constituídas potências de análise na retomada do lugar que ocupam esses diferentes ou muito próximos saberes.

O método genealógico de Foucault possibilita a desconstrução de hierarquias pela configuração histórica de processos que emergem os saberes sujeitados, dando-lhes visibilidade.

É assim que reconheço que o percurso das práticas é potência fundamental na construção deste trabalho, não desconsiderado o esforço de adequação aos métodos e ao funcionamento do discurso científico organizado, a partir de minha história no contexto das políticas de saúde mental.

As lacunas se estabeleceram no meu caminho em alguns pontos. Muito se produziu na transição paradigmática sobre a reforma psiquiátrica, os serviços substitutivos, a nova clínica, os dispositivos de assistência, e as equipes de trabalho. Inúmeras discussões e análises convergiram em práticas e conhecimento neste campo nos últimos anos, e a avaliação sistemática me parece um capítulo potente de exploração.

Avaliação que se conforma a partir de algumas características: o aspecto da crítica ao modelo anterior pautado na medicina clássica impõe o olhar sob outra via que não a da ordenação e classificação de sintomas e fenômenos.

A clínica do sujeito convoca à imprecisão no lugar da massificação de comportamentos e manifestações psíquicas, objetivados pelo saber médico e suas formas de intervenção.

Entendidas as fontes de avaliação como oriundas de um processo de construção histórica de práticas em sua complexidade e de caráter recente. “Avaliar significa realizar um julgamento sobre um conjunto complexo e variado de questões, que requer, além de um posicionamento crítico do avaliador-pesquisador, uma atitude compreensiva de entender os processos de transformações em curso decorrentes da implantação de novos serviços de saúde.” (Silva Junior, Pinheiro e Guljor, 2007, p.32).

Desta forma a proposta aqui colocada, se refere ao CAPS como celeiro de informações do ponto de vista de seu cotidiano, acerca de saberes e fazeres que abordam as distintas dimensões da reforma psiquiátrica interligadas, seja de forma positiva ou não.

Ao longo dos anos, vários CAPS foram implantados, sua avaliação e regulação pelas diferentes esferas foram previstas em portaria (portaria MS 189/91). Os instrumentos de produção de dados dos CAPS para seu financiamento, através das APAC's (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/custo), são limitados.

Outros instrumentos podem ser utilizados para a análise do que se produz nos CAPS, mas em geral, está colocada uma insuficiência de fontes que dêem visibilidade ao que de fato é produzido, em termos de assistência.

Um prontuário de saúde mental não traduz as experiências de encontro possíveis produzidas, obviamente pelo formato destes prontuários que foram criados para o registro da assistência tradicional em modelos tradicionais.

Contando com o cuidado com os dados vinculados à rotina do serviço, está aqui estabelecida uma tentativa, que utiliza os mesmos como aporte para a análise de processos complexos e multideterminados no campo da saúde mental.

Este trabalho busca resgatar alguns fragmentos de realidade das práticas de saúde mental num município de pequeno porte. Contextualizados e estabelecidos num processo sócio-histórico. As fontes de pesquisa oferecem, portanto, algumas referências que possibilitam sua articulação com alguns referenciais teóricos no campo da saúde pública.

Correlaciona a pesquisa documental e os dados básicos de produção de cuidado em Unidade de Saúde à normatização que estimulou o estabelecimento da política de saúde mental no país a temas centrais em saúde mental e saúde pública como a reforma psiquiátrica e a desinstitucionalização e a integralidade.

A utilização de dados básicos de assistência se estabeleceu como alternativa para a reflexão, através de um Sistema de informações criado na esfera municipal recentemente. A criação deste sistema foi motivada pela ausência de instrumentos eficazes de informação padronizados.

A opção não é a busca de respostas exatas ou verdades “científicas” para um campo marcado pela subjetivação e a imprecisão. As discussões aqui construídas são um momento inicial de análise em território pouco explorado.

O campo da investigação é o Programa de Saúde Mental do município de Pirai no Rio de Janeiro, onde a pesquisa documental e os dados de assistência são fontes potentes para análise e por outro lado os produtos da investigação podem converter em ferramentas na qualificação dos avanços necessários para o município nesta área.

Desta forma, configura-se o estudo de caso, tendo como foco de análise a demanda e oferta de ações em saúde mental na rede pública de saúde de Pirai, convergindo o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) como principal foco desta análise, por sua configuração como executor, mas também ordenador de ações para todo o município.

A abordagem utilizada é a pesquisa exploratória, pelo caráter inicial de algumas análises estabelecidas e a inexistência de material prévio em volume consistente. Percorridas as fontes que justificam as discussões de caráter preliminar, já que pouco exploradas neste campo.

A pesquisa documental abrange os documentos oriundos da Secretaria Municipal de Saúde e os próprios da área de saúde mental: relatórios de gestão e plano municipal de saúde, plano municipal de saúde mental e livro ata de registros de reuniões de equipe de saúde mental, entre os principais.

O levantamento de dados de assistência da Unidade é oriundo do SISCAPS – Sistema de Informações do CAPS Reviver que produz informações mais detalhadas da rotina de assistência da Unidade, indisponível nos sistemas oficiais de informações do Ministério da Saúde para a área.

Esse Sistema, que será descrito posteriormente, produz informações através de relatórios onde não constam os dados de identificação acerca dos pacientes assistidos no CAPS. Trata-se de base secundária de dados, preservado o sigilo em torno dos usuários do serviço.

A proposta de investigação contida neste trabalho foi submetida através da qualificação do anteprojeto de dissertação ao CEP – Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ; devidamente aprovado em 20 de junho de 2011, sob o número: CAAE – 0016.0.259.000 – 11.

O percurso proposto é o da contextualização de uma prática, estabelecendo recortes de análises que contribuam para o processo de qualificação das ações em curso.

Ampliando a discussão acerca das ações propostas pelo Programa de Saúde Mental de Pirai em relação às diretrizes ministeriais quanto à constituição de rede de assistência nesta área.

O objetivo geral proposto neste trabalho é a análise da demanda e oferta de serviços em saúde mental no município de Pirai, tendo como base o CAPS como executor e ordenador de ações nesta área.

Configurando o processo de implantação do CAPS em sua relação com a normatização proposta pelo Ministério da Saúde, correlacionado a demanda referenciada à unidade desde sua constituição e a oferta de serviços disponibilizada.

Para este fim alguns referenciais teóricos são privilegiados na articulação com as fontes de investigação, sendo os principais a desinstitucionalização e a integralidade. O primeiro, norteador do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil e o segundo contemporâneo dos avanços no campo da reforma sanitária no país.

Alguns conceitos como cuidado, clínica ampliada e acessibilidade foram explorados como embaixadores das reflexões aqui propostas.

Para esse propósito o corpo deste trabalho está distribuído da seguinte forma: no primeiro capítulo está contextualizado o campo da saúde mental no Brasil, em seus determinantes históricos e seus principais aspectos. Incluindo a história dos CAPS desde sua implementação e sua definição do ponto de vista da normativa, em especial as portarias ministeriais que os estabeleceram e que os regulam até hoje.

No segundo capítulo estão descritos, de forma breve, o panorama das ações de saúde pública e o histórico de constituição do CAPS e das ações de saúde mental no município de Piraí, visando à reorientação do modelo de assistência.

O terceiro capítulo analisa os dados oriundos do SISCAPS em sua relação com a demanda e a oferta de serviços na unidade, divididos em diferentes áreas, quanto à assistência direta em saúde: atenção intensiva, dependência química, crianças e adolescentes e ambulatoriais.

O quarto capítulo tece as considerações finais acerca do que foi explorado em algumas perspectivas de análise.

## 1 ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

### 1.1 O contexto da assistência em Saúde Mental no Brasil: rumos da reforma psiquiátrica.

O campo da Saúde Mental no Brasil tem em sua base os paradigmas do movimento da reforma psiquiátrica, que remontam à história da loucura enquanto fenômeno social, que nortearam o estabelecimento de ações de saúde direcionadas a seu “tratamento”.

A reforma psiquiátrica é definida por Paulo Amarante (2003) como processo político e social complexo, envolvendo saberes e práticas, constituídos em diferentes cenários, por diferentes atores. As origens deste processo estão na crítica ao modelo hospitalocêntrico, com o predomínio do hospital como ação central e predominante na assistência em saúde, como base da construção de ações públicas nesta área.

Para melhor compreensão, é possível esclarecer alguns nortes deste contexto:

Michel Foucault em sua “História da loucura na idade clássica” (1997) analisa o processo de institucionalização da psiquiatria no século XIX, estabelecendo, através de seu método genealógico, estudos críticos sobre o nascimento da psiquiatria a partir do estabelecimento da loucura, como doença, objeto da medicina.

Os trabalhos de Michel Foucault foram determinantes no surgimento do movimento da reforma psiquiátrica, e podem ser considerados como fundantes de uma cadeia de saberes e práticas que impulsionaram a construção de políticas de Saúde Mental no Brasil.

Paulo Amarante, acerca dos antecedentes teóricos da reforma psiquiátrica, destaca “História da Loucura na Idade Clássica” como “um verdadeiro marco, uma reviravolta nas histórias tanto da psiquiatria, quanto da loucura” (Amarante, 1995, p. 23).

O que Foucault introduz de marcante é a idéia do surgimento da doença mental a partir de rumos históricos que a definiram. A loucura, associada à manifestação psíquica desviante, que interfere na ordem social estabelecida, para a qual foi necessária a segregação através das instituições psiquiátricas.

A segregação nasce na época clássica, com o hospício originário das hospedarias, constituídas inicialmente para abrigar os que estão à margem da ordem social estabelecida. E com o surgimento da psiquiatria na ação de nomear e classificar desvios, enquanto fenômenos de domínio da medicina e sua nova disciplina.

As características das instituições para o tratamento das doenças mentais foram tematizadas ao longo dos anos, e sua adequação foi questionada, não apenas pela marca da exclusão em sua origem, bem como por sua dinâmica de funcionamento.

Cabe alertar que a política nacional de saúde mental no Brasil tem em sua pauta a extinção gradativa das instituições psiquiátricas, entendidas como o avesso na lógica de cuidados em saúde mental, que visam resgatar a potência da expressão subjetiva na loucura e não sua negação.

No curso da história, nos anos 60 instaura-se o debate e a constituição de ações que questionam o hospital psiquiátrico enquanto dispositivo de tratamento para a doença mental, por sua ineficácia e pela necessidade de humanização dos mesmos.

A partir desta época surgem as comunidades terapêuticas na Inglaterra e a psiquiatria preventiva nos Estados Unidos. As primeiras propõem o processo de reformulação de práticas dentro do hospício, observadas e denunciadas as condições desumanas nos mesmos, incompatíveis com processos de democratização característicos da época. Já a psiquiatria preventiva propõe a ampliação da esfera de atuação no trato da doença mental, introduzindo a idéia da prevenção em saúde mental em contraponto ao tratamento da doença.

Ainda segundo Amarante (1995), os movimentos surgidos a partir de 1960, podem ser distintos por seus alvos, estando a psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas voltadas para as reformas referentes ao hospital psiquiátrico; e a psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva voltadas para reformas para além dos espaços asilares.

O movimento dos trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) surge no Brasil em 1978. Movimento social, considerado fundamental na constituição do início da reforma psiquiátrica que desencadeou a formulação das políticas de saúde mental no Brasil.

“Em 1978 é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, o MTSM alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definidamente antimanicomial” (Tenório, 2002, p.32). O MTSM transformou-se posteriormente no atual Movimento da Luta Antimanicomial.

É determinante historicamente o fato do movimento da reforma psiquiátrica ter surgido e se estabelecido com força no cenário das políticas públicas a partir dos movimentos sociais, a vitalidade destes movimentos decresceu ao longo dos anos e sua presença em maior ou menor escala, são determinantes nos rumos da reforma e de sua consolidação.

É possível considerar que o resgate dos referenciais teóricos sobre a origem do hospital psiquiátrico e seu papel social coincide com um cenário político mundial, a partir dos anos 60, em que as relações democráticas estão em pauta.

O hospício descrito por Foucault e fundado por Pinel agravou ao longo de anos sua disparidade com princípios éticos e democráticos. “a experiência da comunidade terapêutica chama a atenção da sociedade para a deprimente condição dos institucionalizados em hospitais psiquiátricos, mal comparada lembrança dos campos de concentração com que a Europa democrática desse período não mais tolera conviver” (Amarante, 1995, p. 29).

O movimento da reforma psiquiátrica em seu surgimento é, assim, contemporâneo de um cenário político e social que interroga práticas sociais excludentes e não democráticas em diferentes cenários, e produz rupturas a partir de diversas frentes, que convergem em ações de Estado.

A experiência italiana, pensada a partir de Franco Basaglia, introduz o conceito de desinstitucionalização. Este conceito é, além da influência Foucaultiana, um dos grandes balizadores do processo da reforma psiquiátrica no Brasil.

A experiência italiana, que não só questionou o asilo, mas a dinâmica estabelecida na relação com a loucura introduziu o paradigma, de que para além de desospitalizar, é necessário desinstitucionalizar a loucura de seu lugar social de exclusão.

A crítica ao tratamento de doenças mentais, sob a perspectiva basagliana interroga, antes do enclausuramento através do hospício, o distanciamento da experiência subjetiva, enquadrada no objeto da doença; e as relações produtoras deste processo.

Entendido o sofrimento, do ponto de vista dos sujeitos que o vivenciam e das relações sociais onde se estabelece, a idéia de território se constitui, pela necessidade da leitura e intervenção visar não mais a patologia, como aprisionadora, já que um apriori, mas o fenômeno em seu contexto, o indivíduos em suas relações.

Os rumos da constituição de políticas públicas em saúde mental no Brasil estão assentados e terão influências diretas destes paradigmas. A produção teórico-conceitual, e as práticas construídas nos últimos anos se referem a eles:

- A crítica ao hospital psiquiátrico como alternativa de cuidados, por sua função segregadora e cronificante definida historicamente.
- A crítica ao status do fenômeno da loucura, apropriado por saberes e práticas totalitárias, que operam a supressão da expressão subjetiva em favor da adequação social desses sujeitos.
- A passagem de intervenções baseadas em diagnóstico, tratamento, e cura, pautadas na medicina clássica; para a construção de modos de produção de saúde, focados em estratégias



terapêuticas diversificadas voltadas para a reinserção social, como parâmetro dos objetivos do cuidado em saúde.

- A proposição da superação de um modelo de intervenção, através de uma clínica que supere o negativo da loucura impresso na doença, sinônimo de desrazão.

A Coordenação Nacional de Saúde Mental foi instituída no Ministério da Saúde em 1991, três anos após a instituição do Sistema Único de Saúde, em substituição à extinta divisão do Ministério da Saúde, a DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental). Em consonância com o processo de constituição de um sistema público de saúde, sob os eixos da universalidade, equidade e integralidade; as políticas de saúde mental passam a deter espaço na agenda do SUS, do ponto de vista de sua formulação e efetiva consolidação enquanto política pública.

Furlanetti (2006) analisa o papel das Coordenações de Saúde Mental, ao longo dos anos e o impacto de seu estabelecimento na produção de normativas que serviram como norte, para diferentes períodos de implantação de ações e serviços.

A introdução pelo Estado, de mudanças no modelo de tratamento foi estabelecida através de portarias e resoluções, que em consonância com o movimento da reforma psiquiátrica propiciou a criação “oficial” de novas modalidades de serviços de assistência pública na área de saúde mental.

Iniciado esse processo com base na forte crítica a espaços asilares, ainda hoje o Hospital psiquiátrico está constituído como oferta de assistência pública a transtornos mentais no Brasil, com a redução gradativa de oferta de leitos públicos, em processo paralelo ao da constituição de serviços extra-hospitalares para essa clientela nos últimos anos.

Cabe destacar que os hospitais psiquiátricos no Brasil foram constituídos nas duas categorias: os hospitais públicos, de propriedade da união, estados e municípios; e os hospitais privados, que são remunerados pelo SUS para prestarem assistência pública.

Caminham, em paralelo: a redução gradativa de leitos psiquiátricos conveniados ao SUS e o aumento no número de serviços substitutivos em saúde mental.

Quadro 1 – Número de leitos psiquiátricos no Brasil e Número de CAPS ( Centro de Atenção Psicossocial )

Ano	1997	2011
Leitos psiquiátricos do SUS	71.041	32.681
Centros de Atenção Psicossocial	112	1.650

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental:

Saúde Mental em dados

Ano VI, n.9, julho de 2011.

Disponível em [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)

## 1.2 O processo de implantação dos Centros de Atenção Psicossocial

Os serviços extra-hospitalares em saúde mental no Brasil surgiram da seguinte forma: no ano de 1987 foi implantado o primeiro CAPS na cidade de São Paulo, com a proposta de ofertar dispositivo de tratamento a uma clientela intermediária, aquela mais grave, que ao sair do Hospital psiquiátrico não contava com dispositivos ambulatoriais que a contemplassem, de forma positiva.

A experiência do primeiro CAPS em São Paulo está vinculada à perspectiva da constituição de uma nova clínica, que superasse as limitações das ofertas de tratamento existentes até então.

Em 1989 o município de Santos, no estado de São Paulo implantou uma rede de assistência pública em saúde mental, de base territorial em substituição ao hospital psiquiátrico.

A experiência do município de Santos é marco do início da implementação de políticas públicas de saúde mental no Brasil, sob a égide de um novo modelo assistencial. Teve início com a intervenção no Hospital Psiquiátrico daquele município, liderada pelo psiquiatra Roberto Tchikanori, ex-estagiário de Franco Basaglia e atual coordenador nacional de saúde mental.

O Hospital Anchieta sofreu intervenção municipal que culminou em seu posterior fechamento. O processo de intervenção foi marcado pela pluralidade de atores envolvidos: usuários, profissionais, gestores e comunidade, na reformulação de um modelo assistencial.

Em consonância com o paradigma basagliano de ruptura não apenas com o dispositivo hospitalar, mas baseado na reconstrução coletiva do olhar e o lidar com o fenômeno da loucura.

Em Santos foram constituídos os NAPS, com as seguintes características: eram estruturas abertas que se responsabilizavam por toda demanda de saúde mental de uma determinada região, funcionavam 24 horas, dispunham de leitos, e funcionavam na lógica da oferta diversificada de estratégias terapêuticas.

“O mesmo espaço prestando-se a funcionar como hospital-dia, hospital-noite, aceitando frequências variadas ou mesmo irregulares ao tratamento e oferecendo desde consultas médicas e psicológicas, às mais variadas atividades grupais” (Tenório, 2002, p. 17).

Os NAPS de Santos continham leitos, dentre a multiplicidade de ofertas terapêuticas. A princípio tinham a capacidade de oferta ampliada para diferentes demandas.

Se comparados, os CAPS e os NAPS se diferem em alguns aspectos. Os NAPS de Santos se constituíram num contexto mais amplo, atuando na esfera de um município com a ação se constituindo em paralelo à intervenção no Hospital Psiquiátrico. O período de funcionamento e as estratégias terapêuticas eram mais amplas e mais similares aos futuros CAPS 3.

A experiência do CAPS Luiz Cerqueira em São Paulo, em seu início, era a de um serviço alternativo, que de certa forma superasse o ambulatório clínico da rede pública, que não impedia a reagudização e as conseqüentes reinternações de pacientes mais graves; o que colocava os ambulatórios e os hospitais psiquiátricos como únicas alternativas de oferta de tratamento em Saúde Mental.

“O CAPS Luiz Cerqueira e os CAPS que nele se inspiraram partem da constatação de que a especificidade clínica da clientela-alvo, sobretudo no que diz respeito às dificuldades de vida gerada pela doença e às possibilidades de expressão subjetiva do psicótico grave, requer muito mais do que uma consulta ambulatorial mensal ou mesmo semanal.” (Tenório, 2002, p. 39).

O CAPS era um serviço de atenção diária. Ainda que balizado pelos paradigmas da reforma, sua base estava na constituição de uma clínica diferenciada, em superação ao modelo dos ambulatórios públicos de psicologia e psiquiatria, e os hospitais psiquiátricos.

Os NAPS de Santos se colocaram de forma mais ampla, articulando a ação de intervenção no Hospital a estratégias estabelecidas do ponto de vista de uma rede de cuidados.

Nos anos 90 as normativas: resoluções e portarias que constituíram e regularam os CAPS e os demais serviços de saúde mental se colocaram em nível nacional. A primeira

experiência de serviço substitutivo em saúde mental em Santos foi mobilizada pelo poder municipal alavancado pelos rumos recentes da reforma psiquiátrica.

Através das portarias, a rede de serviços de saúde mental que concretizasse os princípios da reforma psiquiátrica, se estabelece como início do processo de mudança, não só nas iniciativas isoladas, mas em todo o país, como políticas de Estado.

As principais normativas referentes à constituição da reformulação do modelo de assistência, ligadas à constituição dos CAPS, foram as portarias 189/91 224/92, 336/2002. São aqui mencionadas também as portarias 189/2002 e 225/2005, por sua influência na implantação e funcionamento dos CAPS do ponto de vista financeiro.

