

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**

VIVIANE MATOSKI ORLOWSKI

**OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS – DE PONTA GROSSA/PR
PELO OLHAR DOS USUÁRIOS, FAMILIARES E TRABALHADORES**

**PONTA GROSSA
2015**

VIVIANE MATOSKI ORLOWSKI

**OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS – DE PONTA GROSSA/PR
PELO OLHAR DOS USUÁRIOS, FAMILIARES E TRABALHADORES**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, na área de concentração Cidadania e Políticas Públicas, linha de pesquisa: História, Cultura e Cidadania.

Orientadora: Prof^a Dra. Jussara Ayres Bourguignon
Co-orientador: Prof. Dr. Jose Augusto Leandro

**PONTA GROSSA
2015**

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Setor de Tratamento da Informação BICEN/UEPG

Orlowski, Viviane Matoski
O72 Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS - de Ponta Grossa/PR pelo olhar dos usuários, familiares e trabalhadores/ Viviane Matoski Orlowski. Ponta Grossa, 2015.
183f.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas - Área de Concentração: Cidadania e Políticas Públicas), Universidade Estadual de Ponta Grossa.
Orientadora: Profª Drª Jussara Ayres Bourguignon.
Coorientador: Prof. Dr. Jose Augusto Leandro.

1.Reforma psiquiátrica brasileira.
2.Centro de Atenção Psicossocial - CAPS.
3.Redes de Atenção Psicossocial.
4.Trabalhadores da saúde mental.
I.Bourguignon, Jussara Ayres. II. Leandro, Jose Augusto. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Mestrado em

CDD: 616.89

TERMO DE APROVAÇÃO

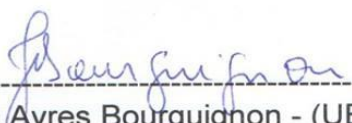
Viviane Matoski Orlowski

OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS – DE PONTA GROSSA/PR PELO OLHAR DOS USUÁRIOS, FAMILIARES E TRABALHADORES

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Ponta Grossa, 02 de outubro de 2015.

Assinatura pelos Membros da Banca:


Dra. Jussara Ayres Bourguignon - (UEPG) – Presidente


Dra. Manoela de Carvalho – (UNIOESTE)


Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – (UEPG)

Dra. Solange Aparecida B. de Moraes Barros. – (UEPG) - Suplente

Dedico esse trabalho a minha avó Maria, meu grande amor

AGRADECIMENTOS

A **Deus** pela vida e pelas oportunidades.

A **Vilmar**, meu amor, pela parceria, companheirismo, paciência e dedicação, pois foi o grande incentivador desse estudo, e nos momentos em que pensei em desistir sempre me motivou a continuar.

A minha filha **Yasmin**, que sempre compreendeu os momentos em que precisei estar ausente, e é a minha motivação de vida.

A minha mãe **Regina** e irmãos **Laís e Rian**, pois fazem parte da minha história.

Ao professor **José Augusto Leandro**, pois sem ele não seria possível a realização desse trabalho. Por acreditar em minha proposta de pesquisa e aceitar orientar esse estudo, auxiliando a trilhar esse caminho, o que proporcionou grandes aprendizados culminando no aprimoramento profissional e amadurecimento pessoal.

À professora **Jussara Ayres Bourguignon**, pela atenção, pelas sugestões que colaboraram para a construção desse estudo, por sua seriedade e competência já admiradas desde o período de minha graduação.

Ao professor **Constantino Ribeiro de Oliveira Junior** e à professora **Manoela de Carvalho**, pelas considerações realizadas na banca de qualificação que auxiliaram no desenvolvimento e amadurecimento deste trabalho.

Aos **professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas**, que proporcionaram aprendizado para a realização do estudo, para a vida profissional e pessoal.

Aos colegas de Mestrado que acrescentaram e enriqueceram meu aprendizado por meio dos debates realizados em salas de aula, em especial **Gisele de Oliveira e Bruna Bonatto**.

À gerente de saúde mental de Ponta Grossa, **Ana Paula Ohata**, que autorizou a realização da pesquisa de campo nos CAPS de Ponta Grossa e prestou todas as informações sempre que necessário.

Aos **coordenadores dos CAPS** que participaram e possibilitaram a realização da pesquisa nos espaços de serviços de saúde mental de Ponta Grossa.

Aos **profissionais dos CAPS** que participaram da pesquisa e permitiram a minha presença nos grupos e reuniões realizados nos CAPS e tornaram possível a realização deste estudo.

Aos **usuários e familiares** que prontamente participaram da pesquisa, alguns nos acolhendo em suas casas e por meio dos relatos de experiências tornaram possível a construção deste estudo.

À Gerente de Proteção Social Básica da Secretaria Municipal de Assistência Social de Ponta Grossa, **Carla Buhrer**, que possibilitou que minha carga horária fosse diferenciada, justificando a ausência do campo de trabalho nos períodos de aula e compreendendo a importância do estudo.

À equipe profissional do Centro de Referência de Assistência Social – CRAS Vila Mariana, que auxiliaram nos momentos em que precisei estar ausente, em especial a **Solange Kazumi Shimoishi** e **Eliane Maria Telles**.

A todas as pessoas, que mesmo não citadas diretamente, fizeram parte da construção deste trabalho. Muito obrigada.

As palavras incerteza, desafios, riscos, curiosidade estão sempre presentes, ao se falar em complexidade. Estas mesmas palavras definem bem o sentimento daquele que busca compreender esta aventura chamada loucura. Nos colocam em movimento, na busca de construir pontes que nos levem à possibilidade de um diálogo com esta “complexa vivência humana”.

Silvio Yasui

RESUMO

O estudo analisa as percepções dos trabalhadores, usuários e seus familiares sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Ponta Grossa. São apresentados os serviços ofertados, as ações realizadas nesses espaços, as expectativas dos usuários dos CAPS, as condições de trabalho dos profissionais - regime de trabalho, carga horária, ambiente organizacional e capacitação -, e a influência desses fatores na qualidade das ações e no cotidiano do trabalho. Ao longo desta pesquisa, teve-se acesso ao Dossiê “Ponta Grossa – Saúde Mental”, da Associação de Apoio aos Portadores de Distúrbios de Ordem Mental (Anexo B), encaminhado ao Ministério Público do Paraná em março de 2014. O dossiê solicita o cumprimento da Política Nacional de Saúde Mental, evidenciando que os componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município não estão de acordo com o preconizado legalmente. Mesmo com as informações do dossiê que demonstram a precariedade da rede de atenção psicossocial em Ponta Grossa, entende-se relevante conhecer as contribuições que os CAPS estão realizando na vida da população atendida, conforme o olhar dos trabalhadores, usuários e familiares. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem mista, qualitativa e quantitativa, pesquisa bibliográfica e documental. Para a realização da coleta de dados, são utilizados os seguintes procedimentos: entrevistas, questionários e observação, uma triangulação metodológica que auxiliou na compreensão e análise dos dados. O universo de pesquisa é os três CAPS de Ponta Grossa: CAPSad – álcool e drogas, o CAPSi – infantil e o CAPS II – TM – transtorno mental. Como amostra, foram selecionados sujeitos dentre os que frequentam os CAPS, seus familiares e os profissionais que compõem as equipes de atendimento. Foram realizadas, também, entrevistas com a Gerência de Saúde Mental de Ponta Grossa e com os coordenadores dos CAPS. Foram aplicados dois questionários aos usuários, dois aos familiares e um para os trabalhadores dos três CAPS. O trabalho está estruturado em três capítulos. O primeiro expõe o percurso metodológico da pesquisa, um estudo misto, com ênfase no qualitativo, pois trabalha-se com o discurso dos sujeitos participantes da pesquisa, sob a forma de estudo exploratório descritivo e com a triangulação de métodos, o que permitiu a contextualização do tema. No segundo capítulo, são relatados aspectos históricos sobre o percurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira e se analisa a concepção de rede de serviços de saúde, com ênfase para a Rede de Atenção Psicossocial (as RAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial. O terceiro capítulo contextualiza os Centros de Atenção Psicossocial de Ponta Grossa - para conhecimento da realidade administrativa e o diagnóstico das condições físico-estruturais dos estabelecimentos -, apresenta o perfil dos trabalhadores dos CAPS e os resultados dos questionários aplicados aos sujeitos da pesquisa.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica Brasileira; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Rede de Atenção Psicossocial; Trabalhadores da Saúde Mental.

