UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SETOR LITORAL

MARIANA JONCK

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE MATINHOS/PR: PERCEPÇÕES DE DIFERENTES AGENTES

MATINHOS

2024

MARIANA JONCK

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE MATINHOS/PR: PERCEPÇÕES DE DIFERENTES AGENTES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Federal do Paraná - Setor Litoral, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Dra. Silvana Marta Tumelero.

MATINHOS

2024

PARECER DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Os membros da banca examinadora realizaram, em 03 de dezembro de 2024, a avaliação do trabalho de conclusão de curso (tcc) de MARIANA JONCK, sob o título "POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE MATINHOS: PERCEPÇÕES DE DIFERENTES AGENTES", como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, tendo a estudante sido APROVADA.

Matinhos,03 de novembro de 2024.

Orientador

Integrante da Banca

Integrante da Banca

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, ao meu pai e à minha mãe por todo o apoio, carinho, compreensão e, principalmente, amor, que sempre fizeram questão de demonstrar. Obrigada pelas oportunidades que me proporcionaram e que me trouxeram até aqui.

Também agradeço à minha irmã e ao meu irmão pelo apoio, cumplicidade e até mesmo pelas implicâncias que dividimos. Sem vocês, nada seria o mesmo.

À minha orientadora, professora Doutora Silvana Marta Tumelero, agradeço pelas trocas, orientações, indicações e reflexões que contribuíram para a construção deste trabalho e enriqueceram minha formação. Sou grata, também, a todos os professores da UFPR, em especial aos do curso de Serviço Social, a quem tive a oportunidade de conhecer. Lembrarei com carinho do que aprendi ao longo desses anos.

Agradeço também aos profissionais entrevistados para esta pesquisa, pela gentileza e disposição com que me receberam.

Ainda, agradeço à Sandra, assistente social e minha supervisora de estágio, pelo ano de aprendizado e vivências que me proporcionou ao permitir que acompanhasse sua atuação profissional, pelas trocas (profissionais e afetivas) e pelos conselhos. Além disso, agradeço à equipe do CAPS que, durante o processo de estágio, me acolheu como parte da equipe.

Por fim, agradeço aos meus amigos e às demais pessoas que amo por estarem ao meu lado durante esta caminhada e na vida. Agradeço pelas trocas, momentos e vivências compartilhados. Os dias foram melhores e mais leves porque vocês estavam presentes.

O mal obscuro da Psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício - a doença - da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade.

Franco Rotelli

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso busca apresentar e refletir sobre as percepções de diferentes agentes executores da política de saúde mental acerca da atuação, da efetivação e das condições existentes para o funcionamento de um equipamento de saúde mental como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Matinhos/PR. Consideramos que este tipo de análise permite aprofundar sobre as dificuldades e desafios na execução de uma política pública, e produzir reflexões sobre aspectos que poderiam ser qualificados, fortalecidos e melhorados. A coleta de dados para este trabalho foi realizada através de pesquisa documental, em documentos do Governo Federal, Estadual e Municipal que possibilitassem uma compreensão das normativas as quais a política de saúde mental deveria seguir, e de pesquisa empírica, com a realização de entrevistas com profissionais executores da política de saúde mental no CAPS do município e profissionais da gestão da Secretaria municipal de Saúde. A análise dos dados se deu através do método da análise de conteúdo, em que as informações coletadas nas entrevistas foram categorizadas a partir dos aspectos que abordavam. Para a apresentação dos resultados, estruturamos dois eixos principais de reflexão: estruturação, funcionamento e financiamento da política e percepções e atuação das equipes em saúde mental. De forma geral, apontamos que os maiores desafios e dificuldades da efetivação da política de saúde mental no município estão nas condições institucionais oferecidas para o funcionamento do equipamento, como falta de recursos, insuficiente quadro de profissionais, precária estrutura física do espaço e principalmente a falta de outros equipamentos para encaminhamento de pacientes e de articulação de uma rede de serviços para uma atuação intersetorial. Assim, o que se percebe é que se faz necessária uma maior visibilidade do CAPS pela gestão, oferecendo condições mínimas para a atuação da equipe de trabalho e auxiliando na construção de uma rede de atendimento e na implementação de serviços que promovam também o cuidado em saúde mental, uma vez que a atuação isolada dos profissionais do CAPS, desprovidos de recursos e redes, não permite alcançar as potencialidades existentes na promoção do cuidado aos sujeitos em sofrimento mental.

Palavras-chave: Saúde mental; Reforma Psiquiátrica; CAPS; percepções.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - CATEGORIAS CONSTRUÍDAS PARA ANÁLISE DE DADOS..... 20
FIGURA 2 - CONSTITUIÇÃO DA RAPS..... 46

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - DESCRIÇÃO DAS MODALIDADES DE CAPS.....41
QUADRO 2 – COMPONENTES DA RAPS.....45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CEM	- Centro de Especialidades Médicas
CFESS	- Conselho Federal de Serviço Social
CGMAD	- Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
CIT	- Comissão Intergestores Tripartite
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CONAD	- Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
DAPES	- Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DINSAM	- Divisão Nacional de Saúde Mental
EC	- Emenda Constitucional
ESF	- Estratégia Saúde da Família
IDEB	- Instituto Doutor Everson Buchi
MS	- Ministério Da Saúde
MTSM	- Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	- Núcleo de Atenção Psicossocial
PAS	- Plano anual de saúde
PNSM	- Política Nacional de Saúde Mental
PR	- Paraná
PSM	- Política de Saúde Mental
PT	- Partido dos Trabalhadores
PTS	- Projeto Terapêutico Singular
RAPS	- Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	- Secretaria de Atenção à Saúde
SESA	- Secretaria Estadual de Saúde
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SP	- São Paulo
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCC	- Trabalho de Conclusão de Curso
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 10

1.1 OBJETO/PROBLEMA DE ESTUDO 15

1.2 QUESTÕES NORTEADORAS 15

1.3 OBJETIVOS 15

1.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 15

1.4.1 Sujeitos da pesquisa 17

1.4.2 Análise dos dados 19

2 A SAÚDE MENTAL EXPRESSA COMO LOUCURA 21

2.1 CONSTITUIÇÃO DA LOUCURA A PARTIR DA CIÊNCIA MODERNA 22

2.2 A PSIQUIATRIA REFORMADA 26

3 SAÚDE MENTAL NO BRASIL 31

3.1 A REFORMA PSIQUIÁTICA BRASILEIRA 32

3.2 A PROPOSTA DE CUIDADO EM TERRITÓRIO 40

4 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE MATINHOS/PR 55

4.1 ESTRUTURAÇÃO, FUNCIONAMENTO E FINACIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE MATINHOS 56

4.2 PERCEPÇÕES E ATUAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE MATINHOS 63

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 72

REFERÊNCIAS 75

APÊNCIDE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA EQUIPE CAPS 82

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTÃO DA SMS 85

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso (TCC) busca apresentar e refletir sobre as percepções de diferentes agentes executores da Política de Saúde Mental acerca da atuação e das condições existentes para o funcionamento de um equipamento de saúde mental como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Matinhos/PR.

A loucura foi, ao longo dos séculos, elemento chave para o controle social[1] de determinados segmentos da sociedade. Na Idade Média, o "lugar social" destinado aqueles tidos como loucos sempre foi o de isolamento, repressão e discriminação. Esse lugar permaneceu inalterado até mesmo quando estudos e tratamentos na área da medicina e da ciência moderna tiveram início e foram se desenvolvendo para o que se convencionava chamar de loucura e, posteriormente, alienação mental.

O desenvolvimento de novos entendimentos, estudos e tratamentos, especialmente nos séculos XVIII e XIX, não chegaram a promover profundas alterações acerca das visões e preconceitos sobre a loucura e os considerados loucos. Amarante (2007, p. 61) destaca que o modelo psiquiátrico hospitalar - de isolamento e institucionalização total utilizado até aquele momento, "[...] se aproxima muito das instituições carcerárias, correcionais, penitenciárias. Portanto, um sistema fundado na vigilância, no controle, na disciplina". Dessa forma, os conceitos adotados e os modelos de tratamentos propostos até meados do século XX reforçavam as ideias de exclusão e periculosidade dos sujeitos considerados loucos e, assim, a inegável necessidade de controle, isolamento e institucionalização desses.

Foram esses conceitos e o modelo de tratamento psiquiátrico que permaneceram por décadas como as principais concepções e propostas em relação ao tratamento das chamadas enfermidades mentais. Os ideais de isolamento, repressão, controle, discriminação e institucionalização - materializada através dos manicômios e de um modelo hospitalocêntrico, foram elementos que, por séculos,

[1] O sentido do termo "controle social" aqui empregado diz respeito ao controle exercido pelo Estado e suas instituições sobre a sociedade e os indivíduos. Segundo Alvarez (2004 *apud* Silva, Cançado, Santos, 2017) podemos compreender esta categoria a partir da concepção de que os mecanismos de controle social usados pelo Estado visam o adestramento dos sujeitos através de determinados critérios e medidas normatizadoras. Dessa forma, se relacionam estritamente com o campo da criminalidade, da segurança pública, da vigilância e do policiamento.

constituíram a visão da sociedade sobre os considerados loucos, alienados ou fora das convenções sociais, contribuindo para estigmatizar a “loucura”.

Diante disso, longos foram os processos de transformações sociais necessários para que novas concepções e propostas de intervenção e cuidados pudessem ser pensadas, elaboradas e adotadas no Brasil e no mundo para o que passou a ser compreendido como campo da saúde mental e atenção psicossocial. Intensos e inesgotáveis debates, críticas aos princípios de isolamento e exclusão, novas produções científicas e experiências de modelos de cuidado fizeram parte do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira que, segundo Yasui (2006, p. 95), é

> [...] um processo social complexo que transcende e supera as reformulações na organização dos serviços de saúde e propostas de implementação de caráter exclusivamente técnicas. Supõe a renúncia da vocação terapêutica instituída por intermédio da superação do paradigma psiquiátrico. O que significa negar a instituição manicomial, romper com a racionalidade e o saber psiquiátrico sobre a doença mental, compreendido como um processo histórico e social de apropriação da loucura; questionar o poder do especialista (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, etc.) em relação ao paciente e negar o seu mandato social de custódia e exclusão.

É nesse processo, nas décadas de 1970 e 1980, principalmente, que se passa a debater o saber psiquiátrico hegemônico, a violência do aparato manicomial, as reais condições dos indivíduos institucionalizados e o processo de mercantilização da loucura[2] – muito presente no Brasil desde o começo do século passado. É a partir desse momento que se passam a pensar coletivamente, principalmente pelos que vivenciavam o cotidiano das instituições asilares, como os trabalhadores da saúde e os próprios usuários, e também pelos familiares, associações de familiares e alguns outros atores ligados aos movimentos sanitários, novas propostas de cuidados que visam a superação do modelo manicomial e hospitalocêntrico adotado até o momento (Brasil, 2005).

Assim, a Reforma psiquiátrica brasileira trouxe um novo paradigma científico, ético e político para se pensar e trabalhar o campo da Saúde Mental. Segundo o

[2] O que se refere como processo de mercantilização da loucura, foi o período em que houve o crescimento de um sistema hospitalar privado de tratamento as pessoas em sofrimento mental e em que as internações psiquiátricas assumiram a forma de mercadoria e viraram objeto de lucro por parte do empresariado (Sampaio e Bispo Júnior, 2021). Tais condições foram possibilitadas por uma política de governo (em um momento de Ditadura Militar) que colocava em curso no país, um processo de privatização da saúde, e que por isso, privilegiava a contratação de serviços e hospitais psiquiátricos privados, que atuavam em uma lógica lucrativa, em detrimento do fortalecimento e ampliação dos serviços públicos de saúde mental existentes.

documento Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil, produzido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2005, p. 96), a atenção psicossocial passou a se constituir em “um campo complexo, composto por uma rede de fatores sociais, psicológicos, culturais e biológicos. Nessa perspectiva, trata-se de tomar o drama do existir humano em sua complexidade.” Nesta concepção e processo, a “doença mental” deixa de ser o objeto exclusivo de uma intervenção biomédica e passa-se a compreender o sujeito em toda a sua experiência humana e complexidade do existir, singularizando suas experiências pessoais e compreendendo-o em seu sofrimento psíquico. Amarante (2007, p. 69) argumenta que, dessa forma

> [...] nos deparamos com o sujeito, suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus parentes e vizinhos, seus projetos e anseios, isso possibilita uma ampliação da noção de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial.

As mudanças paradigmáticas adotadas no campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial levaram à construção de novos modelos de cuidados, serviços, equipamentos e dispositivos substitutivos ao modelo manicomial. O documento Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, (Brasil, 2005, p. 98) aponta que, nessa dimensão “propõe-se a construção de uma nova organização de serviços, articulando uma rede de espaços de sociabilidade, de produção de subjetividades, de geração de renda, de apoio social, de moradia, enfim, de produção de vida”. Segundo Amarante (2007, p. 69), esses serviços precisam ser “entendidos como dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, cuidado e de trocas sociais. Enquanto serviços que lidam com as pessoas, e não com as doenças, devem ser lugares de sociabilidade e produção de subjetividades”. É na perspectiva do cuidado vinculado a sociabilidade e a produção de subjetividades que são estruturados, principalmente no começo desse século, equipamentos próprios para saúde mental e uma rede de cuidados nos territórios de produção de vida cotidiana da população.

A década de 1990 e o começo dos anos 2000 demarcaram profundos avanços e transformações na concepção de saúde mental e atenção psicossocial no Brasil. Avanços esses, que caminham em consonância aos princípios apontados pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica brasileira - de superação do viés da

institucionalização[3] e na lógica da proposição de novas formas de compreender as experiências de sofrimento mental. São os novos paradigmas teórico-conceituais, as novas propostas de modelos de atenção, a criação e estruturação de novos equipamentos e redes, o cuidado multiprofissional no território, a denúncia e combate as ainda existentes experiências de institucionalização, os marcos jurídicos normativos (em especial a Lei n. 10.216/2001) e revisão das legislações em vigor, entre diversos outros aspectos que constituem uma nova política de saúde mental no Brasil e que demarcam avanços no processo de alteração do "lugar social" da loucura.

Tendo em vista o percurso de transformações apresentado, se percebe um intenso movimento em direção a uma política de saúde mental estruturada em uma perspectiva humanizadora e emancipadora. Entretanto, esse percurso não é meramente evolutivo, marcado exclusivamente por avanços e a superação total de antigas formas de cuidado e compreensões sobre a Saúde Mental. Na verdade, paralelo as transformações ocorridas, antigas práticas e concepções, intimamente ligadas a psiquiatria tradicional, continuam a existir, inclusive, muitas vezes, sendo reproduzidas nos novos serviços concebidos a partir da Reforma, bem como as instituições asilares não são totalmente fechadas e extinguidas, mas continuam presentes como um modelo de tratamento. O processo da Reforma Psiquiátrica em andamento é marcado pela simultaneidade de diferentes práticas e concepções de saúde mental em diversos âmbitos.

Por isso mesmo, a condução da política pública é também um campo de disputas de diferentes perspectivas de cuidado que coexistem na sociedade. Assim, ora a política avança na ampliação do projeto de cuidado preconizado pela Reforma, ora retrocede, como atualmente, ao voltar a promover e incentivar a ampliação de instituições segregadoras e violentadores, como os hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas. Como aponta Amarante (2007), o campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial não é sistema fechado, mas um processo social e complexo, que é construído e reconstruído cotidianamente.

Justamente por isso, esse campo precisa ser individual e coletivamente pensado, discutido, criticado e avaliado em seus mais diferentes aspectos e por diferentes atores. Assim, o presente trabalho busca identificar e refletir sobre as

[3] O termo institucionalização é empregado ao longo deste trabalho se referindo ao processo de exclusão de sujeitos em instituições psiquiátricas que afastavam este do meio e do convívio social.

percepções de diferentes agentes executores da política de saúde mental acerca dos desafios e dificuldades da prática cotidiana em um serviço territorial de cuidado em saúde mental.

Foi precisamente uma experiência de estágio em Serviço Social (no decorrer da formação na Universidade Federal do Paraná) em um dos principais equipamentos dessa política, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - que articula o cuidado em saúde mental ao próprio território de produção de vida dos sujeitos, que permitiu o contato e uma aproximação com o tema da saúde mental. Nessa experiência, foi possível conhecer e compreender diversos aspectos da política de saúde mental e o seu funcionamento no país e no município de Matinhos/PR, mas, também, foi possível observar diferentes desafios enfrentados cotidianamente naquele espaço. A falta de uma equipe multiprofissional adequada, limitada infraestrutura para funcionamento, condições de trabalho inadequadas e insuficientes, precariedade de uma rede integrada de atendimento, superlotação de pacientes no equipamento e falta de recursos financeiros, demonstram algumas dessas dificuldades e desafios. Foram essas problematizações, inicialmente observadas, que instigaram a questionar as percepções da própria equipe de trabalho do equipamento acerca das dificuldades enfrentadas e como estas refletem no atendimento do serviço e no cuidado promovido.

Entendemos que reflexões como essas são capazes de apontar as fragilidades existentes na execução de uma política pública e permitem reforçar a necessidade de um fortalecimento e qualificação muitas vezes da própria política, mas, principalmente, dos equipamentos públicos de cuidado territorializado em saúde mental, uma vez que a precarização destes, em todas as suas dimensões, e a sua insuficiência diante das demandas, tem sido argumentos utilizados, no âmbito da saúde mental, para a manutenção e fortalecimento de instituições de cuidado baseadas no isolamento, como as comunidades terapêuticas, e para o repasse do fundo público a este modelo de atendimento.

Através das percepções da equipe e da visão de atores da gestão da política da saúde municipal, buscamos construir com maior profundidade análises, avaliações, reflexões e críticas à aspectos da efetivação da política de saúde mental no município, bem como compreender a atuação e os limites do serviço e da própria equipe de trabalho na produção de cuidado em saúde mental em Matinhos.

1.1 OBJETO/PROBLEMA DE ESTUDO

Quais são os desafios, dificuldades e perspectivas na efetivação da política de saúde mental no município de Matinhos/PR?

1.2 QUESTÕES NORTEADORAS

1. Quem são os atores (gestão e equipes) envolvidos na efetivação da política de saúde mental no município de Matinhos?
2. Quais os equipamentos e estruturas de atendimento à saúde mental no município?
3. Quais são as fontes de financiamento/recursos para funcionamento da política de saúde mental no município?
4. Quais as atividades e dinâmicas de atendimento utilizadas nos equipamentos de saúde mental no município?
5. Quais os desafios e dificuldades percebidos pelos atores (gestão e equipes) na efetivação da política de saúde mental no município?

1.3 OBJETIVOS

1. Identificar os profissionais envolvidos na efetivação da política de saúde mental no município de Matinhos;
2. Conhecer os equipamentos e estruturas de atendimento à saúde mental do município;
3. Mapear as fontes de recursos e financiamento destinados a política de saúde mental no município;
4. Compreender o funcionamento da política de saúde mental no município;
5. Analisar os desafios e dificuldades percebidos na efetivação da política de saúde mental no município.

1.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho se caracteriza como uma pesquisa quanti-qualitativa que buscou compreender, analisar e discutir a efetivação da Política de Saúde Mental no

município de Matinhos/PR, através das percepções de diferentes agentes desta política. Segundo Souza e Kerbauy (2017, p. 34), a abordagem quantitativa pode ser entendida como a “que recorre à estatística para explicação dos dados e a [qualitativa a] que lida com interpretações das realidades sociais”. Para Flick (2009, p. 43), o uso de “diferentes perspectivas metodológicas complementam-se para a análise de um tema, sendo este processo compreendido como a compensação complementar das deficiências e dos pontos obscuros de cada método isolado”. Assim, a pesquisa quanti-qualitativa pode utilizar-se de métodos quantitativos e de métodos qualitativos para uma maior e melhor compreensão do tema em análise.

No que tange a metodologia de pesquisa, Minayo (2007, p. 49) argumenta que

> As técnicas a serem utilizadas podem se voltar: a) tanto para a produção primária de dados, isto é, quando o pesquisador produz o dado na interação direta com os sujeitos através de entrevistas, observações, aplicação de questionários; b) quanto para a busca de dados secundários, ou seja, a partir de acervos já existentes, tais como documentos, bancos de dados, revistas, jornais, coleções de artefatos etc.