A portaria 189/91 regulou grupos e procedimentos da tabela do SIH-SUS, que proviam o financiamento das seguintes modalidades de assistência:

1- Os grupos de tabela:

Tratamento em psiquiatria em hospital psiquiátrico

Tratamento em psiquiatria em hospital geral

Tratamento em psiquiatria em hospital dia

2- Os procedimentos de tabela:

Atendimento em grupos executados por profissional de nível superior

Atendimento em grupos executados por profissional de nível médio

Atendimento em Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (01 turno)

Atendimento em Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (02 turnos)

Atendimento em oficinas terapêuticas I e II

Visita domiciliar por profissional de nível superior

Psicodiagnóstico

Essa portaria menciona pela primeira vez os CAPS/NAPS e outras modalidades terapêuticas, além do hospital psiquiátrico. Visa incluir, num primeiro momento tais modalidades nos sistemas de informação e financiamento do SUS.

Através da mesma, o financiamento de serviços se estende dos Hospitais psiquiátricos e ambulatoriais para as novas formas de intervenção. “A importância deste ato está em que até então, não havia no arcabouço normativo, a possibilidade de remuneração e incentivo públicos a outras modalidades de assistência que não as tradicionais” (Tenório, 2002, p.41).

Não há na portaria 189/91, diferenciação entre os NAPS e os CAPS, estando ambos referidos a prestação de atendimento em saúde mental com uma oferta ampla de dispositivos terapêuticos, o fornecimento de refeições diárias a pacientes que demandem cuidados

intensivos, e a variação nos procedimentos quanto ao tempo de permanência de um paciente na unidade: um ou dois turnos durante o dia.

A portaria 189/91 em seu artigo 7º define ainda que os serviços de Saúde Mental sejam submetidos à supervisão, controle e avaliação periódicos pelas esferas federais, estaduais e municipais.

A portaria 224/92 trata de diretrizes e normas sobre a assistência em saúde mental. Vincula premissas básicas do Sistema Único de Saúde, estabelecendo os princípios do SUS: universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade, a garantia de acesso nos diferentes níveis e a garantia da participação popular como nortes para a área de saúde mental.

Ainda nas diretrizes, estão estabelecidas a multiprofissionalidade e diversidade de ofertas terapêuticas em vários níveis de complexidade. Aqui já estão inseridas características já presentes nas ações em curso nos serviços em processo de implantação, típicas da área de saúde mental e seus paradigmas desde o início.

As normas descritas na portaria 224, referem-se aos serviços de saúde mental. Estão classificados aqui 06 modalidades de serviços: 02 classificados como serviços ambulatoriais: as unidades básicas, centros de saúde e ambulatórios, e os NAPS e CAPS; e 04 classificados como serviços hospitalares: hospital dia, serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral, leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria.

A portaria 336/2002 estabelece os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) definidos enquanto serviços, prestados em diferentes modalidades. “considerando a necessidade de atualização da portaria MS/SAS no. 224, de 29 de janeiro de 1991”.

É, portanto, após mais de dez anos de sua regulação com vistas a seu financiamento em âmbito federal, que os CAPS são instituídos através da portaria 336 como modalidades de serviços de saúde mental. Nesta portaria prevalece a designação de CAPS e não mais dos NAPS.

Através da portaria 336, os CAPS são definidos como serviços ambulatoriais de atenção diária que funcionem segundo a lógica do território. Os CAPS definidos nesta portaria já não correspondem às características dos NAPS de Santos.

Contemplando as diferentes características, já que com propósitos de constituição do novo modelo em nível federal, de certa forma a caracterização dos CAPS, referência até hoje do ponto de vista da normativa, introduz as modalidades de CAPS e os critérios populacionais para sua constituição.

Os NAPS de Santos continham leitos, dentre a multiplicidade de ofertas terapêuticas. A princípio tinham a capacidade de oferta ampliada para diferentes demandas.

Os CAPS da portaria 336 foram divididos segundo o porte populacional:

- O CAPS 1 – para municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes
- O CAPS 2 – para municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes
- O CAPS 3 – para municípios acima de 200.000 habitantes

Nesta divisão foram introduzidos ainda critérios quanto à dinâmica de funcionamento e à clientela que diferenciam os CAPS. Os CAPS 1 e 2 funcionam de 2ª a sexta durante o dia, em regime de dois turnos. Os CAPS 3 funcionam em período de 24 horas durante toda a semana, podendo abrigar até 05 leitos (portaria 189/2002). E duas modalidades são introduzidas: o CAPS i: serviço de atenção psicossocial para atendimento de crianças e adolescentes e o CAPS ad: serviço de atenção psicossocial para atendimento a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

Essas duas modalidades: os CAPS i e os CAPSad restringem sua implantação nos municípios a partir de critérios populacionais:

CAPS i: “constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios populacionais” (portaria 336/2002).

CAPS ad: “com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000” (portaria 336/2002).

Os CAPS deverão ainda estar preparados para atender três categorias de modalidades de assistência: o atendimento intensivo para pacientes que demandem atendimento diário, o atendimento semi-intensivo para pacientes que demandem atendimento freqüente e o atendimento não intensivo para pacientes que demandem uma freqüência menor.

O atendimento nas diferentes categorias é fixado dentro de limites mensais para o número de atendimentos (portaria 191/2002). Segundo esta portaria o CAPS 1, que é a modalidade do CAPS Reviver de Piraí pode produzir um número limitado, através de APAC, quanto a procedimentos e quantitativo de clientela.

Quadro 2 – Classificação dos CAPS, segundo modalidade e limites de produção mensal quanto ao número de usuários e número de procedimentos.

Modalidade de CAPS	Número de pacientes mês	Número de procedimentos mês
CAPS 1		
<b>Cuidados Intensivos</b>	25	25
<b>Cuidados semi intensivos</b>	50	12
<b>Cuidados não intensivos</b>	90	03
CAPS 2		
<b>Cuidados intensivos</b>	45	25
<b>Cuidados semi intensivos</b>	75	12
<b>Cuidados não intensivos</b>	100	03
CAPS3		
<b>Cuidado intensivos</b>	60	25
<b>Cuidados semi intensivos</b>	90	12
<b>Cuidados não intensivos</b>	150	03

Fonte: Portaria SAS 189/2002.

Do ponto de vista do financiamento, a portaria 336/2002 estabelece o faturamento de ações através do APAC/SIA (Autorização de Pagamento de Alto Custo/ Sistema de informações ambulatoriais).

E a portaria 189/2005 estabelece os limites para esse tipo de faturamento através do quantitativo de pacientes e procedimentos estabelecidos para cada CAPS.

A portaria 245 de 17/02/2005 estabelece ainda incentivo financeiro para a implantação dos CAPS, destinando recursos em valores pré-estabelecidos, segundo a categoria de CAPS, estimulando os municípios à implantação dos mesmos.

Houve mudança recente quanto ao financiamento dos CAPS. O recurso oriundo de sua produção foi deslocado do FAEC (Fundo de ações estratégicas e compensação) para a conta MAC (Média e alta complexidade).

De qualquer forma, a normatização em Saúde Mental estimulou o processo de implantação de serviços, constituindo oficialmente os dispositivos e financiando os mesmos. Com o teor das políticas indutoras, as normativas configuram-se como estímulo e norte para os municípios, gestores locais e principais executores das referidas políticas.

Levando-se em conta as dimensões: jurídico-política, teórico-conceitual e técnico assistencial e sócio cultural, descritas por Paulo Amarante, é necessário considerar quanto à dimensão técnico assistencial, os diferentes tempos e cenários em que os CAPS se constituíram em número expressivo no território nacional nos últimos anos.

Caberia avaliar mais profundamente, se a implantação dos CAPS no território nacional teve o mesmo tom das experiências iniciais, como a de Santos e São Paulo, em que os paradigmas do movimento da reforma psiquiátrica estavam em franca latência e a indução através de incentivos financeiros não estava presente.

O nascimento da proposta é correlato dos movimentos sociais expressivos, intervindo nos processos sociais de forma ativa, mas a expansão dos CAPS coincide com sua institucionalização.

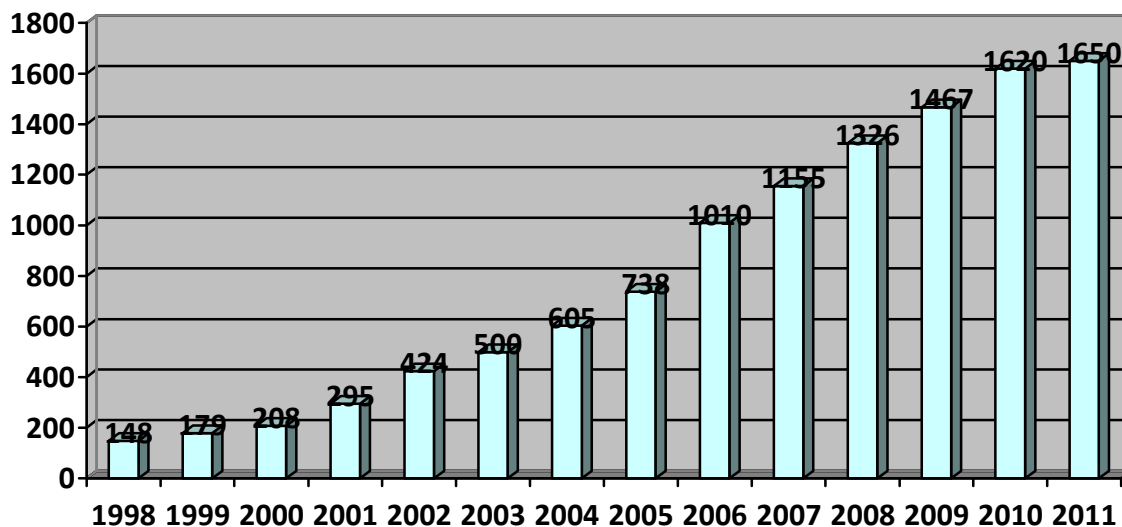
Essa institucionalização está relacionada à constituição de uma coordenação nacional de saúde mental e da mesma forma nas outras esferas (estaduais e municipais); e na apropriação mais concreta da área de saúde mental, como política de Estado, representada, principalmente pelas normativas produzidas.

Segundo Yasui (2006), sobre a reforma psiquiátrica, “sua institucionalização transformou o Ministério da Saúde em seu principal ator e indutor-chefe dos ritmos e dos rumos deste processo. Parece não haver mais espaço para experiências que não sigam os parâmetros estabelecidos nas portarias...” (Yasui, 2006, p.61).

Os mais de 1.500 CAPS, no período de 20 anos, expressam a expansão de um representante de um pilar de um modelo proposto como alteração radical numa oferta de cuidado em saúde, relativa a um setor específico e à política em âmbito público.



Gráfico 1 - Série histórica da expansão dos CAPS no Brasil



Fonte: Saúde Mental em dados. Ano VI, n. 9, julho de 2011. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Disponível em [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)

A análise dos CAPS, do ponto de vista de seu funcionamento interno é tarefa fundamental no processo de avaliação da reformulação da assistência em Saúde Mental no Brasil. Os princípios e diretrizes tem base em paradigmas densos, norteados pela noção de uma nova clínica em construção, e marcada pela complexidade das formas possíveis de se operar e dos contextos singulares onde se constroem.

### 1.3 Práticas avaliativas em saúde mental: a desinstitucionalização e a integralidade

No ano de 2007, o grupo de pesquisa do CNPq - LAPPIS lançou o livro: Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos.

Neste livro estão estabelecidas conexões entre o campo da desinstitucionalização em saúde mental, sob a perspectiva da avaliação em saúde, tendo como balizador o conceito da integralidade.

Está presente neste trabalho a análise baseada em indicadores de um serviço de saúde mental, o Hospital Jurujuba em Niterói no Rio de Janeiro. A perspectiva da avaliação em saúde mental produzida no material referido é base para uma nova contribuição nesse campo.

Entre os princípios do Sistema Único de Saúde, está colocado o da atenção integral: “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. (lei 8080, de 19/07/1990).

O avanço na extensão do termo integralidade o colocou na função de norteador na qualificação do processo de construção das práticas em saúde no Brasil. Ampliou-se nos últimos anos, referenciando reflexões potentes no processo de construção da política pública de saúde no país.

O termo integralidade, muitas vezes próximo do conceito de desinstitucionalização, se estrutura na crítica à medicina clássica e suas marcas nos modelos de assistência em saúde ao longo dos anos.

Produzem-se a partir de análises críticas o desenvolvimento e fortalecimento de nortes conceituais inovadores e distintos dos anteriores. Percorrido um caminho que ultrapassa a idéia da articulação entre prevenção e assistência, o objeto do cuidado em saúde torna-se complexo, determinado e estabelecido no contexto sócio-histórico.

Se referida à análise proposta neste trabalho, a integralidade aqui tomada como suporte para a reflexão refere-se aos modos de produção de saúde mental, em que a questão da rede está colocada, para que o usuário possa percorrer os diferentes níveis do sistema de saúde de forma favorável ao cuidado.

Por outro lado o termo integralidade ultrapassou a noção de acesso a diferentes níveis de atenção de um sistema de saúde.

Como no termo desinstitucionalização: saúde x doença é um processo complexo produzido socialmente, a noção de especialidade é substituída pela interação entre os atores

que o produzem, as práticas multiprofissionais são consideradas como fundamentais e o usuário reconhecido como implicado na produção de saber e fazer que o envolvem.

Para além da dimensão assistencial e preventiva, os estudos sobre integralidade têm ampliado horizontes, abordam os determinantes sociais no processo de adoecimento e sua mediação como inerente ao cuidado em saúde.

O princípio da atenção integral vem sendo usado no sentido da reorientação de ações em saúde na direção de sua qualificação, através de propostas centradas no usuário, e que fomentem o processo democrático na relação entre os atores do processo de produção em saúde.

O conceito de desinstitucionalização advém do trajeto de mudanças produzidas na Itália, denominado como psiquiatria democrática, tendo como principal representante Franco Basaglia que inaugura a idéia da ruptura de modelo de intervenção, baseado não apenas na intervenção sobre o manicômio, mas em sua extinção.

A experiência italiana diferia das anteriores ao questionar a existência do hospital como incompatível com a perspectiva de reinserção, pela função estruturalmente segregadora que este detém.

Pela noção de que não é possível abolir a negatividade inferida ao fenômeno da loucura no espaço hospitalar, visto este como a expressão desta negatividade. Mais do que desospitalizar, trata-se de intervir na loucura enquanto fenômeno institucionalizado, capturado por saberes específicos que a legitimam.

Entendida instituição como referente não apenas a espaços físicos, mas a dinâmicas construídas historicamente e que determinam a alguns fenômenos como o da loucura um status apropriado por um saber específico.

O manicômio está determinado pelas representações sociais que atribuem certas interpretações sobre a loucura, na forma de sua organização, em sua função excludente que se estende ao imaginário social e que não produz uma atuação efetiva na produção de saúde dos usuários que nele permanecem.

A proposta da desinstitucionalização amplia o universo da atenção em saúde, entendido para além da intervenção direta por saberes dominantes no processo de adoecimento psíquico, redireciona a possibilidade da intervenção em saúde que atinge os processos complexos relacionais na produção da “doença mental”.

A intervenção pautada no sujeito se propõe no lugar da intervenção para o “louco”, assim designado pela sociedade.

Foi o conceito de desinstitucionalização que inspirou a construção de uma nova clínica pautada em outras ferramentas e objetivos, mais dinâmica e plural.

Alguns autores: Boff (2009), Ayres (2009) abordaram o tema do cuidado, utilizando como referência as bases filosóficas em Heidegger, que define o ser no mundo em que o cuidado é um a priori.

Esse ser no mundo se refere à presença mais que geográfica e aborda o cuidado como inerente à relação entre os pares. Como pressupõe vínculo e relação, o cuidado foi contemplado como importante referência no campo da saúde mental.

1- “cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele.” (Ayres, 2009).

2- “O cuidado se apresenta quando a existência de alguém tem importância para nós. A dedicação e a disponibilidade de participar daquela vida e o sentimento de responsabilidade realizam o cuidado.” (Silva Junior, Alves e Alves, 2005).

O nascimento da psiquiatria e do fenômeno da loucura como objeto desta especialidade, está baseado numa relação hierárquica, em que o profissional está previsto numa posição superior como detentor do saber acerca do outro, aprisionado na doença e alvo da investigação e intervenção.

Como o saber científico foi estruturado num modelo de hierarquização com base nas relações de poder instituídas, o portador de transtorno mental, teve historicamente sua expressão individual suprimida através de sua desqualificação sob a justificativa da desrazão, sem valor nos modos de produção contemporâneos.

Esse lugar, que o usuário de saúde mental passou a ocupar, nas relações onde se estabeleciam os “tratamentos” em saúde passou a ser reconhecido como prejudicial. “Curar, tratar, controlar tornam-se posturas limitadas” (Ayres, 2009, p.35). Anterior à doença: o indivíduo por trás dela, é marcado por sua história e um lugar no mundo, sobre os quais tem expressões e percepções.

Tanto no caso da loucura, quanto no campo da saúde, o cuidado corresponde a uma relação estabelecida entre diferentes atores, em que admitir relações de poder hierarquizadas, significa subverter o saber de uns e sua potência em detrimento do de outros.

Desta forma, o cuidado, para além do tratamento, subentende uma relação entre pessoas ligadas em torno de algo. “Nessa perspectiva, o sujeito a ser cuidado é um interlocutor privilegiado, pois é ele que informa sobre a doença, o sofrimento...” (Furlanetti, 2006, p.59).

A interação que se estabelece entre profissionais e usuários, apesar de deter a marca da hierarquia constituída historicamente, pode se ampliar nas possibilidades de reconhecimento do outro, e na perspectiva de relações de encontros duais.

A perspectiva do cuidado resgata a potência de relações humanizadas, amparadas em vínculos solidários que desfaçam antigas fórmulas ultrapassadas.

Articula-se a essa concepção a clínica ampliada e compartilhada. No curso de mudanças de paradigmas, estabelece-se uma revisão dos fundamentos da clínica do cuidado que se amplia quanto à suas possibilidades de intercessão e atuação.

O conceito de clínica ampliada e compartilhada, que têm em Gastão Wagner um de seus maiores expositores, têm se construído nas experiências de reformulação das práticas em saúde mental. Refere-se à idéia de uma clínica que se amplia, da relação médico x paciente, para diferentes formas de encontro entre usuários e profissionais de saúde, ou usuários e diferentes agentes terapêuticos.

Outros profissionais de saúde passam a ocupar posição nas estratégias de cuidado, não mais baseadas no saber médico. O atravessamento de saberes e práticas dão o tom da nova forma de operar dos processos de reformulação das políticas de saúde mental.

Apesar de tratar-se de processo em construção, esse rumo se opõe ao contexto de medicalização presentes na cultura contemporânea. O campo da saúde mental se destaca neste aspecto, não podendo se afirmar que o modelo de tratamento centrado na figura do médico foi superado, mas os paradigmas que o diferenciam, possibilita experiências muito distintas das tradicionais.

A clínica ampliada introduz ainda a concepção do fazer múltiplo, além da especificidade dos campos profissionais. Produzida e determinada socialmente, a doença recebe intervenção dos múltiplos fatores e atores envolvidos. A intersetorialidade surge recentemente como conceito norteador das práticas de saúde, entendidas diferentes áreas como a justiça, a educação, a cultura como articuladas e parceiras em torno de ações que se compartilham.

A base na clínica ampliada e compartilhada introduz novos mecanismos e modos nos processos de trabalho das equipes de saúde, ao qualificarem e otimizarem as abordagens, pautadas na clínica do sujeito.

Clínica ampliada e cuidado reposicionam o usuário no lugar que ocupa nas dinâmicas dos serviços referenciados aos mesmos e pelo caráter desta ruptura enquanto processo, a absorção e adesão por profissionais destas concepções é um desafio. Já que nem sempre contempladas nas formações, ainda pautadas em modos tradicionais.

O termo acessibilidade permite estabelecer conexões acerca da demanda e oferta de assistência nos serviços. Ultrapassa a lógica do usuário, como consumidor e o serviço como prestador de serviços, como pólos distintos.

Para garantir acessibilidade é necessário pensar nas oportunidades de utilização, que otimizem os objetivos terapêuticos de um serviço. Não se trata do acesso a serviços pela proximidade do ponto de vista geográfico, muitas vezes subentendido em muitas análises no campo da saúde.

Buscar a acessibilidade refere-se a aspectos quanto à organização dos serviços e rotinas de trabalho que facilitem a adequação da oferta ao perfil de demanda, determinado por fatores múltiplos, além do consumo de um produto, previamente estabelecido.