ABSTRACT

This study analyzes the perceptions of workers, users, and their families on the Psychosocial Attention Centers (CAPS) of Ponta Grossa. We present the services offered, the actions carried out in these spaces, the expectations of CAPS users, the working conditions of the professionals (work regulations, workload hours, organizational environment, and qualification), and the influence of these factors on the quality of actions and on the daily work routine. Throughout this research, we had access to the dossier “Ponta Grossa – Saúde Mental”, from *Associação de Apoio aos Portadores de Distúrbios de Ordem Mental* (attachment B), forwarded to the Department of Public Prosecution of Paraná in March 2014. The dossier requires the compliance with the National Politics of Mental Health, showing that the components of the city's Psychosocial Attention Network (RAPS) are not in accordance with what is legally recommended. Even that the information from the dossier demonstrate the precariousness of the psychosocial attention network in Ponta Grossa, it is relevant to know the contributions that CAPS are carrying out in the lives of the supported population, according to the opinions of workers, users, and their families. This is an exploratory study with qualitative approach, bibliographical research, and documentary research. The following procedures were used for the collection of data: interviews, questionnaires, and observation; a methodological triangulation that assisted the understanding and analysis of our data. The research universe are the three CAPS of Ponta Grossa: CAPSad - alcohol and drugs, CAPSi - children, and CAPS II - mental disorder. As sample, we selected subjects amongst the ones that attend CAPS, their families, and professionals from the assistance teams. Interviews with the Management of Mental Health of Ponta Grossa and with CAPS coordinators have also been carried out. Two questionnaires have been applied to the users, two to their families and one for the workers of the three CAPS. This work is divided in three chapters. The first one explains the research's methodological path, a qualitative, descriptive, exploratory study using triangulation methods, what allowed the contextualization of the subject. In chapter 2, historical aspects on the Brazilian Psychiatric Reform's route are discussed, and the conception of health services network are analyzed, emphasizing the Psychosocial Attention Network and the Psychosocial Attention Centers. The third chapter contextualizes the Psychosocial Attention Centers of Ponta Grossa (for understanding of its administrative reality and diagnosis of the physical and structural conditions of the establishments). It also presents the profile of CAPS's workers and the results of the questionnaires applied to the research subjects.

Keywords: Brazilian Psychiatric Reform; Psychosocial Attention Center; Psychosocial Attention Network; Mental Health Workers.

LISTA DE SIGLAS

AFDM	ASSOCIAÇÃO DE FAMILIARES DOS DOENTES MENTAIS
BPC	BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA
CAPS	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CRAS	CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CREAS	CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
COEP	COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA
CNES	CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
CNSM	CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL
DINSAM	DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL
ESF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
GM	GABINETE DO MINISTRO
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
INPAD	INSTITUTO NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
LENAD	LEVANTAMENTO NACIONAL DE ÁLCOOL E DROGAS
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
NASF	NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA
NOAS	NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PBF	PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA
PNASS	PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
PNH	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
PTS	PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR
RAPS	REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
RP	REFORMA PSIQUIÁTRICA
SAS	SIATEMA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE
SGTES	SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TR	TERAPEUTA DE REFERÊNCIA

UBS

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Quadro síntese sobre os participantes da pesquisa realizada nos CAPS de PG/PR.....	31
Quadro 2 –	Profissionais que responderam ao questionário aplicado nos CAPS de PG/PR.....	87
Quadro 3 –	Sexo dos profissionais dos CAPS de PG/PR.....	87
Quadro 4 –	Idade dos profissionais dos CAPS de PG/PR.....	87
Quadro 5 –	Escolaridade dos profissionais dos CAPS de PG/PR.....	88
Quadro 6 –	Carga horária semanal realizada pelos profissionais dos CAPS de PG/PR..	88
Quadro 7 –	Vínculo profissional dos profissionais dos CAPS de PG/PR.....	88
Quadro 8 –	Carga horária do trabalho dos profissionais dos CAPS de PG/PR.....	89
Quadro 9 –	Número de profissionais nos CAPS de PG/PR.....	89
Quadro 10 –	Distribuição das tarefas nos CAPS de PG/PR.....	90
Quadro 11 –	Segurança para execução do trabalho nos CAPS de PG/PR.....	90
Quadro 12 –	Acomodações e Mobiliários dos CAPS de PG/PR.....	90
Quadro 13 –	Higiene dos ambientes dos CAPS de PG/PR.....	91
Quadro 14 –	Salário dos profissionais dos CAPS de PG/PR.....	91
Quadro 15 –	Medicina do trabalho dos CAPS de PG/PR.....	91
Quadro 16 –	Relacionamento com a chefia dos CAPS de PG/PR.....	92
Quadro 17 –	Estímulo ao trabalho nos CAPS de PG/PR.....	92
Quadro 18 –	Valorização do trabalho dos CAPS de PG/PR.....	92
Quadro 19 –	Atividades condizentes com a função dos CAPS de PG/PR.....	92
Quadro 20 –	Capacitação profissional dos CAPS de PG/PR.....	93
Quadro 21 –	Tempo de atuação profissional nos CAPS de PG/PR.....	93
Quadro 22 –	Tempo de atuação na saúde mental dos profissionais dos CAPS de PG/PR.....	94
Quadro 23 –	Sente motivação nos CAPS de PG/PR.....	94
Quadro 24 –	Participa das reuniões de equipe dos CAPS de PG/PR.....	94
Quadro 25 –	Participa das reuniões com os usuários e familiares dos CAPS de PG/PR.....	94
Quadro 26 –	Considera o trabalho da equipe na linha multidisciplinar ou interdisciplinar nos CAPS de PG/PR.....	95
Quadro 27 –	Participa do Conselho Municipal de Saúde de PG/PR.....	98
Quadro 28 –	Utilizaria ou indicaria os CAPS de PG/PR para amigos e familiares.....	98
Quadro 29 –	Os profissionais dos CAPS de PG/PR realizam atendimento domiciliar...	98
Quadro 30 –	Percepção dos usuários sobre os CAPS de PG/PR.....	105
Quadro 31 –	Opinião dos usuários sobre o que falta nos CAPS de PG/PR.....	106
Quadro 32 –	Opinião dos usuários sobre o que mais gostam dos CAPS de PG/PR.....	106
Quadro 33 –	Opinião dos usuários sobre o que menos ou não gostam dos CAPS de PG/PR.....	107
Quadro 34 –	Opinião dos usuários se mudariam alguma coisa dos CAPS de PG/PR.....	107
Quadro 35 –	Percepção dos familiares sobre os CAPS de PG/PR.....	107
Quadro 36 –	Opinião dos familiares sobre o que falta nos CAPS de PG/PR.....	108
Quadro 37 –	Opinião dos familiares sobre o que mais gosta nos CAPS de PG/PR.....	109
Quadro 38 –	Opinião dos familiares sobre o que menos ou não gosta dos CAPS de PG/PR.....	109
Quadro 39 –	Opinião dos familiares se mudariam alguma coisa nos CAPS de PG/PR.....	109