Dessa forma, os procedimentos e técnicas utilizados nesta pesquisa se deram a partir da busca de dados secundários, através de pesquisa documental e da produção primária dos mesmos, através da pesquisa empírica, sendo estes analisados através do método da análise de conteúdo.

A pesquisa documental, conforme Gil (2002, p. 45) “vale-se de materiais que não recebe[ra]m ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos de pesquisa”. Assim, tal pesquisa analisou materiais que ainda não foram sistematizados e categorizados ou que já foram, mas ainda permitem diferentes interpretações.

Neste trabalho, a base documental incluiu normativas jurídicas, leis, resoluções, portarias, manuais, planos de execução e peças orçamentárias que regulam e normatizam a Política de Saúde Mental no Brasil, no estado do Paraná e no município de Matinhos. Entre os documentos consultados, no âmbito municipal, estão: Relatório Anual de Gestão da Saúde 2023; Programação Anual de Saúde (PAS) 2023, 2024 e 2025; Relatório de Gestão da Saúde 1°, 2° e 3° quadrimestre de 2023 e 1° quadrimestre de 2024; Plano Plurianual de Saúde (2022-2025); Plano de Aplicação do recurso Saúde Mental; Lei de Diretrizes Orçamentárias do município de 2023, 2024 e 2025; Lei n° 2.562/2023 (dispõe sobre o Orçamento Anual do Município,

para o exercício de 2024); Lei n° 1.345/2010 (dispõe sobre a reformulação do Conselho Municipal de Saúde de Matinhos); Lei n° 2.611/2024 (institui a Política Municipal de Atenção à Saúde Mental); Portal da Transparência Municipal e etc.

Em nível estadual foram consultadas as resoluções n° 1.713/2023, n° 860/2024 e n° 924/2024 da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) do Paraná. E, os documentos de âmbito federal consultados, foram: Cartilha do Ministério da Saúde "Saúde Mental no SUS: os Centro de Atenção Psicossocial", Relatório de Gestão 2003-2006 do Ministério da Saúde "Saúde Mental no SUS: Acesso ao tratamento e Mudança no Modelo de Atenção", Lei n° 10.216/2001, Portaria n° 336/2022, Portaria n° 3.088/11, Portaria n° 3.588/2017, Portaria GM/SM n° 757/2023 e a Portaria de Consolidação GM/MS n° 3.

A pesquisa empírica, por sua vez, se deu a partir da realização de entrevistas. Minayo (2007, p. 64) define que a entrevista é sobretudo uma conversa realizada com certa finalidade, já que "tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa e, abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo". Neste trabalho, utilizamos a entrevista semiestruturada, "que combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender a indagação formulada" (Minayo, 2007, p. 64). Nesta etapa da pesquisa foram produzidos dados que se referem "a informações diretamente construídas no diálogo com o indivíduo entrevistado e tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia" (Minayo, 2007, p. 65). Foram tais dados que proporcionam os subsídios para responder principalmente as questões 4 e 5 apontadas neste trabalho.

1.4.1 Sujeitos da pesquisa

Para esta pesquisa, optou-se por entrevistar profissionais de duas áreas de atuação diferentes dentro da política de saúde. No sentido de compreender a saúde, e em específico a saúde mental, em sua complexidade no município (seus equipamentos, formas de organização, funcionamento, gestão, financiamento, perspectivas etc.), se buscou entrevistar profissionais que atuassem no âmbito da gestão municipal desta política na Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Por sua vez, para apreender e analisar profundamente o funcionamento diário (dinâmicas de atendimento, redes de cuidado, atividades existentes) dos equipamentos e os

desafios e dificuldades de se efetivar na prática cotidiana à política de saúde mental, objeto de estudo desta pesquisa, definiu-se por entrevistar também os profissionais integrantes da equipe de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município.

O equipamento em questão foi escolhido por ser o único equipamento público específico ao cuidado em saúde mental no território de Matinhos. Neste espaço, foram convidados a participar das entrevistas todos os profissionais das diferentes áreas que atuavam no equipamento.

A primeira aproximação com os profissionais do CAPS a serem entrevistados foi realizada por intermédio da assistente social do serviço, supervisora do processo de estágio que suscitou as indagações e problematizações que levaram à elaboração deste trabalho. A aproximação com o profissional da gestão da SMS, no entanto, foi feita através de uma visita diretamente ao profissional a fim de convidá-lo para a participação na pesquisa.

Após o contato inicial e a apresentação da proposta deste trabalho, os profissionais do CAPS e da gestão convidados, se mostram receptivos e se dispuseram a participar. Dos profissionais do CAPS, apenas dois não realizaram as entrevistas, em razão da incompatibilidade de agenda dos profissionais com os horários em que estas foram realizadas no equipamento.

Foram entrevistados ao todo, para esta pesquisa, 01 assistente social, 02 enfermeiros, 01 médico, 02 psicólogos, 02 técnicos administrativos e 01 técnico de enfermagem, que atuavam no CAPS, e 01 auxiliar administrativo, que ocupava um cargo na gestão da SMS.

Em relação ao perfil dos profissionais entrevistados, no que compete ao vínculo empregatício, podemos destacar que 06 deles são servidores públicos em regime estatutário, 02 são profissionais contratados por empresa terceirizada, 01 é vinculado ao município através de um contrato de prestação de serviço e 01 presta serviço ao município como Pessoa Jurídica (e é pago por diária de trabalho).

Os profissionais entrevistados foram orientados quanto a coleta de dados realizada durante a entrevista e a utilização destes para alcançar os objetivos do trabalho, bem como a garantia do seu anonimato. Assim informados, os profissionais concordaram em participar ao assinarem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que reforçava as informações acima mencionadas.

As entrevistas foram realizadas de meados de setembro até final de outubro de 2024. Cada profissional foi entrevistado individualmente a partir de questões abertas previamente elaboradas, onde o mesmo pode discorrer livremente. As entrevistas tiveram, na maioria, duração de 25 a 40 minutos, tendo a mais curta durado 23 minutos e a mais longa 1h32min, e foram gravadas para posterior transcrição e análise dos dados coletados.

Como forma de preservar o sigilo dos profissionais participantes dessa pesquisa, indicaremos os profissionais sempre utilizando um pronome masculino e os identificaremos, quando necessário, através de letras do alfabeto português.

1.4.2 Análise dos dados

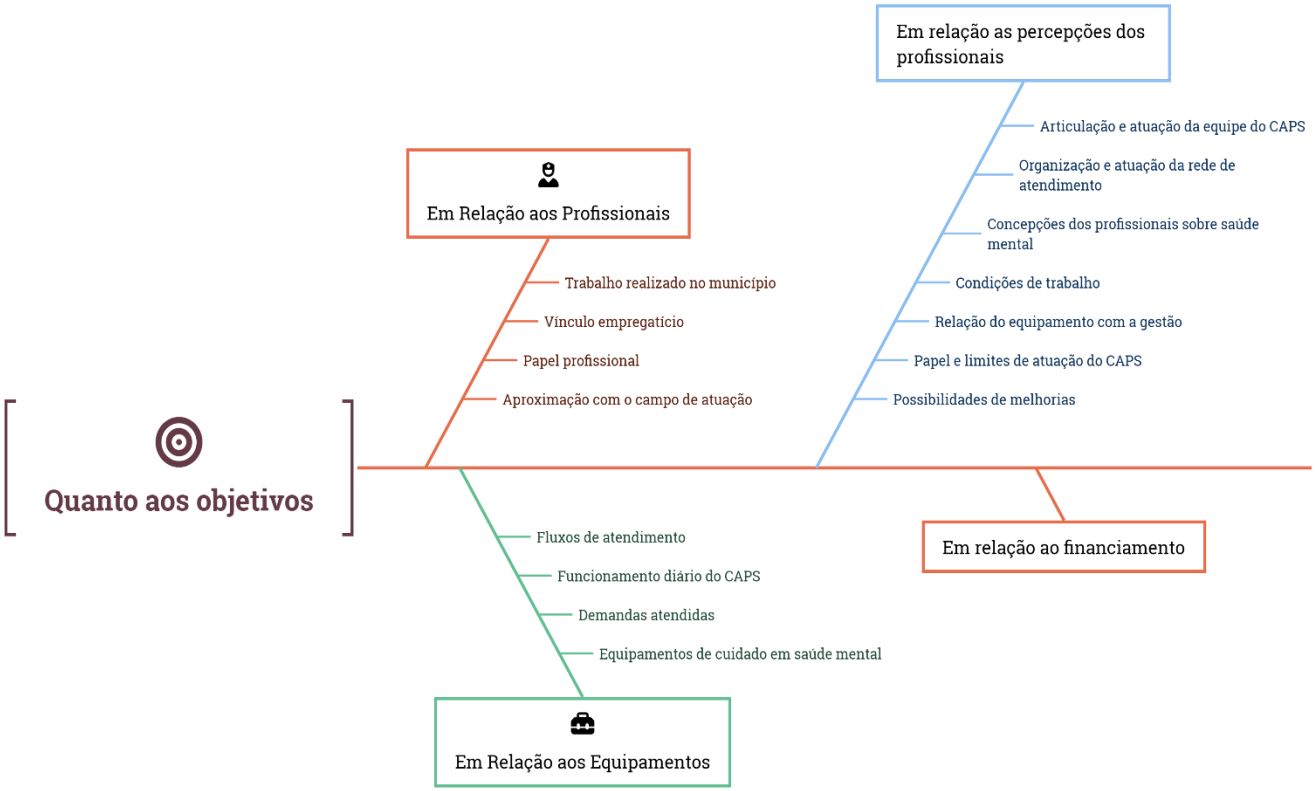
Para a análise dos dados coletados através da pesquisa documental e entrevistas, foi utilizado o método de análise de conteúdo. Tal método permite interpretar diferentes formas de comunicação para além do que é comunicado objetivamente, “já que analisa com profundidade a questão da subjetividade, ao reconhecer a não neutralidade entre pesquisador, objeto de pesquisa e contexto” (Cardoso; Oliveira; Ghelli, 2021, p. 100). Segundo Bardin (1979, p. 43-44) a análise de conteúdo tem o mesmo objeto de estudo da linguística, a linguagem, mas se diferencia ao buscar

> [...] trabalha[r] a palavra, quer dizer, a prática da língua realizada por emissores identificáveis. [...] Toma em consideração as significações (conteúdo), eventualmente a sua forma e a distribuição destes conteúdos e formas (índices formais e análise de co-ocorrência). [...] procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça. A linguística é um estudo *da* língua, a análise de conteúdo é uma busca de outras realidades *através* das mensagens (grifos da autora).

Através desse método, os dados coletados nas entrevistas foram descritos, categorizados, analisados e interpretados. No primeiro momento, os relatos dos profissionais foram transcritos e categorizados de forma ampla, de acordo como a relação que estabeleciam com as questões norteadoras e com os objetivos desta pesquisa. A partir desta, puderam ser estabelecidas quatro principais categorias de análise: dados em relação aos profissionais do CAPS, aos equipamentos, às percepções desses profissionais e as fontes de recursos, que se subdividiram em categorias menores, com exceção da categoria financiamento, que em razão da

escassa quantidade de dados coletados, as análises foram contempladas na categoria principal.

FIGURA 1 – CATEGORIAS CONSTRUIDAS PARA ANÁLISE DE DADOS



Fonte: A autora (2024)

Para a exposição dos resultados desta pesquisa elaboramos dois eixos de análises, o primeiro em relação a estruturação, funcionamento e financiamento da política de saúde mental no município, que apresenta os dados das subcategorias equipamentos e financiamento, e o segundo, que reflete sobre as percepções e atuação das equipes na promoção do cuidado em saúde mental, elaborado a partir da subcategoria percepções dos profissionais.

2 A SAÚDE MENTAL EXPRESSA COMO LOUCURA

Como primeiro passo da análise e do movimento reflexivo que trilharemos ao longo deste trabalho, se faz essencial debater o processo de construção social da loucura. Este capítulo inicial de discussão, se encarrega justamente de abordar os principais aspectos do percurso histórico de constituição da loucura e sua transformação em doença mental. Também, e por consequência, aborda as práticas, saberes e espaços destinados a loucura e a doença enquanto um produto, resultado de fatores sociais, políticos e mesmo ideológicos de diferentes períodos da história (Medeiros e Pereira, 2021).

É preciso compreender, como ponto de partida do percurso a ser desenvolvido, que a loucura (e a doença mental) não são objetos descobertos, a-históricos e eternos, presentes desde sempre na sociedade, mas são uma construção, "uma produção social histórica, mediada em grande medida por discursos, práticas e produções de representações sobre o estado de saúde mental dos pacientes" (Figueiredo; Delevati, Tavares, 2014, p. 123). Foucault (2006, *apud* Providello e Yasui, 2013) afirma "a loucura não pode ser encontrada no estado selvagem. A loucura só existe em sociedade, ela não existe fora das normas da sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou capturam". Ela é criação da sociedade.

A patologização de determinados comportamentos humanos é o resultado de um exercício da sociedade que circunscreve os corpos de determinados sujeitos a um saber médico que detém o poder de normalizá-los perante os critérios definidos por essa mesma sociedade. (Medeiros e Pereira, 2021). Providello e Yasui (2013) trazem um ótimo exemplo para compreendermos esse processo. Eles questionam quem definiria quem é louco ou não e com base em quais critérios, se não houvesse outros para objetificar o sujeito como tal? Se não houvesse o meio social, essa experiência, que convencionamos chamar de loucura, não seria uma experiência própria do sujeito e, portanto, constituiria o próprio ser? É, assim, a existência da sociedade que permite o surgimento e criação da loucura enquanto doença mental, uma anormalidade que precisa ser corrigida, adequada ao que foi estabelecido como socialmente aceito.

Se a loucura é criação, seus espaços e práticas também são. Para Barros (1994) os asilos e manicômios são exatamente a concretude e a consequência da

criação da doença mental. São produtos de processos históricos e sociais e de um saber que se limitava a doença, nunca ao cuidado com o sujeito.

É tendo em vista essas problematizações iniciais, que podemos começar a percorrer os principais marcos da constituição da loucura e da doença mental no período da Idade Média até os dias atuais, com destaque às transformações do final do século XX, que, de certa forma, revolucionaram o campo da psiquiatria.

2.1 CONSTITUIÇÃO DA LOUCURA A PARTIR DA CIÊNCIA MODERNA

No livro História da Loucura na Idade Clássica, publicado originalmente em 1961, Michel Foucault (1972) analisa o percurso e as condições históricas acerca da loucura e do surgimento da psiquiatria enquanto saber racional e científico. Em sua análise, faz uma "'arqueologia do silêncio' a que se submete a loucura" (Calomeni, 2010, p. 54) em um período que vai do fim da Idade Média até a Era Moderna, e aborda a loucura enquanto uma produção histórica e social.

Para o autor, no início do período analisado, a loucura era compreendida em uma perspectiva de "experiência trágica", expressa, principalmente no campo da pintura e algumas vezes nos romances literários, através do fascínio e valorização do saber do louco e da própria experiência da loucura. O que Foucault (1972) aponta como momento chave para a transformação dessa compreensão da loucura foi precisamente a radicalização do pensamento moderno, o ideal de racionalidade construído a partir do período do Renascimento (com destaque para o filósofo racionalista René Descartes) e que colocou a experiência da loucura como desrazão, contrária a ordem racional idealizada e almejada. Nesse sentido, Batista (2014, p. 394), afirma que a modernidade

> [...] dá início ao processo de subordinação da loucura pela razão, processo que se radicaliza na era clássica e culmina com a instituição da Psiquiatria no século XIX: não mais pura expressão de um conhecimento 'trágico', o saber da loucura é forçado a ceder espaço às exigências do saber racional, porque a razão, aos poucos, vai-se constituindo como a mais legítima morada da verdade e da moralidade.

Assim, com o racionalismo moderno, se dá início ao processo de exclusão da loucura. Segundo Frayze-Pereira (1984), esse processo de exclusão não aconteceu apenas no nível filosófico, das formas de concepção, mas se deu também através da criação de instituições para a dominação das experiências de loucura na sociedade e

o seu silenciamento. Para Foucault (1972, *apud* Medeiros e Pereira, 2021, p. 42), esse é “o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se ao grupo; o momento em que começa a inserir-se no contexto de problemas da cidade”.

A partir de uma crescente necessidade de mecanismos de controle e de garantia da ordem social na Europa, surgem, inicialmente na França, para o isolamento de todos os indesejáveis e perigosos a essa ordem, os Hospitais Gerais. Apesar do nome, tais instituições não tinham um caráter médico, eram utilizadas, na verdade, como local de exclusão, isolamento e de assistência aos diferentes grupos sociais, cumprindo um papel entre a polícia e a justiça, uma forma de entidade administrativa com poder de decidir, julgar e executar (Foucalt, 1972). Segundo Calomeni (2010), não eram os fundamentos médicos que determinavam os critérios de internação dos loucos nesses espaços, mas sim uma percepção social construída a partir de instituições como a polícia, justiça, família e Igreja.

De forma ampla, os

> [...] “Hospitais Gerais” são, ao mesmo tempo, lugar de exclusão dos ociosos e de assistência aos pobres, expediente de proteção da sociedade diante do perigo representado pela ociosidade e pela desordem, estratégia de garantia de mão de obra barata, e, finalmente, recurso ao desenvolvimento de um projeto político de correção do comportamento, indispensável a administração do Estado. (Calomeni, 2010, p. 56).

Os Hospitais Gerais, cumprindo um papel moral e político, foram utilizados como instituições de controle dos perigosos a ordem social estabelecida. Dessa forma, nesse período, a internação do louco, "revestida de um significado social, econômico, político e moral, deve ser entendida no contexto das questões referentes à pobreza, à miséria e à mendicância (Foucault, 1972, *apud* Calomeni, 2010, p. 56). Calomeni (2010, p.55) aponta que “a loucura não se torna objeto de conhecimento específico nem se caracteriza como *doença mental* antes de ser objeto de expurgo, uma excomunhão social” (grifo da autora). O isolamento dos loucos acontece antes mesmo de seu processo de medicalização.

É aos poucos, ao longo das transformações sociais do século XVIII, que vão sendo pensados locais de isolamento exclusivos para os considerados loucos, os asilos, onde a loucura se transformará em alienação, doença mental. Locais onde a medicina (posteriormente) encontraria espaço para tomar a loucura como objeto de intervenção e daria origem ao saber psiquiátrico. Segundo Foucault (1972, *apud* Luis,

2000, p. 17), a criação dos asilos como espaço exclusivo da loucura e a constituição de um saber médico próprio são o resultado de todo o processo de exclusão do que era considerado como “desrazão” no século XVII. Nessas transformações, se alteram as bases das concepções de internamento e loucura, “[...] o internamento ganha valor terapêutico: torna-se asilo. A loucura torna-se objeto médico: ganha valor de doença. E a ligação entre o asilo e a doença forja-se como uma relação necessária” (Frayze-Pereira, 1984, p. 83).

Um expoente nome desse período de transformação da loucura em alienação mental, foi o médico francês Philippe Pinel (1745-1826), responsável por uma das primeiras concepções de modelo de tratamento da loucura e precursor do que viria a ser a psiquiatria. Para o médico, a alienação “consiste num comprometimento ou lesão do intelecto e da vontade, manifestada pelo paciente por sintomas, que podem ter em comum o fato de referirem-se a uma mesma lesão ‘da vontade ou juízo’” (Pessoti, 1994 *apud* Luis, 2000, p. 18). A alienação não significaria uma perda completa da razão pelo sujeito, mas um momento de conflito interno que poderia ser superado e curado. Dessa forma,

> Pinel identifica como causas indutoras da alienação a hereditariedade, “as influências de uma educação corrompida” e o “desregramento no modo de viver”. Também relaciona com a loucura fatores como o mau hábito [...], a sobrecarga afetiva ou passional, considerando-os evidências de que a alienação deve ser tratada pela mudança nos costumes. Dessas concepções derivou a visão moralista da loucura, cujo tratamento fundamenta-se na tarefa de reeducação dos costumes, buscando enquadrar o comportamento desviante dentro dos padrões éticos em vigor e, consequentemente, recuperando a normalidade de suas funções mentais (Pessoti, 1994 *apud* Luis, 2000, p. 18).