Enquanto acesso se refere em geral à organização hierárquica dos serviços de saúde no território e sua distribuição no espaço geográfico de forma próxima ao usuário, a concepção da acessibilidade ultrapassa esses itens, visando operar formas de funcionamento que contemplem as demandas e ofertas em relação mais qualificadas quanto ao “poder de utilização” dos sistemas de saúde.

O funcionamento dos CAPS sugere a premissa da acessibilidade em seu cotidiano, visto que as demandas remetidas são variadas e as alternativas de oferta são múltiplas e flexíveis, podendo se constituir a partir da mediação entre profissionais e usuários, imbuídos de poder de decisão.

Os processos terapêuticos, construídos nas perspectivas subjetivas dos projetos terapêuticos individuais dos CAPS, possibilitam a adequação de estratégias aos usuários individualmente; anterior à oferta previamente estabelecida de forma fechada para determinadas categorias diagnósticas. E a participação ativa do usuário na definição e percurso terapêutico o aproxima mais do atendimento a demandas individuais, a partir de percepções particulares e não massificadas.

Os serviços de saúde, assentados, no modelo médico hegemônico, também subentendem ofertas pautadas na lógica da interpretação diagnóstica, tratamento e cura, presentes no imaginário social.

Nos processos a serem avaliados, existem dimensões subjetivas e imprecisas, que não serão captadas por esse pequeno pedaço de análise na perspectiva da avaliação em saúde. No entanto, convocada pela necessidade de refletir práticas, para avançar; num cenário de pouca tradição em práticas avaliativas de grande consistência, o desafio, aqui colocado, é o de construir mais um novo início.

## 2 ASSISTÊNCIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PIRAÍ

O município de Piraí está localizado no sul do Estado do Rio de Janeiro, com população de 26.277 habitantes, segundo dados do IBGE (censo de 2010, publicado no Diário Oficial da União em 04/11/2010), e área territorial de 506.4 km. Caracterizado como município de pequeno porte, tem área geográfica extensa para baixa concentração populacional.

O Estado do Rio de Janeiro tem 92 municípios, distribuídos em nove regiões de saúde:

Quadro 3 - Estado do Rio de Janeiro - Regiões de Saúde – área geográfica e população

REGIÃO	População	Área	Densidade Demográfica (hab./km <sup>2</sup> )
Baía da Ilha Grande	231.221	2.080,55	111,13
Baixada Litorânea	636.156	2.695,47	236,01
Centro-Sul Fluminense	316.400	3.218,98	98,29
<b>Médio Paraíba</b>	<b>879.678</b>	<b>6.189,60</b>	<b>142,12</b>
Metropolitana 1	9.851.894	3.440,12	2.863,83
Metropolitana 2	1.912.177	2.712,35	704,99
Noroeste Fluminense	333.799	5.888,43	56,69
Norte Fluminense	788.769	9.215,56	85,59
Serrana	922.268	8.255,01	111,72
Estado do Rio de Janeiro	15.872.362	43.696,05	363,24

Fonte: Caderno de Informações de Saúde – SESDEC-2009 – IBGE população estimada em 2008 – DATASUS

A região do médio Paraíba, conta com doze municípios. Enquanto o maior município da região: Volta Redonda conta com uma área de 182 km quadrados para uma população de 246.210 (IBGE/2.010), as características de densidade demográfica de Piraí imprimem marcas próprias no processo de constituição da rede de saúde.

A implantação dos serviços de saúde no território geográfico, leva em conta a forma de circulação das pessoas e a necessidade de aperfeiçoar o acesso à rede de assistência.

O município é subdividido nos distritos de: Piraí (sede), Vila Monumento, Arrozal e Santanésia. Tem como principais atividades econômicas: agricultura, pecuária, silvicultura, exploração florestal, pesca, indústrias, produção e distribuição de eletricidade, construção civil, comércio e prestação de serviços. (fonte:Wikipédia).

A gestão municipal de saúde de Piraí se caracteriza pela presença da mesma gestora nos últimos doze anos, com a continuidade de certo modo de fazer saúde pública nesse período. Há uma marca de constituição de políticas públicas em saúde de forma gradativa,

que constituiu ao longo dos últimos anos a expansão do número de serviços e do porte da rede de assistência em saúde implantada.

A experiência de Pirai no campo da política pública em saúde é reconhecida por diferentes segmentos quanto ao investimento financeiro e técnico que propiciou avanços significativos, quanto à garantia dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Esta experiência tem visibilidade em diferentes esferas, servindo o curso de avanços nas ações, para a produção de análises em saúde pública, pelo meio acadêmico.

As características do município, quanto ao território geográfico e a distribuição da população no mesmo são relevantes em sua relação com a implantação de rede de assistência em Saúde, principalmente na relação entre o acesso a serviços e sua efetividade.

Além do acesso, a questão da acessibilidade é cogitada no processo de pensar a implantação de serviços e recursos assistenciais que favoreçam a desinstitucionalização, na área de saúde mental.

Nos últimos dez anos houve a consolidação de parcerias e convênios da Secretaria de Saúde do município com o Hospital Flávio Leal, único hospital do município, de natureza filantrópica, atualmente com 90 % de seus leitos conveniados ao SUS.

Apesar de não contar com Unidade Hospitalar própria, a forte parceria com este hospital otimiza articulações para a constituição de ações em rede, inclusive às relativas à área de saúde mental.

Por outro lado, também no processo gradativo de ampliação gradativa de rede de serviços, houve a implantação de Unidades de Saúde em todo o município, a rede de assistência em Saúde de Pirai conta atualmente com 100% de cobertura de Unidades de Saúde da Família, distribuídas da seguinte forma:



Quadro 4 – Unidades de Saúde da Família (unidades credenciadas) de Pirai/RJ, número de famílias e população.

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	Número de famílias cadastradas	Número de habitantes
Centro	1872	5809
Casa Amarela	1279	4000
Arrozal	1869	5809
Varjão	594	1827
Jaqueira	553	1616
Ribeirão das Lajes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caiçaras</li> </ul>	571	1.763
Cacaria <ul style="list-style-type: none"> <li>• Serra do Matoso</li> </ul>	367	1102
Ponte das Laranjeiras	485	1547
Rosa Machado	421	1315
Santanésia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazendinha</li> </ul>	540	1618
TOTAL	8.551	26.406

Fonte: SIAB (Sistema de Informações Ambulatoriais – SUS)

As Unidades desta tabela são as credenciadas junto ao Ministério da Saúde. A maioria com número menor de população adstrita que a recomendação do Ministério (portaria 648 de 28/03/2006). Além destas 10, foram implantadas e funcionam em espaço físico próprio e com equipes próprias, as Unidades de Saúde da Família de: Caiçaras, Serra do Matoso e Fazendinha, a população destas está incluída na Unidade de Saúde credenciada a qual estão vinculadas (ver tabela), para a produção dos dados e informações em Saúde.

Essas informações são fundamentais para análises posteriores referentes à rede de assistência em saúde mental. A implantação do Programa de Saúde da Família, em número de Unidades superior ao preconizado pelo ministério da saúde, quanto ao critério populacional, levou em conta as características do município.

Devido à extensa área geográfica, existem bairros e localidades muito distantes do Centro do município. Como exemplo, a localidade de Serra do Matoso, localiza-se nos limites com o município de Itaguaí, está mais próxima do Centro deste município (Itaguaí) do que do centro de Pirai.

Para um morador de Serra do Matoso se deslocar de sua residência até o Centro de Pirai, onde estão instalados os principais serviços e recursos do município levará, em média, quase duas horas, percorridas em parte de estrada de chão, já que na área rural e em região montanhosa (Serra do Matoso e Serra das Araras); e em parte da rodovia Presidente Dutra.

Diferente dos grandes centros urbanos trata-se de um município de pequeno porte, onde o deslocamento geográfico dos moradores tem características próprias, com transporte coletivo em horários restritos, já que para a cobertura de um número reduzido de moradores de localidades muito distantes.

Assim, um morador de Serra do Matoso, bem como de várias outras localidades de Pirai, terá disponibilidade de ônibus, em poucos horários durante o dia, e caso se desloque até o Centro, passará o dia fora de sua casa para retornar no horário da tarde.

Levando-se ainda em conta, as condições sócio econômicas da população, é preciso em alguns casos, como este, aproximar os serviços da população fisicamente, já que ela não poderá chegar aos serviços na frequência proposta ou esperada. Essa opção representa em geral um aumento nos custos, com o investimento pautado na qualificação da rede de saúde.

Esta característica induziu, por exemplo, a implantação de uma Unidade de Saúde da Família na localidade de Serra do Matoso, para uma população local de cerca de 280 habitantes. A portaria 648 de 28/03/2006 estabelece a constituição de Equipe de Saúde da Família para uma população de no máximo 4.000 habitantes, com média recomendada de 3.000.

Portanto, as referências em dados demográficos e epidemiológicos, com base nas normativas, não podem se configurar como os únicos determinantes na constituição de ações e serviços de saúde.

No caso de Piraí, além de Serra do Matoso, Santanésia, Fazendinha, Cacaria, Caiçara, Arrozal, Varjão e Rosa Machado são localidades em que a população terá dificuldades para a frequência em serviço especializado de atenção diária em CAPS, por exemplo.

Desta forma as características do território, entendido como o lócus onde as pessoas movimentam a vida, determinadas pelos fatores sociais, culturais, econômicos e políticos são considerados na história da implantação da rede de saúde do município, inclusive de saúde mental.

E a implantação e o modo de funcionamento dos serviços, devem levar em consideração essa multiplicidade de determinantes, como desafios, para o cumprimento de seus propósitos básicos.

Além do Hospital e do Programa de Saúde da Família, a rede de saúde implantada, conta com serviços vinculados à média e alta complexidade: um serviço de pronto atendimento 24 horas no bairro de Arrozal: distrito de maior população (mais de 5.000 habitantes) e também distante do Centro da cidade, com acesso através da rodovia presidente Dutra; um Centro de Especialidades; um serviço de fisioterapia e um laboratório, localizados no Centro.

E o CAPS Reviver localizado na área central do município, próximo ao Hospital Flávio Leal, Secretaria Municipal de Saúde, Centro de Especialidades e Unidade de Saúde da Família do Centro.



## **2.1 O Programa de Saúde Mental de Piraí: histórico e caracterização de rede de assistência**

Até o ano de 2005, o município contava com assistência em Saúde Mental voltada para ações ambulatoriais em psiquiatria (Usfs Centro e Arrozal) e psicologia (USFs Centro, Jaqueira e Ponte das Laranjeiras).

Nesta época os recursos humanos disponíveis da Secretaria Municipal de Saúde para esta área eram: 01 médico psiquiatra e um médico clínico e duas psicólogas que realizavam atendimento ambulatorial no Centro de Especialidades da Unidade de Saúde da Família do Centro e duas psicólogas lotadas nas Unidades de Saúde da Família da Jaqueira e da Ponte das Laranjeiras.

Neste mesmo ano foi iniciado o processo de reestruturação das ações de Saúde Mental, que consistiam em processo de implantação de CAPS, controle de porta de entrada para internações psiquiátricas e ações de matriciamento em Saúde Mental na rede de atenção básica.

O CAPS Reviver foi inaugurado em 17 de fevereiro de 2006. É um CAPS 1: modalidade de CAPS que atende as exigências previstas na portaria 336/2004, segundo o porte populacional.

A implantação do CAPS foi estabelecida em paralelo às ações vinculadas ao Hospital Geral e a atenção básica.

### 2.1.1 Controle de porta de entrada para internação psiquiátrica – a articulação com o Hospital Flávio Leal e atenção básica

A reformulação da assistência psiquiátrica no Brasil envolve frentes de ação distintas, porém articuladas. A implantação do novo modelo de assistência indica a necessidade de criação de uma rede de serviços e estratégias que introduzam uma nova clínica, bem como as ações que substituam a internação psiquiátrica enquanto forma de tratamento.

Os CAPS têm como clientela elegível para assistência, os egressos de internação psiquiátrica, já que se propõem a substituir a internação psiquiátrica por serviços de base territorial. Desta forma é necessário intervir na dinâmica estabelecida nos municípios para as internações: seus fluxos e protocolos.

Intervir no fluxo de internações psiquiátricas significa identificar a clientela alvo, interromper o ciclo de internações como única alternativa de cuidado e captar estes usuários para as novas modalidades de intervenção.

Historicamente, as internações nesta área foram foco ao longo dos anos da falta de regulação pelo Estado. Internações psiquiátricas foram realizadas tendo como base a lógica de exclusão social de cidadãos em detrimento da avaliação clínica e indicação de um procedimento em saúde.

Dentre o conjunto de portarias que fomentam a reformulação do modelo de assistência em saúde mental, a portaria n.251 de 31/01/2002 do ministério da saúde que trata das normas e diretrizes para a assistência hospitalar em psiquiatria acerca do controle de porta de entrada em saúde mental estabelece:

“Art. 8º - Determinar que é atribuição intransferível do gestor local do Sistema Único de Saúde estabelecer o limite das internações em psiquiatria e o controle da porta de entrada das internações hospitalares, estabelecendo instrumentos e mecanismos específicos e resolutivos de atendimento nas situações de urgência/emergência, preferencialmente em serviços extra-hospitalares ou na rede hospitalar não especializada.”

Como em vários municípios do Brasil, não havia em Piraí o controle do fluxo de encaminhamento para internações psiquiátricas e seu monitoramento.

O município não sedia em seu território Hospital especializado em psiquiatria. As internações psiquiátricas são realizadas em hospital psiquiátrico privado, com leitos conveniados ao SUS fora do município. Como fruto de processos de regulação de internações

psiquiátricas no estado do Rio de Janeiro, cada município está referenciado a um Hospital Psiquiátrico para a realização de internações nesta área.

A referência para internação psiquiátrica do município de Pirai é atualmente a Casa de Saúde São José, Hospital Psiquiátrico localizado no distrito de Cananéia, no município de Vassouras/RJ.

Na época em que o controle do fluxo de internações pelo gestor local não estava estabelecido, o paciente residente em Pirai que apresentasse alterações de saúde, que sugerissem a indicação de internação psiquiátrica era encaminhado ao Hospital Psiquiátrico, com a emissão de AIH (Autorização de Internação Psiquiátrica) emitida por qualquer médico da rede de assistência em saúde, podendo ter origem no Hospital, no serviço de pronto atendimento de Arrozal ou em Unidade Básica de Saúde.

Em documento constituído e negociado entre a Coordenação Municipal de Saúde Mental, a Secretaria Municipal de Saúde, o Hospital Flávio Leal e as Unidades de Saúde da Família, ficou estabelecido a partir do ano de 2005, o protocolo para internações psiquiátricas no município:

- O encaminhamento de pacientes em Pirai, para internação psiquiátrica, seria realizado através do Hospital Flávio Leal, ou do CAPS, a partir de sua inauguração. Ficando inviabilizada a internação psiquiátrica oriunda de outras Unidades de Saúde.
- Estaria assim, centralizada a origem do encaminhamento de pacientes para internação psiquiátrica no Hospital Geral e na Unidade de Saúde Mental, unidades de referência para o atendimento à crise.
- Além da pactuação entre os serviços, esta ação pôde ser monitorada através do controle Coordenação Municipal de Saúde Mental na Secretaria Municipal de Saúde das AIHs emitidas e pagas, podendo ser avaliada sua origem e o serviço e profissional responsável por sua emissão.
- A internação realizada através do Hospital Flávio Leal, teria como pré-requisito a avaliação conjunta do paciente, pela Equipe do Hospital Geral e pela Equipe municipal de Saúde Mental.
- Para cobertura de todas as intercorrências de Saúde Mental no Hospital, a Equipe de Saúde Mental passou a estar disponível no horário de funcionamento de serviços de 2ª a 6ª feira durante o dia, e a noite e nos finais de semana, através de sobreaviso, com a Equipe do Hospital acessando a Equipe de Saúde Mental, quando necessário.
- Este modo de funcionamento acontece até hoje. Como houve redução significativa do número de internações psiquiátricas e a qualificação do atendimento pela Equipe do Hospital

Flávio Leal, o contato pela Equipe do Hospital Geral para avaliação de intercorrências acontece durante a semana em contato com o CAPS, e raramente fora do horário de funcionamento da Unidade.

Essa organização foi estabelecida no sentido de qualificar o atendimento à crise em saúde mental no município. O atendimento realizado por diferentes unidades contribuía, de certa forma, para o encaminhamento de pacientes para internação psiquiátrica, por fatores múltiplos, por vezes diversos da indicação de um procedimento em saúde derivada de uma avaliação clínica.

O manejo da crise pela Equipe de Saúde Mental, realizada conjuntamente com o Hospital possibilitou a redução gradativa das internações psiquiátricas no município, pela captação dos pacientes nessas situações para assistência no CAPS.

O controle da emissão de AIHs, para o monitoramento possibilitou ainda, a identificação de usuários com frequentes reinternações psiquiátricas. Estes usuários, residentes em Hospital psiquiátrico, que não eram mais avaliados para a internação, já que reinternados compulsoriamente em Hospitais da região, passaram a ser identificados e acompanhados pela rede de assistência do município.

Atualmente não há pacientes residentes em Hospital Psiquiátrico, com AIHs emitidas e pagas pelo município. As internações psiquiátricas realizadas ainda se referem a quadros, cuja agudização clínica associada à vulnerabilidade social expõe o usuário a situações de risco, não absorvidas em 100% dos casos pelos recursos extra hospitalares. Porém o procedimento é transitório, permanecendo o paciente internado cerca de 45 dias e retornando ao município.



Quadro 5 – Série Histórica de internação psiquiátrica de usuários residentes em Pirai

Ano de internação	Número de usuários internados com AIH emitida e paga pelo município
2001	106
2002	84
2003	68
2004	40
2005	79
2006	52
2007	20
2008	23 *
2009	15 *
2010	23 *
2011 (até setembro)	05

Fonte: DATASUS

Morbidade Hospitalar do SUS – por local de residência – Rio de Janeiro

Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

Nos anos de 2008 a 2010 foram utilizados leitos de internação de curta permanência em Hospital Geral no município de Valença. Apesar de referirem-se a internações em média de 48 horas, esses procedimentos foram incluídos na informação de internação psiquiátrica geral do município. O número de internações em Hospital Psiquiátrico nestes anos é de: 2008 (13), 2009 (12), e 2010 (09).

A partir de 2011 os leitos de curta permanência do município de Valença deixaram de ser utilizados. O fato da rede de assistência extra hospitalar ainda não ter impedido completamente a utilização da internação psiquiátrica será analisada posteriormente neste trabalho.

A ação de controle de porta de entrada envolve também o Programa de Saúde da Família, que identifica mais prontamente as situações de crise, pela presença dos serviços no território, em contato próximo com a comunidade, através das Equipes de Saúde da Família, o que agiliza a identificação de situações que demandem intervenção de urgência.

O envolvimento da atenção básica, hospitalar e especializada, potencializa, nesse caso, a apropriação acerca do novo modo de funcionamento pelos profissionais da rede de saúde, não apenas os da área de saúde mental.

A reorientação do modelo de assistência em Saúde Mental pode parecer clara, do ponto de vista dos técnicos desta área com base em seus referenciais técnico-conceituais. Observa-se, no entanto, que a lógica da exclusão através da internação psiquiátrica, está presente ainda, no imaginário social, inclusive de profissionais de saúde de todas as áreas.

O envolvimento de profissionais do Hospital geral e saúde da família no manejo de situações de crise convoca os mesmos a rotineiramente se apropriarem da nova lógica de cuidado.

### 2.1.2 Ações de saúde mental na atenção básica

Conforme mencionado, no início da reorientação do modelo de assistência em Saúde Mental em Piraí, alguns profissionais de psicologia e psiquiatria que executavam as ações ambulatoriais no município nesta área, atendiam em Unidades de Saúde da Família.

Com o processo de constituição do CAPS, estes profissionais foram centralizados na Unidade de Saúde do Centro e foram posteriormente lotados no CAPS Reviver, a partir de sua inauguração. Mas permaneceram com parte de sua jornada de trabalho atuando em Unidades de Saúde da Família, como estratégia de garantia de acesso e acessibilidade.

Houve aumento no número de profissionais de Saúde Mental, através de concurso público no ano de 2009. E atualmente os profissionais lotados em Unidades de Saúde da Família são os seguintes:

- Unidade de Saúde da Família de Arrozal:

01 psicóloga: referência para matriciamento em saúde mental e oficina terapêutica em funcionamento nesta Unidade. (um dia por semana).

01 psicóloga: referência para ambulatório de adultos (um dia por semana).

01 psicóloga: referência para ambulatório de crianças e adolescentes (um dia por semana).

01 psiquiatra: referência para ambulatório de psiquiatria (dois dias na semana)

- Esta Unidade se difere das outras quanto à presença de profissionais de Saúde Mental determinada por uma característica específica: trata-se de Unidade de Saúde da Família distante do Centro de Piraí com população de mais de 5.000 habitantes. Os profissionais foram deslocados em maior número para esta Unidade e alguns especificamente para ambulatórios, para otimizar o acesso à assistência.