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
CAPÍTULO I – TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	17
1.1 OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE PESQUISA DE CAMPO	20
1.1.1 Entrevista.....	20
1.1.2 Questionário	22
1.2 APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO AO CAPS II TM	23
1.2.1 Apresentação dos Usuários e Familiares do CAPS II TM	24
1.3 APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO AO CAPS INFANTIL.....	25
1.3.1 Apresentação dos Usuários e Familiares do CAPS INFANTIL.....	26
1.4 APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO AO CAPS ÁLCOOL E DROGAS.....	28
1.4.1 Apresentação dos Usuários e Familiares do CAPS Alcool e drogas.....	29
1.5 OBSERVAÇÃO.....	32
1.6 MÉTODO DE TRIANGULAÇÃO DE DADOS.....	35
CAPÍTULO II – SAÚDE MENTAL, MOBILIZAÇÃO E REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	37
2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA	37
2.2 CONCEPÇÕES DE REDE	42
2.3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS.....	46
2.3.1 CAPS II Transtorno Mental	50
2.3.2 CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.	51
2.3.3 CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil	54
CAPÍTULO III – A REALIDADE DOS CAPS DE PONTA GROSSA E SEUS TRABALHADORES.....	59
3.1 TRABALHADORES DA SAÚDE	60
3.2 TRABALHADORES DA SAÚDE MENTAL.	65
3.3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS II TM DE PONTA GROSSA	68
3.3.1 Estrutura do CAPS II TM.....	70
3.3.2 Atendimentos operacionais	71
3.3.3 Atividades realizadas pelos usuários no CAPS II TM.....	73
3.4 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPSI DE PONTA GROSSA.....	75
3.4.1 Estrutura do CAPSi.....	77
3.4.2 Atendimentos Operacionais.....	77
3.4.3 Atividades realizadas no CAPSi.....	80
3.5 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS - CAPSAD DE PONTA GROSSA.....	81
3.5.1 Estrutura do CAPS AD	83
3.5.2 Atendimentos Operacionais.....	84
3.5.3 Atividades realizadas no CAPS AD de Ponta Grossa.....	85
3.6 PERFIL DOS PROFISSIONAIS DOS CAPS DE PONTA GROSSA.....	87
3.6.1 Opiniões dos profissionais sobre as condições de trabalho e estrutura dos CAPS.....	89
3.7 CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO: EFICIÊNCIA, EFETIVIDADE E EFICÁCIA.....	102

3.8 A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E FAMILIARES SOBRE OS CAPS DE PONTA GROSSA.....	104
3.8.1 – A percepção dos usuários sobre os CAPS que frequentam em Ponta Grossa.....	105
3.8.2 – A percepção dos familiares sobre os CAPS de Ponta Grossa.....	107
CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
REFERÊNCIAS	122
APÊNDICES	130
ANEXOS.....	150

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A ideia deste trabalho adveio da vivência profissional como Assistente Social em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS que atende pessoas com transtorno mental em um município da região dos Campos Gerais. Nesse espaço, foram observadas situações de participação familiar e também de abandono e preconceito. Entende-se que, a partir da legislação em Saúde Mental (Lei 10.216 de 06 de abril de 2001), as concepções sobre as pessoas com transtorno mental vêm se modificando diante de uma série de novas posturas perante o fenômeno do sofrimento psíquico. Como cita Sidrim (2010, p. 16),

O Ministério da Saúde delegou aos Centros de Atenção Psicossocial a responsabilidade de protagonizar redirecionamento do modelo assistencial e, em 2004, lançou o manual *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial* [...] onde especifica abrangência de atuação desses serviços. [...] a reabilitação psicossocial [...] é também catalizadora de série de outras categorias muito presentes ao discurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como autonomia, reinserção social, cidadania, trocas sociais, contratualidade, direitos, inclusão social, entre outras. (2010, p.16)

Um dos objetivos desse serviço de saúde é garantir ao usuário uma vida com qualidade, dignidade, cidadania e com a presença fundamental da família em todo o processo. Segundo Yasui (2010, p. 124), o “cuidar é a essência do trabalho”, e deve haver uma “medida justa” como forma de não produzir dependência, sufocar. “Isso pressupõe um olhar para além da doença, um olhar sobre as necessidades das pessoas que ocorrem e demandam ao serviço”. Segundo o documento *Saúde Mental no SUS* (2004, p. 11),

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

Este estudo analisa a percepção dos trabalhadores, usuários e seus familiares sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Ponta Grossa diante das condições que são ofertados os serviços. Descreve-se os serviços ofertados, as ações realizadas nesses espaços, as expectativas dos usuários e familiares dos CAPS, as condições de trabalho desses profissionais - regime de trabalho, carga horária, ambiente organizacional, capacitação profissional -, e a influência na qualidade das ações profissionais e no cotidiano do trabalho.

No decorrer do trabalho, teve-se acesso ao Dossiê “Ponta Grossa– Saúde Mental” da Associação de Apoio aos Portadores de Distúrbios de Ordem Mental (Anexo B) encaminhado ao Ministério Público do Paraná em março de 2014. O dossiê solicita o cumprimento da

Política Nacional de Saúde Mental seja cumprida em Ponta Grossa, evidenciando que os componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município não estão de acordo com o preconizado legalmente.

Mesmo com as informações do dossiê que demonstram a precariedade da rede de atenção psicossocial em Ponta Grossa, entende-se relevante conhecer as contribuições que os CAPS existentes em Ponta Grossa estão realizando na vida da população atendida por meio do olhar dos trabalhadores, usuários e familiares.

Ressalta-se que em Ponta Grossa, de acordo com o censo IBGE de 2013, vivem 331.084 habitantes, e atualmente existem três CAPS: o CAPS II Transtorno Mental, que deve atender diariamente adultos com transtornos mentais severos e persistentes, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70 mil e 200 mil; O CAPSad - álcool e drogas, com atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas; e o CAPSi – infantil, de atendimento diário, destinado a crianças e adolescentes com autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. Conforme Wadi e Casagrande (2011, p.13),

[...] se grandes cidades do Estado, como Curitiba, Londrina, Maringá, Foz do Iguaçu, Ponta Grossa e Cascavel possuem tais equipamentos, eles não estão plenamente de acordo com o coeficiente populacional preconizado. Todos os municípios citados têm população superior a 200 mil habitantes e, portanto, conforme a Portaria n. 336 do Ministério da Saúde, deveriam possuir CAPS III, CAPSi (Infantil), CAPSad (Álcool e outras drogas), além do CAPS II.

Em Ponta Grossa, em 2015, não há ainda o CAPS vinte e quatro horas, o CAPS III. De acordo com o dossiê que apresenta a Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012, informando que “[...] municípios sem retaguarda para acolhimento 24h, [como é o caso do município de Ponta Grossa], devem transformar ao menos um CAPSad em CAPS AD III”. A mesma Portaria também prevê a implantação de um CAPS AD III para municípios com grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes.

Em 08 de agosto de 2013, foi noticiada pelos gestores do município a implantação de um CAPS III, conforme notícia em anexo A. Contudo, mais de um ano após a notícia, não houve implementação. De acordo com o Dossiê Ponta Grossa – Saúde Mental, realizado pela Associação de Apoio aos Portadores de Distúrbios de Ordem Mental, em março de 2014,

Na diretriz da implantação da RAPS, a portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012, impõe que municípios sem retaguarda para acolhimento 24h, como é o caso do município de Ponta Grossa devem transformar ao menos um CAPSad em CAPS AD III, o que proporcionaria respaldo aos usuários em momentos de crise e

encaminhamento pronto em caso de urgência. A portaria, ainda, prevê a implantação de um CAPS AD III para grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes. Cabe lembrar, ainda, a previsão da implantação do CAPS III para grupos populacionais acima de 200.000 hab., equipamento este que não existe no município de Ponta Grossa.

Em entrevista com a Gerente de Saúde Mental, questionou-se sobre o CAPS III e a resposta foi: *“Ainda não, porque existe a recomendação do Ministério Público, para que o II vire III, mas tem que fazer todo um cronograma de contratação desses funcionários, porque para virar III... como é serviço terceirizado, se eu fosse hoje contratar todos como servidores municipais, eu precisaria de no mínimo 45 pessoas para substituir a equipe. Então, isso tem um impacto para o Tribunal de Contas, para o limite prudencial, tem que fazer uma contratação programada, pra qualquer serviço, qualquer substituição”*.