Assim, Pinel acreditava e defendia a possibilidade de cura e tratamento do alienado e sua reintegração social através de um modelo terapêutico de tratamento moral, de controle, isolamento e exclusão total dos indivíduos em um espaço que usava da vigilância e do trabalho como recurso para alcançar a cura (Batista, 2014). Amarante (2007, p. 29) pontua que, para o médico, nessa perspectiva, “se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio onde as mesmas não podem mais prejudicá-lo”. Nesses espaços de isolamento e tratamento, o médico alienista deteria o saber-poder de tratamento e cura do alienado.

As transformações a nível conceitual e as experiências de um modelo de tratamento institucionalizador constituem algumas das bases da psiquiatria e do saber médico sobre a loucura enquanto objeto de estudo, mas, para Calomeni (2010), a reorganização das funções e do papel das instituições que constrói fundamentalmente a psiquiatria moderna. A dinâmica de dominação e medicalização da loucura, através do saber-poder médico, que se seguiu, é, assim, produto dos processos históricos e sociais e permitiu, durante anos, a reprodução do fenômeno de exclusão social do louco e da loucura. Medeiros e Pereira (2021, p. 44) pontuam, precisamente, que

> [...] transformada pela sociedade, pela cultura racionalista e pelo saber médico em saber cósmico, irracionalidade, alienação e, por conseguinte, em doença, a realidade da loucura foi em todo o percurso histórico, marcada por tentativas relutantes de encaixá-la em uma categoria. Foi objeto constante de exclusão e reclusão.

É preciso pontuar, no entanto, que a concepção de loucura em que a psiquiatria se pauta para esse processo de exclusão e isolamento é fundamentalmente eugenista, classista e racista e está vinculada a um projeto de dominação e subordinação de um perfil específico de corpos, considerados historicamente como perigosos (CFESS, 2022). Justamente por isso, Amarante (2007) destaca que o próprio conceito de alienação nasce atrelado a uma noção de periculosidade dos sujeitos, o que contribui para uma postura de medo e discriminação contra estes.

A lógica de exclusão da loucura e dos loucos seguiu como elemento base do modelo de tratamento da própria loucura por muito tempo. Essas concepções só começam a ser amplamente debatidas a partir dos movimentos de transformações no campo da psiquiatria iniciados no século XX. Ainda assim, são processos longos e complexos que não se esgotam na contemporaneidade com as transformações introduzidas nos modelos de atenção, mas ao menos possibilitam outras abordagens de cuidado. São justamente esses processos de transformações que veremos a seguir.

2.2 A PSIQUIATRIA REFORMADA[4]

O modelo pineliano de tratamento moral não seguiu, ao longo dos anos, imune a críticas e contestações. No entanto, foi somente após o período da Segunda Guerra Mundial (com a comparação das condições dos hospitais psiquiátricos aos campos de concentração), nos anos 1940 e 1950, que propostas de reformas acerca desse modelo ganharam força e destaque. Amarante (1995) evidencia que três principais grupos desse movimento de reformas psiquiátricas tiveram importante influência nas transformações que vieram a ocorrer nesse campo, seja produzindo alterações no interior da própria instituição asilar ou nas formas de concepções do saber médico psiquiátrico.

Os dois primeiros grupos, por não apresentarem um rompimento com o paradigma do saber psiquiátrico hegemônico, não serão objeto de análise aprofundada neste trabalho, mas merecem ser reconhecidos, ainda que brevemente, por suas inovações e críticas ao modelo adotado até então. O terceiro grupo, distancia-se dos outros dois justamente pela crítica radical à psiquiatria tradicional e ao aparato manicomial como um todo. Por sua posterior implicação no Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, trataremos com maior destaque de uma dessas experiências, a Psiquiatria Democrática.

Compõe o primeiro grupo, as experiências de Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional na Europa. Tais movimentos se debruçavam sobre a ideia de que as transformações necessárias no campo da psiquiatria deveriam acontecer no interior das próprias instituições asilares, em suas dinâmicas de funcionamento. Nessa perspectiva, “seria possível qualificar a psiquiatria a partir da introdução de mudanças no hospital psiquiátrico, de tal forma que o mesmo se tornasse a instituição efetivamente terapêutica almejada por Esquirol[5].” (Amarante, 2007, p. 41). Assim, a função terapêutica deveria ser uma tarefa com a participação de todos da instituição, incluindo, além dos técnicos, os pacientes. A participação ativa dos pacientes nos processos e uma percepção de comunidade seriam elementos essenciais. De forma

[4] O termo psiquiatria reformada foi expressão cunhada por Franco Rotelli e retomada por Amarante (1995) para abordar os processos de reformas no campo da psiquiatria no período contemporâneo.

[5] Jean-Etienne Esquirol foi um médico psiquiatra francês do século XVIII-XIX que se dedicou a elaboração do modelo de tratamento asilar e construiu, também, as bases da psiquiatria. Foi discípulo de Pinel e posteriormente deu continuidade ao seu trabalho.

geral, essas duas experiências problematizavam a hierarquização e propunham a democratização das relações sociais existentes nesses espaços (Amarante, 2007). Para Rotelli (1994 *apud* Amarante, 1995, p. 34)

> [...] a experiência inglesa da comunidade terapêutica foi uma experiência importante de modificação dentro do hospital, mas ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e que, portanto, ela não poderia ir além do hospital psiquiátrico.

Assim, ainda que inovadoras em certos sentidos, a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional não colocam em questão nem a existência dos hospitais psiquiátricos como espaço de tratamento em si, nem as próprias concepções sobre a doença mental, elas limitavam-se "apenas" a problematizar as relações estabelecidas no interior dessas instituições.

O segundo grupo, é composto pela Psiquiatria de Setor e pela Psiquiatria Preventiva. Essas experiências se mostram particularmente interessantes por apresentarem práticas em contradição à psiquiatria institucionalizadora, que centralizava o tratamento nos hospitais psiquiátricos. São experiências que questionam o modelo asilar e propõe a criação de espaços de tratamento também fora do hospital, no "próprio meio social e cultural" (Amarante, 1995, p. 37) dos sujeitos - ainda que as propostas tragam isso de maneiras diferentes. No entanto, essas propostas encontram seus limites ao não problematizarem e questionarem também os fundamentos dessa psiquiatria tradicional asilar (Amarante, 1995).

De forma inovadora, a Psiquiatria de Setor propôs uma metodologia de trabalho que se distanciava da prática puramente médica psiquiátrica, adotando uma proposta multiprofissional, com a participação de psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais nos processos de tratamento tanto dentro dos hospitais quanto nos serviços oferecidos na comunidade. O ponto essencial dessa experiência está no entendimento de que "era preciso adotar medidas de continuidade terapêutica após a alta hospitalar, de forma a evitar a reinternação ou até mesmo a internação de novos casos" (Amarante, 2007, p. 45). Assim, defendia o hospital como etapa do tratamento psiquiátrico, não o destino final dos pacientes.

A Psiquiatria Preventiva, por sua vez, conforme Amarante (1995, p. 38), "representa a demarcação de um novo território para a psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças mentais dá lugar ao novo objeto: a saúde mental". Para esse

movimento, as doenças mentais poderiam ser prevenidas se fossem, antecipadamente, identificadas nos sujeitos. Assim, era necessário realizar um trabalho no meio comunitário de identificação de "indivíduos suspeitos de distúrbio ou doença mental"[6] (Amarante, 2007). As intervenções deveriam ser feitas de forma preventiva, e não após o "desenvolvimento da doença". É interessante apontar que, embora se trate do campo da saúde e da saúde mental, as terminologias adotadas dentro e para se referir a proposta, como busca, caça e suspeitos, remontam a uma lógica criminal e policial.

Foi através da Psiquiatria Preventiva que surge o conceito de desinstitucionalização. No entanto, uma vez que a experiência se restringia ao âmbito de evitar a internação de paciente em hospitais psiquiátricos, essa desinstitucionalização pode ser entendida, na verdade, como "simples" desospitalização (Amarante, 2007), não promovendo alterações estruturais no campo da psiquiatria. Para Amarante (1995),

> [...] o preventismo significa um novo projeto de medicalização da ordem social, de expansão de preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais. [...] representa a existência de uma 'atualização' e de uma metamorfose do dispositivo de controle e disciplinamento social, que vai da política de confinamento dos loucos até à moderna 'promoção da sanidade mental' como a conhecemos agora.

Por fim, as experiências do terceiro grupo, da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática, atuaram no sentido de ruptura com o saber psiquiátrico tradicional e hegemônico, compreendendo o ideal da desinstitucionalização enquanto a desconstrução de toda a estrutura manicomial (Sampaio e Bispo Junior, 2021). A experiência da Antipsiquiatria negava a própria existência da doença mental como tal, a qual inspiraria um tratamento terapêutico individual. Ela relacionava a "doença" do sujeito com as relações sociais desenvolvidas por ele. Aqui, a

> [...] loucura é um fato social, político, e, até mesmo, uma experiência positiva de libertação, uma reação a um desequilíbrio familiar, não sendo assim um estado patológico, nem muito menos o louco um objeto passível de tratamento. [...]. É a mistificação dessa realidade social alienada que destrói a experiência individual e comportamental, inventando o louco, tido como perigoso e passível de perda de voz (Amarante, 1995, p. 46).

[6] Expressão utilizada por um dos principais nomes dessa proposta, Gerald Caplan.

No entanto, foi a Psiquiatria Democrática quem produziu as maiores transformações no campo da Saúde Mental, tendo como principal expoente a experiência Italiana - através das transformações propostas pelo médico psiquiatra Franco Basaglia nos hospitais de Gorizia e Trieste. A reforma italiana apontava que as transformações no campo da psiquiatria não poderiam se limitar apenas a perspectiva de humanização e alterações nos espaços de institucionalização dos doentes, era necessário ir além, negar e superar toda a estrutura manicomial construída, de exclusão e segregação de indivíduos (Amarante, 2007).

O movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, colocava em questão o processo histórico de constituição da própria psiquiatria e a criação da doença mental enquanto tal, problematizando os fundamentos e o surgimento de uma instituição produtora e reprodutora de violência como os manicômios (Nicácio, 2003; Barros, 1994). Para Amarante (2007, p. 56), a reforma orquestrada por Basaglia estava pautada na

> [...] ideia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana.

Nessa perspectiva, o conceito de desinstitucionalização ganha um sentido ampliado, “significa entender a instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos” (Amarante, 1995, p. 50). A desinstitucionalização sai do mero campo da desospitalização, passa a ser a desconstrução, “[...] um trabalho prático-teórico de crítica, desmontagem, transformação que busca inventar sobre novas bases uma nova realidade [...]” (De Leonardis, 1987 *apud* Nicácio, 2003, p. 95). Não significa apenas retirar os sujeitos dos hospitais psiquiátricos, mas problematizar as bases dessa instituição, o próprio saber psiquiátrico e a doença enquanto objeto de intervenção médica.

Para Barros (1994, p. 55), a partir desse movimento, “não se trata mais do problema (como vem proposto pelo modelo médico-psicológico) de recuperação da pessoa, nem da remoção da doença, mas sim da necessidade de emancipação de uma condição de vida”. Assim, começam a se construir e oferecer novas e diferentes formas de cuidado, através da oferta de serviços substitutivos aos hospitais

psiquiátricos, que fossem capazes de promover a sociabilidade e a produção de subjetividades dos sujeitos.

As propostas e experiências de reformas aqui abordadas não se apresentam como um processo evolutivo, como etapas que são superadas diante do surgimento de uma nova perspectiva no campo da psiquiatria e da saúde mental. Elas são, na verdade, processos dinâmicos, contraditórios e até mesmo simultâneos. A emergência de novas concepções sobre a “doença mental” e de serviços pautados em outras perspectivas de cuidados nas diversas experiências, por exemplo, não significa a negação absoluta de antigas instituições, práticas e concepções, mas apenas novas possibilidades de tratamento que coexistem com as antigas.

As experiências italianas, de transformação dos hospitais psiquiátricos e dos próprios fundamentos da psiquiatria, foram as propostas que influenciaram as mudanças ocorridas no campo da saúde mental no Brasil a partir da década de 1970 e estiveram e estão no bojo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, processo que abordaremos no próximo capítulo.

3 SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Nesse capítulo, passaremos a apontar e debater os processos e transformações das concepções e formas de cuidado em saúde mental no Brasil, principalmente através da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Sampaio e Bispo Júnior (2021) categorizam o percurso histórico da saúde mental no país em sete períodos, são eles: institucionalização da Saúde Mental (1841-1964); autoritarismo e privatização da Saúde Mental (1964-1978); origem da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1978-1984); redemocratização, criação do SUS e ascensão da Reforma Psiquiátrica (1984-1990); implementação da Reforma Psiquiátrica (1990-2000); avanços institucionais da Reforma (2001-2016) e seus retrocessos (2016-2019). Para uma maior compreensão de todo esse processo histórico, abordaremos, alguns em maior e outros em menor grau, todos os momentos constitutivos apontados pelos autores.

Ao trazer as primeiras formas de cuidado, ainda no Brasil Colônia, buscamos resgatar as origens e as primeiras concepções de saúde mental no país, que até hoje influenciam as percepções sociais e ainda são reproduzidas nos serviços de cuidado em saúde mental. Apresentamos, com maior ênfase e em linhas gerais, os principais movimentos que permitiram a transformação do modelo hegemônico de atenção em saúde mental, os processos de visavam a ruptura com a psiquiatria tradicional asilar e a elaboração de novas concepções nesse campo, abordando assim o processo da Reforma Psiquiátrica.

Além disso, em um segundo momento, discutimos as novas formas de cuidado preconizadas pela Reforma, os novos serviços, as novas concepções e entendimentos produzidos sobre o cuidado em saúde mental, a centralidade dada ao território e as práticas intersetoriais, bem como a necessária articulação dos serviços entre si e com os atores sociais existentes nos espaços para o alcance das perspectivas de cuidado proposta na Reforma.

Ademais, tomamos espaço para apontar e problematizar as contrarreformas em curso no campo da saúde mental, com destaque para a retomada e ampliação do investimento público em hospitais psiquiátricos e em serviços não estatais, segregadores e reprodutores de violência, como são as comunidades terapêuticas, que ainda atuam, em sua maioria, sob uma lógica moral e religiosa, de normalização dos sujeitos internados. Também, apontamos para a existência, nos próprios serviços

de cuidado em ambiente aberto, que deveriam ser produtores de autonomia e cidadania, de práticas ancoradas no saber psiquiátrico tradicional e na perspectiva da doença mental enquanto objeto de tratamento, evidenciando que, ainda que novos serviços, pautados em novas perspectivas de cuidado, sejam implementados, isso não significa uma transformação radical e a extinção de antigas práticas e concepções nesse campo.

O percurso a ser apresentado, no entanto, não pode ser dado como finalizado. É preciso, conforme aponta Amarante (2007), pensar o campo da saúde mental e atenção psicossocial com um processo complexo e dinâmico, que não se esgota nas atuais concepções e formas de cuidado, mas que continua em debate, construção e reconstrução, muito além dos limites das análises aqui apresentadas.

3.1 A REFORMA PSIQUIÁTICA BRASILEIRA

No Brasil, até o início do século XIX, não existiam formas de cuidado para o louco e para a loucura. Na verdade, a loucura não detinha ainda, sequer o status de doença, e aos loucos, cabia o espaço das ruas e das prisões. Com o tempo, os loucos passaram a serem destinados aos Hospitais da Santa Casa da Misericórdia, instituições de caridade da Igreja Católica que ofereciam abrigo, mas que não tinham um caráter médico (Souza, 2012). Foi a partir de 1830, que médicos brasileiros começaram a apontar a necessidade de um espaço de cuidado exclusivo para os loucos/alienados e lançam a campanha “Aos loucos, o hospício”.

Como importante marco dessa campanha, em 1841 foi decretada a construção do primeiro hospício brasileiro, o Hospício Pedro II[7], na cidade do Rio de Janeiro (RJ), que foi inaugurado em 1852. Tal instituição apresentava um modelo de assistência totalmente asilar e “tinha suas práticas alicerçadas no pensamento de alienistas franceses, notadamente Pinel e Esquirol, e seu funcionamento baseava-se no isolamento, controle e vigilância, com vistas a ‘afastar’ o louco das causas de sua loucura” (Antunes, 2007 *apud* Silva, 2014, p. 15). Essas práticas seguem quase sem alterações por todo o século e fundamentam a percepção social construída sobre o

[7] O Hospício Pedro II foi fundado através do decreto n° 82, de 18 de julho de 1841, assinado pelo novo Imperador, Pedro II, no ato de sua maioridade e coroação, tendo sido inaugurado em 30 de novembro de 1852. O decreto foi a primeira legislação brasileira no campo da saúde mental.

louco a partir daquele momento. Nesse sentido, Souza (2014, p. 14) aponta que “a representação que a sociedade brasileira tem do manicômio, do muro, da separação, da periculosidade e de tudo que cerca a mística da loucura, começa com estas iniciativas do século XIX”.

O período da Proclamação da República, traz importantes transformações para o campo da psiquiatria no Brasil. Médicos começam a assumir a direção de diferentes hospícios, passa-se a se produzir uma ciência psiquiátrica e a psiquiatria biomédica cresce e se fortalece. Além disso, se tem as primeiras legislações sobre a assistência aos alienados e sua organização administrativa, e tal atribuição, antes no campo da filantropia católica, agora passa a ser assumida e desenvolvida pela própria república. É principalmente no início do século XX, que se dão as transformações no discurso sobre a loucura, com a adoção do paradigma biomédico e o fortalecimento do saber psiquiátrico enquanto campo médico (Silva, 2014).

O modelo asilar e as instituições manicomiais se mantiveram por muito tempo como principal estrutura de tratamento da loucura, que passou também por diversas alterações em sua própria terminologia, adotando-se posteriormente expressões como doença mental e enfermidade mental. Foi somente após 1950 que a Organização Mundial da Saúde propôs medidas no âmbito da Saúde Mental e a utilização deste termo ao invés de doença mental.

Segundo Yasui (2006, p. 27), de forma geral, o país apresentava um

> [...] modelo hegemônico que se caracteriza por ser essencialmente hospitalocêntrico e excludente. Desde a inauguração do Hospício Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, até os anos sessenta do século XX, a assistência psiquiátrica brasileira caracterizou-se por sua oferta exclusiva e compulsória de internação em hospitais psiquiátricos públicos.

Os anos finais da República Velha e todo o Estado Novo, demarcam um processo de ampliação e interiorização das instituições manicomiais no país, que passaram a existir também fora dos grandes centros urbanos. Mas, se durante o período da primeira república até 1960, o poder público se encarregava dos cuidados e da administração das instituições manicomiais, após esse período, a lógica privatista passa a imperar e abre-se espaço para o surgimento de uma "indústria da loucura” (Sampaio e Bispo Júnior, 2021).

Os campos da Saúde e da Saúde Mental passam por um processo de mercantilização, através da celebração de convênios entre hospitais psiquiátricos

privados e o poder público. Tal iniciativa, tem como consequência a expansão do número de indivíduos internados no país. Souza (2012, p. 56) expõe que “enquanto afloram os movimentos contra o modelo manicomial na Europa, no Brasil triplica o número de leitos em instituições psiquiátricas com o financiamento público”.

Operando em uma perspectiva mercadológica, com vistas a maximização do lucro, as instituições psiquiátricas contratadas pelo poder público recebiam de acordo com o número total de indivíduos internados e com a duração desses internamentos. Assim, esses espaços acabavam por se tornarem enormes depósitos de seres humanos (Souza, 2012). Para Paulin e Turato (2004 *apud* Sampaio e Bispo Júnior, 2021, p. 6)

> Em meados de 1970, os hospitais psiquiátricos encontravam-se em condições de extrema carência, superlotação, abandono e com serviços de má qualidade. Os particulares atuavam na perspectiva de maximizar o lucro, com condições estruturais precárias e condições assistenciais degradantes.

É a partir dos anos finais da década de 1970, com a chamada crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), que profissionais da área começam a denunciar o estado dos hospitais psiquiátricos existentes e suas condições de trabalho. No entanto, segundo Tenório (2002) as denúncias, nesse período, voltavam-se somente aos excessos e desvios cometidos nessas instituições e não propriamente a sua existência enquanto espaço de tratamento psiquiátrico. Trata-se, inicialmente, de aperfeiçoar as instituições asilares. A pauta da desinstitucionalização (enquanto superação de toda a estrutura manicomial), no Brasil, surge apenas nos anos 80.