- Unidade de Saúde da Família de Casa Amarela:

01 profissional de psicologia (01 dia da semana)

- Unidade de Saúde do Varjão:

01 profissional de psicologia (01 dia da semana)

- Unidade de Saúde de Ponte das Laranjeiras:

01 profissional de psicologia (01 dia da semana)

- Unidade de Saúde de Caiçaras:

01 profissional de psicologia (01 dia da semana)

Os profissionais de psicologia funcionam como referência para as ações desta área para as equipes de saúde da família e comunidade. O objetivo é qualificar o atendimento a clientela alvo, através da abordagem no território junto às equipes de atenção básica.

Persiste, em parte, a demanda recorrente dos profissionais da rede de atenção básica por atendimentos ambulatoriais dos profissionais de saúde mental. No entanto, a presença dos profissionais na Unidade de Saúde da Família potencializa o atendimento à diversidade de clientela, facilitando sua captação para assistência em CAPS quando necessário, e sua abordagem multiprofissional no próprio território de modos diversos.

Constitui-se uma constante interlocução dos saberes e práticas desses dois campos, que atravessado por inúmeras dificuldades, é um processo necessário, e em construção.

Sendo ambos, campos densos de práticas e saberes em processo de construção recente, baseados na reforma psiquiátrica e na reforma sanitária, a Saúde Mental e a Saúde da Família contam com princípios convergentes referentes à visão mais ampla de saúde e doença como processos, o cuidado como projeto de intervenção, tendo como base os determinantes sociais para além dos paradigmas da medicina clássica.

O campo da Saúde Mental tem como pilar o questionamento do Hospital Psiquiátrico, e a desmontagem de um modelo anterior de assistência com a proposta de ruptura mais radical referida a extinção do Hospital Especializado como meta.

O Programa de Saúde da Família tem como norte a qualificação de uma rede de assistência que continuará contando com o Hospital Geral como dispositivo, porém focará a aproximação aos modos de vida da população e suas relações com o processo saúde X doença.

Apesar de, ter cada um, um percurso em construção, o atravessamento destes campos é necessário, mas complexo em suas possibilidades de intercessão.

Uma das alternativas regulada através de normativa em 2008 para esta intercessão é o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). O município de Piraí, conta com equipe de NASF 1, credenciado, em funcionamento, com profissional de Saúde Mental incluído na Equipe. O profissional de psicologia atua no sentido de coordenar as ações de matriciamento já em andamento através da Equipe de Saúde Mental.

Cabe mencionar que o NASF 1 de Piraí, foi constituído segundo os critérios ministeriais, quanto ao porte populacional. Ainda segundo a portaria que regula os NASFs, o profissional de Saúde Mental estaria referenciado a de 9 a 15 Unidades de Saúde da Família. (Portaria GM n.154 de 24/01/2008).

Apontado, como possível solução para o suporte das diferentes áreas ao Programa de Saúde da Família, no caso da Saúde Mental a diversidade e o volume de demanda são, possivelmente incompatíveis, com o número de profissionais previstos em portaria, no caso da Saúde Mental (mínimo de 01 profissional) para a cobertura de várias Unidades de Saúde.

Ainda que a função do matriciamento não esteja referida à assistência direta, a complexidade de ações, as quais estão relacionados os NASFs, deixa claro que, por tratar-se de dispositivo recente e em processo de consolidação, não há mecanismos de avaliação que configurem a real e adequada necessidade de recursos humanos para o cumprimento da proposta.

Uma análise necessária, quanto aos NASFs é que, assim como os CAPS, apesar de ter como base propostas de matriciamento e ordenação de ações, não têm como objetivo substituir a execução de ações ambulatoriais.

Porém caberia analisar se é suficiente a rede ambulatorial onde se inserem e se as propostas de novos modos de produzir saúde não mascaram a carência na oferta de estratégias, que no mínimo a demanda a esses dispositivos sugere.

Importante ainda, avaliar, que apesar da cronificação que se constitui no processo de produção de cuidado nos CAPS, determinada por diversos fatores, não é possível desvalorizar a história deste dispositivo e suas potências.

A experiência de muitos CAPS, pautada nas discussões permanentes de Equipe, na interdisciplinaridade, na intersetorialidade e na clínica ampliada, talvez ainda não tenham avançado na mesma dimensão, na estratégia de saúde da família, de forma consistente.

A idéia de descentralização das ações de saúde mental através da Saúde da Família, talvez seja uma potente forma de revitalização no curso das ações, no entanto esses rumos não devem desconsiderar o CAPS como dispositivos fundamentais e estratégicos.

Talvez alguns equívocos se estabeleçam no abandono do antigo, pelo novo, como se fosse necessário o privilégio de alguns focos de ação em detrimento de outros, sem análise prévia consistente.

Um provável equívoco no percurso da implantação do modelo substitutivo em saúde mental é o nascimento dos CAPS, deixando de lado a necessidade de qualificação das ações ambulatoriais em saúde mental.

Alguns municípios abdicaram da oferta de ações ambulatoriais, ao implantar sua rede de CAPS. Certo privilégio à população oriunda dos hospícios desconsidera patologias como a depressão e a ansiedade, presentes no cotidiano das cidades de forma cada vez mais freqüente. Assim como os novos dispositivos, os ambulatórios requerem qualificação, através de formulações e ações específicas.

Da mesma forma, a perspectiva da atenção básica como nova potência para as ações de saúde mental, não podem se tornar a grande nova prioridade, descartando a proposta dos CAPS bem como a dos ambulatórios, ainda mal definida. É necessário, sem dúvida, melhorar

os serviços substitutivos, principalmente através de processos de avaliação e qualificação ainda incipientes, e não descartá-los.

A maior vantagem da ação na Estratégia de Saúde da Família é a aproximação maior das questões próprias de cada comunidade e suas características e das famílias, como foco privilegiado de intervenção.

A descentralização de ações surge com força na pauta do cotidiano. No entanto a aproximação física, não produz efeitos significativos, quando da não apropriação de novos modos de funcionamento baseados em novos paradigmas.

A implantação de rede assistencial ampla, com boa disponibilidade dos serviços programados é realidade em Pirai. O desafio está na consolidação dos avanços para além das estruturas pesadas. O CAPS funcionando de forma diversa dos antigos ambulatórios, a Unidade de Saúde da Família de forma distinta das unidades básicas de saúde.

### 2.1.3 O CAPS Reviver

A unidade de saúde CAPS Reviver, foi inaugurada em 17 de fevereiro de 2006. É um CAPS 1 (Centro de Atenção Psicossocial) para municípios com população entre 20 e 70.000 habitantes.

De acordo com a portaria 224/92 as principais atribuições do CAPS 1, são:

- responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados do território.
- regular a porta de entrada da rede assistencial
- supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, e serviços e programas de saúde mental do território.
- manter cadastro atualizado de pacientes que utilizam medicamentos essenciais na área de saúde mental e
- coordenar atividades de supervisão de hospital psiquiátrico no território, sob delegação do gestor local.

As atribuições estabelecidas em portaria caracterizam o CAPS 1 como um serviço de saúde mental responsável por ações que não se restringem à assistência direta a pacientes. Detendo o papel de ordenador de ações de saúde mental, ampliando sua ação para uma forma específica de funcionamento, diferente da tradicional, com relação direta com a proposta de uma nova clínica, típica deste campo.

A implantação do CAPS Reviver foi gestada no PSF Centro, onde houve a concentração dos recursos humanos disponíveis em saúde mental no município e a construção das ações que redirecionavam o modelo de assistência.

Os usuários em assistência foram envolvidos no processo de discussão, acerca da constituição do serviço e das novas propostas de intervenção. O nome da Unidade: Reviver, foi escolhido por um usuário, após votação em uma das reuniões envolvendo usuários e profissionais.

Este processo envolvia a discussão das ações, cercada de expectativas por parte de profissionais e usuários acerca de novos rumos na assistência.

A região do médio Paraíba conta com os seguintes serviços substitutivos:

Quadro 6 – Número de CAPS por município, região do Médio Paraíba - RJ

Município	Número de CAPS
Itatiaia	01
Resende	03
Porto Real	*01
Quatis	-
Barra Mansa	03
Volta Redonda	05
Rio Claro	-
Pinheiral	01
Piraí	01
Barra do Piraí	01
Rio das Flores	-
Valença	01
Total	16

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental – Ministério da Saúde

Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=925](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925)

Os municípios de Porto Real e Quatis têm CAPS consorciado, sediado em Porto Real, mas referência para os dois municípios. Os municípios de Rio Claro e Rio das Flores possuem população abaixo de 20.000 habitantes, e não possuem CAPS.

Na época de sua implantação, o CAPS era um dispositivo relativamente conhecido, já estabelecido na região. A escolha do local onde a Unidade funciona, levou em conta um bairro central, que facilitasse a movimentação, tanto de usuários quanto da equipe para o funcionamento.

Desde o começo, dadas às características de distribuição geográficas da população já mencionadas, estava claro, que a permanência e qualificação gradativa de ações na atenção básica em paralelo a implantação do CAPS, seriam fundamentais.

Pelas características do município já mencionadas, quanto à implantação das Unidades de Saúde da Família, uma parte da população teria dificuldade de deslocamento ao serviço para assistência, e a demanda por intervenções em saúde mental, convocaria a equipe ao deslocamento rotineiro a diferentes localidades, pela intenção de uma clínica nova de modos de se estabelecer diversificados e como forma de garantir a acessibilidade.



Como na maioria dos municípios de pequeno porte, os recursos humanos em saúde mental em atuação nos ambulatórios, foram redirecionados para atuação no CAPS. Foi mantida a atuação nas Unidades de Saúde da Família, mas não houve a manutenção do ambulatório em funcionamento da Unidade de Saúde do Centro.

A implantação de um CAPS demanda o investimento financeiro, no fomento: à contratação de Equipe mínima prevista em portaria, imóvel, alimentação para os usuários em atenção intensiva, compra de material permanente adequado às modalidades de atendimento (oficinas terapêuticas, grupos, etc.), garantia de fornecimento de medicamentos essenciais e manutenção de material para a manutenção das atividades.

O CAPS Reviver foi constituído, como outros, com a concentração dos recursos disponíveis para sua consolidação e o atendimento ambulatorial em saúde mental foi transferido para a mesma unidade, com diferenciação do espaço físico na Unidade para os diferentes tipos de atendimento.

A Unidade conta com dois andares, e espaço externo em que são organizados os espaços físicos para as diferentes clientelas.

A diversidade de demanda endereçada à unidade desde sua inauguração, motivou a ampliação gradativa da equipe ao longo dos anos, e adequações no funcionamento, referentes às diferentes formas de intervenção.

Está presente, no cotidiano do CAPS1 uma diversidade de formas de fazer, referentes a frentes de ação referentes a clientelas diversas e problemáticas específicas. Que podem ser distintas no aspecto da assistência direta a que os CAPS se propõem e a sua função de ordenador de ações no território.

Tomando por base, essas duas funções, com base no registro de reuniões de Equipe do CAPS Reviver, algumas atividades podem ser enumeradas:

1- Atividades voltadas para assistência direta a usuários:

- atendimentos em diferentes modalidades: atenção intensiva, semi-intensiva ou não intensiva.

\* Atenção intensiva:

- Avaliação e visita hospitalar no Hospital Geral.

- Avaliação e visita hospitalar a pacientes internados em Hospital Psiquiátrico.

- Visitas domiciliares para avaliação inicial de novos usuários e visitas domiciliares a usuários que freqüentam o serviço, por demanda dos mesmos ou de terceiros (família, comunidade, serviços).

- Consultas em psiquiatria e psicologia.

- Convivência
- Oficinas terapêuticas: pintura em madeira, tapeçaria, mosaico, oficina digital, arte e expressão.
- Rodas de terapia comunitária.
- Grupos de familiares.
- \* Atendimento semi-intensivos e não intensivo
- Consultas em psiquiatria e psicologia
- Grupos Terapêuticos
- Visitas domiciliares e hospitalares.

## 2- Atividades indiretas

- Reuniões e intervenções compartilhadas com diferentes setores referentes a casos clínicos ou a pautas referentes à Saúde Mental:
- Reuniões regulares de Equipe Técnica da Unidade
- Hospital Flávio Leal
- Unidades de Saúde da Família
- Conselho Tutelar, Conselho do Idoso, Conselho Municipal de Saúde.
- Secretaria de Educação e Escolas Municipais.
- APAE
- Judiciário Municipal: promotoria de justiça
- Judiciário Municipal: equipe técnica do judiciário (psicóloga e assistente social)
- Secretaria de Ação Social
- CRASS (Centro de Referência da Assistência Social)
- CREAS (Centro de Referência especializada da assistência social)

As atividades mencionadas, planejadas e executadas pela equipe do CAPS, remontam às propostas de reformulação da clínica que neste campo remetem a alguns temas: os projetos terapêuticos individuais e a clínica ampliada e compartilhada.

As críticas a modelos de tratamento em saúde mental, que originaram os CAPS, redimensionam a idéia do usuário no lugar de sujeito, sob a influência do saber psicanalítico, na tentativa de superação do usuário como objeto, visto anteriormente como o depositário do negativo da desrazão, tendo sua vivência singular capturada pela leitura médica dos sinais e sintomas e sua perspectiva de enclausuramento no diagnóstico e suas possibilidades de tratamento.

Esse olhar, diferenciado do antigo e tradicional, pretende resgatar ainda a cidadania dos usuários do sistema de saúde, e no caso da saúde mental, de forma incisiva no resgate de direitos, violados em seu percurso de vida, incluindo direitos civis básicos, como a documentação: registro civil e outros, convivência familiar e comunitária, escolarização, inserção no mercado trabalho, dentre muitos outros.

Tem impacto direto na forma de fazer que se estabelece nos CAPS, convocando ao privilégio do usuário como ator, no sentido de evitar a massificação de estratégias terapêuticas e seu previsto fracasso ao desconsiderar a singularidade.

Cabendo destacar ainda, que apesar da crítica que originou tal formulação remeter ao antigo manicômio e de certa forma ao paciente grave, em sua grande parte ao sujeito psicótico; essa forma de operar se refere a toda a clientela da saúde mental, inclusive a classificada em alguns momentos como ambulatorial.

A nova clínica inaugurada demonstrava a insuficiência das práticas e saberes médicos no tratamento à doença mental. A inserção de diferentes profissionais nas equipes de assistência trouxe: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, dentre outros para a base da assistência de caráter multiprofissional.

As formas de cuidado, superaram as consultas tradicionais, para as estratégias grupais, as oficinas terapêuticas, a convivência diária, as atividades externas como passeios e encontros, dando uma conotação variada ao processo de cuidado.

Por outro lado a idéia da clínica compartilhada, que se exerce através de múltiplos recursos, que não só os dos encontros entre usuários e profissionais. Trazendo o importante debate da intersetorialidade e da corresponsabilização, no fomento às relações sociais, entre usuários e familiares, entre usuários e instituições com suas interferências no processo de adoecimento.

A relação entre a descrição das atividades executadas no CAPS Reviver e essas discussões aponta para a necessidade de novas avaliações sob o ponto de vista de novos paradigmas clínicos. O planejamento e a programação em saúde, ainda se estabelecendo nos CAPS, levam em conta referenciais epidemiológicos e geográficos para a diferenciação quanto a modalidades de serviços.

Do ponto de vista da gestão, no entanto as formas de operar cuidado, numa Unidade de Saúde, dizem também respeito à sua estruturação do ponto de vista dos recursos disponíveis para a execução de ações.

O CAPS Reviver teve sua Equipe gradativamente aumentada ao longo dos anos, e ainda trabalha com a necessidade de ampliação de equipe técnica, tanto no CAPS, quanto na

rede de atenção básica, numa dimensão muito superior à preconizada em portaria (portaria 336/2002).

O CAPS está dividido em áreas de atenção, como resposta a diversidade de clientela referenciada a uma única unidade, levando-se em conta que não há em municípios pequenos, serviço de referência para abuso e dependência de substâncias químicas (os CAPSad dos municípios maiores) ou para infância e adolescência (os CAPSis também para municípios maiores).

Assim, do ponto de vista de sua estrutura para oferta de assistência direta e indireta, estão divididos os seguintes setores:

- 1- ATENÇÃO INTENSIVA (Transtornos mentais graves/ adultos)
  - 02 psicólogas
  - 02 enfermeiros
  - 01 técnico de enfermagem
  - 01 psiquiatra
  - 03 oficineiros (um dia da semana cada um)
- 2- ATENÇÃO INTENSIVA (Transtornos mentais decorrentes do abuso de substâncias químicas)
  - 02 psicólogas
  - 01 psiquiatra
  - 01 profissional de apoio em dependência química
- 3- AMBULATÓRIO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES
  - 02 psicólogas
  - 01 psiquiatra de referência
  - Os atendimentos do ambulatorios de crianças e adolescentes em psicologia são realizados no centro de especialidades da Unidade de Saúde da Família do Centro, próxima ao CAPS.
- 4- AMBULATÓRIO DE ADULTOS
  - 02 psicólogas
  - 02 psiquiatras

Vinculada a idéia de uma clínica diferenciada, e do CAPS funcionando de forma diferente da tradicional, apesar da distribuição mínima e necessária dos profissionais em áreas específicas, está caracterizada, entretanto, uma flexibilidade nesse contexto.

Desta forma, alguns arranjos se estabelecem: os quatro psiquiatras lotados no CAPS Reviver, cobrem os 05 dias da semana na Unidade, e assim, podem avaliar um usuário do serviço na emergência do Hospital Geral, mesmo que não seja de sua referência de clientela.

As freqüentes convocações externas para suporte da Equipe de Saúde Mental pela comunidade podem ser executadas por diferentes membros da Equipe de acordo com a disponibilidade muitas vezes imediata, independente de tratar-se de usuários de área de assistência específica.

Assim um profissional de enfermagem ou psicologia, da atenção intensiva de adultos, pode mediar uma intercorrência envolvendo um usuário da área de álcool e drogas ou uma criança ou adolescente.

Essa forma de funcionar desde o início traduz a superação da Unidade de Saúde Mental meramente como mais um serviço de saúde, mas na visão mais ampla que os rumos da nova clínica apontam:

“O CAPS, o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental. Neste sentido, não se limita ou se esgota na implantação de um serviço. O CAPS é meio, é caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores.” (Yasui, 2006, p.115).

Assim, a análise aqui proposta tem por base essa noção de CAPS, para além de um serviço de referência para atendimento em saúde mental, mas na referência as ações de saúde mental no município, em sua dimensão ampla no território.

A vinculação de todos os profissionais da equipe de saúde mental do município ao CAPS, de alguma forma, seguiu essa lógica. Levando-se em conta o déficit na formação profissional voltada para novas propostas de assistência em saúde, tal vinculação potencializa ainda a inserção de qualquer profissional da rede municipal de saúde mental no processo de discussão permanente pautado pelo novo paradigma com potência formadora inegável.

A manutenção de profissionais isolados num ambulatório distinto, foi pauta de várias reuniões de equipe. De certa forma, não se instituiu, por determinantes organizacionais e considerados os riscos de fragmentação de ações com um norte central.

Não sendo esse norte a cristalização de um modelo, mas a possibilidade de manutenção das discussões e construção coletiva das práticas, que a rotina dos serviços isolados não contribui para operacionalizar.

A descrição do CAPS Reviver, e sua forma de funcionamento destaca uma forma de operar em saúde pública, com propósitos distintos dos estabelecidos correntemente. Um CAPS não é um serviço de saúde onde o médico atende e medica, o psicólogo realiza psicoterapia, as equipes de enfermagem administram cuidados e etc.

E não é também a presença de dispositivos de assistência diversificados como a convivência e as oficinas terapêuticas que o distingue. Um CAPS pode oferecer distintas modalidades terapêuticas, centradas em lógica de tratamento tradicionais.

São as perspectivas de balizadores diferenciados como a clínica ampliada e compartilhada, o projeto terapêutico individualizado, e a idéia de cuidado opondo-se a lógica do “tratamento” que operam diferenças.

E só há garantias para a manutenção deste processo com suas características, desde que considerado como construção, invenção e reinvenção cotidiana. Sem a finalidade de fechamento na fórmula ideal ou perfeita.

Essa garantia, só é possível, através dos espaços pontuais e regulares de discussão nas reuniões de equipe, e nos encontros horizontalizados entre usuários e profissionais, porque só a prática refletida e operada coletivamente pode sustentar o tamanho dos desafios.

### **3 ANÁLISE DA DEMANDA E OFERTA DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO CAPS REVIVER**

#### **3.1 A avaliação em saúde no campo da saúde mental**

O campo da avaliação de redes assistenciais em saúde introduz discussões que fomentam sua gradativa qualificação. Para Mattos (2007), a integralidade, quando referida à organização de serviços de saúde: “envolve o esforço de construir arranjos de práticas dentro de um serviço, assim como o arranjo dos serviços de modo que estes produzam integralidade.” (Mattos, 2007, p.02).