Entende-se que os CAPS surgiram por meio de lutas, mobilizações de trabalhadores, usuários, familiares e demais pessoas empenhadas na causa da saúde mental. Os Centros são concretizados como resultado da Reforma Psiquiátrica. De acordo com Machado (2011), a história da assistência à saúde mental é marcada por crenças, atitudes em que a pessoa em sofrimento mental era submetida ao isolamento em instituições psiquiátricas. Nesses espaços, utilizavam-se os maus-tratos, o desrespeito, a violência física, a negação do sujeito e de sua subjetividade, e os usuários deparavam-se com regras e estruturas que o oprimiam, negando o direito de cidadania a essas pessoas.

Souza e Rivera (2010) embasados em Amarante e Giovanella (1998) escrevem que a Reforma Psiquiátrica é considerada um processo que tem como objetivos o questionamento e a elaboração de propostas de transformação crítica do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. Portanto, consiste em rupturas de práticas moldadas em uma questionável racionalidade científica, engendrando mudanças significativas nas dimensões assistencial, legislativa e sociocultural.

Entretanto o olhar para essas pessoas com transtorno mental ainda é carregado de pré-julgamentos. Os serviços de saúde mental são “novas” lógicas de atendimento, pois a Lei da Reforma Psiquiátrica é de 2001, e em alguns municípios a implantação dos CAPS ocorreu tardiamente, como em Ponta Grossa, com o primeiro CAPS implantado em 2004. Questiona-se se o suporte de atendimento aos usuários e familiares é realizado com qualidade e se os usuários, seus familiares e os trabalhadores dos CAPS entendem que a cidadania das pessoas com transtorno mental é garantida, em específico frente à atuação dos gestores.

Assim sendo, a Reforma Psiquiátrica Brasileira compreende a crítica ao modelo hospitalocêntrico, a garantia de direitos por meio da revisão da legislação psiquiátrica, a

participação familiar e comunitária com objetivo de consolidação desses espaços e a ampliação e diversificação de serviços de saúde mental em base territorial. Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica precisa ser entendida como uma luta contra a violência, a discriminação, a exclusão e desumanização sofrida pelas pessoas com transtorno mental, caminhando para uma transformação social (SOUZA; RIVERA, 2010). E com esse viés, os CAPS tornam-se serviços fundamentais em todo o país. Resta saber se os gestores têm a ciência da importância desses serviços de saúde, o modo como eles avaliam estes serviços e se oferecem condições para sua manutenção e ampliação.

Este trabalho estrutura-se em três capítulos. O primeiro discorre sobre o percurso metodológico da pesquisa, em que foi realizado um estudo misto, com ênfase no qualitativo sob a forma exploratória e descritiva, com uma triangulação de métodos que permitiu a articulação da pesquisa empírica com a bibliográfica.

O segundo capítulo apresenta aspectos históricos de como se constituíram os serviços de saúde mental no Brasil, com ênfase sobre o percurso de uma política com garantia de direitos e deveres para as pessoas com transtorno mental, que ficou conhecida como a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Analisa também a concepção de rede de serviços de saúde, com ênfase para a Rede de Atenção Psicossocial (as RAPS), e os Centros de Atenção Psicossocial, conforme a Política de Saúde Mental, apresentando os três tipos de CAPS presentes em Ponta Grossa: o CAPS II Transtorno Mental, Álcool e Drogas e Infantil.

O terceiro capítulo contextualiza os Centros de Atenção Psicossocial de Ponta Grossa, quantos são, qual sua composição, a que estão vinculados, quais suas condições estruturais, suas atividades, dinâmica de trabalho, dados de atendimento, para que se possa conhecer a realidade administrativa do município sobre os CAPS e, ao mesmo tempo, para que se tenha um diagnóstico das condições físico-estruturais dos estabelecimentos. Do mesmo modo, apresenta-se o perfil dos trabalhadores dos CAPS do município e as respostas dos trabalhadores, usuários e familiares obtidas por meio dos questionários.

CAPÍTULO I

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O presente capítulo apresenta o percurso metodológico do estudo, desde o aprofundamento do tema, coleta de dados e sua análise. Trata-se de um estudo exploratório, conforme Oliveira Junior, Sgarbieiro e Bourguignon (2012, p. 197) “No contexto da abordagem qualitativa, a pesquisa exploratória pode ser um recurso metodológico potencializador da definição e problematização do objeto de estudo”. Conforme os autores, um estudo exploratório permite delimitar uma teoria que se deseja aplicar no processo da pesquisa, entendendo que compreender a lógica que estrutura essa teoria permite o olhar sobre determinado fenômeno.

De acordo com Gil (1994, p. 45), “Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado [...]”. Justifica-se o uso do estudo exploratório como o mais adequado, pois, de acordo com Oliveira Junior, Sgarbieiro e Bourguignon (2012, p. 200) “[...] o fato científico é conquistado sobre os preconceitos; construído pela razão; verificado pelos fatos”. Conforme a explicação de Oliveira Junior, Sgarbieiro e Bourguignon, o primeiro ato da pesquisa é o da ruptura, romper com os preconceitos e as falsas evidências. Quando se estuda o tema, qual a ruptura frente os preconceitos com os CAPS, as falsas evidências elencadas sobre eles? É importante não cair na armadilha de suposições, “observações superficiais ou leituras apressadas”, pois não há neutralidade científica, principalmente quando realizadas indagações, questionamentos sobre temas de pesquisa. O cuidado deve ser constante, exigindo do pesquisador vigilância permanente quanto aos seus referenciais e visão de mundo, de forma a não desconsiderar a expressão e natureza do fenômeno estudado.

Ao refletir sobre essas questões, observando a situação atual da saúde mental em Ponta Grossa, a partir do dossiê “Ponta Grossa – Saúde Mental” (Anexo B), buscando romper com questões pré-concebidas, superficiais, busca-se conhecer qual é a percepção dos profissionais, usuários e familiares sobre os CAPS e as contribuições desse serviço de saúde na vida dos usuários e seus familiares.

Para abordar o conhecimento do tema e realizar a construção do referencial teórico, utiliza-se a pesquisa bibliográfica e documental. Marconi e Lakatos (1982, p. 57-58), em relação à pesquisa bibliográfica, informam que “[...] Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo aquilo que foi escrito”, e abrange a bibliografia publicada

relacionada ao tema estudado, desde boletins, jornais, revistas, livros, pesquisa, monografias, teses, material cartográfico, meios de comunicação. Cita-se abaixo explicação de Gil (1994, p.71-72) ao demonstrar o benefício em utilizar a pesquisa bibliográfica,

A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. [...] também é indispensável nos estudos históricos. Em muitas situações, não há outra maneira de conhecer os fatos passados senão com base em dados secundários.

A pesquisa documental consiste na utilização de Leis, Decretos e Portarias referentes às pessoas com transtorno mental. De acordo com Gil (1994, p.73),

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A única diferença entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico [...].

Emprega-se ainda as cartilhas, cadernos, manual em saúde mental, legislação em geral em saúde mental: Lei nº 10.216 de 2001, Lei nº 11.189 de 1995, Portaria 336/GM de 2002, especificamente os documentos do Ministério da Saúde e do Ministério Público. Para a pesquisa bibliográfica, alguns dos autores utilizados para o desenvolvimento deste trabalho foram: Ribeiro (1996), Yasui (2006), Tenório (2002) para os aspectos históricos; Sidrim (2010), Yasui (2006), Witiuk e Silva (2012), Costa (1987), Fernandes, Oliveira e Fernandes (2003), Miranda e Azevedo (2010) que desenvolvem estudos sobre os CAPS; e aqueles que estudaram os CAPS da região dos Campos Gerais como Trentini (2010), Coneglian e Leandro (2012).