Para a grande maioria dos autores, é o surgimento do Movimento dos Trabalhados em Saúde Mental (MTSM), em 1978, que marca o início do processo da Reforma Psiquiátrica no país. Segundo o documento Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil, elaborado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2005, p. 7),

> É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir desse período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

Em um contexto geral, na década de 80, o país se vê em um momento de efervescência dos movimentos sociais, das mobilizações políticas e das lutas por direitos, como parte do processo de redemocratização do país. Yasui (2006) destaca

que, justamente por esse cenário nacional, a Reforma Psiquiátrica (e também a Reforma Sanitária) não se deram apenas como a simples mudança no modelo de assistência à saúde, mas faziam parte de um projeto maior, o da redemocratização.

Os movimentos do campo da Saúde Mental, nesse período, promoveram e participaram de diversos e importantes eventos, entre eles: 2° Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (1980), 1° Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental de São Paulo (1985), 8° Conferência Nacional de Saúde (1986), 1° Encontro Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro (1986), 1° Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), entre outros, além de construírem o Plenário dos Trabalhadores em Saúde Mental. Entre os eventos realizados por todo o país, a 1° Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, é um marco importante na trajetória da Reforma Psiquiátrica,

> Isto porque, em primeiro lugar, pela significativa renovação teórica e política do MTSM que passou a ocorrer a partir de então; segundo, por ter demarcado o início de um processo de distanciamento entre o Movimento e o Estado e suas alianças mais tradicionais; e, terceiro, pela aproximação do MTST com as entidades de usuários e familiares, que passaram a surgir no cenário nacional, ou que sofreram um processo importante de renovação política e ideológica (Amarante, 1995, p. 80).

Adotando o lema “Por uma sociedade sem manicômios” o MTSM, fortemente influenciado pelas experiências Italianas de Franco Basaglia, passa a atuar a partir de um viés desinstitucionalizador, problematizando as instituições manicomiais, o próprio saber psiquiátrico e o modelo hegemônico de tratamento. Passa, inclusive, a ampliar sua atuação também a uma dimensão social e cultural, com vistas a uma aproximação e incorporação da sociedade no projeto de Reforma - com a instituição do dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, por exemplo (Amarante, 1995; Tenório, 2002).

Para Amarante (1995, p. 75-76), foi precisamente nessa trajetória que o processo da Reforma Psiquiátrica

> [...] deixa de ser restrito ao campo exclusivo, ou predominantemente, das transformações no campo técnico-assistencial, para alcançar uma discussão mais global e complexa, isto é, para tornar-se um processo que ocorre, a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural.

Segundo o autor (Amarante, 2007) o campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial fazem parte de um processo social complexo que é necessariamente

composto por diferentes dimensões (campos), como os apontados acima (teórico-conceitual, técnico-assistencial, político-jurídico e sociocultural). Isso significa dizer que, quando tratamos de transformações em um desses campos, tais dimensões podem se tornar mais coerentes ou conflitantes entre si.

Assim, as transformações que ocorreram na Saúde Mental a nível técnico-assistencial, da oferta de serviços para tratamento dos sujeitos, por exemplo, precisavam necessariamente englobar alterações no campo teórico-conceitual. Os fundamentos teóricos da psiquiatria institucionalizadora e do saber psiquiátrico biomédico seriam incoerentes com as novas práticas ensejadas nesses novos espaços de tratamento, bem como uma legislação que favorece o internamento como princípio terapêutico, também seria incongruente com a nova política de Saúde Mental em construção.

Ainda, a dimensão sociocultural, que reflete o imaginário social acerca da loucura e da saúde mental, não poderia ficar isenta desse processo de transformação. A construção e a percepção social que se tem da loucura, foram responsáveis durante anos por sua estigmatização e pela exclusão dos “loucos”. Portanto, sua desconstrução é fator indispensável para as transformações do modelo de atenção e cuidado existentes na sociedade e para a ampliação da participação social desses indivíduos. Dessa forma, essa complexificação e ampliação do debate da saúde mental em suas diferentes dimensões (citada por Amarante), que se inicia nesse momento da Reforma Psiquiatria, demonstram o alcance e a importância que o tema passa a ter no cenário nacional.

A partir dos anos finais da década de 1980, passam a surgir, no país, experiências de modelos de atenção à saúde mental distantes da perspectiva hospitalocêntrica. Marcam esse período a criação, em 1987, do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira na cidade de Bauru (SP) e o surgimento dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em 1989 como parte e peça central de uma experiência de criação de uma rede de serviços substitutivos aos manicômios na cidade de Santos (SP). Tais equipamentos eram substitutivos ao modelo de tratamento manicomial e voltados a proporcionar um cuidado em saúde mental que não fosse ambulatorial, mas que também não fosse hospitalar (Brasil, 2005). É nesse período, nos anos de 1980 a 2000, que são gestadas

as possibilidades de serviços substitutivos e assistenciais através dos ideais de cuidado ampliado em saúde mental preconizados pela Reforma.

Se faz necessário pontuar que, embora transformações tenham ocorrido, o modelo de atenção e de cuidado pautado no saber psiquiátrico tradicional e segundo a lógica das instituições manicomiais e asilares não se extingue com as novas experiências e serviços. As práticas da psiquiatria tradicional, bem como a perspectiva do saber biomédico, até hoje são, muitas vezes, reproduzidas nos serviços que deveriam ser espaços de emancipação e autonomia. Yasui (2006, p. 63) aponta que, em algumas experiências, a Atenção Psicossocial é "[...] construída cotidianamente num processo que reproduz uma mesma lógica manicomial, perpetuando uma prática que, sem ser executada no interior dos altos muros dos asilos, exclui e segrega".

Ainda, a implementação de novos serviços, ancorados em outras lógicas de cuidado, não significa a extinção de antigas instituições. Pelo contrário. Os hospitais psiquiátricos, assim como instituições não governamentais, como as comunidades terapêuticas, que atuam a partir de concepções moralizadoras e religiosas, seguem atuando paralelamente às proposições da reforma psiquiátrica, e compondo a estrutura de saúde pública brasileira, enquanto parte da rede de tratamento em Saúde Mental. Tais instituições vêm, inclusive, sendo fortemente incentivadas e ampliadas, através de normativas do governo federal e de estados, com investimento público, enquanto os serviços de base territorial têm sofrido um intenso processo de desfinanciamento.

No campo jurídico, o projeto de Lei n° 3.657/1989, apresentado pelo Deputado Paulo Delgado (PT), representa um marco na luta da Reforma Psiquiátrica ao buscar regular a internação psiquiátrica e promover a extinção dos manicômios no país. Pelo seu conteúdo considerado revolucionário, o projeto ficou por anos aguardando tramitação no Senado Federal. No entanto, ao longo desse período, influenciados por Delgado, projetos de leis que legislavam nesse mesmo sentido, foram aprovados em sete diferentes estados do Brasil e no Distrito Federal. (Silva, 2014). Além disso, diversas portarias federais (como as Portarias n° 189/91, 224/92, 407/92, 408/92, 145/94 e 147/94) passaram a regular a implantação dos novos serviços nos estados e municípios, ainda que não regulassem necessariamente suas fontes de financiamento, e determinavam normas para a fiscalização dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005). O surgimento dessas primeiras legislações no campo da saúde mental

a partir das novas perspectivas construídas, demarcam os avanços conquistados em relação a esse processo nas décadas de 80 e 90.

O projeto de Delgado foi finalmente retomado em 2000, mas com alterações substanciais em seu conteúdo, como a retirada da proposta de extinção dos manicômios. Por fim, em 2001, é aprovada a primeira legislação em nível federal que de fato determina o redirecionamento do modelo assistencial no campo da Saúde Mental a partir de diretrizes e princípios distantes do modelo hospitalocêntrico e excludente, mesmo que este fosse ainda o principal modelo de atenção existente no país naquele momento. A Lei n° 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, ficou conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica.

É no início dos anos 2000, então, que começam a ser definidas diretrizes e propostas para políticas públicas a partir dos preceitos da Reforma, são criados mecanismos de financiamento para os serviços substitutivos e incentivos à sua criação e implementação nos municípios, elaborados programas voltados à desinstitucionalização dos indivíduos que se encontravam em hospitais psiquiátricos (como o Programa de Volta para Casa), a redução progressiva de leitos psiquiátricos e a ampliação do número e dos tipos de serviços extra-hospitalares no país (Brasil, 2005). Além disso, a criação da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) em 2011, representa um projeto de ampliação e articulação do cuidado em saúde mental, com ênfase nos conceitos de territorialidade e de cuidado comunitário (Sampaio e Bispo Júnior, 2021).

O documento do Ministério da Saúde, Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil (Brasil, 2005, p. 10), aponta que a 3° Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001,

> [...] consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere ao CAPS valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e drogas, e estabelece o controle social como garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no país.

No entanto, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira não é um campo fechado, finalizado com a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica e a implantação de serviços substitutivos no meio comunitário. Na verdade, a Reforma é um processo dinâmico e contínuo, de lutas, avanços, retrocessos, construção,

reconstrução, conquistas e desafios. Explicitamente, a coexistência, até os dias de hoje, de diferentes perspectivas sobre a Saúde mental e o financiamento público de instituições de cuidado tão antagônicos, como são os serviços de base territorial e os hospitais psiquiátricos ou as comunidades terapêuticas, além dos momentos de contrarreforma vividos, são ótimos exemplos de que velhas concepções nunca são 100% superadas.

Passados mais de 20 anos dos marcos apontados nesse subcapítulo, ainda (e principalmente agora com a retomada de uma agenda neoliberal em todas as esferas de governo) é preciso seguir com o movimento de luta em defesa do projeto de Reforma. Permitir a retomada de antigas formas de controle, exercidas pelo poder psiquiátrico, revestidas de “novas” práticas nos novos espaços de promoção de cuidado em saúde mental (Pinto e Ferreira, 2010), assim como permitir o desmantelamento e o sucateamento dos serviços substitutivos construídos a partir da perspectiva de participação social e comunitária dos indivíduos, da promoção da cidadania e da produção de subjetividades, seria permitir retornar a um cuidado em saúde mental hegemonicamente pautado na perspectiva hospitalocêntrica e excludente, que embora ainda se faça presente em diversos espaços, se buscar superar e abandonar.

Para Yasui (2006, p. 30), a Reforma Psiquiátrica impulsiona as críticas e problematizações em relação aos conceitos de saúde e saúde mental a

> [...] um profundo questionamento dos conceitos fundantes da psiquiatria, de suas instituições, de sua função ideológica de controle, com profundas repercussões não apenas na prática, com a construção de novos serviços, mas fundamentalmente com a construção de um novo paradigma [...].

O processo da Reforma Psiquiátrica em seu sentido mais amplo, de desinstitucionalização, “[...] vai muito além do *lócus* onde ocorre a intervenção, envolve mudanças no fundamento epistemológico centrado no conceito ampliado de saúde e na integralidade” (Sampaio e Bispo Júnior, 2021, p. 13)

Assim, o novo paradigma construído a partir desse momento, contrapõe os fundamentos do modelo asilar e hospitalocêntrico. Na nova lógica, o destaque é o “objeto da intervenção, que deixa de ser a doença mental e passa a ser a pessoa em sofrimento mental possuidora de subjetividades, desejos e perspectivas de vida singular” (Sampaio e Bispo Júnior, 2021, p. 13). A perspectiva do cuidado em saúde mental passa a ser composta pela articulação de diversos elementos: abordagem

ampliada de saúde, integralidade do sujeito e do cuidado, inclusão social, promoção da cidadania, autonomia dos sujeitos enquanto protagonistas de sua vida e a integração social (Sampaio e Bispo Júnior, 2021).

São as novas formas de cuidado, elaboradas a partir dessas novas concepções e dos conceitos de território e da promoção da cidadania, que discutiremos a seguir.

3.2 A PROPOSTA DE CUIDADO EM TERRITÓRIO

Se o processo da Reforma Psiquiátrica permite o campo da Atenção Psicossocial compreender o processo saúde-doença inserido em um contexto amplo e complexo, que envolve fatores sociais, psicológicos, culturais e biológicos e aponta para a necessidade de uma articulação entre cuidado e exercício da cidadania (Yasui, 2006), se torna fundamental pensar e fortalecer estratégias de cuidado que caminhem nesse mesmo sentido, estratégias

> [...] que produzam e promovam a autonomia e a singularização do sujeito. E estas serão, também, da ordem da diversidade e da multiplicidade. [...]. Não uma clínica inspirada no reclinar-se sobre o leito do paciente, com o olhar de quem observa e busca a doença. Lugar onde as identidades dos pacientes estão predefinidas. Mas uma clínica do encontro, da invenção e da produção de sentidos (Yasui, 2006, p, 103).

Através dessas perspectivas, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem como uma das principais estratégias de reordenamento e organização da rede de cuidado em saúde mental no território. Tais serviços tem como objetivo prestar atendimento ambulatorial diário a população, acompanhamento clínico, articular os recursos da rede de suporte e cuidado, promover a reinserção social dos usuários e realizar ações intersetoriais, atuando sempre segundo a lógica do território onde estão inseridos (Brasil, 2004). Nesses serviços, pensados para oferecer um cuidado em ambiente aberto, acolhedor e inserido nas comunidades e na sociedade, com a presença de equipes multidisciplinares, a proposta de tratamento de cada usuário deve ser pensada através de um Projeto Terapêutico Singular – que em sua construção deve envolver a equipe, os usuários e a família, e a oferta de atividades terapêuticas variadas, como atendimentos individuais, em grupo ou familiares; oficinas; atividades comunitárias; atendimentos domiciliares; entre outros (Brasil, 2004; Oliveira e Garcia, 2024). O documento do Ministério da Saúde, Reforma

Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil (Brasil, 2005, p. 27), aponta que “o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória de seu tratamento”.

A partir de sua complexidade e área de abrangência, os CAPS podem ser divididos em seis diferentes modalidades, sendo elas: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPSad e CAPSad III. O quadro abaixo, criado a partir das definições da Portaria n° 3.088/2011, permite compreender o tipo de atendimento prestado em cada uma dessas modalidades de CAPS.

QUADRO 1 - DESCRIÇÃO DAS MODALIDADES DE CAPS

CAPS I	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes.
CAPS II	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes.
CAPS III	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes.
CAPSi	Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.
CAPSad	Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.
CAPSad III	Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes

FONTE: Adaptado de Brasil (2011)

Em setembro de 2024, existiam, registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do Brasil (CNES), 3.461 CAPS no país (Brasil, 2024a). Dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2005; 2024), demonstram que o quantitativo de CAPS no Brasil esteve em processo de crescimento desde a década de 1990, o que indica um movimento de redirecionamento do modelo de atenção à saúde mental. No entanto, há uma relativa desaceleração desse processo de ampliação do número de

serviços desse tipo nos últimos anos. Se de 2008[8] até 2014, em sete anos, foram implantados/registrados no CNES, 1.083 novos serviços desse tipo no país, nos últimos 10 anos (de 2015 a 2024[9]), foram apenas 743 novos CAPS. O primeiro período teve uma média de 180 novos registros de serviços no CNES por ano, sendo o maior crescimento em 2014, com 238 registros, e o menor em 2011, com 142 novos cadastros. Enquanto isso, nos últimos 10 anos, a média anual foi de somente 87 novos cadastros no país, com o maior registro, de 147 CAPS, em 2023 e o menor, com apenas 39, em 2022.

A expressiva queda no processo de ampliação de serviços substitutivos, como o CAPS, nos últimos anos, está relacionada a um contexto social, político e econômico mais amplo, de ocupação de espaços políticos por grupos conservadores, da retomada e aprofundamento de uma agenda neoliberal, a partir do Governo Temer em 2016 e suas políticas de ajuste fiscal e, principalmente, pelas mudanças de normativas ocorridas no campo da Saúde Mental nesse período e pela retomada do financiamento a uma rede de assistência asilar e privada, que conta com a presença de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas (Sampaio e Bispo Júnior, 2021; Cruz, Gonçalves, Delgado, 2020). As políticas públicas e sociais como um todo, tem sido alvo de um intenso processo de desmonte, sucateamento, cortes de verbas e retrocessos. A aprovação da Emenda Constitucional n° 95, em 2016, que limitava o teto de gastos com despesas primárias até 2036, foi um ótimo exemplo disso, impactando o orçamento público para a saúde e para a saúde mental e expondo um projeto de desfinanciamento das políticas públicas e sociais pelo Estado[10].

No entanto, os retrocessos e dificuldades experimentados no campo da saúde mental não se limitam apenas ao nível econômico, de recursos e redução de serviços substitutivos de base territorial da rede assistencial, mas englobam outras dimensões, como a dimensão teórico-conceitual, técnico-assistencial, político-jurídico e sociocultural, propostas por Amarante (2007). A reintegração dos hospitais psiquiátricos, dos hospitais dias e ambulatórios especializados à RAPS, as novas

[8] Primeiro ano com resultados disponíveis sobre os Centros de Atenção Psicossocial no Brasil no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Serviços de Saúde (CNES) no portal DATASUS.

[9] Consultados dados até setembro de 2024

[10] Em 2022, o teto de gastos foi substituído (através da Lei Complementar n° 200/2023) por um Regime Fiscal Sustentável, conhecido como novo arcabouço fiscal brasileiro.

diretrizes de cuidado em saúde mental propostas em diferentes resoluções, portarias e notas técnicas do Ministério da Saúde (que discutiremos mais a frente), a definição de um nova Política Nacional de Saúde Mental e uma nova Política sobre Drogas, a inclusão das comunidades terapêuticas como estabelecimentos de saúde e a ampliação do financiamento público para serviços privados e/ou serviços asilares, são exemplos de algumas transformações nessas dimensões e de medidas que, ao se contraporem às perspectivas de cuidado assumidas com a Reforma, expõe as contradições e fragilidades presentes nesse processo e a disputa, sempre em andamento, de diferentes projetos acerca da produção de cuidado em saúde mental e demonstram que os debates e lutas não podem se esgotar na promulgação de uma lei ou na implementação de um novo serviço.

É preciso pontuar, também, que os debates sobre a extinção de instituições manicomiais e de espaços de reclusão prolongada, não se encontram totalmente superados no campo da Saúde Mental. Ainda existem perspectivas de cuidado que defendem instituições com características segregadoras e de controle social como principais estratégias para o tratamento de pessoas em sofrimento mental. Nesse sentido, é preciso ter em vista que as políticas públicas e sociais são campos constantes de disputas, avanços, conquistas e retrocessos de direitos. Na Saúde Mental e na sua condução enquanto política pública, esses movimentos de contradições e contrarreformas podem ser percebidos através do exemplo dos hospitais psiquiátricos. Se de um lado existem programas que visam a desinstitucionalização de pacientes internados nesses hospitais, por outro, se tem a incorporação dessas instituições à Rede de Atenção Psicossocial, com a Portaria n° 3.588/2017 - posteriormente revogada, e o incentivo a ampliação do seu número de leitos com a Nota Técnica n° 11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS.

Tomado esse pequeno espaço para discussão dos processos contraditórios que permeiam a Política de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica, retomemos nossas considerações sobre os CAPS e sobre a rede de atenção em saúde mental.

Mesmo cumprindo um papel fundamental e estratégico, os CAPS não são serviços de atuação isolada no cuidado em saúde mental. Como vimos, se o sofrimento mental envolve diferentes fatores, como sociais, familiares, comunitários, políticos, econômicos e culturais, que vão além da perspectiva biomédica de doença mental, se compreende que tais elementos devem também constituir parte do

tratamento (Oliveira, 2018; Figueiredo, 2006 *apud* Assis; Figueiredo; Avanci, 2017). Dessa forma, se estrutura uma rede de atendimento que busca permitir a articulação de diferentes serviços e espaços na promoção do cuidado e de vida dos usuários, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A RAPS, instituída pela Portaria n° 3.088/2011, tem como objetivo ampliar o acesso da população em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas aos serviços de atenção à saúde, bem como “garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências” (Brasil, 2011). Ou seja, a Rede procura articular um conjunto de ações com vistas a proporcionar uma abordagem ampliada e a garantir a integralidade da assistência à saúde (Peres *et al.*, 2018). Assim, a RAPS é composta por diversos serviços. O quadro construído abaixo apresenta e sintetiza os atuais e principais componentes da RAPS.