As inovações, relativamente recentes, no campo da assistência em saúde mental no Brasil, produziram material teórico extenso para um contexto complexo. A produção se refere aos dispositivos de assistência, do ponto de vista da nova clínica, o trabalho em equipe e a muitos tantos temas que a forma inédita de fazer saúde inaugurou neste campo.

Não houve, em paralelo, no entanto a produção consistente de avaliação em saúde voltada para a área da saúde mental. Apesar de sua potência, na implementação da política pública pautada em paradigmas inovadores e renovadores, a complexidade deste processo e sua pluralidade não coincidiram com o estabelecimento da sistematização de processos avaliativos dos novos serviços.

As reuniões de Equipe técnica, as assembléias de usuários e profissionais, os fóruns de debate ampliados, muito típicos do cotidiano da área, podem ser vistos, como a marca da avaliação, se vinculada esta a idéia de um processo contínuo de formulação e reformulação das práticas. No entanto não há registros consistentes ou a consolidação de informações dos mesmos, seu conteúdo e seu impacto na assistência.

Apesar de instrumentos potentes de avaliação do processo, algumas propriedades deste campo produziram mudanças tecnológicas radicais em experiências pontuais, sobre as quais os atores têm muito que contar, sem que se produza a devida visibilidade. Muitas práticas em saúde mental são riquíssimas do ponto de vista dos relatos orais de seus atores e ínfimas do ponto de vista de seus registros.

Um fator determinante nesse caso se refere às bases do movimento da reforma psiquiátrica, que em sua crítica a modelos anteriores, previa uma forma de fazer alheia a objetivação de fenômenos em contraponto à subjetivação das formas de cuidado.

Amarante (2007) problematiza a questão da avaliação em Saúde Mental, sinalizando para a ausência da tradição de práticas avaliativas nesta área, propondo a prática da avaliação complexa que considere a transição paradigmática neste campo. Superando o modelo histórico de avaliação psiquiátrica e de mensuração diagnóstica e psicopatológica.

Tarefa difícil, dada a densidade de seu objeto, porém imprescindível, se considerada a necessidade de consolidação de práticas tão potentes.

O processo recente de implementação, no Brasil de mais de 1.500 CAPS nos últimos 20 anos demonstra de certa forma o lugar que as políticas substitutivas ocuparam com força, apesar das controvérsias envolvidas no processo.

Se os serviços substitutivos se estabeleceram, motivados por diferentes fatores e contextos, é porque de certa forma, o campo da saúde mental clamava por reformas com vistas ao cenário do tratamento público ofertado nos manicômios em suas formas desumanas e inefetivas.

No entanto, ao longo dos anos de sua implementação, as políticas não foram objeto de avaliações que contemplassem os novos paradigmas e sua efetivação. A descrição do CAPS Reviver, aqui estabelecida, ilustra alguns aspectos de seu modo de funcionar. E a pergunta aqui formulada é se esse funcionamento é consonante com a desinstitucionalização? Rompe em que medida com os antigos modelos?

Pergunta com inúmeras lacunas, a descrição das atividades, no caso deste CAPS, já convoca para algumas necessidades do ponto de vista da avaliação: como operam as equipes quanto à densidade de atributos de um CAPS, que vai além da prestação de assistência direta, por meio de consultas?

Essa pergunta sinaliza, inclusive para uma pluralidade de estratégias estabelecidas a partir de uma Unidade de Saúde, não dimensionada. Não há, por exemplo, descrição de procedimentos nos Sistemas de Informação do SUS, para boa parte das situações de intervenção atípicas que se exercem no CAPS.

Portanto, assim como não estão instituídos instrumentos eficazes de avaliação, a sobrecarga está em pauta, e pode ser vista como despotencializadora do registro das múltiplas experiências desenvolvidas. “as dificuldades são maiores neste ou naquele serviço, mas há um sentimento compartilhado de que todos os serviços estão sendo extremamente exigidos”. (Bezerra Jr. 2004, p.03)

O CAPS de Pirai estabeleceu desde o ano de 2006 dentre outras ações a experiência do acompanhamento das intercorrências de saúde mental no Hospital Geral, de forma



sistemática, no processo de controle de porta de entrada para internações psiquiátricas e na qualificação do atendimento à crise.

Os registros de reunião de Equipe informam estas intervenções, o caderno de plantão da Unidade, e os prontuários também. Há registro, por exemplo, do atendimento de 03 casos de tentativa de suicídio numa mesma semana, pela equipe de saúde mental. Nesse caso específico, inclusive o atendimento a 100% dos casos de tentativa de suicídio pela equipe de saúde mental, reduziu ao longo dos anos o número de óbitos por suicídio no município.

No entanto, não há registro fidedigno das avaliações realizadas à crise no Hospital Flávio Leal, sabe-se que contemplaram mais de 90% dos casos aproximadamente, pela regularidade estabelecida na execução da ação, pela captação rotineira de usuários para atenção extra hospitalar, pela redução substancial do número de internações psiquiátricas fora do município.

Mas não há registros sistematizados que descrevam o número exato de casos atendidos, o perfil da clientela, os encaminhamentos e etc. Trata-se de uma ação estratégica, consolidada na ocupação do espaço hospitalar pelo profissional de saúde mental, e em muitas situações, pelo profissional não médico.

Alvo de entraves e conquistas, já que estabelecida no embate às formas tradicionais de olhar sobre o usuário de saúde mental, e as formas de encaminhamentos anteriores, pautadas na medicalização e na segregação. Que poderia contar com formas mais adequadas de registro que lhe dessem visibilidade melhor para sua melhor avaliação.

Esse é um dos exemplos do contexto das ações da clínica ampliada em saúde mental. Os prontuários de saúde mental são foco corrente de pauta de discussão pelas equipes dos CAPS, vistos na área da saúde, como fonte primária de registro de assistência não contemplam as múltiplas formas de fazer, e por outro lado têm seu preenchimento em geral restrito a informações breves, sob a pressão do volume da rotina de assistência.

O SISCAPS (Sistema de Informação do CAPS Reviver) foi criado, no bojo destas discussões pela equipe de saúde mental. Cabe registrar que os instrumentos padronizados e disponíveis para o registro de informações do ministério da saúde, não contemplam os procedimentos e serviços diversificados na saúde mental.

O SISCAPS elaborado e implantado pela equipe do setor de informática da Secretaria Municipal de Saúde de Pirai e pela equipe do CAPS Reviver, explorado neste trabalho, junto à pesquisa documental, é uma tentativa do início do desenvolvimento de instrumentos de registro de produção de cuidados que demonstre melhor o que é o CAPS.

Está claro, que baseado em processos complexos, a avaliação dos CAPS e das redes municipais de assistência em saúde mental deviam ser objeto de ampla análise para seu estabelecimento.

Por um lado deveriam visar os distintos atores envolvidos no processo, incluindo usuários, familiares, profissionais, gestores e comunidade. Com a proposta de construção plural, sua avaliação deveria contemplar a coletividade.

Apesar de ter sido mencionada a precariedade dos registros referentes à assistência, um espectro maior de analisadores poderia ser pensado, para contemplar a diversidade das inovações do modo de fazer.

Mais do que instrumento, de apropriação por lógicas aprisionadoras a avaliação dos CAPS, convoca ao fortalecimento de sua proposta original. Não é possível desconsiderar os avanços, em função dos retrocessos. E se não há instrumentos que os esclareça, não é possível desconsiderar a potência original da proposta e o que se construiu a partir dela, nem sempre de forma duvidosa.

O eixo específico, utilizado neste trabalho, será a análise de demanda e oferta de assistência, a partir da experiência concreta de produção de cuidado no CAPS. Para a leitura deste cenário, em contraponto com os pressupostos da desinstitucionalização e da integralidade.

Apesar de utilizar informações de caráter quantitativo, para caracterização da demanda e oferta, não se pretende aqui, mensurar para enquadrar. A complexidade do processo de assistência em saúde mental a ser avaliado não dá margem a um estudo de pretensões conclusivas.

### 3.2 O SISCAPS e a rotina de assistência

Conforme mencionado, o SISCAPS foi um sistema informatizado, desenvolvido entre os setores de informática e a Coordenação Municipal de Saúde Mental para sistematização dos dados da assistência do CAPS Reviver.

O município de Pirai realiza desde 2005, anualmente, o Seminário de Avaliação dos Serviços de Saúde e a Mostra de Experiências Exitosas em Saúde. Estes eventos têm por finalidade agregar profissionais, gestores e controle social do município para avaliar as ações de saúde em curso, discutindo e propondo rumos.

Boa parte da avaliação proposta nestes eventos acontece com base na coleta sistematizada de informações e indicadores, que apresentadas ao coletivo, estimula o debate das questões de saúde.

Em sua maioria, essas informações, quando acerca dos serviços municipais de saúde, têm como base os dados epidemiológicos, extraídos dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério, dentre eles estão:

- SIASUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS  
SIA, BPA, APAC...
- SIH SUS – Sistema de informações Hospitalares do SUS
- SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica)  
PNI, SISCAM, HIPERDIA e SISPRENATAL
- CNES – Cadastro Nacional de estabelecimentos de saúde
- SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

Estes sistemas dão visibilidade à produção em saúde, acerca da assistência ofertada, possibilitando a discussão a partir de alguns dados e indicadores. Nem todos os sistemas de informação do SUS disponíveis são considerados adequados, principalmente levando-se em conta a complexificação da oferta, para além dos procedimentos descritos.

Os momentos de avaliação dos serviços de saúde de Pirai são subsidiados pelas informações em saúde, que podem ser vistas como um dos recursos utilizados na metodologia de avaliação.

As ações de saúde mental de Pirai são transformadas em indicadores, a partir de dois sistemas: o BPA (Boletim de Produção Ambulatorial) produzido nas Unidades de Saúde da Família, que informa procedimentos de profissionais de saúde mental na atenção básica e o APAC magnético (Autorização de Procedimento de alta complexidade/custo) que informa a produção mensal do CAPS.

A produção ambulatorial refere-se, basicamente, a procedimentos executados por psicólogos e psiquiatras, em intervenções individuais ou em grupo. Em alguns procedimentos não há imediata identificação dos profissionais executores, visto que algumas atividades em grupo podem ser executadas por diferentes profissionais.

A ação executada na atenção básica pelo enfermeiro ou agente comunitário de saúde, para a clientela alvo da saúde mental, não é informada especificamente, estando incluída no conjunto de intervenções da atenção básica.

Desta forma as ações de saúde mental na atenção básica ou no hospital geral não são captadas em sua totalidade e diversidade pelos sistemas de informação. As novas formas de intervenção, para além dos atendimentos especializados e padronizados não estão previstas nos instrumentos de registro disponíveis.

A APAC (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/ Custo), foi instituída como forma de financiamento dos CAPS, vinculada ao FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação), assim os recursos disponíveis para a remuneração dos CAPS eram oriundos dos chamados recursos “extra teto”, não contidos nos tetos financeiros fixos dos municípios.

Houve mudança recente no financiamento dos CAPS, e os históricos de produção oriundos dos CAPS foram incorporados aos tetos municipais na conta MAC (Média e Alta Complexidade) em teto fixo com base na série histórica.

O tema do financiamento não será aqui debatido, por seu contexto recente de alterações, que conta com críticas por parte das gestões municipais acerca de sua inadequação para o financiamento do novo projeto.

Quando inaugurada a produção dos CAPS através das APACs, alguns aspectos eram importantes:

- 1- A produção que gerava recursos extra teto para os municípios, estimulou a implantação de CAPS “a portaria 336/02, em função da mudança do financiamento, está contribuindo para a ampliação do número de CAPS num ritmo muito mais veloz” (Yasui, 2006, p.61). Mesmo que a implantação estivesse mais determinada pela perspectiva de remuneração, financeiramente interessante, do que nos princípios da reforma psiquiátrica que inspiraram os primeiros serviços.
- 2- A forma de remuneração nas APACs se deu pela informação vinculada a atividades: atenção intensiva, semi intensiva e não intensiva, voltadas para pacientes e seu diagnóstico. A informação contida nas APACs restringe-se a dados acerca do usuário, e não sobre as ações realizadas. “Se por um lado, este modelo de

financiamento representou um avanço, pois colocou a proposta de mudança de modelo assistencial implícita, no CAPS como uma política de relevância e uma ação estratégica do Ministério da Saúde, por outro lado, trouxe problemas, pois mantém a mesma lógica de produtividade ao remunerar atos vinculados a um determinado diagnóstico psiquiátrico de um indivíduo, deixando de lado toda uma série de ações realizadas no âmbito do território.” (Yasui, 2006, p.59).

- 3- A portaria 189/2002 estabeleceu os limites de produção de APAC, por CAPS, segundo suas modalidades. Por esse motivo, o CAPS Reviver pode produzir informações para o financiamento referente ao máximo de 165 pacientes por mês: 25 em atenção intensiva, 50 em atenção semi intensiva e 90 em atenção não intensiva. No caso, do CAPS Reviver, este número fixo traz prejuízos para as informações, porque muito aquém do número real de pacientes assistidos, não reflete a totalidade de usuários e suas características básicas para análise.
- 4- As informações geradas através das APACs delimitam uma média de procedimentos por pacientes, mas não os discrimina. Assim, o usuário da atenção intensiva, que realizou 25 procedimentos no mês, não tem os mesmos especificados: se visitas domiciliares, se atendimentos grupais, se oficinas e etc. Um volume de procedimento está estimado, mas não descrito.

Nesse contexto, nos últimos 05 anos, para a obtenção de informações sobre assistência nos Seminários de Avaliação do município, os dados do CAPS eram obtidos através de consulta manual aos prontuários, sabendo-se que num contexto geral, estavam subestimadas as ações no sentido da proposta de clínica ampliada. Já que os prontuários também não produzem registros adequados que detalhem a oferta.

O SISCAPS foi criado como uma primeira tentativa de melhoria da informação. Ainda se restringe a informações que não contemplam a multiplicidade de estratégias, mas oferecem dados da rotina de assistência, indisponíveis nas informações da produção de APACs e BPA.

A inauguração do CAPS Reviver, em 2006 coincidiu com a criação de um prontuário próprio utilizado no CAPS até hoje (anexo). Este prontuário elaborado pela equipe de saúde mental foi padronizado e é utilizado para atender as necessidades de registro que os prontuários clínicos padrão utilizados pelas Unidades de Saúde não ofertam.

Este prontuário inclui itens como informações sobre vínculos familiares e sociais e histórico de internações psiquiátricas prévias. No caso do abuso e dependência de substâncias psicoativas o padrão de consumo, a substância elegível e etc.

As informações do SISCAPS se baseiam nas informações deste prontuário, sendo alimentadas pelas funcionárias da recepção do CAPS Reviver, à medida que entram os novos usuários para assistência e outros são desligados para o arquivo morto.

Os dados informados no SISCAPS, em ficha individual por paciente são:

- TIPO DE ARQUIVO
- MOTIVO DE DESLIGAMENTO
- MODALIDADE DE ASSISTÊNCIA
- Nome
- Número do Cartão SUS
- Data de nascimento
- Sexo
- Filiação
- Documentação: RG e CPF
- Estado Civil
- escolaridade
- renda
- Local que encaminhou/ origem do encaminhamento
- Endereço
- Unidade de Saúde da Família
- agente comunitário de saúde de referência
- referência familiar
- profissional que realizou o primeiro atendimento
- data de entrada no serviço
- hipótese diagnóstica
- histórico de internação psiquiátrica
- instituição em que foi internado
- medicação
- tentativa de suicídio – tipo
- dependência química – tipo de substância

Atendidos mais de 2.000 usuários de forma direta no CAPS Reviver, desde sua implantação, os dados do SISCAPS facilitam a rotina de atendimento na Unidade em várias situações.

Se um paciente retorna após anos, para reavaliação, é possível localizar suas informações básicas no SISCAPS, se é necessária a alimentação dos dados para APAC o sistema disponibiliza as informações necessárias no cotidiano, que dependiam da busca por um volume grande de prontuários em papel. Agiliza o trabalho, e a consolidação dos dados ficou solucionada através do sistema, que gera relatórios periódicos.

Os dados do SISCAPS serão utilizados neste trabalho, comparados às normativas e paradigmas em saúde mental em análises iniciais que contribuam para a proposta de reflexão aqui colocada. São oriundos da análise dos relatórios de totalização que o sistema produz, onde não estão incluídos os dados de identificação (nome, filiação, endereço, etc.), preservando, portanto o sigilo acerca dos usuários assistidos, já que constituídos como base indireta de dados.

### 3.3 Os dados gerais de assistência no CAPS através do SISCAPS

O SISCAPS foi agrupado segundo os principais grupos de atendimentos do CAPS:

- Atenção Intensiva
- Dependência Química
- Ambulatórios
- Crianças e adolescentes

Quadro 7 – Dados Gerais de Assistência no CAPS Reviver: Número de usuários segundo grupo de atendimento.

<i>TIPO DE ARQUIVO</i>	<i>ATIVO</i> <i>Número de</i> <i>usuários</i>	<i>MORTO</i> <i>Número de</i> <i>usuários</i>	<i>TOTAL</i> <i>Número</i> <i>de</i> <i>usuários</i>
ATENÇÃO INTENSIVA-ADULTOS	57	19	76
ATENÇÃO INTENSIVA/ DEPENDÊNCIA QUÍMICA	70	239	309
CRIANÇAS E ADOLESCENTES	71	410	481
AMBULATÓRIO	499	1.167	1.666
<b>TOTAL</b>	<b>697</b>	<b>1.835</b>	<b>2.532</b>

Fonte: SISCAPS – Agosto/2011.

Acerca desses dados podemos considerar que cerca de 10% da população de Pirai passou pelo CAPS em atendimento direto nos últimos 05 anos. Não contabilizados aqui os familiares, membros da comunidade ou profissionais que comparecem ao CAPS para intervenções indiretas, não registradas em prontuário. Os atendimentos pela Equipe do CAPS a usuários na emergência do HFL e que não compareceram para assistência posterior também não estão contabilizados.

Portanto os dados se referem a usuários, vinculados à assistência direta na Unidade. As informações que envolvem outros tipos de encontro nos CAPS deveriam ser exploradas através de instrumentos, já que demandam recursos e traduzem uma forma de operar diferenciada.

Os parâmetros de portaria para a produção de APAC (189/2002) referem-se a 165 atendimentos mensais, tendo o CAPS Reviver atualmente 697 pacientes em atendimento em diferentes modalidades de atenção.



A atenção intensiva refere-se a dois campos: adultos portadores de transtornos mentais severos e persistentes e adultos dependentes químicos. Esses dois grupos, para os quais há oferta de permanência diária na Unidade em dias distintos somam 127 usuários.

O grupo denominado ambulatorial refere-se a usuários em atendimento não intensivos, inseridos em consultas em psicologia e psiquiatria, grupos terapêuticos por equipe multiprofissional, avaliações hospitalares em intercorrências e visitas domiciliares, quando necessário.

A manutenção do ambulatório no CAPS contribuiu para sua qualificação, já que os usuários têm acesso à multiplicidade de ofertas disponíveis. Cabendo ainda destacar que apesar de numericamente maior, esses usuários demandam intervenções em porte menor, sendo os usuários da atenção intensiva, alvo de maior número de atendimentos por dispositivo.

Segundo os parâmetros de portaria: atenção intensiva corresponde à média de 25 procedimentos por mês por usuário, enquanto os usuários em atenção semi intensiva consomem em média 12 procedimentos e os usuários em atenção não intensiva 03 procedimentos por mês.

Se aproximados os dados do SISCAPS aos parâmetros de portaria, isso representaria no CAPS Reviver:

QUADRO 8 – Relação entre número de procedimentos por modalidade de assistência e número de usuários: CAPS Reviver.

<i>MODALIDADE DE ASSISTÊNCIA</i>	<i>Número de usuários</i>	<i>Número de procedimentos por modalidade de assistência</i>	<i>Número de usuários x número de procedimentos médio por modalidade</i>
ATENÇÃO INTENSIVA ADULTOS	57 usuários	25	1.425 procedimentos
ATENÇÃO SEMI INTENSIVA – DQ	71 usuários	12	852 procedimentos
ATENÇÃO NÃO INTENSIVA AMBULATÓRIOS	499 usuários	03	1.497 procedimentos

Fonte: SISCAPS – Agosto/2011.

O estabelecimento em portaria de número de procedimentos por categoria de assistência corresponde à lógica do CAPS em que alguns usuários se beneficiarão de uma oferta maior ou menor de dispositivos de assistência, a partir do projeto terapêutico individualizado.

### 3.4 Clientelas específicas – análises de demanda e oferta de assistência

#### 3.4.1 Atenção intensiva

A Equipe de referência para atenção intensiva de pacientes adultos do CAPS é composta por: 01 técnico de enfermagem, 02 enfermeiros, 02 psicólogas e um psiquiatra. A equipe de enfermagem está presente na Unidade 05 dias na semana e as psicólogas cumprem carga horária de 20 horas, estando presentes no CAPS dois dias da semana, já que também atuam em Unidades de Saúde da Família e o psiquiatra está na unidade um dia da semana.