Após a aproximação bibliográfica e documental com o tema de pesquisa, o objeto demandou conhecer o cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. O processo de coleta de informações foi desenvolvido nos três CAPS existentes em Ponta Grossa: CAPS Álcool e Drogas, CAPS Infantil e CAPS II Transtorno Mental.

Antes da pesquisa de campo para coleta de informações e de qualquer contato com os sujeitos, foi necessária a avaliação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UEPG. A aprovação ocorreu em 11 de agosto de 2014, com o parecer de número 755.754. Devido ao CAPS ser um órgão público vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, foi necessário protocolar pedido de autorização do Comitê para a Gerência de Saúde Mental do Município, para, com a anuência, contatar os coordenadores de cada CAPS, apresentar a proposta e iniciar o trabalho.

Depois de suplantado esses passos, a coleta de dados iniciou pelo CAPSII TM, após o CAPSi e o CAPSad. Essa ordem foi estabelecida devido à solicitação da gerente de saúde mental, pelo fato de a equipe do CAPSad estar em processo de transição. Como CAPSad foi o primeiro a ser implantado em Ponta Grossa e precisou ser o último, optou-se por começar pelo segundo CAPS implantado no município, o CAPS II TM, passando para o CAPSi e finalizando com o CAPSad.

Como estratificação da amostra, os sujeitos e seus respectivos familiares que frequentavam os CAPS foram divididos por tempo de utilização do serviço, ou seja, com maior tempo (usuários que utilizam o serviço desde sua implantação), intermediário (usuários que utilizam o serviço há um tempo mais próximo à metade do período de implantação do serviço) e com menor tempo (usuários que recentemente tiveram contato com os serviços). Além disso, foram incluídos na amostra todos os profissionais que compõem as equipes dos CAPS. Para a realização da coleta de dados utilizou-se os seguintes procedimentos: entrevistas, questionários e observação. Ainda, uma triangulação metodológica que nos auxiliou na compreensão e análise dos dados coletados.

Trata-se de uma pesquisa mista, com ênfase no qualitativo. De acordo com Goldenberg (2005, p.62-63),

A integração da pesquisa quantitativa e qualitativa permite que o pesquisador faça um cruzamento de suas conclusões de modo a ter maior confiança que seus dados não são produto de um procedimento específico ou de alguma situação particular. Ele não se limita ao que pode ser coletado em uma entrevista: pode entrevistar repetidamente, pode aplicar questionários, pode investigar diferentes questões em diferentes ocasiões, pode utilizar fontes documentais e dados estatísticos. [...] permite uma ideia mais ampla e inteligível da complexidade de um problema. É evidente o valor da pesquisa qualitativa para estudar questões difíceis de quantificar, como sentimentos, motivações, crenças e atitudes individuais. Os métodos qualitativos e quantitativos nesta perspectiva, deixam de ser percebidos como opostos para serem vistos como complementares.

É importante compreender que mesmo na pesquisa quantitativa, o subjetivo do pesquisador e dos sujeitos estão presentes, desde a escolha do tema até a análise do material coletado. E no estudo qualitativo, o pesquisador se preocupa com o aprofundamento da compreensão da trajetória, do grupo social, da instituição que se estuda, e não com a representação numérica do estudo. (GOLDENBERG, 2005).

Segundo Prates (2012, p.123), “Os chamados estudos quanti-qualitativos, mistos ou multimetodológicos se constituem na articulação de ambos os tipos de dados, que partem de fundamentos e características distintas”. A autora explica que instrumentos como o questionário trabalham com questões abertas e fechadas e com conteúdos complexos, como

“[...] conceitos, concepções, sentimentos, opiniões, relatos de vida e experiências, de caráter eminentemente qualitativo” podem contemplar questões de quantificação, que podem viabilizar a identificação de outras possibilidades de inferência. (PRATES, 2012).

Prates (2012, p.124) destaca que “[...] este tipo de pesquisa pretende dar voz aos sujeitos pesquisados e contribuir com a elevação de sua consciência, valorizando o processo e aportando sugestões no sentido de contribuir na melhoria da vida dos sujeitos”.

Desse modo, este estudo traz as percepções dos sujeitos por meio das entrevistas, observações realizadas, aplicação dos questionários, e realiza a integração com os dados quantitativos como: número de CAPS existentes no município, números de atendimentos nas três modalidades – intensivo, semi-intensivo e não intensivo, o número da população do município de acordo com o IBGE, o número real e o ideal de serviços de saúde mental de Ponta Grossa, os dados coletados por meio dos questionários. Acredita-se que a integração entre os dados quantitativos e qualitativos proporcionam maior compreensão sobre o objeto de estudo.

1.1 OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE PESQUISA DE CAMPO

Nos próximos subitens, são apresentados os procedimentos utilizados e os passos percorridos para obtenção das informações necessárias para a pesquisa.

1.1.1 Entrevista

A pesquisa foi exposta inicialmente à coordenação de cada CAPS, primeiro por contato telefônico, foi agendado horário e, posteriormente, realizada a entrevista presencial (roteiro da entrevista presente no Apêndice I) com o coordenador de cada CAPS. Essas entrevistas foram gravadas e transcritas. Elas tiveram como objetivo a apresentação da pesquisa ao profissional e o conhecimento da dinâmica do serviço, estrutura, horários, profissionais e atividades. Foi solicitada também a autorização para a realização da pesquisa em cada CAPS. A partir desse ponto teve início aproximação com o campo de pesquisa.

Para compreender a importância do instrumental utilizado, o formulário de entrevista, cita-se a reflexão de Marconi e Lakatos (1982, p.70),

A entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de

natureza profissional [...] e tem como objetivo principal a obtenção de informações do entrevistado, sobre determinado assunto ou problema.

E, ainda, como escreve Gil (1994, p. 113) “[...] a entrevista [...] é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação. [...]”. Gil (1994, p. 113) afirma também que a entrevista “[...] é uma das técnicas de coleta de dados mais utilizada no âmbito das ciências sociais”. De acordo com Cruz Neto (1994, p. 57),

A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa desprentensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva.

A entrevista informal, conforme Gil (1994), é menos estruturada, se distingue de uma conversação porque tem como finalidade a coleta de dados. A “conversa” com os coordenadores¹ foi o início para conhecer cada CAPS. Gil (1994, p.116) explica que “A entrevista informal é recomendada nos estudos exploratórios, que visam abordar realidades pouco conhecidas pelo pesquisador, ou então favorecer a visão aproximativa do problema pesquisado”.

Como já destacado, o contato inicial ocorreu com o coordenador de cada CAPS, posteriormente com os profissionais e por fim usuários e familiares. Ressalta-se que na apuração dos dados do CAPSi, foi também necessário entrevistar a Gerente de Saúde Mental, pois o atual coordenador não respondeu a algumas das questões. Além disso, a gerente também foi questionada sobre alguns serviços não implantados no município.

A primeira entrevista ocorreu em 07 de julho de 2014 com a coordenadora do CAPS II TM. Em 01 de setembro foi realizada entrevista com a assistente social para obtenção de mais informações sobre o CAPS e, especificamente, sobre a reunião da família. Na ocasião, uma das psicólogas do centro também forneceu informações.

A entrevista com o coordenador do CAPSi ocorreu em 21 de outubro de 2014. Com a coordenadora do CAPSad, em 29 de dezembro. Por sua vez, a gerente de saúde mental recebeu a equipe de pesquisa em 17 de novembro de 2014.

¹ O roteiro desta entrevista está no Apêndice D

1.1.2 Questionário

Outro instrumento de coleta de dados, o questionário foi estruturado por questões objetivas e dissertativas. Foram elaborados questionários distintos para cada segmento analisado: um aos profissionais (Apêndice A) e dois aos usuários e familiares (Apêndice B e C).