QUADRO 2 – COMPONENTES DA RAPS

EIXO	SERVIÇOS
Atenção básica em saúde	Unidade Básica de Saúde
	Equipes de atenção básica para populações específicas - Equipe de Consultório de Rua - Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência
Atenção psicossocial	Centros de Atenção Psicossocial
Atenção de urgência e emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas
	Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro
	Unidades Básicas de Saúde
Atenção residencial de caráter transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviços de Atenção em Regime Residencial - Comunidades Terapêuticas*
Atenção hospitalar	Leitos de psiquiatria em hospital geral
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral)
Estratégias de desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa*
Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de geração de trabalho e renda
	Cooperativas*

FONTE: Adaptado de BRASIL (2011)

*Exemplos de estratégias utilizadas no componente e/ou no tipo de serviço em que estão inseridas

É dentro dessa rede de atendimento que o CAPS desempenha sua função articuladora e organizadora do cuidado no território, trabalhando em conjunto com os diversos equipamentos para a promoção da cidadania e da autonomia dos seus usuários. A figura 1 demonstra a centralidade do CAPS como principal estratégia de cuidado dentro da RAPS.

FIGURA 2 - CONSTITUIÇÃO DA REDE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

FONTE: Brasil (2004)

Ainda que conte com diversos equipamentos próprios de saúde e de saúde mental, a RAPS precisa ir além dos limites setoriais das políticas públicas. Em conjunto com os serviços de saúde, a rede precisa englobar os espaços da cidade, como as instituições, associações e grupos comunitários. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2005, p. 26), “é a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais”. Para Amarante (2007) é no primeiro nível de atenção em saúde mental, e não nos espaços

de internamento, que as ações de cuidado precisam se complexificar, englobando o sujeito, a família, a comunidade e os atores sociais do território.

A perspectiva do cuidado construída com a Reforma Psiquiátrica se sustenta no reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos - não enquanto doença, no estabelecimento de relações e vínculo com estes, no processo de acolhimento de suas experiências de sofrimento, na responsabilização do cuidado para além dos momentos de crise e na busca da emancipação, autonomia, cidadania e inserção e participação social desses indivíduos (Amarante, 2018; Yasui, 2006). Os serviços não podem ser espaços de reprodução médica, mas devem ser "[...] locais de produção de cuidados, de produção de subjetividades mais autônomas e livres, de espaços sociais de convivência, sociabilidade, solidariedade e inclusão social" (Yasui, 2006, p. 139). Para Amarante (2018) a autonomia é o conceito mais importante dessa nova abordagem, uma vez que não se esgota somente no acesso dos usuários aos serviços de saúde, mas está relacionada com a própria produção de vida no território e a ocupação dos demais espaços da cidade.

Nesse sentido, o território se torna um outro elemento central. No entanto, é preciso identificar que tipo de território estamos falando. Elaborar serviços que atuem sob a lógica do território, tal qual o CAPS, é pensar esse próprio conceito além de limites geográficos estabelecidos, da paisagem e do ambiente. É compreendê-lo enquanto território usado, espaço de pertencimento dos sujeitos, de exercício de vida e de trocas, um local histórico e complexo. É percebê-lo também como espaço dinâmico, produto das relações sociais, políticas, econômicas, ideológicas e culturais ali existentes, ao mesmo tempo em que é influenciado pelas relações de poder e pela conjuntura dos processos de globalização. O território é construção social (Bueno, s.d.; Dias e Seixas, 2019; Moysés e Sá, 2014).

A territorialização das políticas públicas procura colocar o território como elemento central, compreendendo suas especificidades e estabelecendo a construção de vínculos e a participação de diferentes atores dos espaços em que estão inseridas na formulação e implementação destas políticas (Dias e Seixas, 2019). Trabalhar no território permite justamente compreender as singularidades, potencialidades, dinâmicas e recursos de determinada comunidade (elementos que transformam um simples espaço em território), em um processo coletivo de trocas, soluções e

cuidados, que podem facilitar e potencializar as ações desenvolvidas pelos serviços e pelas políticas (Brasil, 2005; Moysés e Franco de Sá, 2014).

Cada território é único, e por isso, é preciso um esforço coletivo das equipes dos serviços em compreendê-los para que se alcance as potencialidades das articulações com os recursos comunitários no processo de participação social e produção de redes de apoio nesses locais. É preciso buscar no território as alianças e as redes de suporte que permitam com que os usuários do equipamento possam estar inseridos em um processo de produção de vida e de saúde, ocupando os espaços da cidade a que foram historicamente negados (Amarante, 2018).

Santos e Nunes (2011) afirmam que a própria identidade social dos sujeitos está atrelada com as formas com que estes ocupam e pertencem ao território em que estão inseridos. Assim, articular um serviço nessa perspectiva é, para Ferreira *et al*. (2017, p. 377) “[...] trabalhar no e com o território existencial de cada indivíduo, ou seja, com seu modo de produção de vida, costurando redes de cuidado, a partir dos recursos disponíveis na vida cotidiana de cada usuário”.

Um dos principais pressupostos da RAPS está justamente na articulação e realização de ações intersetoriais no cuidado em saúde mental, não apenas com os serviços de saúde, mas com as próprias potencialidades e redes existentes nos territórios. Segundo Yasui (2006, p. 147)

> A produção de cuidados implica em diversificar a rede de ações, abrindo para novas possibilidades de encontro por meio da ampliação da rede de circulação e utilização dos recursos existentes: a piscina do centro social municipal; cursos e atividades do centro cultural; os artesãos que se dispõe a compartilhar seus conhecimentos; organização de associações de usuários e familiares; alianças com projetos e ações de outros setores visando, por exemplo, a constituição de uma cooperativa de trabalho; ações junto a câmara municipal para aprovação de projetos de lei; organização de moradias e/ou residências terapêuticas; realização de eventos culturais. Todo um conjunto de ações que provoque, instigue, convide o território, a cultura, a construir coletivamente novas formas de convivência com a diferença, construir um lugar mais solidário, mais justo, mais equânime.

O desenvolvimento de ações intersetoriais dentro da RAPS engloba a articulação de diferentes serviços de atenção psicossocial, serviços de saúde de atendimento amplo e diversas áreas, como a previdência social, assistência social, educação, lazer, esportes, turismo, habitação, cultura, além da integração com outros espaços, como o ministério público, outras instituições (Amarante, 2007) e as redes do território.

Nesse sentido, atuar articulada e intersetorialmente é compreender as fragilidades e principalmente as potencialidades dos diferentes setores e trabalhar na construção coletiva de possibilidades de ações que visem superar as atuações isoladas de cada campo (Yasui, 2006), ao mesmo tempo em que se busca produzir novas respostas e dinâmicas institucionais e a superação de estruturas hierarquizadas e verticalizadas, propondo-se um arranjo horizontalizado entre os componentes dessa rede de atuação (Bronzo, 2010 *apud* Romagnoli et al., 2017).

Entretanto, é preciso problematizar a concretude dessas articulações. Ou melhor, a falta dela. Ainda que a Política de Saúde Mental (PSM) institua uma rede de atendimento e, principalmente, aponte que as estratégias construídas intersetorialmente e a corresponsabilização dos serviços no cuidado são os principais elementos dessas novas formas de cuidado em saúde mental, na prática, ainda existe um longo caminho a ser trilhado. Em muitos casos, os serviços de base territorial acabam atuando isoladamente, limitando-se apenas as ações possíveis dentro do serviço e pelas próprias equipes, o que impede de se alcançar a integralidade do cuidado e de promover a autonomia e o exercício da cidadania dos usuários. Para Cruz, Gonçalves e Dias (2020), por exemplo, uma atuação da RAPS que não esteja integrada à Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode não conseguir se fazer presente no território e se aproxima muito mais de um modelo de ambulatório especializado do que um serviço de base territorial.

No campo da Saúde Mental, é articulação dos serviços com os territórios em que estão inseridos e com os diferentes espaços e agentes sociais da cidade, o elemento que permite que se promovam possibilidades concretas de produção de vida aos usuários. O isolamento dos equipamentos territoriais dessa articulação, pode levar, segundo Bongiovanni e Silva (2019), a um processo de cronificação dos usuários nos serviços - ou a capsização da Reforma Psiquiátrica, como aponta Amarante (2003), tornando esses serviços, que deveriam promover a autonomia, cidadania e reinserção social dos sujeitos, nos únicos espaços de convivência e socialização dos usuários. Seria possível, nesse sentido, refletir até que ponto esses serviços são capazes de se articular às redes e a outros serviços e qual o efetivo papel que ocupam como espaços de emancipação e reinserção social. Discutiremos mais sobre essas perspectivas de articulação e intersetorialidade no próximo capítulo, a partir das experiências do CAPS do município de Matinhos/PR.

Como já apontado, o campo da Saúde Mental não é um espaço homogêneo, de superação total e extinção de antigas práticas de cuidado, mas um campo de disputas, marcado por projetos antagônicos que conduzem a política de saúde mental ora a avanços, ora a retrocessos (Ferreira e Noro, 2023). A partir de 2016, se teve a implantação de uma série de normativas jurídicas que levaram ao retrocesso da PSM, em um processo de contrarreforma psiquiátrica. Abordaremos aqui, em linhas gerais, algumas das principais normativas.

Uma das primeiras portarias desse período foi a Portaria n° 1.482, de 2016, que passou a permitir com que fossem incluídas na tabela de estabelecimentos de saúde do CNES, outras entidades de promoção a saúde e as comunidades terapêuticas, possibilitando que estas se tornassem serviços de saúde e recebessem financiamento público.

As comunidades terapêuticas são instituições privadas, que oferecem tratamento para uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas, em um ambiente residencial fechado. São espaços construídos sob perspectivas de tratamento moralizantes, normatizadoras e disciplinadoras, que buscam, a partir do isolamento dos sujeitos de seu espaço de vida e de uso e da abstinência, desenvolver novos valores, como a solidariedade, responsabilidade, honestidade e espiritualidade e um novo estilo de vida (Barcelos *et al*., 2021; Bolonheis-Ramos e Boarini, 2015; Ferreira e Noro, 2023). Embora cada comunidade se organize de uma forma, em geral, elas têm estruturas rígidas de regras e horários, assunção de responsabilidades individuais pelos internos e se pautam em “[...] normas restritas e na disciplina – dentre as quais, vale destacar: o distanciamento dos internos de seu local de origem, a laborterapia, o trabalho em grupo e a abstinência total do uso de drogas como requisito para permanência no serviço” (Barcelos *et al*., 2021, p.131). A maioria das comunidades terapêuticas no Brasil, realizam seus tratamentos a partir de perspectivas conservadoras e religiosas.

As críticas construídas contra as comunidades terapêuticas apontam que estas se mostram como instituições violentadoras de direitos, reprodutoras de um processo de exclusão e segregação dos sujeitos e dotadas de um viés moralizador, algo muito parecido com as práticas das instituições asilares - hegemônicas nos séculos passados - mas agora, dotada de uma pitada de religiosidade (Barcelos *et al*., 2021; Bolonheis-Ramos e Boarini, 2015; Ferreira e Noro, 2023). Do outro lado, a

ampliação e o fortalecimento dessas instituições privadas, com financiamento público, pelas normativas mais recentes, é defendida e tem ganhado força e aceitação social, a partir do discurso de que se a rede pública é insuficiente para atender as demandas existentes, a ampliação desse tipo de serviço pode ser uma solução (Bolonheis-Ramos e Boarini, 2015).

Desde a instituição da RAPS, em 2011, as comunidades terapêuticas fazem parte da rede de atenção como componentes do eixo de atenção residencial de caráter transitório. No entanto, como visto, o modelo de cuidado existente nessas instituições, vai na contramão da própria lógica de atenção psicossocial introduzida com a Reforma Psiquiátrica e presente na concepção da RAPS. No entanto, a expressiva ampliação do financiamento público e da oferta de vagas subsidiadas pelo governo nessas instituições apontam para um recente fortalecimento desses serviços como estratégias de cuidado. Em 2021, por exemplo, o Governo Federal anunciou a habilitação de 492 novas comunidades terapêuticas, ampliando o número de vagas subsidiadas disponíveis de 10.586 para 23.832, o que representeou um investimento público de 187 milhões de reais por ano nessas instituições (Brasil, 2024b). O que é preciso, é questionar se esses valores não seriam melhor aplicados fortalecendo e ampliando estratégias de cuidado em meio aberto e territorial, consolidando as perspectivas assumidas com a Reforma Psiquiátrica, ao invés de financiar instituições com fortes características asilares e segregadoras, que representam um retorno das concepções da política pública a antigas formas de cuidado e tratamento.

Continuaremos a ver o movimento de condução da política de saúde mental nos tempos atuais, com mudanças normativas significativas e aumento do investimento público em instituições asilares.

Em 2017, a Resolução n° 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), estabeleceu novas diretrizes para a RAPS, sob o discurso de fortalecimento da rede de atenção. No entanto, a resolução vai na contramão do processo de consolidação de uma rede substitutiva de cuidado ancorada nas perspectivas da Reforma Psiquiátrica ao incluir na RAPS os hospitais psiquiátricos, hospitais-dia e equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental. Além disso, a resolução passa a garantir o aumento do financiamento a essas instituições e amplia o incentivo as comunidades terapêuticas.

A portaria n° 3.588, de 2017, por sua vez, consolidou as alterações da resolução da CIT e estruturou uma nova modalidade de CAPS aprovada por esse documento, o CAPSad IV. Para Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), essa nova modalidade de serviço tinha estruturas totalmente contrárias aos ideais de cuidado de base territorial, de criação de vínculos, humanização e elaboração de projetos terapêuticos individuais e possuem características estruturais muito próximas a um hospital psiquiátrico. O próprio Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicou, na época, uma recomendação de revogação da portaria, no qual considerava as alterações realizadas uma desestruturação da lógica organizativa da RAPS. A portaria foi revogada em 2023, pela Portaria n° 757, que reconstituiu RAPS a seus componentes originais, presentes na Portaria n° 3.088/2011.

Em 2019, três normativas marcam o processo da contrarreforma psiquiátrica. A primeira delas está relaciona a nova Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto n° 9.761, de 2019, que se coloca contrária a legalização das drogas, adota um cuidado baseado na abstinência do uso, na internação e repressão e fortalece o financiamento das comunidades terapêuticas (Brasil, 2019; Sampaio e Bispo Júnior, 2021). Já o Decreto n° 9.926, de 2019, revogado em 2023, retirava a sociedade civil da composição da Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), o que, segundo Sampaio e Bispo Júnior (2021), representava um retrocesso no âmbito do controle social, além de enfraquecer posicionamentos técnicos e sociais de grupos ligados ao tema.

Nesse mesmo ano, também é publicada a Nota Técnica n° 11 do Ministério da Saúde, que aponta diretrizes para uma nova Política de Saúde Mental. Para Miguel e Medeiros (2022), essa nota “[...] visa alterar, de forma substancial, o que se tem estabelecido enquanto diretrizes e mecanismos integrados a Política Nacional de Saúde Mental, frutos da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica”, além de ser um ponto culminante do processo de desmonte da PSM em andamento. Em seu conteúdo, estabelece a internação psiquiátrica como caminho para o tratamento ofertado dentro da RAPS, incorporando os hospitais psiquiátricos à rede e incentivando a ampliação destes, do número de leitos psiquiátricos e das comunidades terapêuticas. O discurso da nota aponta para a necessidade de uma qualificação e ampliação dos hospitais psiquiátricos e não seu fechamento ou extinção, afirmando que todos os componentes da rede devem ser igualmente

importantes, não sendo alguns serviços substitutivos a outros. Além disso, declara que a desinstitucionalização não deve mais ser entendida enquanto redução do número de leitos psiquiátricos, passa a permitir a compra de aparelhos para eletroconvulsoterapia e internamentos psiquiátricos de crianças e adolescentes e da continuidade ao processo de separação da Política de Saúde Mental da Política sobre Drogas. (Brasil, 2019; Miguel e Medeiros, 2022). Assim, a nota apresenta diversos elementos contraditórios à própria lei da Reforma Psiquiátrica, promulgada em 2001.

Ainda, em consonâncias com o processo de contrarreforma Psiquiátrica em andamento, em 2022, a Portaria n° 596, revogou diversos artigos das Portarias de Consolidação n° 5 e 6, de 2017, que regulamentavam o financiamento de programas de desinstitucionalização existentes. Para Ferreira e Noro (2023), esse desfinanciamento dos programas está relacionado a interesses de uma indústria médico-farmacêutica, que mercantiliza o sofrimento mental e produz a medicalização da vida.

Visto o aumento dos gastos públicos e o incentivo, pelas normativas, à ampliação das comunidades terapêuticas e leitos em hospitais psiquiátricos, é importante retomar que, enquanto, nos últimos anos, são reduzidos os gastos com os serviços substitutivos de base territorial e à rede como um todo, o financiamento de um modelo de atenção institucionalizador, que conta com os esses outros serviços, têm aumentado. Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) são precisos ao apontar que,

> É algo paradoxal que, mesmo em face de uma diminuição de recursos drástica como a determinada pela EC 95, que ameaça a própria existência do SUS, existam recursos para financiar amplamente as comunidades terapêuticas e os hospitais psiquiátricos.

Como visto, as transformações preconizadas pela Reforma Psiquiátrica, que apontam no sentido de superação da lógica manicomial, das instituições asilares, segregadoras e produtoras e reprodutoras de violência, são alvos de um intenso processo de desmonte e retrocessos. Por isso, é preciso seguir em defesa da Reforma Psiquiátrica, da extinção de instituições manicomiais e asilares, do financiamento público aos serviços produtores de autonomia e da ampliação da Rede de Atenção e dos serviços substitutivos de base territorial. No entanto, como já apontado, a ampliação e implementação de novos serviços de cuidado em ambiente aberto, não significa necessariamente a superação de antigas práticas. Em muitos casos, os próprios serviços abertos e territoriais podem se tornar instituições que ainda

reproduzem a violência, o controle e a segregação dos usuários. Por isso, é preciso estar atento para que esses serviços, e principalmente os profissionais desses serviços, não reproduzam uma lógica de cuidado vinculado a psiquiatria tradicional, de uma perspectiva biomédica da doença mental e de um tratamento moral e normatizador, tornando esses espaços, que deveriam ser de produção de cidadania, em instituições de tolerância (Amarante e Torre, 2018). Para Amarante e Torre (2018, p. 1098),

> A simples abertura do hospital psiquiátrico não é suficiente para 'abater a espessura dos muros', é preciso inventar novas estratégias, reencontrando a cidade como espaço de habilitação social ou reabilitação, que deixa de ser um serviço ou técnica mais avançada.

A reprodução de velhas perspectivas de cuidados em novos espaços, corre o risco de tornar a Reforma Psiquiátrica uma simples reorganização de serviços, e não permitem que tais perspectivas sejam superadas das práticas, o que aprofunda o quadro de retrocessos em andamento. Conforme Amarante e Torre (2018), na nova lógica da atenção psicossocial e do cuidado em território, ensejada com a Reforma, não se busca apenas a construção de novos serviços, mas de um novo lugar social para a loucura e novas formas de (re)inserção e participação social, devolvendo aos sujeitos sua condição de cidadania e o direito à cidade. Ainda que a condução da PSM seja marcada por avanços e retrocessos em relação a essas perspectivas, tais horizontes não podem ser perdidos de vista.

Diante dessas compreensões sobre as novas perspectivas de cuidado em saúde mental e sobre os equipamentos de promoção a saúde pensados para atuar no território de produção de vida dos sujeitos, passaremos a abordar sobre a organização e funcionamento da política de saúde mental e a atuação dos equipamentos e profissionais desse campo no município de Matinhos.

4 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE MATINHOS/PR

O caminho que trilhamos até aqui, nos permite perceber e analisar o processo de construção da política de saúde mental tal qual como se apresenta hoje no país, as perspectivas de cuidado assumidas para a sua execução e os diferentes projetos acerca dos tratamentos nesse campo ainda em disputa na condução da política. A partir dessas compreensões, nos aprofundaremos sobre a discussão da execução da referida política no cotidiano de um equipamento aberto de cuidado em saúde mental como o CAPS. Assim, nesse último momento, buscaremos responder às questões norteadoras e aos objetivos desta pesquisa, ao tratar especificamente sobre a política de saúde mental no município de Matinhos.