As modalidades de assistência são basicamente: a convivência, assembléia de usuários, a oficina de pintura em madeira, de tapeçaria, digital, arte e expressão e bijuteria, os grupos de família, atendimentos individuais e em grupo, acompanhamento junto ao judiciário e INSS sobre questões de direitos (dentre eles os benefícios do INSS), consultas em psiquiatria, visitas domiciliares e avaliações e visitas hospitalares no Hospital Geral ou no Hospital psiquiátrico e as atividades externas (passeios, encontros, etc.).

As oficinas terapêuticas mudam ao longo do tempo, segundo a demanda e os recursos humanos disponíveis para sua execução: as fixas e mais antigas são as oficinas de arte e expressão, bijuteria, digital, de pintura em madeira e tapeçaria.

Já aconteceram oficinas de teatro, de música e de atividades físicas, atualmente atividades vinculadas a essas áreas acontecem, mas de forma irregular, pela falta de profissional especializado para suporte à equipe.

Foram atendidos no CAPS Reviver, 76 usuários na rotina de atenção intensiva da Unidade, inseridos nesta modalidade após avaliação inicial pela equipe. Frequentam a Unidade as 2as, 4as e 6as feiras regularmente, e durante todos os dias da semana em períodos de agudização.

Atualmente 57 estão em atendimentos, tendo esta clientela as seguintes características:

Quadro 9 – Perfil sócio demográfico da clientela da atenção intensiva

Variáveis	Arquivo ativo	Arquivo morto
Sexo		
Feminino	25	10
Masculino	32	09
Estado civil		
Casado	06	03
Separado	04	03
Solteiro	47	12
Viúvo	00	01
Renda		
Possui	24	13
Não possui	33	06

Fonte: SISCAPS – Agosto/2011

Um levantamento mais específico detalharia que possuir ou não renda tem relação direta com a inserção no CAPS. Certo número desses usuários não tinha sequer documento ao serem inseridos no CAPS e atualmente 100% possuem algum tipo de documento.

No caso da renda, a maior parte refere-se ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) obtido após agenciamento, nem sempre fácil, pela equipe de saúde mental, junto ao INSS para sua obtenção.

O número de usuários da atenção intensiva que não possuem renda inclui os que não atendem às exigências para obtenção de benefício e os que têm benefícios negados nas perícias do INSS, mais de um, com processo em andamento na Justiça.

Esse tópico vinculado aos direitos de usuários, envolve duas discussões: a primeira diz respeito à dificuldade de reinserção destes usuários no mercado de trabalho, destacando-se os benefícios assistenciais como alternativa de renda. O que fala de um longo caminho a ser percorrido no sentido da reinserção de usuários de saúde mental, para além da desospitalização.

E ainda, a dificuldade na concessão de benefícios pelo INSS no município, para pacientes graves com diagnóstico de transtorno mental severo, com prejuízo no exercício de funções laborativas, demonstra a necessidade de avanço nas ações que convoquem os outros atores no processo da reforma psiquiátrica.

Ainda que a concessão de benefícios para os pacientes mais graves, não seja a melhor resposta do ponto de vista de uma clínica mais ampla, em geral esses pacientes apresentam condições sócio-econômicas muito prejudicadas.

O processo de institucionalização, ao longo dos anos produz conseqüências muito negativas no modo de vida destes cidadãos, alguns expostos a ausência de qualquer tipo de renda familiar. Sendo a concessão dos benefícios, seguidos os critérios para obtenção, um diferencial importante para alguns usuários que freqüentam o CAPS, que viviam em condição de miséria e extrema vulnerabilidade social.

QUADRO 10 – Usuários com histórico de internação psiquiátrica – Atenção Intensiva:

	<i>ARQUIVO ATIVO</i>	<i>ARQUIVO MORTO</i>	<i>TOTAL</i>
COM HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA PRÉVIA	40	15	55
SEM HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA PRÉVIA	17	04	21
TOTAL	57	19	76

Fonte: SISCAPS – Agosto/2011

Os egressos de internação psiquiátrica, foram considerados como clientela prioritária para assistência em CAPS. A inserção no CAPS, neste caso, demonstra que esse não é o único fator ou determinante automático de inserção intensiva.

Alguns usuários não tem histórico de internação, em geral os usuários mais jovens com histórico de surtos psicóticos recentes, captados pelo CAPS na emergência e que iniciaram o percurso de assistência em saúde mental já na nova proposta.

E verifica-se que usuários com histórico de internação psiquiátrica são assistidos no grupo: ambulatório de forma não intensiva, demonstrando que o projeto terapêutico determina a freqüência ao CAPS, além do histórico de internação.

Quanto à origem do encaminhamento, foi acordado desde a inauguração da Unidade que o encaminhamento de pacientes ao CAPS, aconteceria a partir da referência da Unidade de Saúde de origem, contando com a cobertura de 100% de Unidades de Saúde da Família no município.

As outras formas de captação de clientela estão relacionadas à assistência a crise, estando o CAPS disponível para assistência às urgências e emergências. Nesse campo vão estar incluídos os encaminhamentos do Hospital Flávio Leal, demanda espontânea e da delegacia de polícia, descritos abaixo.

QUADRO 11- Origem do encaminhamento ao CAPS Reviver – atenção intensiva arquivo ativo e morto

<b>ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO</b>	<b>Número</b>
Unidades de Saúde da Família:	55
Demanda espontânea	07
Hospital Flávio Leal	03
Hospital Psiquiátrico	03
APAE	03
Delegacia de polícia	02
Prefeitura	01
Outro município	01
Outros	01
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>

Fonte: SISCAPS – Agosto/2011

Não há dificuldade na captação de usuários para atenção intensiva, a rede de atenção básica funciona num bom sistema de referência. E a manutenção da Unidade na lógica de portas abertas, para as demandas não referenciadas, facilita a captação de situações adversas, que não poderiam aguardar a passagem do usuário pela Unidade de Saúde da Família.

Mesmo assim, o usuário captado fora do sistema de referência, ao ser inserido em assistência no CAPS, têm sua Unidade de Saúde da Família acionada, o que potencializa a obtenção de informações sobre este usuário e a identificação inicial das referências familiares e sociais do mesmo e a própria confirmação de que é munícipe de Pirai.

Cabe levantar que usuários de outros municípios, com perfil de assistência em atenção intensiva, chegam ao CAPS, seja os que estão cruzando a Rodovia Presidente Dutra que corta o município, oriundos de diferentes localidades, ou em menor número os que alegam não obter atendimento no município de origem.

A cobertura de 100% de Unidades de Saúde da Família e o acesso às informações do cartão SUS, disponível na Unidade, facilitam muito a definição sobre o local de moradia. Esses usuários de outros municípios são reencaminhados para suas cidades de origem e os serviços de referência em saúde mental.

O CAPS Reviver executa regularmente a ação de reencaminhamento de usuários que vêm caminhando pela rodovia, oriundos de outros municípios, que passam por Pirai em crise

ou com quadro de saúde instável, possivelmente pela extensão considerável da Dutra que corta o município.

Essa intervenção envolve em muitas situações usuários com dificuldades em fornecer dados de identificação e informações em função de quadro de desorientação, e obstáculos se colocam na resistência de alguns municípios e CAPS do Estado de participarem da ação para o acolhimento de sua clientela.

É mais uma ação, entendida como fundamental, já que o CAPS deve funcionar como referência para ações de saúde mental, dimensionado não apenas o território geográfico, mas a garantia ao acolhimento, cuidado e acesso.

Sabendo que usuários em crise, oriundos de outros municípios e caminhando pelo estado, são alvo freqüente de internações psiquiátricas involuntárias, permanecendo internados por longos períodos, sem indicação sobre suas origens ou formas institucionalizadas que garantam sua reinserção.

Esses casos demandam o envolvimento da equipe de saúde mental, em parceria com o Hospital Flávio Leal e com as Unidades de Saúde da Família. Muitas vezes ocupam dias de trabalho de alguns membros da equipe, e não há registro de informação adequado acerca deste tipo de ação.

Quanto a marcadores referentes à clínica e diagnóstico podemos levantar algumas informações:

De 76 pacientes, 12 tem histórico de tentativa de suicídio. É importante observar posteriormente essa questão referente aos usuários em assistência no CAPS de modo geral. E ainda, 68 usuários da atenção intensiva fazem ou faziam uso regular de medicação psiquiátrica e 02 não utilizam medicação.

Quanto ao diagnóstico, os dados são os seguintes:

QUADRO 12- Diagnóstico usuários atenção intensiva – arquivo ativo

Diagnóstico com base no CID-10	Número de usuários
F20 – Esquizofrenia	19
F20 + F14 – Esquizofrenia e transtorno mental e comportamental devido ao uso da cocaína	02
F20 + F72 – Esquizofrenia e retardo mental grave	01
F20 + G40 – Esquizofrenia + epilepsia	01
F25 – Transtorno esquizoafetivo	01
F29 – Psicose não orgânica não especificada	05
F31 – Transtorno afetivo bipolar	09
F33 – Transtorno depressivo recorrente	02
F44 – Transtorno dissociativo ou de conversão	01
F70+ F31 – Retardo mental leve e transtorno afetivo bipolar	01
F70+G40 – Retardo mental leve e epilepsia	01
F71 – Retardo mental moderado	03
F71+ F29 – Retardo mental moderado e psicose não orgânica não especificada	01
F71 + F20 – Retardo mental moderado e esquizofrenia	02
F71+F06 – Retardo mental moderado	01
F72 – Retardo mental grave	01
F07+G40 - Transtornos de personalidade e do comportamento devido à doença, a lesão e a disfunção cerebral e epilepsia	02
F10 – Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	03
F14+f29 – Transtorno mental e comportamental devido ao uso de cocaína + psicose não orgânica não especificada	01
Total	57

Fonte: SISCAPS – Agosto/2011.

Quanto ao diagnóstico cabe analisar que os transtornos psicóticos (esquizofrenias) referem-se à maioria dos quadros, e destaca-se o fato de apesar de setor especializado para atenção ao abuso de álcool e drogas, alguns usuários, por características específicas estão inseridos na atenção intensiva de adultos.

Em geral, são pacientes com graves comprometimentos cognitivos e comportamentais decorrentes do abuso de substância química associados a quadros psicóticos, que com base no projeto terapêutico tem inserção nesta modalidade.

É possível concluir que a inserção em assistência de forma mais ampliada no CAPS, não é determinada apenas pelo diagnóstico psiquiátrico ou pela presença de histórico de



internação psiquiátrica ou de tentativa de suicídio, um conjunto de fatores determina o tipo de inserção de forma mais ou menos intensiva.

Ao longo dos anos, as discussões em saúde mental, imprimiram parâmetros para elegibilidade de clientela nos CAPS. Um dos mais utilizados e mais apropriados é o que aproxima o diagnóstico médico e a repercussão do mesmo e de outros fatores nos vínculos sociais que o usuário estabelece.

Benedetto Saraceno é um dos maiores representantes de um conceito específico no aspecto clínico, no campo da Saúde Mental: a reabilitação psicossocial. Esse conceito introduz a idéia de que ao invés de lidar com os nortes da cura, os caminhos podem ser outros.

Entende-se que os portadores de transtornos mentais, têm seu quadro em saúde agravado pela repercussão social de sua doença. Os longos anos de institucionalização, o preconceito e o estigma social, debilitam esses indivíduos, não apenas do ponto de vista de sua doença inicial, mas do impacto em sua autonomia e capacidade de execução de atividades cotidianas determinadas por vários fatores.

“A cronificação do psicótico não resulta necessariamente da doença, mas de outras variáveis nas quais se podem realizar intervenções “ (Hirdes, Kantorski, 2004, p. 218). Verifica-se, que apesar do contingente maior de usuários do CAPS Reviver portarem transtornos psicóticos, a indicação de intensividade diz respeito a um diagnóstico mais ampliado.

A desvantagem na circulação social de forma autônoma é um dos indicadores mais adequados na avaliação e inserção dos usuários nas diferentes atividades do CAPS.

E só o encontro entre profissionais e usuários, e a leitura individual de casos pode definir rumos terapêuticos dinâmicos e flexíveis, levando em conta uma multiplicidade de fatores: o histórico de internações prévias, o diagnóstico e as características de vínculo familiares, laborativos e comunitários.

O arquivo morto da atenção intensiva conta com o registro de 19 pacientes. Expressa alguns dados que merecem ser mencionados, quanto ao motivo de desligamento:

Quadro 13– Motivo do desligamento da clientela de Atenção Intensiva – ARQUIVO MORTO

MOTIVO DO DESLIGAMENTO	Número de usuários
Mudança de município	08
Óbito	06
Mudança de serviço (para tratamento particular)	02
Alta	01
Abandono de tratamento	01
Mudança de serviço (rede pública: PSF)	01
TOTAL	19

Fonte: SISCAPS – Agosto/2011.

O número expressivo de óbitos demonstra a fragilidade desta clientela: 02 óbitos referem-se a pacientes institucionalizados por mais de 30 anos, e 02 a óbitos por suicídio.

A mudança de município em maior número e o abandono de tratamento em menor número, fala de uma certa adesão ao tratamento, comparados esses dados com outras áreas de atuação, principalmente a dependência química.

### 3.4.2 Atenção intensiva – dependência química

A atenção intensiva em dependência química é realizada nas segundas e terças feiras. Em espaço físico e de atividades no CAPS diferenciado da atenção intensiva de adultos, portadores de transtornos mentais severos e persistentes. Esta clientela demanda a oferta de uma clínica diferenciada e especializada, com atributos muito típicos.

É considerada, em sua maioria, como receptora da oferta de atenção semi intensiva, por receber um número menor de procedimentos por usuário. Isto está determinado, basicamente por dois fatores.

O CAPS foi constituído, originalmente para substituir a internação psiquiátrica. Quando iniciado em Piraí o controle de porta de entrada para internações psiquiátricas, os usuários com passagem por estas instituições eram diversos quanto ao quadro que apresentavam, mas em sua maioria portadores de transtornos mentais severos e persistentes, em sua maioria as esquizofrenias.

Essa clientela, alvo do primeiro CAPS em São Paulo, não dispunha de recursos terapêuticos no território, e de certa forma foi identificada como clientela prioritária para assistência em CAPS. Talvez, não por acaso os CAPSad tenham se constituído tempos depois.

De certa forma, o primeiro setor do CAPS Reviver em termos de organização mais consistente de rotina de assistência, em função dos recursos disponíveis foi a atenção intensiva de transtornos mentais.

Há, no entanto, certa proximidade entre as duas clientelas, inclusive porque alguns usuários da atenção intensiva de adultos têm histórico de abuso de substâncias químicas e tiveram a ruptura de quadros psicóticos a partir deste contexto. E, um número expressivo de dependentes químicos, tem histórico de internações psiquiátricas durante a vida.

A Equipe de atenção intensiva em dependência química é composta por duas psicólogas: uma com carga horária de 20 horas e a outra com 30 horas de trabalho no CAPS (esta atualmente em licença maternidade), um profissional de apoio em dependência química, a equipe de enfermagem e um psiquiatra de referência.

As atividades de atenção intensiva em dependência química são: grupos terapêuticos, rodas de terapia comunitária, atendimentos individuais em psicologia e psiquiatria, grupos de familiares e oficinas terapêuticas.

Os dados básicos acerca desta clientela apontam: 70 usuários em assistência e 239 prontuários em arquivo morto. E dos 70 usuários em atenção intensiva, há baixa frequência de

forma regular de usuários. Alguns dados quanto ao perfil sócio demográfico estão descritos abaixo:

Quadro 14 – Perfil sócio demográfico dependência química – CAPS Reviver

Variáveis	Arquivo Ativo	Arquivo Morto	TOTAL
<b>Sexo</b>			
Feminino	13	24	37
Masculino	57	215	272
<b>Estado civil</b>			
Casado	27	78	105
Separado	14	34	48
Solteiro	27	88	115
Viúvo	02	03	05
Sem informação	-	36	36
<b>Renda</b>			
Possui	42	128	170
Não possui	17	52	69
Sem informação	11	59	70

Fonte: SISCAPS – Agosto/2011.

Essa clientela, no caso da assistência em CAPS, é predominantemente masculina. Comparados aos usuários da atenção intensiva esses usuários tem mais acesso a renda. E estabelecem vínculos familiares, diferindo também neste aspecto da clientela de portadores de transtornos mentais graves, com um número maior de usuários casados ou separados.

Quadro 15 – Usuários com histórico de internação psiquiátrica – Dependência Química

	<i>ARQUIVO ATIVO</i>	<i>ARQUIVO MORTO</i>	<i>TOTAL</i>
COM HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA PRÉVIA	49	55	104
SEM HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA PRÉVIA	21	184	205
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>239</b>	<b>309</b>

Fonte: SISCAPS – Agosto/2011.

Quadro 16 – Origem do encaminhamento – Dependência Química – Arquivo ativo e morto

<b>ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO</b>	<b>Número</b>
Unidades de Saúde da Família:	145
Demanda espontânea	40
Hospital Flávio Leal	41
Clínica Dependência Química	01
APAE	03
Delegacia de polícia	01
Secretaria de Promoção Social	06
Outro município	05
Outros	61
Não informado	06
<b>TOTAL</b>	<b>309</b>

Fonte: SISCAPS – Agosto/2011.

Um foco de análise importante quanto à clientela de dependentes químicos, é o seguinte: ao longo do histórico de implantação dos serviços de saúde mental no Brasil, instituiu-se o dispositivo CAPSad: CAPS de referência para a área de álcool e outras drogas.

No entanto, os critérios quanto ao porte populacional restringem a implantação destes serviços especializados aos municípios de médio e grande porte.

Se estabelecidos CAPS específicos para essa área, pode-se cogitar que se direcionavam para um volume de demanda expressivo que deveria ser contornado com arranjos específicos para os municípios de médio e grande porte.

Por outro lado, pode estar sinalizado a idéia das dimensões específicas de determinadas clientelas em saúde mental: álcool e drogas e crianças e adolescentes, que

inauguram uma revisão na proposta inicial do CAPS como um espaço possível para todas as clientelas em sua diversidade.

Discussão ampla, que aponta para duas questões: a clínica da desinstitucionalização remete a propostas mais ampliadas de intervenção, com formas de operar diversas das tradicionais e extra muros. A clínica psicossocial ainda não superou completamente, se é que esse é um objetivo claro e factível, o limite da especialidade.

Assim, as consultas especializadas e um certo fazer especializado, inclusive através dos dispositivos típicos da saúde mental, como as oficinas ainda está presente. Desta forma as clientelas são distintas do ponto de vista de sua abordagem.

Talvez, a oferta com o tom de especialidade em torno de clientela específica não seja incompatível com a clínica ampla; além dos procedimentos, sua intercessão depende do tipo de processo que se formula, não desconsiderando uma ou outra dimensão.

O CAPS de Pirai equaciona arranjos cotidianos no sentido de contemplar as múltiplas clientelas em seu funcionamento. Essa tarefa produz a problemática da proposta dos CAPS referida por alguns autores (Bezerra Júnior). Um marcador importante de análise, no caso de Pirai refere-se ao número de desligamento de pacientes e seus motivos.

Quadro 17 - MOTIVO DO DESLIGAMENTO – Dependência química CAPS Reviver

Motivo do desligamento	A.I.	Transtornos mentais persistentes/ porcentagem em relação ao total de clientela	A.I.	dependência química/ porcentagem em relação ao total de clientela
Abandono de tratamento	1	- 5%	188	- 78.6%
Alta	1	- 5%	-	
Mudança de município	8	- 50%	10	- 4.1%
Mudança para tratamento na rede privada	2	- 10%	-	
Óbito	6	- 31%	19	- 7.94%
Encaminhado para tratamento em USF	1	- 5%		
Encaminhado a outro serviço	-		6	- 2.5%
Sem indicação de tratamento	-		13	- 5.4%
Sem informação			03	- 1.25%
TOTAL	19		239	

Fonte: SISCAPS – Agosto/2011.

O índice referente ao abandono de tratamento em dependência química chama atenção e dá margem para algumas análises: uma das características desta clientela é a baixa adesão ao tratamento, por esse motivo, boa parcela destes usuários, é identificada nas intercorrências que apresentam no Hospital Flávio Leal, principalmente: síndrome de abstinência e intoxicação.

Há nesta abordagem uma captação para o acompanhamento em CAPS. No entanto, boa parte comparece na Unidade no período de agudização de seus quadros, mas não se reconhecem como tendo problemas em sua relação com a substância química e não acreditam necessitar de algum tipo de acompanhamento.

A negação é um dos sintomas do abuso e dependência de substâncias e seu manejo é ainda difícil, dentre as abordagens terapêuticas disponíveis.