O planejamento do questionário teve por fonte principal o Caderno do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). O PNASS iniciou em 2004 e tem como objetivo avaliar os serviços de saúde do SUS em suas diferentes dimensões. O Programa avalia a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde, buscando a qualidade dos mesmos. O questionário do PNASS proporcionou embasamento para a criação do questionário aplicado aos participantes da pesquisa, com ênfase no quesito efetividade.

De acordo com Gil (1994, p. 124), “O questionário constitui uma das mais importantes técnicas disponíveis para a obtenção de dados nas pesquisas sociais”. Ele define questionário como “[...] a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.”.

A vantagem da utilização dessa técnica, conforme Gil (1994), está em atingir grande número de pessoas e permitir que respondam no momento em que julguem oportuno. Essa vantagem da aplicação de questionários é atestada nesta pesquisa devido à alta aceitação e participação dos profissionais. Outro ponto relevante, o questionário foi um instrumental prático quanto ao tempo, pois o profissional pode respondê-lo quando achar propício. Logicamente, o tempo de retorno não deve ser muito longo. Neste estudo, o período geralmente foi de uma a duas semanas.

Por outro lado, o uso do questionário apresenta limitações. Conforme Gil (1994, p. 126), o instrumento “[...] não oferece a garantia de que a maioria das pessoas devolva-o devidamente preenchido, o que pode implicar a significativa diminuição da representatividade da amostra”. Situações como esta ocorreram, pois, algumas questões não foram respondidas, o que de certa forma deixa de enriquecer a pesquisa. Mesmo assim, esses questionários incompletos permaneceram no corpus, pois se entende que a inclusão não prejudica a qualidade das informações obtidas para o estudo de cada categoria de análise.

Os questionários foram aplicados inicialmente com os profissionais dos três CAPS – médico psiquiatra, assistente social, psicólogo, enfermeiro, pedagogo, musicoterapeuta, terapeuta ocupacional, profissional de educação física, profissionais de nível médio e de nível fundamental. O questionário contém dezenove questões, duas dissertativas e dezessete objetivas, com o objetivo de conhecer a realidade vivenciada por esses profissionais e os seus olhares diante dos serviços ofertados no CAPS. A aplicação desse questionário foi realizada em um só momento, e não se fez necessária a presença da pesquisadora para sua aplicação. Os coordenadores, além da entrevista, também responderam o questionário.

A aplicação dos questionários aos profissionais permitiu a aproximação aos demais sujeitos entrevistados, pois por meio deles os usuários e familiares tiveram maior receptividade à pesquisa e à pesquisadora. Ao frequentar os CAPS mais de uma vez, e a partir das atividades desenvolvidas pelos profissionais e da participação deles, conseqüentemente houve uma aproximação aos usuários e familiares.

O questionário foi aplicado aos usuários e familiares em dois momentos: no primeiro foi realizado no CAPS, com objetivo de conhecimento e aproximação do usuário e familiar, e assim detectar o tempo em que frequenta o serviço. Este instrumento tem dezesseis questões, sendo duas dissertativas. No segundo momento, a aplicação do questionário ocorreu no CAPS ou em outro local, com o usuário e o familiar separados, para que um não influenciasse na resposta do outro. A pesquisadora esteve presente em todo o processo para sanar qualquer dúvida que possa surgir sobre as questões. Neste segundo momento, os usuários e familiares responderam a vinte e nove questões, sendo cinco dissertativas.

1.2 APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO AO CAPS II TM

Foram efetivadas cinco aproximações ao CAPS II TM. A primeira ocorreu em 07 de julho de 2014, com entrevista à coordenadora, para apresentação do projeto. Após autorização da Gerência de Saúde Mental do município, para efeito de conhecimento da dinâmica do serviço, foram realizadas algumas inquirições. Nesse primeiro encontro, foi apresentado o questionário e, também, os termos de consentimento livre e esclarecido. A coordenadora se responsabilizou por explicar a pesquisa em foco para os profissionais e entregar os termos.

Depois de respondidos os questionários, houve o contato com a assistente social (responsável pela “reunião da família”) com a finalidade de aproximação aos usuários e

familiares. Essa profissional também aceitou a tarefa de recolher os questionários respondidos pelos profissionais.

Dez profissionais responderam o questionário: duas enfermeiras, três psicólogas, uma assistente social, um auxiliar de enfermagem, uma professora de música, uma auxiliar administrativa e uma zeladora. A psiquiatra e os artesãos não responderam. Dos dez funcionários que responderam, nove são do sexo feminino e um masculino. A faixa etária que prevalece é a de 20 a 30 anos. As categorias em que há mais de um profissional terão sequência numeral para distinção.

Sete profissionais possuem pós-graduação, distribuídos nas áreas de: Saúde Mental e Metodologia do Ensino Superior, Saúde Coletiva, Psicologia Sistêmica, Terapia Cognitiva Comportamental, Psicologia Analítica, Educação Especial, Urgência e Emergência. Todos são terceirizados.

Os usuários do CAPS II TM que participaram da pesquisa foram escolhidos em relação ao tempo que frequentam o serviço. Foram três usuários: um com maior tempo (três anos e oito meses), um intermediário (três anos) e outro com menor tempo (seis meses)². Eles foram pré-selecionados pelos profissionais, pois os próprios profissionais realizaram a investigação de usuários conforme perfil de tempo e a disponibilidade para participar da pesquisa.

A aplicação dos questionários aos usuários do CAPS II TM foi em 27 de outubro de 2014, com a participação de dois – Usuário 1 e Usuário 2 – e em 03 de novembro, com o terceiro usuário, todos nas dependências do CAPS. Os familiares, conforme a opção deles, foram entrevistados na residência. Porém, apenas os familiares do Usuário 1 e do Usuário 2 participaram da pesquisa, em 05 e 06 de fevereiro de 2015, respectivamente.

1.2.1 Apresentação dos Usuários e Familiares do CAPS II TM

Neste subitem são apresentados os usuários e familiares que participaram da pesquisa, por meio das informações prestadas nos questionários.

Usuário 1, de sexo feminino, 46 anos, estudou até a quarta série do ensino fundamental e não trabalha. É casada, a renda da família provém de dois Benefícios de Prestação Continuada – BPC, cada um no valor de um salário mínimo (R\$788,00), pois a

² Apesar da proximidade temporal dos usuários de longo prazo e intermediário, a divisão justifica-se porque o primeiro frequentou o serviço por um tempo, parou e depois retornou, permanecendo nessa situação há três anos e meio.

usuária tem dois filhos que sofrem de deficiência mental. A moradia da família é cedida pelo sogro da usuária. A usuária relata frequentar o CAPS há menos de seis meses, e foi encaminhada ao serviço através do Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Declara que está no CAPS porque sofre de depressão.

Usuário 2, de sexo masculino, 42 anos, possui ensino fundamental completo, solteiro, não trabalha, possui renda de um salário mínimo, proveniente do BPC. A moradia é própria, está localizada no mesmo terreno em que reside sua mãe e sua irmã. O usuário informa que frequenta o CAPS há três anos e oito meses, conheceu o serviço por meio de encaminhamento da Unidade Básica de Saúde – UBS. Declara que frequenta o CAPS porque sofre de esquizofrenia refratária.

Usuário 3, de sexo feminino, 32 anos, solteira e possui o ensino médio completo. Não trabalha e não possui renda, convive com os pais e tem suas necessidades básicas mantidas por eles. A usuária informa que já conhecia o CAPS desde 2009, pois residia em Santa Catarina e lá frequentava o serviço. Em Ponta Grossa, frequenta desde 2011 e procurou o serviço por conta própria. Declara que precisa de ajuda do CAPS para que tenha um comportamento adequado perante a sociedade.

Familiar 1 – Usuário 1, de sexo feminino, 26 anos, é filha da usuária. É viúva, possui ensino médio completo. Não trabalha, possui renda de um salário mínimo proveniente da pensão por morte. Tem um filho e a moradia é alugada. A familiar relata participar da reunião de família no CAPS.