As informações e considerações apontadas neste capítulo partiram da análise das percepções dos profissionais da SMS entrevistados, quanto às dinâmicas de funcionamento, o financiamento, as condições de trabalho existentes, as redes de atendimento e principalmente quanto aos limites da atuação dos equipamentos e dos próprios profissionais, na promoção do cuidado em saúde mental no referido município.

O que buscamos, nessas reflexões, foi problematizar como as condições (ou a falta delas) de funcionamento de uma política pública, neste caso em específico a saúde mental, podem afetar, no cotidiano dos equipamentos, o potencial de promoção de cuidado de serviços, pensados para atuar sob um novo olhar em relação a “loucura” e que visam promover o exercício da cidadania e a integração social de sujeitos historicamente excluídos desse convívio.

Indicamos, antes de adentrar às nossas discussões e análises, que Matinhos conta com apenas dois serviços que atendem especificamente a saúde mental no município. O principal deles é o CAPS, que, como já abordamos, é um serviço aberto, de caráter comunitário e natureza pública estatal, pensado para atender pessoas em sofrimento mental grave e/ou persistente e com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e drogas, ou seja, oferecer cuidado a pacientes de saúde mental de alto risco no próprio território de vida dos sujeitos, através da oferta de diferentes tipos de atividades terapêuticas e da atuação de uma equipe multidisciplinar. Em Matinhos, o CAPS implantado é do tipo I.

Mas, além deste, o município, através de um termo de cooperação técnica com o Instituto Doutor Everson Buchi (IDEB), uma associação de direito privado sem fins lucrativos, dispõe de um espaço para atendimento das demandas de saúde mental de baixo e médio risco e de crianças, em um ambulatório de saúde mental[11]. Nessa instituição, quatro profissionais, entre psicólogos, psiquiatra e neuropediatra, contratados através de uma empresa terceirizada pelo município, realizam os atendimentos de saúde mental a essa população. Em razão do recente período de atuação nesta relação com o poder público, tal Instituto não será objeto de análise específica desta pesquisa, mas será abordado durante as discussões neste trabalho, como parte de uma incipiente rede de atendimento do município. O foco das discussões aqui apresentadas são o funcionamento da política em nível municipal, bem como os entendimentos, percepções e a atuação da equipe de trabalho do CAPS, serviço estratégico de cuidado dentro da Rede de Atenção Psicossocial.

4.1 ESTRUTURAÇÃO, FUNCIONAMENTO E FINACIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE MATINHOS

Para compreendermos as demandas atendidas no CAPS de Matinhos, é preciso pontuar, inicialmente, que até pouco tempo atrás, cerca de dois a três meses, o equipamento atuava como o único serviço de saúde mental do município. Dessa forma, embora pensado para o atendimento de pacientes de saúde mental de alto risco e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, o CAPS era responsável por toda a demanda de saúde mental do município, o que incluía o atendimento de pacientes de médio e baixo risco também.

Assim, segundo os profissionais entrevistados, as demandas que são colocadas ao equipamento são tão volumosas que o serviço não dá conta de respondê-las. Para eles, há uma certa tendência à centralização dos atendimentos de saúde mental do município no CAPS, o que resulta em uma demanda “imprópria” ao

[11] O ambulatório de saúde mental é um serviço pensando para oferecer cuidados em saúde mental a sujeitos em sofrimento cujo tratamento não necessita seguir um modelo de cuidado intensivo ou semi-intensivo como é proporcionado pelo CAPS. Esse serviço pode oferecer também uma série de atividades (em grupos, educativas, comunitárias) e contar com a presença de uma equipe multiprofissional (Garla, Furegato e Santos, 2010). Embora seja um serviço de atendimento à saúde mental, não faz partes dos componentes da RAPS, elencados na Portaria n° 3.088/2011. No caso do serviço em funcionamento no município, não detemos informações suficientes sobre o seu funcionamento para realizar análises em relação ao tipo de atendimento ofertado nesse equipamento.

serviço e uma quantidade de pacientes incondizente com o número de profissionais disponíveis, sobrecarregando o equipamento.

Por isso, a abertura de um novo serviço para atendimentos das demandas de médio e até baixo risco, se apresentou como um elemento que tem contribuído a aliviar a sobrecarga do equipamento. No entanto, essa perspectiva não é unânime entre a equipe. Para a maioria dos profissionais, o Instituto aparece como um serviço que possibilita o acompanhamento de pacientes que não se encaixam aos critérios de atendimento do CAPS, mas que ainda precisam de algum tipo de cuidado em saúde mental - o que até pouco tempo não existia, sendo visto como uma experiência positiva em relação à diminuição das demandas. Para outros, tal instituição não tem resolvido a sobrecarga, uma vez que a demanda psicológica não consegue ser absorvida pelo novo serviço e há pacientes referenciados ao IDEB que retornam para atendimento no CAPS. Entretanto, em geral, a possibilidade de se realizar o encaminhamento dos pacientes a um outro serviço é vista como um processo recente, ainda em andamento, mas que tem possibilitado reorganizar as demandas “indevidas” ao CAPS.

Além disso, em relação ao volume de demandas, foi amplamente pontuado que a pandemia da COVID-19 refletiu significativamente na quantidade de pacientes atendidos no equipamento, e que contribuiu para aumentar as demandas do serviço nos últimos anos.

Como fluxo de atendimento de saúde mental, o município adota, atualmente, três portas de entrada para o atendimento no CAPS. A principal delas é através da referência da Unidade Básica de Saúde (UBS), onde o paciente procura a Unidade, realiza uma estratificação de risco em saúde mental[12] e é encaminhado para o serviço. Em seu primeiro atendimento no CAPS, o paciente passa por um processo de triagem, que reanalisa essa estratificação e o risco do paciente, e é encaminhado ou para o acolhimento no equipamento ou, se não for alto risco, para outros serviços, como o novo instituto ou o Centro de Especialidades Médicas (CEM) do município - que também conta com psicólogos e realiza alguns atendimentos em saúde mental de baixo risco.

[12] A estratificação de risco é uma estratégia utilizada para identificar o potencial de risco ou o grau de sofrimento de uma pessoa, a partir de critérios e elemento de diferentes dimensões, como físicos, sociais, econômicos, familiares e clínicos (Weintraub, 2022).

Nesse processo de entrada através da referência da UBS, o paciente é (ou deveria ser) encaminhado apenas caso a estratificação indique como resultado um alto risco. No entanto, os profissionais entrevistados apontaram que as estratificações realizadas pelos médicos das Unidades de Saúde, muitas vezes contêm informações que não condizem com a realidade apresentada pelo sujeito, no momento da triagem ou do acolhimento no CAPS. Dessa forma, em muitas situações, são encaminhados ao serviço, pacientes que não deveriam ser atendidos no CAPS, e que poderiam ser acompanhados em outros serviços ou até mesmo pelas próprias UBS, uma vez que apresentam um médio ou baixo risco em saúde mental.

É importante pontuar que, segundo os profissionais, esse direcionamento frequente das diversas demandas de saúde mental para o CAPS não necessariamente está relacionado a falta de entendimento dos outros equipamentos e profissionais de saúde do papel desse serviço (informação que não apareceu em nenhuma das entrevistas realizadas), mas sim, com a inexistência de uma rede de atenção para atendimento em saúde mental nos diferentes níveis de atenção e de cuidado no município, bem como à sobrecarga dos outros equipamentos de saúde que poderiam ofertar esse cuidado para os pacientes de baixo risco, como as UBS, e médio risco, como o CEM.

A segunda forma de entrada no CAPS, é através do encaminhamento da Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Nesse caso, os pacientes chegam até a UPA em surto psicótico e, após estabilizados, são encaminhados para o CAPS para acolhimento e início do processo de tratamento em saúde mental.

Por fim, existem as demandas espontâneas (ou porta aberta), específicas para atendimento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Nesta forma, os pacientes são acolhidos por um profissional do equipamento e já inseridos na dinâmica de “grupo terapia de dependência química”.

Os pacientes em acompanhamento pelo equipamento podem participar de diferentes tipos de atividades terapêuticas. Entre as atividades ofertadas cotidianamente no CAPS de Matinhos estão os atendimentos individuais com psicólogo, médico, equipe de enfermagem e técnico de enfermagem; as grupo terapias (nas quais atualmente são ofertados grupos de convivência, habilidades sociais, autocuidado e grupos voltados para adolescentes e para dependência química) e grupos de outras atividades terapêuticas (como musicoterapia,

yoga/práticas corporais, cinema e oficina de fios). Além desses, o CAPS também realiza, em algumas datas específicas, atividades diversas e alusivas a temas importantes, como o setembro amarelo e o janeiro branco.

Ainda que seja voltado a proporcionar um cuidado em território e substituir instituições como os hospitais psiquiátricos no cuidado em saúde mental, em alguns casos mais graves, ainda se realizam encaminhamentos de pacientes para internamento em tais instituições. No entanto, esses internamentos têm uma duração máxima de 90 dias e após esse período, estabilizados, os pacientes retornam ou são encaminhados a um outro serviço de cuidado em ambiente aberto.

No funcionamento diário do CAPS, a periodicidade dos atendimentos psicológicos e principalmente médicos, foram elementos que se apresentaram enquanto limitantes à atuação profissional e ao acompanhamento contínuo dos pacientes. O longo período entre as consultas médicas é visto como resultado da alta demanda em acompanhamento no equipamento e da, até então, falta de médicos para esse atendimento em saúde mental no município. Nesse sentido, a presença de novos médicos no Instituto conveniado, permitiu uma diminuição do período entre as consultas dos pacientes no CAPS. Por sua vez, a alta demanda dos psicólogos, é percebida mais como consequência da falta de possibilidades de encaminhamentos dos pacientes a outros serviços – o que reprime a demanda no equipamento, do que resultado da falta de profissionais para o atendimento em si.

Nesse sentido, é preciso ter em vista que a implementação e/ou o fortalecimento de outros equipamentos que compõe a Rede de Atenção Psicossocial, poderiam ampliar e qualificar o cuidado em saúde mental no município, uma vez que as potencialidades deste, nas novas perspectivas, se dão justamente em razão da atuação de uma rede composta por diferentes serviços, e não apenas o CAPS, no território de produção de vida dos sujeitos. Assim, se deveriam buscar não apenas a celebração de cooperações com entes privados, mas sim a qualificação do cuidado em saúde mental nos próprios serviços públicos, através da realização de atendimentos nesse área nas UBS por exemplo, a criação de novos serviços e espaços - e, nestes, a oferta de oficinas e atividades - que possibilitem a integração social dos sujeitos em sofrimento, como os centros de convivência, e até mesmo a implementação de ações que visem a reabilitação psicossocial destas pessoas por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação, como as cooperativas sociais e

outras iniciativas de geração de trabalho e renda. Além disso, a integração com projetos e iniciativas dos próprios territórios dos sujeitos também poderiam ser articulações a serem buscadas na formação de uma rede de atendimento municipal.

É possível, diante disso, problematizar a opção da SMS em organizar um novo serviço para atendimento em saúde mental de pacientes de médio risco a partir de uma cooperação com um instituto médico de direito privado, em detrimento de propostas que pudessem fortalecer, qualificar e investir em equipamentos próprios da SMS, seja através da melhoria dos já existentes (como as UBS e o CEM) ou da implementação de novos e diferentes serviços. Nesse sentido, a opção por uma qualificação de equipamentos próprios de saúde, seria uma ação que não necessariamente estaria atrelada à vontade política e aceitação do gestor de saúde municipal, cargo que possui certa rotatividade, como é o caso de uma parceria, e, ainda, permitiria o fortalecimento de uma rede própria e pública de atenção à saúde mental no município.

Em se tratando do espaço físico do equipamento, o local de funcionamento do CAPS - uma casa alugada e adaptada para a alocação do serviço - foi apontado, inclusive pela gestão, como um espaço insuficiente e precário, com condições estruturais deficitárias, com falta de equipamentos e com um número inadequado de salas para atendimento - em relação à quantidade de pacientes e também ao número de profissionais que atuam no equipamento. Em razão do espaço limitado, nem todos os profissionais dispõe de uma sala própria para atendimento, o que em alguns casos, como no Serviço Social, fere as condições éticas e técnicas do exercício profissional, dispostas na Resolução n° 493/2006 do CFESS, e influencia na qualidade dos atendimentos realizados.

Para os entrevistados, não seria necessário apenas uma reforma no atual espaço, mas seria preciso dispor de um novo local para atuação do CAPS, com melhores condições estruturais, em quantidade suficiente e adequada de salas para a alocação do número de profissionais e de espaço para as atividades em grupo. Segundo os relatos, essa realocação do serviço em um novo espaço vem há algum tempo sendo prometida pela SMS, porém, ainda não cumprida.

Em relação à equipe de trabalho do CAPS, é atualmente composta por 01 assistente social, 02 enfermeiros, 01 médico, 04 psicólogos, 02 técnicos administrativos e 01 técnico de enfermagem, somando 11 profissionais. Desse total,

ao menos quatro, atuam em mais de um equipamento no município, o que diminui a sua carga horária de trabalho no CAPS. Além disso, no que tange a formação dos profissionais do equipamento (entrevistados), somente 02 mencionaram uma formação complementar em algum nível (aperfeiçoamento profissional, especialização, pós-graduação...) na área da saúde mental, 03 deles indicaram ter uma formação complementar em outra área de atuação e 05 relataram não ter nenhum tipo de formação além da graduação.

Nesse momento, apontaremos apenas que, além dos profissionais mencionados, a equipe de trabalho do serviço deveria também ser composta por um artesão e poderia contemplar até mesmo a presença de um terapeuta ocupacional e de um pedagogo, conforme determina a Portaria n° 336/2002.

Abordaremos sobre a atuação, os limites e a falta de profissionais na equipe de trabalho do equipamento, no próximo capítulo. No entanto, antes de avançar para estas discussões e reflexões, trataremos sobre o financiamento da saúde mental e principalmente do CAPS no município.

A pesquisa documental realizada durante esse projeto não foi capaz de apontar os reais valores recebidos pela SMS para o custeio do Centro de Atenção Psicossocial. As informações disponíveis no Portal da Transparência municipal e federal não discriminavam os valores transferidos no âmbito da atenção em saúde mental, que se encontram inserido no financiamento da política de saúde. A pesquisa empírica, realizada através das entrevistas, também não foi capaz de identificar quais seriam os valores recebidos da União para a manutenção do equipamento de saúde mental, mas revelou que há um repasse mensal ao município.

A Portaria n° 660/2023, que institui a recomposição financeira para os CAPS, determina que os valores repassados pelo Governo Federal para o financiamento de um CAPS I, são de R$ 35.978,00 mensais - valores que devem ser incorporados ao recurso orçamentário do Programa de Trabalho de Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade. Assim, acredita-se que os valores repassados ao município sejam condizentes com os determinados por esta Portaria e estejam inseridos no montante deste programa de trabalho, ainda que nenhum documento ou relatório que confirme essa informação tenha sido encontrado.

Embora não soubesse informar quanto a valores e gastos, segundo representante da gestão entrevistado, as transferências realizadas pela União não são

suficientes para financiar todo o trabalho do CAPS e, por isso, o município arca com a maior parte dos custos para o seu funcionamento. Essa informação, entretanto, se confronta com as falas encontradas nas demais entrevistas, uma vez que, nelas, a despesa do município foi descrita apenas com o pagamento do quadro profissional. Segundo o restante das entrevistas, somente gastos com melhorais estruturais, equipamentos e materiais para atividades internas e externas seriam pagos com o recurso recebido da União.

Diante desse conflito, se faz necessário questionar quais são os reais valores gastos com o equipamento - que aparentemente superam os valores repassados pela União, e qual é a participação financeira do município na manutenção e funcionamento do CAPS. Mais ainda, é questionável o destino e aplicação dos valores recebidos, uma vez que, como vimos, as condições estruturais se encontram precárias. Constatou-se que há falta de equipamentos mínimos no serviço (como computadores e mesas), indisponibilidade de recursos para as próprias atividades do CAPS, bem como para saídas e atividades externas com os pacientes, ao mesmo tempo em que o quadro de profissionais que atuam no equipamento é próprio do município. No entanto, essas são questões para as quais não encontramos respostas durante a realização desta pesquisa.

De maneira geral, o que se percebe, é que há um conflito de informações sobre o financiamento do equipamento. De um lado aponta-se que o município recebe recurso federal próprio para o financiamento do serviço, mas não são percebidas melhorias nas condições de trabalho o equipamento; e por outro, alega-se que o recurso recebido é insuficiente, ao mesmo tempo em que não há uma publicização dos valores gastos para o funcionamento do CAPS.

Assim, se faz necessária uma maior e melhor publicização das contas da saúde e dos gastos públicos do município. A disponibilidade de tais documentos poderia contribuir para um aprofundamento da análise e compreensão do funcionamento da política de saúde mental, da alocação dos recursos gastos e, principalmente, dos desafios estruturais que se colocam como elementos limitantes ao trabalho profissional da equipe e ao próprio funcionamento do equipamento.

Pontuadas essas considerações sobre o financiamento da política, passaremos a nos debruçar mais sobre a atuação dos equipamentos de saúde e da

própria equipe de trabalho do CAPS nesse campo, bem como sobre os desafios e dificuldade enfrentados, no subcapítulo a seguir.

4.2 PERCEPÇÕES E ATUAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE MATINHOS

Como já vimos, embora o CAPS tenha sido pensando para ser um serviço estratégico de cuidado em saúde mental no território, a promoção desse cuidado deve envolver uma série de equipamentos de saúde e até mesmo a participação e a integração com os espaços da comunidade e da sociedade, através da formação e da atuação de uma rede de atenção.

No caso de Matinhos, entretanto, as entrevistas realizadas apontaram a inexistência de uma rede de atendimento articulada ao CAPS no município. Segundo os profissionais, por exemplo, não há atendimento em saúde mental nas Unidades de Saúde, o que acaba por centralizar algumas das demandas ao equipamento. As trocas, diálogos e articulações do CAPS com outros serviços foram apontadas como escassas e pontuais. Até mesmo as tentativas de aproximação com a Atenção Primária, através de um início de projeto de matriciamento[13], não apresentaram muito resultados, tendo inclusive uma baixa adesão dos profissionais de saúde, e não promoveram aproximação ou articulação dos equipamentos.

Além disso, a presença de um certo estigma quanto a pacientes de saúde mental nos próprios serviços de saúde básica do município, foi apontada por um dos profissionais como um elemento que reforça essa dificuldade de atendimento nesses espaços e as articulações do CAPS com esses serviços.

Também, nas entrevistas, não foram mencionadas a existência de espaços e parcerias fora do ambiente do CAPS, inseridos no território e na comunidade visando a reintegração dos pacientes em acompanhamento. Pelo contrário, foram indicados justamente como limites para atuação do equipamento, a falta desses espaços

[13] Segundo o portal do Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde, o matriciamento consiste num modo de produzir saúde em que uma equipe especializada de saúde mental e uma equipe estratégia saúde da família, ambas em um processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica a fim de ampliar e qualificar as ações da atenção básica (Nolli, 2022).

integrados à sociedade, capazes de promover a participação social e a autonomia das pessoas em sofrimento mental.

O que se percebe, nesse sentido, é que a falta de uma rede articulada ao CAPS, colocam limites às potencialidades de atuação do equipamento, à própria promoção do cuidado em saúde mental no território e até mesmo ao papel do CAPS ao não permitem a articulação entre diferentes serviços e com o próprio território de produção de vida dos sujeitos.

Destacamos aqui que os limites e possibilidades de atuações intersetoriais entre diferentes serviços, profissionais e políticas não se constroem apenas a partir da vontade dos profissionais dos equipamentos, como se essas ações estivessem relacionadas somente a dimensão prática e interventiva no cotidiano dos serviços e do fazer profissional de seus executores, mas, na verdade, elas abrangem também uma concepção dos próprios gestores das políticas acerca das potencialidades das intervenções intersetoriais e articuladas. A execução das políticas públicas envolve necessariamente uma dimensão política de seus gestores (e até dos executores) que direciona essas a serem desempenhadas a partir de concepções e perspectivas que ou apontam para potencialização de estratégias intersetoriais de cuidado ou para a manutenção de ações fragmentadas e isoladas, atuando sobre uma lógica mais ou menos distante da perspectiva da integralidade do cuidado.