O sistema de captação desta clientela na porta de entrada traz uma constatação de que a cobertura através das abordagens na rede de saúde do município, tanto no Hospital quanto no PSF, dá uma visibilidade às dimensões desta área e sua gravidade.

Está sinalizado, nesse caso, a necessidade de qualificação de estratégias que promovam a acessibilidade, apesar da garantia de acesso.

Apesar de haver em curso uma mobilização social no país em torno do abuso de substâncias ilícitas, em especial o crack; sobrepõe-se em Pirai a demanda de qualificação para assistência ao abuso e dependência de álcool.

Quadro típico de municípios pequenos, com área geográfica extensa, e população de origem rural. Com a cultura do consumo de álcool nessas áreas desde muito cedo, pelas famílias em geral, incluindo crianças, adultos, homens e mulheres.

A clientela portadora de transtornos mentais decorrentes do abuso de álcool apresenta vulnerabilidade social, demonstrada em diferentes dados. Um dos motivos de desligamento da assistência da Unidade nos dados gerais é o desaparecimento.

Três usuários assistidos desapareceram nos últimos 05 anos, após diferentes tentativas de localização dos mesmos, pelos familiares e pela equipe de saúde mental, sendo os 03 portadores de transtorno mental decorrente do abuso de álcool.

O consumo de substâncias químicas é presente há séculos nas culturas humanas e nem sempre foi visto como problema de saúde. Passou a ser objeto de intervenção em saúde mais recentemente, e ainda assim, atravessado pelos outros determinantes.

É alvo fácil de posturas patologizantes no meio social, pela dificuldade de entendimento da diferença entre os limites do uso, abuso e dependência química, já que o uso de determinada substância química não é sinônimo automático de problema de saúde.

Essa diferença está relacionada com a presença do dado: sem indicação para tratamento no CAPS Reviver, como motivo de desligamento, no caso desta clientela.

A Equipe de dependência química do CAPS Reviver têm como parâmetros para a avaliação de clientela, o padrão de consumo e as repercussões deste consumo na vida do usuário. Os usuários assistidos no CAPS nesta área têm sua elegibilidade determinada pela gravidade na maioria dos casos.

O cuidado em dependência química é recente como política pública, e ainda incipiente, do ponto de vista de sua efetividade. Num passado recente os problemas decorrentes do abuso de substância não detinham o status de doença, e sua vinculação no contexto social a questões morais ainda é nítida.



Historicamente, os problemas relacionados ao abuso de substâncias eram alvo de ações governamentais ligadas à área da segurança pública, além das áreas como a saúde e ação social. O circuito de estratégias vinculadas a esta área se constituiu de diferentes formas.

Os dependentes químicos são “tratados” em diferentes níveis, através de serviços distintos, com propósitos distintos, de forma desarticulada: nos hospitais, nas comunidades terapêuticas (em sua maioria espaços de tratamento vinculados a instituições religiosas) e os grupos de mútua ajuda: A.A. ( Alcoólicos Anônimos ) N.A. ( Narcóticos Anônimos ).

A implantação de serviços substitutivos, em saúde mental vem consolidando as ações vinculadas a essa clientela. Através da Central de regulação para internações em psiquiatria do médio Paraíba/RJ não é permitida a internação de usuários que têm o diagnóstico de transtornos decorrentes do abuso e dependência de substâncias como base em Hospitais Psiquiátricos.

Visto que a internação psiquiátrica era uma das ofertas de tratamento, recentemente muito utilizada para essa clientela no país, e também em Piraí, antes da regulação de porta de entrada para as mesmas.

Na região do Médio Paraíba funcionam duas clínicas especializadas para essa clientela: Clínica Ricardo Iberê em Valença e Clínica Nise da Silveira (Barra Mansa) ambas vinculadas à Secretaria de ação social do estado do Rio de Janeiro, o que denota como esta problemática circula diferentes áreas.

A rede de assistência nesta área em Piraí é constituída pelo CAPS, Unidades de Saúde da Família, Hospital Geral e Clínicas especializadas da região. Os dados do CAPS demonstram a inefetividade do atual modelo proposto para essa clientela, demonstrados nos dados de abandono de tratamento e óbitos.

A Equipe de dependência química do CAPS Reviver realiza várias atividades fora da unidade. O evento brindando a vida, realizado regularmente leva profissionais e atividades a diferentes bairros e comunidades do município com o intuito de sensibilizar a população e melhorar a adesão de usuários ao tratamento.

Além das atividades diretas de assistência na Unidade, há o encaminhamento para as clínicas especializadas e a abordagem na emergência, e atividades educativas junto aos PSFs visando essa questão.

É nítida a resistência das equipes de saúde à abordagem a essa clientela, tanto no Hospital Geral, quanto nos PSFs. No caso de Piraí, os profissionais da atenção básica, relacionam os baixos resultados quanto à interrupção do abuso de substâncias à ineficiência do serviço especializado ( CAPS ). Já que vêem esta questão como do âmbito exclusivo da

especialidade e na perspectiva de cura, sensibilizados com o impacto negativo desses quadros na saúde do usuário e no contexto familiar.

Apesar da notoriedade atual da questão do crack, o abuso e dependência de substâncias é de modo geral um nó crítico na área da saúde mental. O CAPS de Pirai priorizou essa clientela depois da clientela de adultos, em detrimento da qualificação da assistência a crianças e adolescentes.

No entanto a rotina e os dados de assistência demonstram a insatisfação dos técnicos, motivada provavelmente pela inadequação dos dispositivos disponíveis.

Essa inadequação se configura de várias formas: o CAPS 1 é uma unidade aberta, e que devido à multiplicidade de atribuições não comporta atenção diária durante toda a semana para essa clientela. Como é típico, quando abordada na emergência em situação de crise e inserida em assistência, já está estabelecida a chamada perda de controle diante da substância.

Em geral, ainda que mantido por alguns dias no Hospital e posteriormente freqüentando o serviço (CAPS), este usuário recai e abandona o tratamento.

Típico desta clientela, esse usuário entra, sai e retorna para assistência no CAPS com freqüência.

Apesar de a recaída ser um processo inerente ao processo de tratamento, nota-se que ela se dá em níveis muito maiores que o esperado, com boa parte dos usuários graves passando por períodos curtíssimos no CAPS e retornando apenas em situações de emergência. Permanecendo em condições gerais de vida bastante comprometidas.

Quando captado para assistência em CAPS, o primeiro pedido feito pelo usuário e pela família é o da internação especializada, com a crença forte deste procedimento como ‘recurso mágico’: solução para o problema.

Quando utilizada a internação especializada como recurso, o usuário permanece um tempo fora de seu contexto e do cotidiano de vida com suas relações e dificuldades. Quando retorna, se não dá prosseguimento ao tratamento extra hospitalar, recai e volta ao novo ciclo.

Inserido em sua realidade e com dificuldades no enfrentamento das adversidades presentes em seu contexto, nem sempre suporta a continuidade da interrupção do abuso de substância.

Chama a atenção nesta clientela é que várias são as nuances que se estabelecem na relação do usuário com a substância psicoativa, no entanto muitos usuários têm graves prejuízos em seus vínculos sociais, principalmente familiares e laborativos.

Apesar de não detalhado nesse estudo, boa parte dos óbitos de dependentes químicos em Pirai ocorre em pacientes jovens por causa externas: afogamentos, atropelamentos ou por doenças clínicas decorrentes do consumo abusivo de álcool e outras drogas.

Nessa área apesar do transtorno mental decorrente do abuso de substância não ser causa dos óbitos, passível de investigações epidemiológicas mais consistentes, é nítida a relação entre esse transtorno como fator determinante nos óbitos.

Portanto o número de óbitos relacionados a essa clientela, e o número de abandono de tratamento evidencia uma necessidade de qualificação da oferta de assistência nessa área, tendo como base a oferta suficiente e adequada do ponto de vista dos serviços de saúde, que não está representada no CAPS como dispositivo exclusivo.

Em 2009 foi lançado um montante de portarias ministeriais voltadas para essa área vinculadas ao PEAD (Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema único de Saúde – SUS /Portaria 1.190 de 04/06/2009).

O PEAD priorizava os 100 maiores municípios do país, com ações voltadas para ampliação e qualificação das estratégias já em curso, estabelecendo diretrizes específicas que abordam prevenção e promoção à saúde e interdisciplinaridade. Cabendo destacar que em seu art.3º. inciso 2º., há menção a redução da lacuna assistencial.

Em 2010 foi lançado através do Decreto 7179 de 20/05/2010 o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas, que via comitê gestor visam: tratamento, reinserção social e enfrentamento do crack e drogas ilícitas, através de políticas articuladas entre os diversos setores: saúde, assistência social, segurança pública, educação, esportes, direitos humanos, dentre outros.

O edital n. 003/2010/GSIPR/SENAD/MS regula a implantação das Casas de Acolhimento Transitório as CAT, voltadas para o acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade e risco e sua reinserção familiar.

O edital n. 001/2010/GSIPR/SENAD/MS define assim como no caso das CATs, através de processo seletivo a utilização de leitos de comunidades terapêuticas conveniados aos SUS. Esse projeto possibilita a remuneração de leitos via SUS nas comunidades terapêuticas já disponíveis nos municípios.

As portarias 2842 e 481 de 20/09/2010 regulam novas modalidades de serviços: as SHRad (Serviços Hospitalares de Referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas) e os CAPS 3ad: para álcool e drogas, com proposta de funcionamento 24 horas.

No caso dos CAPSad 3 há limitação de exigência quanto ao critério populacional, sendo este serviço disponível em duas modalidades CAPSad3 e CAPSad 3 regionalizado que contempla os municípios pequenos, através da perspectiva de serviço regionalizado que atinja os critérios populacionais mínimos.

De modo geral as normativas produzidas neste campo, são recentes e o processo de estabelecimento das novas alternativas de ações e serviços encontra-se em curso.

Destaca-se a regionalização como perspectiva, tanto no caso das CATs quanto nos CAPSad3. O que pode ser considerado como avanço, mas com um longo percurso de produção. O tema da regionalização é ainda um desafio para a política no SUS e sua viabilização depende de processo de amplas negociações e pactuações entre os municípios envolvidos em ações regionalizadas.

Por outro lado, os serviços regionalizados em saúde mental, demandam novos arranjos que superem o pré-requisito da base territorial. No caso da região do Médio Paraíba, por exemplo, o usuário de Piraí assistido em CAPSad3 regionalizado teria que ter mediada a condição da distância de sua residência, família, e vínculos sociais determinantes no tratamento, e muito mais próximos no caso do CAPS sediado no próprio município.

Apesar da lógica dos serviços de base territorial não se restringir ao aspecto geográfico, obviamente o contexto de vida e de relações do usuário está em seu município e não em municípios distantes. Acesso se vincula a acessibilidade e a intervenção em curso já demonstra esse fator como determinante nos rumos do tratamento.

Por outro lado, o credenciamento de leitos em comunidades terapêuticas demandará a grande habilidade, por parte de gestores e equipes municipais, no manejo da clínica já introduzida nestas instituições, nem sempre compatível com alguns princípios da reforma psiquiátrica.

De qualquer forma está clara a inadequação do atual modelo de oferta, não só no caso de Piraí, mas no país. E os esforços na constituição de novas frentes são fundamentais para a garantia de assistência de qualidade nesta área.

### 3.4.3 Ambulatórios

O ambulatório de adultos do CAPS Reviver têm algumas características. O espaço físico da Unidade é maior do que o da maioria dos CAPS1 da região. Como o imóvel conta com dois andares e um número maior de cômodos, a inserção do ambulatório no CAPS desde o início equacionava algumas questões.

Não havia previsão de ampliação de equipe quando foi inaugurado o CAPS. Como na maioria dos municípios pequenos, os gastos com a nova Unidade, tanto com a contratação de profissionais de outras áreas para compor a equipe mínima: enfermeiros, assistentes sociais e oficinairos e equipe de apoio, quanto os gastos com recursos operacionais; não contemplariam os gastos com profissionais para atenção exclusiva em ambulatório de saúde mental.

A expansão de equipe clínica se deu recentemente e ainda não está clara a diferenciação do serviço, do ponto de vista do espaço físico, como prioridade.

Por isso, no início o CAPS Reviver agregou ambulatórios e atenção intensiva em espaços físicos diferenciados no mesmo imóvel. Atualmente, não só o espaço físico, mas as Equipes de referência são distintas, mas estão presentes numa mesma Unidade de Saúde.

Além da questão operacional, a concentração dos profissionais no CAPS propiciou a apropriação da lógica de assistência por todos os profissionais dos diferentes setores.

Atualmente há maior preocupação da gestão e dos profissionais quanto à ampliação das ações na atenção básica, com a perspectiva da inserção destes profissionais para cobertura das 13 unidades de saúde, tanto para as ações de matriciamento quanto para atendimento ambulatorial.

Esse atendimento ambulatorial é entendido em sua ampliação, através da diversificação de instrumentos de oferta e do envolvimento de outros profissionais e atores. A terapia comunitária e as oficinas terapêuticas estão dentro deste contexto de possibilidades.

A equipe do ambulatório de adultos do CAPS Reviver é composta atualmente por duas psicólogas e três psiquiatras de referência. A assistência conta basicamente com os seguintes recursos: consulta em psiquiatria, psicoterapia individual, grupo terapêutico e visitas domiciliares e hospitalares.

Quadro 18– Perfil sócio demográfico - Ambulatório – CAPS Reviver

Variáveis	Arquivo Ativo	Arquivo Morto	TOTAL
Sexo			
Feminino	375	874	1249
Masculino	124	293	417
Estado civil			
Casado	183	447	630
Separado	56	335	391
Solteiro	120	229	349
Viúvo	38	52	90
Sem informação	102	104	206
Renda			
Possui	375	882	1257
Não possui	75	127	202
Sem informação	49	158	207

Fonte: SISCAPS – Agosto/2011

A oferta de visitas domiciliares e hospitalares, neste caso está vinculada às características da clientela, quanto à gravidade dos quadros e episódios frequentes de agudização de alguns pacientes, que recebem intervenção conjunta: Saúde Mental, Unidades Básicas de Saúde e Hospital Geral.

Alguns dados referem-se a essa gravidade:

- Registro de tentativa de suicídio de usuários do ambulatório do CAPS Reviver (arquivo ativo e morto): 70 usuários.
- Registro de usuários com histórico de internação psiquiátrica prévia: 92 usuários.

E quanto ao diagnóstico:

Quadro 19 – Diagnóstico Ambulatório ativo – CAPS Reviver

CID	Número de usuários
F 00 A 09 – Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	14
F10 – Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	06
F14 – Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína	01
F20 - Esquizofrenia	20
F29 – Psicose não orgânica não especificada	13
F30 – Transtornos do humor – episódio maníaco	02
F31 – Transtorno afetivo bipolar	15
F32 – Episódios depressivos	36
F33 – Transtorno depressivo recorrente	52
F34 – Transtorno de humor (afetivos) persistentes	27
F40 – Transtornos fóbico-ansiosos	11
F41 – Outros transtornos ansiosos	64
F42 – Transtorno obsessivo-compulsivo	01
F43 – Reações ao stress grave e transtornos de adaptação	07
F45 – Transtornos somatoformes	03
F48 – Outros transtornos neuróticos	03
F53 – Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, não classificados em outra parte	01
F70- F79 – Retardo mental	18
G40 - Epilepsia	06
Não informado	199

Fonte: SISCAPS – Agosto/2011

O ambulatório levanta mais uma vez a diversidade de demanda do CAPS, com a presença de dados que evidenciam a gravidade desta clientela, que não pode ser considerada como menos importante, do ponto de vista da qualificação da assistência.

Muitos portadores de doenças crônicas como depressão e ansiedade tem impacto crescente da patologia em sua vida de forma negativa. E as dimensões numéricas desta clientela são preocupantes.

Apesar de haver ações ambulatoriais em saúde mental nas Unidades de Saúde da Família no município, os dados demonstram boa cobertura com a necessidade de expansão das formas de cuidado.

A Terapia Comunitária, estratégia disponível no município não avança de acordo com uma possível necessidade apontada, inclusive pela dificuldade dos técnicos da saúde mental e da saúde da família quanto a sua priorização em meio a outras várias atribuições.



#### 3.4.4 Crianças e adolescentes

A Equipe para atendimento de crianças e adolescentes do CAPS Reviver é composta por 02 psicólogas, com dois dias de referência para o atendimento desta clientela, já que também estão lotadas em Unidade de Saúde da Família, e um psiquiatra de referência.

Os dados do SISCAPS referem-se à clientela do ambulatório de psicologia, basicamente. Já que essa clientela, principalmente os adolescentes, circula pelos outros dispositivos da Unidade. Há adolescentes que já foram ou são acompanhados em dependência química ou atenção intensiva, por exemplo.

A assistência direta deslocou-se para o espaço físico da Unidade de Saúde da Família do Centro, muito próxima do CAPS, o que foi motivado pelas freqüentes queixas por parte deste segmento de clientela, do incômodo das crianças em permanecerem na Unidade no período de espera, junto a usuários da atenção intensiva, principalmente nos momentos de crise dos mesmos.

Optou-se, no entanto, para fins de organização, pela manutenção dos prontuários e do controle de triagens e agendamentos, através do CAPS. Acontecem ainda, no CAPS, atividades indiretas voltadas para essa clientela, como reuniões de Equipe e reuniões com outros setores, principalmente: Educação, APAE e Conselho Tutelar.

Do ponto de vista de ações indiretas, foi constituído há mais de um ano no município um espaço denominado: Fórum de Parceiros que consiste em reuniões regulares entre CAPS, CREAS, CRASS, Conselho Tutelar, Equipe Técnica do Judiciário, Secretaria de Educação e algumas Unidades de Saúde da Família.

Motivado pela necessidade de resposta a casos de difícil abordagem e assistência no município que demandam ação intersetorial, esse é um instrumento potente de ação. Desde o início de seu funcionamento, percebia-se que muitas vezes o mesmo caso, era abordado pelos diferentes setores, sem que um soubesse da intervenção do outro.

A maior parte dos casos envolve crianças em situação de vulnerabilidade social e a construção de respostas coletivas através de ações coletivas, representa um avanço.

Desde o início da implantação do CAPS, a aproximação com as Equipes de Educação se deu em torno do grande volume de clientela de crianças com queixas referentes ao processo de aprendizagem. Ainda hoje, as equipes de educação têm uma presença importante acerca das ações de saúde mental nesta área. E a temática dos problemas de aprendizagem é discutida e alguns rumos construídos conjuntamente.

Atualmente 71 crianças e adolescentes estão inseridos no ambulatório de crianças e adolescentes em psicologia, o arquivo morto é de 410 pacientes.

Quadro 20– Perfil sócio demográfico crianças e adolescentes – CAPS Reviver

Variáveis	Arquivo Ativo	Arquivo Morto	TOTAL
Sexo			
Feminino	26	188	214
Masculino	45	222	267
Estado civil			
Casado	-	16	16
Separado	01	06	07
Solteiro	58	348	335
Sem informação	12	40	52
Renda			
Possui	05	22	27
Não possui	66	388	454

Fonte: SISCAPS – Agosto/2011

Os dados referentes a estado civil (casado ou separado) e renda referem-se aos adolescentes. Os demais dados apresentados para os outros grupos de assistência: histórico de internação psiquiátrica e origem do encaminhamento não estão detalhados para esta clientela.

Os transtornos mentais como autismo e retardos mentais são assistidos pela APAE do município, com acompanhamento em psiquiatria e psicologia no CAPS de forma articulada, com contato freqüente entre as equipes das duas instituições acerca destes casos através de discussão dos mesmos e intervenções pontuais em momentos de crise.

Não há, como nos municípios de médio e grande porte, a oferta de atenção intensiva para a clientela de crianças e adolescentes, portadores de transtornos mentais severos e persistentes, através dos CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial – infância e adolescência).

Os casos envolvendo indicação de internação psiquiátrica para adolescentes foram mediados, através do controle de porta de entrada no Hospital Geral, permanecendo os

mesmos no próprio município nos momentos de crise, com o acompanhamento pelas Equipes de Saúde mental, Saúde da família e Hospital Geral.

Não há registro de encaminhamento de crianças ou adolescentes para internação em Hospital Psiquiátrico pela área de saúde do município nos últimos cinco anos.

Pelas estratégias descritas anteriormente é claro que a assistência especializada a esta clientela, como num CAPSi é inviável no CAPS1. Do ponto de vista da circulação de uma diversidade de demanda e oferta de serviços incompatível.

Apesar das respostas construídas para essa clientela terem excluído a internação psiquiátrica como alternativa, terem constituído oferta de intervenção para crises e terem mantido o acesso ao atendimento, é nítido que ações mais qualificadas para essa área ficam a margem das possibilidades, pelas limitações da proposta.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo da saúde mental dispensa, por sua natureza, a idéia de modelos ou projetos fechados, com bases organizativas rígidas. Muitos autores, no campo da saúde coletiva rejeitam os conceitos de programas, em função de sua noção se vincular a um objeto acabado e definido.