Familiar 2 – Usuário 2, sexo feminino, 48 anos, irmã do usuário. É solteira, possui o ensino médio completo, não trabalha e não possui renda. A familiar possui casa própria, reside no mesmo terreno que o usuário. Participa das reuniões da família no CAPS.

Por fim, o familiar do usuário 3 não participou da pesquisa com a justificativa de que não dispunha de tempo.

1.3 APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO AO CAPS INFANTIL

A entrega dos questionários para o coordenador ocorreu na mesma data da entrevista, em 21 de outubro de 2014, por opção dele. Ele explicou e repassou o questionário aos profissionais na reunião de equipe e o prazo de retorno dos questionários foi de três semanas.

Os participantes do CAPSi foram: psicólogos (sendo um coordenador), assistente social, psiquiatra, pedagoga, professor de educadora física, professora de música, técnica em enfermagem, auxiliar administrativo, artesãos e zeladora. A prevalência é do sexo feminino, a

faixa etária é de 20 a 40 anos. Três profissionais estão cursando pós-graduação nas áreas de: Dependência Química, Psicologia Clínica-Sistêmica-Familiar, Psicopedagogia. E quatro profissionais já concluíram a pós-graduação em Neuropsicopedagogia e Educação Inclusiva, Psicanálise, Residência em Psiquiatria, Educação Especial. No CAPSi toda a equipe é terceirizada.

Em relação à aplicação dos questionários com os usuários no CAPSi, o início foi com os familiares, por se tratar de usuários crianças e adolescentes. Após a autorização do responsável pôde-se conversar com os usuários. Os questionários foram aplicados após as reuniões familiares, em que participam as mães dos usuários. Foram três encontros, em 13 de novembro de 2014, 08 e 15 de janeiro de 2015. Dois usuários participaram da pesquisa, aqui chamados de Usuário 4 e Usuário 6. Os familiares participaram em maior número, totalizando quatro.

A participação dos usuários e familiares³ ocorreu de forma voluntária, ou seja, não houve intervenção por parte dos profissionais na escolha dos participantes. Durante as reuniões em que a pesquisadora participou, foi apresentado pela técnica responsável o objetivo da pesquisa, e ao final quem tivesse interesse em participar permaneceria para conversar com a pesquisadora. Ao final do primeiro encontro, dois familiares responderam ao questionário. No segundo encontro participou um familiar e no terceiro mais um. A segunda fase foi realizada nas dependências do CAPSi por opção dos familiares.

Durante a aplicação dos questionários, a pesquisadora esteve presente em todo o momento, pois algumas questões trouxeram dúvidas e puderam ser esclarecidas ali mesmo. Outras questões motivaram uma conversa além do que estava escrito, uma forma de desabafo por parte das mães que acompanhavam seus filhos.

A aplicação dos questionários aos dois usuários ocorreu em 19 de janeiro de 2015.

1.3.1 Apresentação dos Usuários e Familiares do CAPS Infantil.

Devido à idade dos usuários do CAPSi, somente dois usuários participaram da pesquisa. Iniciou-se a abordagem pelos responsáveis, e após a sua autorização aplicou-se os questionários aos usuários. A adesão à pesquisa se deu em maior número pelos responsáveis. Os dois usuários que participaram são irmãos.

³ Em virtude de ser o CAPS com menos tempo de implantação no município, os usuários-familiares que se enquadram nos períodos de tempo são: maior tempo um ano; intermediário, oito meses e seis meses; curto prazo, dois meses.

Usuário 4, de sexo masculino, 10 anos, está cursando o 7º ano do ensino fundamental e reside com os pais e irmãos. Frequenta o CAPS todas as segundas-feiras, no período da tarde, há quatro meses.

Usuário 5, de sexo masculino, 12 anos, cursa o 6º ano do ensino fundamental e reside com os pais e irmãos. Frequenta o CAPS todas as quintas-feiras no período da tarde, há quatro meses.

Familiar 1 – Usuário 4 e 5 – sexo feminino, 32 anos, mãe. É casada, não trabalha, o esposo possui renda de um salário mínimo e a moradia é cedida.

O encaminhamento para o CAPS ocorreu por meio da escola em que os filhos estudam. A mãe explica que os filhos são “agitados” na escola e por isso aconteceu o encaminhamento. A responsável participa do grupo de mães toda a quinta-feira.

Familiar 2 – não teve participação de usuário –, de sexo feminino, 37 anos, mãe. Cursou até a 5ª série do ensino fundamental, divorciada, não trabalha. A renda provém da pensão que recebe do ex-esposo no valor de R\$700,00. A moradia é própria. A mãe realizava o tratamento do filho de oito anos no ambulatório de saúde mental e lá foi encaminhada para o CAPS. Ele frequenta o CAPS há um ano, toda quarta e quinta-feira no período da tarde. A mãe informa que o filho está no CAPS porque *“ele tem dificuldade na fala, dificuldade de aprender, é agressivo”*. A responsável participa do grupo de mães na quinta-feira.

Familiar 3 – não teve participação de usuário –, de sexo feminino, 49 anos, mãe. Possui ensino médio completo, é viúva. A renda da família, de até três salários mínimos, é proveniente da pensão por morte e do auxílio-doença recebidos pela mãe. A moradia é própria. A responsável informa que a filha foi encaminhada ao CAPS pelo Conselho Tutelar, está frequentando há oito meses e declara que a filha sofre de epilepsia. A mãe participa do grupo de mães toda quinta-feira.

Familiar 4 – não teve participação de usuário –, de sexo feminino, 38 anos, mãe. Casada, trabalha informalmente como diarista e a renda da família é de um salário mínimo. Moradia própria. A mãe informa que iniciou tratamento para o filho no CAPS por intermédio de uma funcionária da farmácia popular, que a orientou sobre a existência do serviço de saúde mental. Declara que na Unidade Básica de Saúde que costumava consultar com o filho, ninguém a orientou ou encaminhou para o CAPS. O filho de 10 anos frequenta o CAPS há dois meses, toda quinta-feira no período da tarde. Ela explica que o filho está no CAPS *“[...] buscando auxílio pedagógico, psiquiátrico para o filho, o qual tem muitas limitações que, com o passar do tempo, tem se apresentado com frequência, como esquecimentos e atitudes repetitivas”*. A criança também realiza reforço escolar e tratamento fonoaudiólogo. A mãe

declara que o filho teve a primeira convulsão com sete anos e desde então realiza tratamento neurológico. A responsável participa do grupo de mães.

1.4 APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO AO CAPS ÁLCOOL E DROGAS

Os profissionais do CAPSad que participaram da pesquisa respondendo ao questionário foram um enfermeiro, três psicólogos, uma assistente social, uma musicoterapeuta, um nutricionista, dois terapeutas ocupacionais, um auxiliar de enfermagem e dois auxiliares administrativos. Dos doze funcionários que responderam ao questionário, onze são do sexo feminino e um masculino. Com a predominância de idade de 20 a 30 anos, todos são concursados.

A entrega dos questionários aos profissionais ocorreu durante participação na reunião de equipe em 06 de fevereiro de 2015, que ocorre as sextas no período da manhã. O intervalo de tempo entre a entrevista com a coordenadora e a entrega dos questionários aos profissionais existiu em virtude de no mês de janeiro a maioria dos profissionais estar em férias. Apenas em fevereiro seria possível o contato com todos os profissionais, contudo, nem todos participaram da pesquisa. Deste modo, foi entregue os questionários diretamente aos profissionais, após explanação do objetivo da pesquisa, e coletados pela pesquisadora junto a eles em março de 2015.

Foram três participações em reuniões de acolhimento (duas pela manhã e uma pela tarde). Os profissionais responsáveis pela condução das atividades apresentaram a pesquisadora aos usuários e os motivos da pesquisa. Os usuários foram convidados para, ao final da reunião, participarem da pesquisa.