Mas, se de um lado inexiste uma atuação integrada dos serviços, por outro, os profissionais indicaram que, no trabalho interno do CAPS, a promoção do cuidado se desenvolve de maneira interdisciplinar. Segundo eles, há uma grande articulação da equipe e a realização de um trabalho em conjunto entre os profissionais, embora sempre existam aspectos que podem ser fortalecidos para ampliar e qualificar essa atuação. Em todos os relatos, os profissionais apontaram que não viam sua atuação enquanto isolada dos demais - ainda que alguns atendimentos sejam feitos individualmente com os pacientes, mas sim sempre de maneira conjunta. “Ninguém trata sozinho”, foi a fala do profissional “E” nesse sentido.

De forma geral, as falas sobre a atuação da equipe de trabalho do CAPS demonstraram uma compreensão dos profissionais acerca do necessário trabalho interdisciplinar no campo da saúde mental, bem como uma boa articulação da atual equipe, elementos que podem possibilitar ao CAPS atuar em uma perspectiva de integralidade do cuidado em saúde.

As reuniões de equipe, realizadas no equipamento foram apontadas como os espaços que permitem um momento próprio para a realização de estudos de casos de maneira interdisciplinar entre os profissionais, mesmo que esse tempo seja insuficiente para a discussão de todos os pacientes e a alta demanda dos profissionais no atendimento direto ao usuário/paciente e/ou na atuação em outros serviços/equipamentos, por vezes impeça a participação de todos. A realização semanal dessas reuniões foi mencionada como algo positivo, ao permitir um acompanhamento e estudo de caso contínuo dos pacientes, visto que até pouco tempo atrás, as reuniões de equipe aconteciam apenas mensalmente. Essa longa periodicidade que existia entre as reuniões e estudos pode ser analisada como um elemento que limitava uma maior articulação dos profissionais, mas que agora vem sendo trabalhada.

É nessas reuniões, com a participação da equipe, que recentemente vem se desenvolvendo a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de pacientes em acompanhamento pelo CAPS.

O PTS é um instrumento de cuidado “que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo o qual está dirigido” (Brasil, 2014, p 55). Assim, é um instrumento construído coletivamente, até mesmo com a participação do próprio sujeito e sua família ou do grupo ao qual se destina, que busca apontar estratégias para o cuidado desses indivíduos, contemplando todas as particularidades e singularidades existentes em cada caso (Baptista *et. al.*, 2020).

Embora seja um importante instrumento de trabalho do CAPS, a construção desses projetos no município só teve início recentemente. A até então inexistência destes foi relatada como resultado da sobrecarga do equipamento e dos profissionais e da falta de uma equipe numerosa o suficiente. Esse movimento de construção tem sido apontado como um elemento que fortalece a atuação interdisciplinar dos profissionais e permite uma discussão ampliada de casos acompanhados no serviço.

De forma geral, os profissionais indicaram que consideram que são capazes de cumprir o seu papel profissional dentro do equipamento, ainda que várias limitações estruturais e a falta de recursos restrinjam essa atuação e a potencialidade dos atendimentos e do cuidado ofertado no CAPS.

Segundo os entrevistados, a falta de um profissional artesão, que deveria compor a equipe mínima[14], é um fator que dificulta muito as condições de trabalho e limita as possibilidades de atendimentos e oficinas ofertadas aos pacientes. Os profissionais da atual equipe acabam por ter que promover e realizar as atividades terapêuticas variadas e, por isso, tais atividades ficam restritas ao âmbito do conhecimento desta equipe. A presença de um artesão, bem como de um terapeuta ocupacional, poderia ampliar a gama de oficinas e fortalecer as ações e estratégias de cuidado ofertadas no equipamento.

Ainda, a falta de um assistente social com carga horária para expediente diário no serviço, visto que o profissional presente na equipe só atende o equipamento duas vezes na semana, também foi indicada como um elemento que influencia as condições de trabalho. No CAPS o assistente social realiza um trabalho voltado a apreender a realidade e as dinâmicas sociais, econômicas e familiares dos sujeitos em acompanhamento pelo serviço, buscando reconhecer alguns dos determinantes sociais que impactam na vida deste sujeito e na experiência de sofrimento vivenciada por ele (Vasconcelos e Lopes, 2020). Assim, como parte da equipe técnica mínima, o profissional tem uma atuação essencial e insubstituível no cotidiano do serviço, uma vez que busca contemplar os aspectos sociais na promoção de cuidado em saúde mental ofertada aos pacientes pelo equipamento.

Nesse caso do Serviço Social, ainda, a fragilidade do atendimento realizado dentro do CAPS, em razão da ausência de um profissional exclusivo, se aprofunda quando percebemos, que os demais profissionais da equipe acabam tendo, em muitos casos e certa medida, que realizar o papel de um assistente social nos atendimentos aos pacientes. A realidade apresentada no equipamento nos permite compreender o motivo para que tal situação aconteça, embora não diminua suas problemáticas.

As críticas, no entanto, não devem ser direcionadas aos diferentes atores que assumem esse papel no cotidiano do serviço em razão da falta de um profissional da área, mas sim direcionadas às condições institucionais que são oferecidas ao equipamento. Nesse sentido, apenas pontuaremos que é necessário refletir como um equipamento como o CAPS poderia promover um atendimento qualificado e em toda

[14] Segundo a Portaria n° 336/2022, compõe a equipe técnica mínima de um CAPS I: 01 médico com formação em saúde mental; 01 enfermeiro; 03 profissionais de nível superior entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro; e 04 profissionais de nível técnico (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão)

a sua potencialidade, se a equipe profissional se encontra incompleta e sobrecarregada no dia a dia, realizando atribuições de outros profissionais, dos quais não dispõem da competência técnica, do arcabouço teórico-metodológico e muito menos da formação.

Além disso, até mesmo a falta de uma equipe de apoio, como a presença de recepcionista e auxiliar de serviços gerais para limpeza e organização do CAPS, foi mencionada como fator que gera sobrecarga na equipe, que precisa se disponibilizar a realizar tais atribuições, além daquelas nas quais já atuam. A falta dos profissionais apontados resulta na (sobre)carga de tais atribuições sobre o restante da equipe.

De maneira geral, o que se percebe no CAPS é que o, ainda existente, acúmulo de demandas colocadas ao equipamento, as limitações estruturais, recursais e profissionais - expressas principalmente na incapacidade do serviço de atender a significativa quantidade de pacientes em acompanhamento e de realizar atendimentos individuais com uma periodicidade regular e condizente com cada caso, na precária e insuficiente estrutura do CAPS, no número de grupos e atividades terapêuticas ofertadas, na falta de possibilidades de atividades externas e de recursos e na sobrecarga, dupla atribuição e falta de profissionais – e a escassa integração com a comunidade e com o território, restringem, e muito, as possibilidades de atuação do serviço e o cumprimento do papel do CAPS, bem como refletem na qualidade do atendimento e do cuidado promovido nesse equipamento.

Nos processos de internamentos dos pacientes também foram relatadas algumas dificuldades enfrentadas pelo serviço. Entre elas, foram mencionados alguns obstáculos em relação ao contato com a família e/ou com o paciente para evolução do estado de saúde na central de leitos, a indisponibilidade de transporte para os pacientes até os hospitais psiquiátricos e principalmente a demora da central de regulação de leitos do estado na liberação das vagas para os pacientes.

Quando questionados quais seriam elementos que poderiam melhorar as condições de atuação da equipe e do serviço, os profissionais apontaram para a complementação do quadro profissional, um novo local para funcionamento do CAPS, uma priorização do serviço pela gestão e, principalmente, a capacitação da equipe. Além disso, até mesmo a redução do estigma em relação a saúde mental e a “loucura” na sociedade e uma maior visibilidade do papel e da atuação do CAPS apareceram em algumas das falas.

Nesse sentido, é possível pensar que o equipamento e a gestão da SMS poderiam atuar também em uma dimensão educativa sobre o campo da Saúde Mental e sobre o papel e as atividades do CAPS. A realização de campanhas, atividades e eventos que abordassem sobre saúde mental, elucidassem sobre o papel do equipamento na promoção do cuidado às pessoas em sofrimento mental e aproximassem a sociedade ao tema e ao cotidiano do serviço seriam ações que poderiam ser realizas nesse âmbito, contribuindo para a superação de estigmas em relação a “loucura”. Ainda, a articulação com diferentes projetos, iniciativas e espaços no território e no meio social, também poderiam contribuir para este objetivo, uma vez que permitem a integração e a participação dos sujeitos em acompanhamento pelo serviço na sociedade, dando voz e visibilidade a estes.

Em relação à capacitação e formação continuada, o que se mostrou foi que não existe um incentivo (enquanto oferta de cursos e eventos) da gestão (SMS) à qualificação e ao aprimoramento/aperfeiçoamento/atualização dos profissionais que atuam no equipamento. Dos 09 profissionais entrevistas, apenas 04 tinha participado de algum curso, formação ou capacitação em saúde mental em 2024, 03 tinham tido sua última participação em 2023 e 02 não souberam mencionar a data da última capacitação em que estiveram presentes.

Os cursos e formações complementares que são realizados pela equipe, em sua maioria, partem do interesse e da procura do próprio profissional, não estando relacionados a iniciativas do município em qualificar seu quadro de servidores. No entanto, essa deveria ser uma preocupação da gestão, uma vez que é através de uma formação continuada dos profissionais que se pode qualificar e potencializar os atendimentos, a atuação da equipe profissional e o próprio equipamento. Nas poucas ofertas de capacitação pela gestão ou pela Regional de Saúde, a presença da equipe fica limitada pela quantidade de profissionais que atuam no CAPS. Em razão dessa condição e da alta demanda de pacientes se torna inviável a liberação de mais do que um ou dois profissionais para a participação.

Por sua vez, a gestão apontou também como fatores limitantes à atuação do CAPS, a estrutura disponível ao serviço, mas, ainda, a quantidade de equipamentos que atendem as demandas de saúde mental no município e a burocracia do estado. Como possibilidades de melhorias nas condições de trabalho do CAPS, foram mencionadas a criação de um departamento de inclusão, a oferta de tratamento aos

familiares dos pacientes – que no processo, muitas vezes adoecem e passam a serem também pacientes do serviço – e de atendimentos em saúde mental nas UBS e um planejamento da equipe do CAPS quanto as necessidades do equipamento para uma apresentação a gestão.

Nos limites apontados pela gestão e pelos profissionais, é possível perceber um consenso em relação a insuficiência das condições estruturais do espaço em que funciona o CAPS, a alta demanda de pacientes atendidos e a necessidade de mais equipamentos que promovam cuidados em saúde mental no município. Assim, se a própria SMS compreende a precariedade em que se encontra o serviço (sem condições estruturais e sobrecarregado), o que faltaria para que fossem tomadas medidas que pudessem melhorar o equipamento e fortalecer os atendimentos e o cuidado ofertado nesse espaço? Seria apenas uma questão de vontade política? A falta de recursos por parte do município? Um direcionamento político preferencial a estratégias que envolvam a criação de parcerias com entes privados a uma consolidação dos equipamentos próprios do município? Ou até mesmo uma incompreensão da gestão quanto ao papel do CAPS? É preciso, portanto, refletir sobre qual o olhar da SMS em relação ao CAPS e a atuação do equipamento.

Para a gestão, o papel do CAPS seria atuar como um espaço de inclusão as pessoas em sofrimento mental, não apenas como um local de tratamento de doentes. Assim, ainda que suscintamente, a SMS aparenta uma compreensão do equipamento que se direciona às novas perspectivas de cuidado da atenção psicossocial, e que colocam o CAPS como um importante serviço de cuidado em saúde mental, responsável por se articular a comunidade e a sociedade para promover a (re)integração dos sujeitos em acompanhamento.

Entretanto, no ponto de vista de alguns profissionais, esta compreensão, não altera o fato de que não são apresentadas e proporcionadas melhores condições de trabalho ao equipamento, principalmente no que diz respeito à falta de recursos – materiais e financeiros. Para outros, a SMS é responsável por muitas demandas dentro do município, o que por vezes impede uma maior atenção a alguns equipamentos de saúde. Nesse sentido, as dificuldades de fortalecimento do equipamento não necessariamente estão relacionadas ao âmbito da compreensão ou incompreensão do papel do CAPS pela gestão.

Na visão dos próprios profissionais do equipamento, o CAPS tem como papel e objetivo promover a reintegração das pessoas em sofrimento mental ao convívio social, proporcionar uma qualidade de vida a esses sujeitos e oferecer um cuidado com dignidade e respeito, atendendo-as no próprio território de vida. Para eles, ainda que tenham seus desafios e dificuldades, o equipamento cumpre esse papel ao conseguir promover uma atenuação nas experiências de sofrimento mental dos pacientes atendidos. A efetivação desse papel, segundo eles, é percebida especialmente quando os pacientes relatam sobre a importância que o acompanhamento no equipamento teve na vida desse sujeito e na melhora de sua saúde mental.

No entanto, para um dos profissionais entrevistados, o CAPS não consegue ainda atingir o seu objetivo de reinserir os pacientes na sociedade, uma vez que esse não se restringe apenas a participação social, mas está relacionada também a produção de vida autônoma desses sujeitos e exercício de sua cidadania. Para ele, isso acontece justamente porque o equipamento se encontra limitado pela falta de parcerias e espaços na comunidade e na cidade que permitam a inserção desses sujeitos além da mera convivência social.

De modo geral, se percebem grandes dificuldades na efetivação da política de saúde mental no município em razão, principalmente, das condições institucionais existentes para a atuação dos profissionais e do equipamento, que limitam as potencialidades do serviço e a promoção do cuidado aos sujeitos em sofrimento mental.

Ainda que a equipe de trabalho apresente perspectivas de cuidado associadas às preconizadas com a Reforma Psiquiátrica, de pensar a reinserção desses sujeitos a sociedade e de conceber o sofrimento mental não apenas em uma lógica de doença mental sobre o poder exclusivo da intervenção médica psiquiátrica, e busque uma atuação nesse sentido, o cuidado em saúde mental não pode, nem deve, ser exclusividade do equipamento e desses profissionais. Como vimos, uma rede de atenção articulada entre si e principalmente com o território é essencial para promoção da autonomia, exercício da cidadania e a inclusão social dos sujeitos. Não é possível apenas ofertar um espaço para atendimento em saúde mental e mínimos recursos para o seu funcionamento e esperar que um equipamento contemple todas as demandas desse campo em um município. Se faz necessário dispor de condições

institucionais suficientes para que os atendimentos possam ser realizados com a qualidade e com a potencialidade que deveriam ter – o que, como percebemos, o município tem dificuldade em oferecer.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho, apontamos reflexões e análises sobre o campo da Saúde Mental, a construção da loucura enquanto resultado de um processo social e histórico, a condução da política de saúde mental no Brasil, as disputas ainda existentes na sua condução e principalmente sobre a efetivação desta no cotidiano de um equipamento pensado para atuar no território de produção de vida dos sujeitos.

Optamos por trilhar o longo processo histórico de construção social loucura por compreendermos que este fundamenta as bases da psiquiatria, do saber e das intervenções médicas sobre a “loucura”, a “doença mental” e sobre o “doente”, até os dias de hoje. O surgimento e a elaboração de novas perspectivas de cuidado nesse campo não suprimem por completo antigas concepções, que permaneceram durante séculos como bases de tratamento para que hoje chamamos de saúde mental. Pelo contrário, como vimos, esse campo ainda é marcado pela coexistência de práticas e concepções que remontam ao tratamento voltado somente à doença e de práticas que compreendem os sujeitos enquanto pessoas em sofrimento.

O que apontamos é que o caminho percorrido nos permite perceber o campo da Saúde Mental como um processo complexo e em construção, marcado por séculos de perspectivas excludentes e institucionalizadoras, que buscavam exercer um controle social sobre determinados sujeitos, e que não superadas em um movimento evolutivo e contínuo, mas que ainda permanecem e são reproduzidas em diferentes espaços até os dias atuais.

Em relação aos resultados desta pesquisa, podemos mencionar que os principais desafios dizem respeito as condições estruturais do equipamento, a falta de recursos para as atividades e eventos, a falta de profissionais na equipe, a sobrecarga de demandas e a inexistência de uma rede de atendimento para articulações intersetoriais. Além disso, pode-se apontar que existem dificuldades até mesmo na articulação do equipamento e da equipe com a gestão da SMS, na viabilização de melhorias nas condições oferecidas para o seu funcionamento.

Por outro lado, as atuações dos profissionais no serviço foram indicadas como os elementos que permitem de fato a produção de cuidado aos pacientes em acompanhamento no CAPS, uma vez que estas conseguem superar as limitações estruturais, recursais e profissionais e oferecer, ainda que com certas barreiras,

atendimentos, atividades, eventos e possibilidades de cuidado à saúde e interação social aos sujeitos.

Consideramos, de maneira geral, que as perspectivas expressas nas falas dos entrevistados exprimem uma visão de cuidado em saúde mental amparada em pressupostos colocados pela Reforma Psiquiátrica, como, principalmente, a integralidade do cuidado em saúde e o distanciamento de uma hegemonia da exclusividade do saber médico no tratamento nesse campo.

O que buscamos neste trabalho foi apresentar, de forma analítica e reflexiva, os desafios e dificuldades de se efetivar a política de saúde mental e suas concepções de cuidado no cotidiano do CAPS do município de Matinhos. Acreditamos que é a partir de análises, críticas e aprofundamentos a respeito da execução das políticas públicas e sociais que podemos pensar em perspectivas de melhorias, qualificação e fortalecimento da própria política, dos serviços e da rede pública de atendimento.

Assim, as problematizações sobre a política de saúde mental em Matinhos, aqui apresentadas, procuram justamente oferecer subsídios para que seja possível refletir e avaliar sobre os aspectos da execução desta que podem e devem ser melhorados, tanto pelos profissionais, mas principalmente pela gestão da SMS, para criar possibilidades e potencializar as ações de cuidado em saúde mental no município.

Dessa forma, diante da realidade apresentada, poderiam e deveriam ser buscadas melhores condições estruturais para o funcionamento do CAPS, como um novo local para sua atuação; a qualificação e ampliação da equipe multiprofissional do equipamento, através da oferta e incentivo à capacitação profissional e da contratação dos diferentes profissionais que deveriam compor a equipe de trabalho; a destinação de maiores recursos para atividades realizadas pelo serviço, tanto as cotidianas (como as oficinas) como os eventos internos e atividades externas; e uma maior priorização e visibilidade do serviço pela gestão e pela sociedade como um todo.

Além disso, um elemento fundamental que deveria ser priorizado para a qualificação e potencialização do cuidado em saúde mental em Matinhos seria a criação e o fortalecimento de uma rede de atendimento articulada com outros serviços do município e principalmente com espaços e projetos da comunidade e do território.

Pensar e promover esse tipo de atuação intersetorial é uma estratégia central para se alcançar as potencialidades do cuidado em saúde mental pensadas pela nova PSM.

De maneira ampla, a elaboração desta pesquisa permitiu que houvesse, no processo de formação, um aprofundamento crítico em relação as políticas públicas, nesse caso, em especial a política de saúde mental, e sua execução nos equipamentos. O período de estágio realizado no CAPS possibilitou indagações e problematizações iniciais, mas foi a produção deste trabalho e as análises aqui apontadas que proporcionaram o aprofundamento e um olhar mais crítico e reflexivo sobre o tema.

Ainda, os relatos, percepções e vivências pontuadas pelos profissionais do equipamento, possibilitaram uma aproximação com experiências de atuação profissional em serviços de políticas públicas que encontraremos no nosso próprio exercício profissional enquanto assistentes sociais. Nesse sentido, permitiu compreender que, em muitos casos, as possibilidades de trabalho não estão atreladas exclusivamente a atuação profissional, mas envolvem uma série de elementos, como as condições institucionais, articulação em rede e até mesmo as concepções da equipe e da gestão na execução da política.