A mudança paradigmática em saúde mental, ampliou horizontes quanto às dimensões da nova clínica e seus modos de fazer, em processo inacabado, de construção permanente.

A pluralidade de atores e de dimensões do processo político da reforma introduz alterações significativas no desenho das redes de assistência para esta área.

A descrição da produção em saúde do CAPS Reviver, exposta nesse trabalho, sinaliza algumas questões. Ainda que passível de inúmeros questionamentos, a mudança paradigmática no campo da saúde mental, deu margem a processos inovadores.

A clínica constituída no CAPS supera padrões antigos, de oferta de tratamento. A flexibilização da inserção de usuários em diferentes estratégias demonstra isso. Os dados acerca das clientela assistidas no CAPS visualizam o projeto terapêutico individualizado superando a inserção prévia das demandas em determinadas modalidades, baseada no critério do diagnóstico médico.

Está colocada a possibilidade de novas conformações, na articulação entre demanda e oferta, que conta com balizadores subjetivos, sobre o usuário e seus modos de vida, extrapolando o a priori contido no diagnóstico.

Por outro lado, a experiência de Piraí, demonstra a articulação da oferta de serviços em rede, como fundamental na implantação da nova proposta em saúde mental. As ações do CAPS estão vinculadas ao Hospital Geral e a rede de atenção básica, desde o início, como condição para alguns objetivos que se pretende atingir.

O acesso à assistência em saúde mental no município é qualificado por esta forma de organização. O vínculo entre os diferentes níveis do sistema e sua intercessão, estimulada pelo cotidiano da clínica, possibilita a circulação do usuário, desde a emergência à especialidade, num conjunto de práticas norteadas pelos mesmos princípios.

Ainda que haja divergências, decorrentes da ruptura de paradigma e sua densidade; são decorrentes do histórico de estigmatização vinculado ao campo dos transtornos mentais. No entanto a clínica se estabelece, num norte único, que potencializa ao usuário o acolhimento pela rede, em suas diferentes demandas de forma aberta e contínua.

Além da disponibilidade de movimentação dentro da rede de saúde de forma efetiva, a multiplicidade de ofertas de cuidado produzida em saúde mental também merece destaque. Apesar de o SISCAPS ser um sistema iniciado recentemente, e necessitar de qualificação gradativa, a visualização ofertada aponta para a ampliação dos modos de fazer em saúde mental.

A organização do CAPS Reviver está marcada por certa flexibilidade nas atribuições dos técnicos, é mantida uma base para ações específicas, mas a circulação de fazeres permite uma dinâmica diferenciada.

Como exemplo, os psiquiatras referenciados a clientelas específicas, estão disponíveis para intervenções de urgência para toda a clientela que acessa o serviço durante a semana. As equipes dentro da Equipe também se movimentam desta forma.

Esse tipo de funcionamento também garante o acolhimento ao usuário nos diferentes pontos da rede, com inegável qualificação do acesso. Não há fila de espera para qualquer uma das diferentes ofertas de assistência disponíveis em saúde mental no município. A circulação do usuário nos diferentes níveis foi priorizada. E arranjos quanto à organização e o planejamento das ações privilegiaram isso.

O acesso está privilegiado, desta forma, tanto na rede de serviços de saúde, quanto às diferentes clientelas alvo: do ambulatório, a atenção intensiva, e das crianças e adolescentes à dependência química.

Apesar de não mensurada devidamente, as dimensões da nova clínica dos CAPS, sugere que os modelos rígidos de organização não a potencializam, e só a criatividade e a flexibilidade no agenciamento de recursos a tornam viável.

Discussão que remete à integralidade da atenção, que se expande da questão do acesso aos diferentes níveis do sistema, para a ampliação à diversidade nas ofertas terapêuticas antevendo o objeto de intervenção como multi determinado e as possibilidades de cuidado como processo a ser construído.

Algumas considerações sobre o CAPS Reviver revelam uma oferta de ações que extrapolam o padronizado, quanto à assistência direta nos modelos tradicionais.

Os paradigmas da reforma e a produção teórico-conceitual no campo justificam plenamente o CAPS como um serviço diferenciado, em que o diagnóstico médico não determina a forma de inserção do usuário no serviço, sendo essa mais complexa do que o pré-estabelecido.

Qualificar os processos de demanda e oferta subentende aproximar ou desmontar a relação polarizada entre gestores, profissionais e usuários. Para isso, a abertura de gestores e

profissionais para esta possibilidade seria fundamental. E por outro lado, a forma de organização dos serviços, deveria contar com essas perspectivas.

A articulação de polaridades, quanto às demandas em suas leituras multiplamente determinadas, coloca desafios para sua análise e qualificação.

Esse dois aspectos são fundamentais nesta discussão: se o subjetivo é prioridade, antes do objeto da doença, critérios nosográficos e epidemiológicos não servirão como base exclusiva na programação de ações. E, se determinado o adoecimento, por múltiplos fatores, que são alvo de intervenção quanto à sua mediação, uma oferta predeterminada também não se aplica.

Os modelos de oferta abertos, com serviços flexíveis e sensíveis às demandas individuais e coletivas constituem inúmeros desafios do ponto de vista de sua gestão. Um certo esgarçamento, possibilitando a inserção do usuário em estratégias para além do pré-determinado privilegiam a acessibilidade e a promovem.

Portanto, do ponto de vista da organização é necessária uma base de oferta que possa se flexibilizar quando necessário. A forma de funcionar dos CAPS remete a isso: se por um lado os novos paradigmas abriram inúmeras possibilidades para a clínica, as normatizações nortearam quesitos mínimos de inserção.

As análises aqui propostas cogitam, porém, que as normatizações, nem sempre se adequam a necessidades que as rotinas dos serviços apontam e carecem de reatualização freqüente, sob o risco de despotencializar avanços técnicos importantes produzidos a partir de novos paradigmas.

A base norteada pela normatização, diz respeito no CAPS 1 à diversidade de clientela para atenção de forma ampliada, na mesma Unidade de Saúde, pela mesma Equipe de referência, o que por si só já marca uma dificuldade a ser administrada.

O avanço na ampliação das ações, por uma clínica diferenciada, não é acompanhado de formas de registro que ancorem sua boa visibilidade como base, inclusive para seu planejamento.

As normatizações em Saúde Mental impulsionaram a reorientação do modelo de assistência na área, de forma inequívoca. Por mais que o ideal da substituição do hospital psiquiátrico não tenha se concretizado, e por mais que os serviços substitutivos, principalmente os CAPS padeçam de qualificação.

Pela complexidade do processo de mudanças e pela demanda muitas vezes de urgência que o campo da saúde mental impõe, no cotidiano das ações públicas, em função de suas características; talvez seja necessário reaproximar os atores, através de canais de

discussão mais eficazes, contemplando os municípios em suas demandas como executores e as esferas estaduais e federais.

As portarias e os modos de financiamento nem sempre se adequam às demandas municipais, do ponto de vista da execução de políticas. Neste sentido seriam os princípios democráticos que balizam as concepções deste campo, que recomendariam uma retomada de canais coletivos de discussão e execução.

Se do ponto de vista da gestão, a verticalização da formulação política é necessária, quanto aos diferentes entes: gestão federal, estadual e municipal; o é também do ponto de vista dos atores: gestores, profissionais e usuários.

Não há dúvida de que essa interlocução já existe, mas precisa ser aprofundada, com instrumentos mais efetivos.

A análise da demanda e oferta de serviço no município de Pirai demonstra que há uma oferta de serviços, pautada num a priori exposto nos paradigmas da desinstitucionalização e, portanto nos norteadores técnicos nesta área, bem como na normatização que norteia a implantação dos serviços e da rede de assistência.

Estes norteadores têm como mérito, partirem de princípios que fomentam a circulação de idéias e valores, dos profissionais aos usuários. Partindo, ao menos teoricamente, da desconstrução de lugares hierárquicos de saber e poder.

No entanto, a tarefa é bem maior do que imaginamos e não estão claros e visíveis os mecanismos formais que traduzem essa relação. Desta forma, também não fica clara a demanda em saúde mental, do ponto de vista dos usuários de um serviço como o CAPS, o que outros estudos poderiam aprofundar.

A supervisão, controle e avaliação dos novos serviços de saúde mental pelas esferas federais, estaduais e municipais, talvez seja uma forma de avaliação conjunta que ao não ter se efetivado na prática, como o previsto, abriu lacunas.

A avaliação que deveria se ampliar das esferas de gestão a do coletivo de usuários e profissionais ainda não se firmou no mesmo volume da constituição dos serviços e ações.

Os CAPS, apesar de guardarem premissas básicas quanto a sua função e objetivos, se estabelecem de diferentes formas em diferentes contextos. Devem de fato, ser entendidos na realidade onde se inserem. Algumas questões aqui levantadas podem não se aplicar aos municípios de médio e grande porte, onde outros desafios são mais presentes.

Porém, alguns referenciais básicos acerca destas unidades necessitariam de monitoramento e avaliação para que alguns avanços preciosos, não fossem subvertidos,

sabendo-se que a cronificação de usuários e serviços, pode ser produzida, tanto no Hospital Psiquiátrico quanto nos CAPS.

E a ausência de estratégias mais consolidadas que evidenciem o que vêm acontecendo nos mais de 1.500 CAPS implantados, coloca em risco sua sustentação em consonância com os parâmetros iniciais, que o constituíram, valiosos não apenas para um campo específico, mas para vários enfrentamentos em saúde pública de maneira geral.

O que se procura demonstrar com algumas características de um CAPS em município de pequeno porte é que demanda e oferta precisam ser intermediadas pelas normativas, mas sua análise necessita ser ampliada para a qualificação do processo de assistência.

O CAPS de Pirai estabeleceu uma redução no número de internações psiquiátricas, com a captação de um número significativos de usuários para assistência no serviço. No ano de 2004 o município internou 126 pacientes e em 2011, foram internados com alta e retorno ao município 05 usuários até o mês de outubro.

Ao mesmo tempo, usuários sem qualquer documento, o obtiveram. Os sem qualquer renda, passaram a ter fonte regular, mesmo que através dos benefícios governamentais; através de sua inserção no CAPS.

A circulação social de usuários graves, antes vistos como uma potente ameaça, num município pequeno, avançou e esses cidadãos ocupam espaços sociais, antes improváveis, já que viviam, inclusive em número considerável, nas freqüentes internações psiquiátricas por longos períodos.

Há boa cobertura e acesso satisfatório a consultas, medicação e intervenções em níveis complexos, envolvendo desde a visita domiciliar para a intercorrência na atenção básica, à avaliação hospitalar e sua captação para os serviços específicos.

No entanto, a ampliação se evidencia como necessidade cotidiana, para as ações referentes a clientela específicas: crianças e adolescentes e dependentes químicos. E quanto a modalidades específicas: os ambulatorios e as ações na atenção básica.

A sobreposição de tarefas, incompatível com o volume de recursos disponíveis impede os avanços. A clientela que deixou de ser internada necessita das ações que extrapolam a dimensão técnico-assistencial.

Talvez em maior proporção, mas provavelmente, o campo da saúde mental demonstra desde o paciente deprimido ao esquizofrênico, que a determinação social no processo de adoecimento é inquestionável, e os alvos de uma nova clínica já não se restringem a diagnóstico, tratamento e cura. Sendo os níveis de intervenção muito mais amplos.



Apesar da criação de um sistema que melhorasse o registro de informações sobre a assistência no CAPS Reviver, é nítida a precariedade de instrumentos que contemplem as novas dimensões da clínica em saúde mental.

Inúmeras experiências, que afirmam rupturas significativas têm sua visualização comprometida. Provavelmente pela complexidade em que se inserem, mas essa visibilidade se coloca como um dos grandes desafios para a avaliação do que já se efetuou e para os avanços necessários.

O que está apontado neste trabalho é a necessidade de qualificação da produção dos registros em saúde mental como prioritária, e a consolidação de instrumentos de avaliação dos serviços e da nova clínica como essenciais.

E ainda os avanços inegáveis produzidos e seus limites, determinados pela atual e crescente multiplicidade de atribuições da saúde mental e as dificuldades de seu agenciamento do ponto de vista da gestão local: entre os paradigmas e a normatização, entre as necessidades de saúde e os recursos disponíveis.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001. P.167-176.
- AMARANTE, P.. Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 1995.
- AYRES, José Ricardo C.M. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. 1ª. Edição. CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO – Rio de Janeiro, 2009.
- BAPTISTA, T.W.F. & BORGES, C. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, vol. 24, n.2. fev. 2008.
- BEZERRA, B. O cuidado no CAPS: novos desafios. Academus Revista Científica da Saúde. Vol.3, n.4. 2004.
- BORGES, Camila Furlanetti. Políticas de saúde mental e sua inserção no SUS: a discussão de convergências e divergências e o resgate de alguns conceitos e valores pertinentes à Reforma Psiquiátrica. Dissertação de mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2007.
- BOFF, Leonardo. Princípio de compaixão e cuidado – O encontro entre ocidente e oriente. 4ª. Edição. Ed. Vozes.Petrópolis, Rio de Janeiro, 2009.
- BRASIL, 1991. Portaria n. 189, de 19 de novembro de 1991. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF.
- \_\_\_\_\_, 1992. Portaria n. 224, de 19 de janeiro de 1992. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF.
- \_\_\_\_\_, 2002. Portaria n. 189, de 22 de março de 2002. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF.
- \_\_\_\_\_, 2002. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa e AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciência e saúde coletiva, vol. 12, n. 4. Rio de Janeiro, julho/agosto de 2007.
- CARVALHO, M.C.M. (org.). Construindo o saber. Metodologia Científica – fundamentos e técnicas. Papirus Editora. P. 119-146, 1991.
- CECILIO, L.C.O. Modelos técnico-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 13(3): 469-478, 1997.

FREIRE, F.H.M.A. O sistema de alocação de recursos aos Centros de Atenção Psicossocial: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, RJ. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. 2004.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cad. Saúde Pública, v.20, supl. 2.

HARTZ, Z.M.A. & VIEIRA DA SILVA, L.M. (org.) Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA/ Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005, 275 p.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Ciência e Saúde Coletiva, vol.14,n.1. Rio de Janeiro. 2009.

LUZIO, C.A. & LABBATE, S. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes; ressonâncias da reforma psiquiátrica. Ciência e Saúde Coletiva, vol.14, n.1. Rio de Janeiro. 2009.

MACHADO, Ana Regina e MIRANDA, Paulo Sérgio C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas na Brasil: da justiça à saúde pública. História, Ciências, Saúde- Manguinhos. Vol. 14 n. 3 Rio de Janeiro jul./set.2007.

MATTOS, R. A. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In; PINHEIRO, R. ;MATTOS, R. Razões públicas para a Integralidade em saúde; o cuidado como valor. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2007. P.369-383

MERHY, E. E. & QUEIROZ, M. S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 9 (2): 177-184, 1993.

MINAYO, M.C.S. (org) Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade. Ed. Vozes. Petrópolis, 1995.

PINHEIRO, R. & LUZ, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro. IMS ABRASCO,2007 9-36.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube; MACHADO, Felipe Rangel S. e GOMES, Rafael da Silveira. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. Construção social da demanda, direito á saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos. Roseni Pinheiro e Ruben Matos, organizadores. 2. edição CEPESC/UERJ: ABRASCO, Rio de Janeiro, 2010.

ROTELLI, F. . A instituição inventada. In: Desinstitucionalização (F. Nicácio, org.), PP. 89-99, São Paulo. Editora Hucitec, 2ª. Edição. 2001.

SILVA JUNIOR, A.G.; ALVES, C.A.; ALVES, M.G.M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Construção social da demanda:

direito à saúde: trabalho em equipe; participação e espaços públicos, 2005. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ, 2005. P. 77-89.

SILVA JÚNIOR, A. G. et.al. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (orgs.) Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2006.



TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. História, Ciências e Saúde – Manguinhos. Rio de Janeiro, vol. 9 (1):25-29, 2002.

TOBAR, F. & YALOUR, M. R. Como fazer teses em saúde pública – Conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2001.

YASUI, Silvio. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Tese de doutorado. ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2006.

Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Ministério da Saúde. Brasília, 2005. Disponível em:  
([http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_15\\_anos\\_caracas.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf))

**ANEXO A – Prontuário saúde mental – utilizado no CAPS REVIVER**

	PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAJÁ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde
<b>PRONTUÁRIO SAÚDE MENTAL</b>		
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>		
Nome: _____		D.N.: _____
Endereço: _____		Tel.: _____
Filiação: _____		
Naturalidade: _____		Raça/Cor: _____
PSF: _____		Vinculado à Equipe do PSF? ( ) Sim ( ) Não
Agente de Saúde Responsável: _____		
Técnico de Referência: _____		
<b>DADOS PESSOAIS</b>		
Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Separado/Divorciado ( ) União Estável		
Composição Familiar (com quem reside - ex: nº de filhos, pai/mãe, marido/esposa...) _____		
_____		
_____		
Referência Familiar (com quem conta, familiar que acompanha e dá suporte regularmente): _____		
_____		
Escolaridade/Nível de Instrução: _____		
Profissão: _____		
Fonte de Renda: _____		
Benefício ( ) Sim ( ) Não Qual? _____		
<b>DEMANDA</b>		
Origem do encaminhamento ( ) PSF ( ) Pronto Socorro ( ) Outros: _____		
Queixa Inicial: _____		
_____		
_____		
_____		
_____		
Motivação para o Tratamento: _____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		

**HISTÓRIA DA DOENÇA**

(Início: Quando surgiu, idade e circunstância. **Evolução:** tentativas de tratamento e último tratamento. **Padrão:** depressivo, idéias ou tentativa de suicídio, agressão, ansiedade, delírios, alucinações, mentiras e etc. **Social:** uso de álcool, drogas e tabagismo (quando usa, frequência, quantidade, último dia de uso) problemas com cônjuge, família, escolar, financeiro).

**HISTÓRIA PESSOAL**

(Nascimento (complicações), infância (doenças, ambiente familiar, separação dos pais, pobreza, traumas) vida escolar, convívio social).

**HISTÓRIA MÉDICA E PSIQUIÁTRICA**

(Internações médicas/psiquiátricas, tratamentos ambulatoriais, uso de medicação).

**HISTÓRIA FAMILIAR**

(Pais e irmãos - estado de saúde, alguém teve ou tem problema psiquiátrico? Atitude da família diante do problema).



**HISTÓRIA SOCIAL E OCUPACIONAL**

(Moradia, passatempos, lazer, amigos e trabalho).

[illegible]



**ANEXO B – Prontuário de Saúde Mental – Dependência Química – Utilizado no CAPS Reviver**



	<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAI</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>	
<b>PRONTUÁRIO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA</b>		
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>		
Nome: _____		D. N: ____/____/____
Endereço: _____		Tel.: _____
Filiação: _____		
Naturalidade: _____	Raça/Cor: _____	
PSF _____	Vinculado à Equipe do PSF? ( ) Sim ( ) Não	
Agente de Saúde Responsável: _____		
Técnico de Referência: _____		
<b>DADOS PESSOAIS</b>		
Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Separado/Divorciado ( ) União Estável		
Composição Familiar (Com quem reside – ex: nº de filhos, pai/mãe, marido/esposa...) _____		
Referência Familiar (Com quem conta, familiar que acompanha e dá suporte regularmente): _____		
Escolaridade/ Nível de Instrução: _____		
Profissão: _____		
Ocupação Atual: _____		
Fonte de Renda: _____		
Benefício: ( ) Sim ( ) Não Qual? _____		
<b>DEMANDA</b>		
Origem do encaminhamento: ( ) PSF ( ) Pronto Socorro ( ) Outros: _____		
Queixa Inicial: _____		
_____		
_____		
_____		
_____		
Motivação para o Tratamento: _____		
_____		
_____		
_____		
_____		





## ANEXO C – Página inicial de alimentação do SISCAPS

**CAPS REVIVER**

Tipo Arquivo  Número  Prontuário de  Salvar registro

Nome

CNS  Data Nasc.  Sexo

Rua

Bairro  Tel1  Tel2

Pai

Mãe

RG  CPF  Estado Civil

Ref. Familiar  Escolaridade

Possui Renda:  Tipo Renda:  Renda/Benefic.  R\$ 0,00

PSF/Local que encaminhou  Profissional 1º atendimento  Data entrada 1ª vez

Modalidade  Medicação

Obs Medicação

Histórico Internação  Instituição Internou  Obs Hist.Inter.

Tentativa de Suicídio  Tipo

Cid

Registro:  1 de 1

Dependência Química - Substância

Registro:  1 de 1

Desenvolvimento Setor de Informática - SMS - Piraj

**ANEXO D** – Página de relatórios do SISCAPS

# Relatórios

INDICADORES

Prontuário de:  Tipo de Arquivo:

Sexo

Bairro

Estado Civil

Possui Renda

PSF/ Origem

Medicação

H.Internação

Instituição

T.Suicídio

CID

Medicação Completo

Motivo Desligamento