Por fim, acreditamos que existam possibilidades de aprofundamento desta pesquisa a partir de outras perspectivas de análise. Nesse trabalho, buscamos abordar as percepções de diferentes profissionais de um equipamento de saúde mental, no entanto, poderiam ser produzidas maiores reflexões a partir das perspectivas da gestão desta política no município – que inclui atores como secretário de saúde, membros do Conselho Municipal de Saúde e da coordenação da atenção primária - o que permitiria subsídios para uma análise que relacionasse as diferentes concepções de saúde mental nas duas esferas de atuação e que apontasse o quanto essas concepções (e até mesmo o direcionamento político) da gestão, são capazes de influenciar a condução e a execução de uma política pública.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D de C. (coord). **Loucos pela vida:** a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. A clínica e a Reforma Psiquiátrica. *In:* AMARANTE, P. (Org.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocia**l. Rio de Janeiro: NAU Editora, p. 45-66, 2003.

AMARANTE, P. D. de C. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. "De volta a cidade, sr. Cidadão!" - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 52 (6), p. 1090-1107, nov./dez. 2018. DOI http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220170130

ASSIS, S. G. de; FIGUEIREDO, A. E. B.; AVANCI, J. Q. Violência e Saúde Mental. *In:* MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Novas e velhas faces da violência no século XXI**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 381- 396, 2017.

BAPTISTA, J. A.; CAMATTA, M. W.; FILIPPON, P. G.; SCHNEIDER, J. F. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 73 (2), e20180508, 2020. DOI. 10.1590/0034-7167-2018-0508.

BARCELOS, K. R.; WANDEKOKEN, K. D.; DALBELLO-ARAUJO, M.; QUINTANILHA, B. C. A normatização de condutas realizadas pelas Comunidades Terapêuticas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, p. 130-140, jan./mar. 2021. DOI: 10.1590/0103-1104202112810

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7684991/mod_resource/content/1/BARDIN__L._1977._Analise_de_conteudo._Lisboa__edicoes__70__225.20191102-5693-11evk0e-with-cover-page-v2.pdf. Acesso em: 07 dez. 2024.

BARROS, D. D. **Jardins de Abel**: Desconstrução do Manicômio de Trieste. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Lemos Editorial, 1994.

BATISTA, M. D. G. Breve história da loucura, movimentos de contestação e Reforma Psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, n. 40, p. 391-404, abr. 2014.

BOLONHEIS-RAMOS, R. C. M.; BOARINI, M. L. Comunidades terapêuticas: "novas" perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1231-1248, out./dez. 2015. 10.1590/S0104-59702015000400005

BONGIOVANNI, J.; SILVA, R. A. N. da. Desafios da desinstitucionalização no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Psicologia e Sociedade**, 31, e190259, 2019. DOI. https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31190259

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**: Departamento de Informática do SUS. Brasília/DF; Rio de Janeiro/RJ, 2024. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabbr.def. Acesso em: 29 out. 2024a.

BRASIL. **Governo abre mais de 13 mil vagas em comunidades terapêuticas.** Disponível: https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2021/02/governo-abre-mais-de-13-mil-vagas-em-comunidades-terapeuticas. Acesso em: 09 nov. 2024b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 189, de 19 de novembro de 1991. **Secretaria Nacional de Assistência à Saúde**. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf. Acesso em: 05 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 224, de 29 de janeiro de 1992. **Secretaria Nacional de Assistência à Saúde.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf. Acesso em: 28 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 407, de 30 de junho de 1992. **Secretaria de Assistência à Saúde**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf. Acesso em 05 nov. 2024.]

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 408, de 30 de dezembro de 1992. **Secretaria de Assistência à Saúde**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf. Acesso em 05 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 145, de 25 de agosto de 1994. **Secretaria de Assistência à Saúde**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf. Acesso em 05 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 147, de 25 de agosto de 1994. **Secretaria de Assistência à Saúde**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf. Acesso em 05 nov. 2024.

BRASIL. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASI. Ministério da Saúde. Portaria n° 336, de 19 de fevereiro de 2002. Gabinete do Ministro. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em 14 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS** - Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde/OPAS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Gabinete do Ministro**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 28 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**, n° 34 - Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Emenda Constitucional n° 95, de 15 de dezembro de 2016. **Portal da Legislação**, Brasília, DF, 16 dez. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.482, de 25 de outubro de 2016. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 – Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html. Acesso em 08 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação n° 3 e n° 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Gabinete do Ministro.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 28 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n° 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Atenção Psicossocial (RAPS). **Comissão Intergestores Tripartite (CIT**). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html. Acesso em 08 nov. 2024.

BRASIL. Decreto n° 9.926, de 19 de julho de 2019. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 jul. 2019. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/norma/31214667/publicacao/31214678. Acesso em 08 nov. 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Nota técnica n° 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Brasília, 2019. Disponível em: https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf. Acesso em: 08 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 596, de 22 de março de 2022. Revoga a Seção XII do Capítulo III do Título VIII, art. 1049 até art. 1062, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, e a Seção II do Capítulo III, art. 64 até art. 74, e os anexos XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI e XLII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. **Gabinete do Ministro**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0596_23_03_2022.html. Acesso em: 08 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 757, de 21 de junho de 2023. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS n° 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. **Gabinete da Ministra.** Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-757-de-21-de-junho-de-2023-491629280. Acesso em: 01 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 660, de 4 de julho de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n° 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir recomposição financeira para os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde, previsto na Portaria GM/MS n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Gabinete da Ministra. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0660_04_07_2023.html. Acesso em 15 nov. 2024.

BUENO, P. H.de C. O conceito de território em políticas públicas: algumas reflexões. **IV Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Maranhão, s.d. Disponível em: https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/10_povos/o-conceito-de-territorio-e-politicas-publicas-algumas-reflexoes.pdf. Acesso em 03 nov. 2024.

CALOMENI, T. C. B. A “secreta fundação” da psiquiatria: Considerações sobre a análise foucaltiana da história da loucura. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 22, n. 1, p. 51-66, jan./abr. 2010.

CARDOSO, M. R. G.; DE OLIVEIRA, G. S.; GHELLI, K. G. M. Análise de conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. **Caderno da Fucamp**, v. 20, n. 43, p. 98-111, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Série assistente social no combate ao preconceito: discriminação contra a população usuária da saúde mental. Caderno 8. Disponível em: https://www.cfess.org.br/CFESS-Caderno08-SaudeMental-Site.pdf. Acesso em 02 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Resolução n° 493, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Diário Oficial da União, Brasília, n. 164, 25 ago.

2006. Disponível em: https://www.cfess.org.br/pdf/resolucao_4932006.pdf. Acesso em 19 nov. 2024.

COSTA, P. H. A. da.; FARIA, N. C. “E agora, José”? Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica brasileira na encruzilhada. **Physys: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31 (4), e310412, 2021. DOI: 10.1590/S0103-73312021310412

CRUZ, N. F.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocessos da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, e00285117, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285

DIAS, R. C.; SEIXAS, P. C. Territorialização de Políticas Públicas, Processo ou Abordagem? **Revista Portuguesa de Estudos Regionais**, n. 55, p. 47-60, 2019.

FERREIRA, T. P. da S.; SAMPAIO, J.; SOUZA, A. C. do N.; OLIVEIRA, D. L.; GOMES, L. B. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface -** Comunicação Saúde Educação, Botucatu, 21 (61), p. 373-384, 2017.

FERREIRA, T. P. da S.; NORO, L. R. A. Formação em saúde mental pelas residências multiprofissionais: contexto de contrarreforma psiquiátrica e defesa da atenção psicossocial. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, supl. 2, e230303, 2023. DOI 10.1590/S0104-12902022230303pt

FIGUÊIREDO, M. L. de R.; DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos de gradação ciências humanas e sociais**, Maceió, v. 2, n. 2, p. 121-136, nov. 2014.

FLICK. Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

FRAYZE-PEREIRA, J. **O que é loucura.** Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 1984.

GARLA, C. C.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Profissionais de ambulatórios de saúde mental: perfil, práticas e opiniões sobre as políticas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 2, n. 4-5, p. 74-93, 2010.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa?** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LUIS, M. A. V. A respeito da exclusão: instituição asilar e desinstitucionalização. *In:* JORGE, M. S. B.; SILVA, W. V.; DE OLIVEIRA, F. B. (Org.). **Saúde mental da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio.** São Paulo: Lemos Editorial, p, 15-40, 2000.

MEDEIROS, N. M.; PEREIRA, F. O. Visão crítica da história da loucura na formação em Psicologia. **PSI UNISC**, 5 (1), 36-50, jan./jun. 2021. DOI: 10.17058/psiunisc.v5i1.14536

MIGUEL, P. de T.; MEDEIROS, J. P. A volta dos manicômios: reflexões acerca da nota técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MSN. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 14, n. 39, p. 41-61, 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 26. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MOYSÉS, S. T.; FRANCO de SÁ, R. Planos locais de promoção da saúde: intersetorialidade(s) construída(s) no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19 (11), p. 4323-4329, 2014. DOI 10.1590/1413-812320141911.11102014

NICÁCIO, M. F. de. **Utopia da realidade**: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. 224 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2003.

NOLLI, P. V. O CAPS no processo do matriciamento da saúde mental na Atenção Básica. Disponível em: https://portal.conasems.org.br/brasil-aqui-tem-sus/experiencias/200_o-caps-no-processo-do-matriciamento-da-saude-mental-na-atencao-basica. Acesso em 16 nov. 2024.

OLIVEIRA, E. F. A.; GARCIA, M. L. T. O financiamento federal do CAPS no Brasil: a caixa de Pandora. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 147(2). DOI. 10.1590/0101-6628.383

OLIVEIRA, R. M. de. I**nterdisciplinaridade e atenção à saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - produção de sentidos e subjetividades**. 129 f. Dissertação (Pós-graduação em Psicologia) - Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018.

PERES, G. M.; CREPALDI, M. A.; MOTTA, C. C. L. da; GRIGOLO, T. M. Limites e desafios da Rede de Atenção Psicossocial na perspectiva de trabalhadores de saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 10, n. 27, p. 34-52, 2018

PINTO, A. T. M.; FERREIRA, A. A. L. Problematizando a Reforma Psiquiátrica Brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, jan./mar. 2010.

PROVIDELLO, G. G. D.; YASUI, S. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, out.-dez. 2013, p.1515-1529. DOI. 10.1590/S0104-59702013000500005

ROMAGNOLI, R. C.; AMORIM, A. K. de M. A.; SEVERO, A. K de S.; NOBRE, M. T. Intersetorialidade em saúde mental: tensões e desafios em cidades do sudeste e

nordeste brasileiro. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, 17 (3), p. 157-168, dez. 2017. DOI. 10.5020/23590777.rs.v17i3.6075

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021, e00313145. DOI: 10.1590/1981-7736-sol00313

SANTOS, M. R. P.; NUNES, M. de O. Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. **Interface** - Comunicação Saúde Educação, v. 15, n. 38, p. 715-726, jul./set. 2011.

SILVA, F. G. da.; CANÇADO, A. C.; SANTOS, J. C dos. Compreensões Acerca do Conceito de Controle Social. **Desenvolvimento em questão**. Editora Unijuí, ano 15, n. 41, p. 24-58, out./dez. 2017.

SILVA, G. B. da. **A legislação em Saúde Mental no Brasil (1841-2001) - Trajeto da consolidação de um modelo de atenção**. 98 f. Dissertação (Mestrado em psicologia) - Departamento de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

SOUZA, K. R.; KERBAUY, M. T. M. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. **Educação e Filosofia**, Uberlândia, v. 31, n. 61, p. 21-44, jan./abr. 2017. DOI. http://dx.doi.org/10.14393/REVEDFIL.issn.0102-6801.v31n61a2017-p21a44

SOUZA, V. R. e. **Contrarreforma psiquiátrica:** o modelo hospitalocêntrico nas políticas pública em saúde mental no Rio Grande do Sul. 166 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9 (1), p. 25-59, jan./abr. 2002.

VANCONCELOS, T. S. M.; LOPEZ, V. A. S. O Serviço Social no CAPS-AD: fatores associados à interação entre dependência química e o estar em situação de rua. **Revista Mundo Livre**, Campo dos Goytacazes, v. 6, n. 2, p. 349-363, jul./dez. 2020.

WEINTRAUB, A. C. A. de M. **Curso Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na covid-19:** Reconstrução pós desastres e emergências em saúde pública. Módulo 3: Demanda em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Brasília: Escola do Governo Fiocruz, 2022. Disponível em: https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/07/Cartilha-03_Curso-Saude-Mental-Fiocruz_Modulo-3_.pdf. Acesso em 14 nov. 2024.

YASUI, S. **Rupturas e encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. 208 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

APÊNCIDE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA EQUIPE CAPS

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

1. Nome, idade e formação profissional?
2. Em que ano se graduou?
3. Fez alguma pós-graduação?
4. Fez alguma formação na área da Saúde Mental? (Em que nível? Curso de aperfeiçoamento de curta duração; especialização; pós-graduação?)
5. Quando fez sua última participação em evento/curso na área da Saúde Mental? Qual foi o evento/curso?
6. Qual o vínculo empregatício com o município?
7. Há quanto tempo trabalha na área da Saúde Mental?
8. Há quanto tempo trabalha no CAPS de Matinhos?
9. Já trabalhou em outros equipamentos ou serviços de Saúde Mental?
10. Realiza suas atividades profissionais apenas no CAPS ou atende também outros equipamentos de saúde no município?
11. Qual seu papel profissional dentro do equipamento?
12. Quais atividades realiza no CAPS?
13. Realiza atividades conjuntamente ou de maneira articulada com outros profissionais da equipe?

EQUIPAMENTO/FUNCIONAMENTO DA POLÍTICA/PERCEPÇÕES

14. Como se dá o acesso da população ao equipamento? (São encaminhados a partir de outros serviços ou a demanda é espontânea?) Como são realizados os primeiros atendimentos/acolhimento dos pacientes? E a continuidade desses atendimentos?
15. Quais são os atendimentos ofertados cotidianamente no equipamento? (oficinas, grupos, atendimentos profissionais especializados, acolhimentos...) E como funcionam? (quem pode participar, qual o nível de participação, quais seus objetivos, quem realiza?...)
16. Quais são as demandas apresentadas ao equipamento no município? Algumas dessas demandas são indevidas ao equipamento? Deveriam ser atendidas por

outros equipamentos/serviços da área da saúde ou mesmo de outras políticas públicas? Quem ou quais serviços apresentam a demanda?

17. Avalia que o CAPS consegue atender essa demanda?
18. Como avalia a estrutura (equipe profissional, estrutura física, materiais disponíveis, financiamento...) do equipamento?
19. Acredita que essas condições oferecidas pelo município são suficientes para o bom funcionamento do equipamento?
20. Como avalia o trabalho da equipe multiprofissional do equipamento? (São realizadas reuniões, planejamento conjunto de atividades, discussões de casos... ou os profissionais atuam isoladamente?)
21. Diria que existe uma rede de atendimento à Saúde Mental (seja municipal ou regional) articulada ao CAPS?
22. Como essa rede funciona (ou não funciona) e como você percebe a atuação dessa rede?
23. Existe um trabalho de atendimento à Saúde Mental em outros equipamentos do município, como nas UBS e como funciona? Ou avalia que todos os atendimentos são centralizados no CAPS?
24. Como se dá o processo de internamento de pacientes do CAPS (tanto de internamentos voluntários, involuntários e compulsórios)? Existem dificuldades percebidas nesses processos de internamento? Quais são elas?
25. Avalia que você consegue cumprir o seu papel profissional dentro da equipe e do equipamento ou acredita que existem limites para sua atuação? Quais seriam esses limites?
26. Como você entende a Saúde Mental e a Política de Saúde Mental? Teve alguma alteração em relação as suas percepções/entendimento sobre a Saúde Mental e a Política de Saúde Mental depois de começar a trabalhar no equipamento (ou em outro serviço da PSM)? Quais eras eram essas percepções e o que mudou?

27. Qual é o papel e o objetivo do CAPS?
28. Acredita que o equipamento consegue cumprir seu papel?
29. O que considera como desafios e dificuldades a serem observados na efetivação da Política de Saúde Mental e no cumprimento do papel do CAPS no município?
30. O que acredita que poderia ser feito para superação desses desafios?

31. O que poderia ser feito no âmbito do trabalho profissional da equipe do CAPS para melhoria/superação desses desafios?
32. Tem outros comentários, sugestões ou apontamentos sobre o tema?

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTÃO DA SMS

DOS PROFISSIONAIS/EQUIPE DE TRABALHO

1. Nome e formação profissional?
2. Qual cargo ocupa na Secretaria Municipal de Saúde? Há quanto tempo ocupa esse cargo? Quais são as atribuições e demandas do cargo?
3. Teve alguma experiência na Secretaria antes de ocupar esse cargo?
4. Tem alguma formação na área da saúde? Em que nível?
5. Já teve alguma experiência anterior na área da gestão da saúde?
6. Qual a estimativa de profissionais que trabalham na Política de Saúde no município atualmente?
7. Quantos desses profissionais trabalham na Saúde Mental?
8. Quantos profissionais trabalham no CAPS atualmente?
9. O CAPS possui equipe multiprofissional mínima de trabalho?
10. Quais as áreas e o número de profissionais que o município dispõe atualmente para trabalhar na Saúde Mental?
11. Qual o principal regime de contratação desses profissionais? (CLT, terceirizado, PJ, estatutário e carga horária 40h, 30h, 20h?)
12. Os profissionais que trabalham na Saúde Mental estão alocados em uma única equipe (no CAPS) ou o município dispõe de diferentes equipes em diferentes equipamentos de saúde?
13. Os profissionais que trabalham na Saúde Mental realizam suas atividades exclusivas nos equipamentos ou atendem outros espaços da área da saúde no município?

EQUIPAMENTOS

14. O município dispõe de outros equipamentos para atendimento à Saúde Mental além do CAPS?
15. Todos os equipamentos de Saúde Mental ficam no próprio município? Ou existem outros em parcerias com cidades vizinhas?

FUNCIONAMENTO DA POLÍTICA

16. Como se dá o acesso da população aos equipamentos e atendimentos em Saúde Mental do município? São encaminhados a partir de outros serviços ou a demanda é espontânea?
17. Os atendimentos a Saúde Mental do município são centralizados no CAPS ou realizados de forma descentralizada em outros equipamentos de saúde?
18. UPA e UBS do município realizam algum tipo de atendimento à Saúde Mental?
19. Existem redes de atendimento à Saúde Mental em parceira com municípios vizinhos? Se sim, como funcionam essas redes?
20. Existem protocolos/manuais/normativas municipais próprias de funcionamento da política de saúde mental ou são seguidas as normativas federais/estaduais publicadas?

DOS RECURSOS E FINANCIAMENTO

21. Como funciona o financiamento da Saúde Mental no município?
22. Existem verbas/rubricas destinadas ou alocadas especificamente para Saúde Mental? Ou todo o recurso é aplicado no âmbito da atenção primária, incluindo Saúde Mental?
23. Existe algum recurso extra que o município recebe para a Saúde Mental (do governo federal ou estadual)?
24. Considera que os recursos existentes hoje da Saúde Mental conseguem financiar o funcionamento mínimo dos equipamentos (como CAPS)?
25. Há projetos específicos da área de saúde mental que geraram captação de recursos próprios, ou que conseguiram financiamento mediante apresentação de tal projeto?

PERCEPÇÕES

26. Como você entende a Saúde Mental e a Política de Saúde Mental? Teve alguma alteração em relação as suas percepções/entendimento sobre a Saúde Mental e

a Política de Saúde Mental depois de começar a trabalhar na área da gestão e com a PSM? Quais eras eram essas percepções e o que mudou?

27. Qual considera ser o papel e objetivo do CAPS?
28. Acredita que o CAPS do município cumpre seu papel?
29. Avalia que as condições (equipe, estrutura, financiamento...) do município são suficientes para o bom funcionamento da Política de Saúde Mental e dos equipamentos?
30. Acredita que os equipamentos existentes dão conta da demanda apresentada hoje para a Saúde Mental no município?
31. O que considera como grandes desafios e dificuldades na efetivação da Política de Saúde Mental no município? (em relação a gestão e equipamentos/equipes)
32. O que acredita que poderia ser feito para superação desses desafios?
33. No âmbito da gestão, considera alguma perspectiva de melhoria/superação desses desafios enfrentados na Saúde Mental?