No CAPSad obteve-se boa adesão de participação, com onze usuários e um familiar. Os onze usuários participantes optaram por responder o questionário no próprio CAPSad. Apenas um familiar consentiu participar da pesquisa e também escolheu responder o questionário no CAPS. A entrevista, previamente agendada, ocorreu em 06 de fevereiro de 2015, logo após a reunião da equipe – ocasião em que também foi apresentada a pesquisa e entregue os questionários aos profissionais do CAPSad. Com os usuários, as aplicações dos questionários foram realizadas em 05 e 07 de janeiro de 2015, nos períodos da manhã e tarde. Os usuários selecionados para pesquisa frequentam o serviço há seis anos (período mais longo), de quatro a cinco anos (intermediário) e de sete meses a um ano (recente).

1.4.1 Apresentação dos Usuários e Familiares do CAPS Álcool e Drogas

Como já destacado, os usuários que participaram do CAPSad, tiveram maior adesão à pesquisa. Em virtude de a maioria não contar com familiares, e alguns até residirem em instituições do município, poucos familiares responderam aos questionários.

Usuário 6, de sexo masculino, 43 anos, ensino médio completo, separado, não está trabalhando e não possui renda. Atualmente, o usuário está residindo em uma instituição do município chamada “Ministério Melhor Viver”. Informa que procurou o CAPS por iniciativa própria e está frequentando há um mês o serviço de saúde mental. Na questão que pergunta o porquê está no CAPS, o usuário respondeu: “[...] *reconhecer que não tenho domínio próprio sobre o problema da dependência química*”. As atividades que o usuário realiza são psicoterapia em grupo e demais oficinas. Não tem familiar que participa do CAPS.

Usuário 7, de sexo masculino, 32 anos, ensino fundamental completo, solteiro, profissão de motorista, porém está no auxílio-doença em virtude do tratamento de saúde. A renda é de dois salários mínimos e a moradia é alugada. Frequenta o CAPS desde 2010, informa que foi encaminhado pela Unidade Básica de Saúde ao serviço. Declara que está no CAPS por sofrer de dependência química. Frequenta o espaço de segunda a quinta, em período integral. Os familiares quase sempre participam do CAPS, de acordo com o usuário. As atividades que realiza são: marcenaria, oficina de culinária, de pintura em tela, educação em saúde e coral.

Usuário 8, de sexo masculino, 28 anos e cursou até o 2º ano do ensino médio. Solteiro, não trabalha e não possui renda e reside com a mãe em casa própria. O usuário declara que a família o trouxe ao CAPS, está frequentando os serviços há quatro meses, de segunda a quinta-feira em período integral e relata que sofre de dependência química. A mãe participa das reuniões de família. Realiza as seguintes atividades: artesanato, grupo falado e pintura em tela.

Usuário 9, de sexo masculino, 45 anos, ensino médio completo, divorciado, trabalha em uma grande empresa do município, está no auxílio-doença, a renda é de R\$1000,00. Reside com os pais em casa própria. Informa que já conhecia o CAPS desde 2009, porém iniciava o tratamento e interrompia. Foi por meio de um amigo que conheceu o CAPS. Frequenta de segunda a quinta-feira em período integral. Declara que sofre de dependência química e está no CAPS “*para manter a abstinência*”. A família eventualmente participa do CAPS. Relata que realiza várias atividades.

Usuário 10, de sexo masculino, 31 anos, ensino fundamental completo. Casado, não trabalha e não possui renda. Está residindo na “Instituição Melhor Viver” há um mês. O usuário declara que já conhecia o CAPS, porém iniciava e interrompia o tratamento. Há aproximadamente um ano está frequentando regularmente o serviço de saúde mental. Informa que está no CAPS porque está “[...] *fazendo tratamento pelo uso contínuo de drogas e álcool*”. A família não participa do CAPS. As atividades que realiza no CAPS são: grupo falado, pintura em tela e marcenaria.

Usuário 11, de sexo masculino, 37 anos e ensino fundamental completo. Solteiro, não trabalha e a renda provém do benefício do Programa Bolsa Família (PBF), no valor de R\$70,00. Reside sozinho em casa própria. Um amigo indicou o CAPS para ele. Frequenta o serviço há quatro anos e o motivo de estar lá é “*parar com os vícios*”. Nenhum familiar participa do CAPS. As atividades que realiza são: marcenaria, pintura em tela, oficina de fuxico e psicoterapia individual.

Usuário 12, de sexo masculino, 37 anos, ensino médio completo, solteiro, não trabalha e possui renda de um salário mínimo proveniente do benefício de prestação continuada (BPC). Está residindo na instituição “Melhor Viver” há um mês. Declara que já conhecia o CAPS, foi encaminhado por Unidade Básica de Saúde e frequenta o serviço há seis anos, três vezes por semana. De acordo com o usuário, está no CAPS “*para se desenvolver psico e socialmente*”. Nenhum familiar participa do CAPS. Ele relata que todos são de Curitiba, cidade onde nasceu. Realiza atividades sociais, lúdicas e psicológicas.

Usuário 13, de sexo masculino, 64 anos, ensino fundamental completo, divorciado, aposentado e renda de um salário mínimo. Reside sozinho em casa própria. Não conhecia o CAPS anteriormente. Frequenta o serviço há sete meses e foi encaminhado pela unidade básica de saúde. Relata que está no CAPS “*para manter a sobriedade*”. A filha participa das reuniões de família. Ele participa de atividades de educação em saúde e realiza quadros de futebol.

Usuário 14, de sexo masculino, 43 anos, cursou até a 5ª do ensino fundamental, separado, não trabalha e não possui renda. Informa que foi a ex-esposa que o trouxe ao CAPS para o tratamento da dependência química e está frequentando há sete meses, duas vezes por semana. Declara que está no CAPS “*para aprender as coisas com os grupos, com os profissionais e realizar atividades*”. Nenhum familiar participa do CAPS. O usuário participa da educação em saúde, psicoterapia em grupo e pintura em tela.

Usuário 15, de sexo masculino, 28 anos, ensino médio completo, solteiro, não trabalha, renda de um salário mínimo e reside em casa própria. Foi encaminhado ao CAPS

pela Unidade Básica de Saúde e frequenta há um ano. Informa que está no CAPS “[...] *sim, pois tenho dependência em álcool e drogas e é um caminho mais adequado para tratar dessa doença*”. A família quase sempre participa do CAPS. As atividades realizadas pelo usuário são psicoterapia em grupo, atividades ocupacionais e musicoterapia.

Usuário 16, de sexo masculino, 57 anos e ensino fundamental completo. Separado, trabalha informalmente com vendas de produtos de limpeza, possui renda aproximada de um salário mínimo e reside em casa própria. Informa que sua irmã trouxe-o e que frequenta o serviço há um ano. Disse que faz uso de álcool há vinte e cinco anos, e que “*gosta do CAPS, da terapeuta X e pelo uso do álcool*”. Frequenta de segunda a quinta-feira em período integral, com aulas de música e psicoterapia individual. Nenhum familiar participa do CAPS.

Familiar 1, do Usuário 13, de sexo feminino, 31 anos, filha. Casada, ensino superior completo, está recebendo o salário maternidade, a renda da família é acima de três salários mínimos e residem em casa cedida. Informa que participa das reuniões de família no CAPS desde que o pai iniciou o tratamento. Além dela, há mais dois irmãos, mas ela é a única familiar a participar do CAPS.

Apresenta-se o quadro síntese, para que o leitor consiga visualizar o número de participantes da pesquisa, qual é o CAPS correspondente e os procedimentos realizados.

CAPS	Categoria		Característica	Procedimentos realizados
	Sujeitos	Quantidade		
CAPS II TM	Equipe	10	2 enfermeiras, 3 psicólogas, 1 assistente social, 1 auxiliar de enfermagem, 1 professora de música, 1 auxiliar administrativa e 1 zeladora	Entrevista; Questionário Trabalhador; Observação
	Usuário	3	Usuário 1- F, 46 anos, Usuário 2- M, 42 anos; Usuário 3- F, 32 anos	Questionário 1 e 2 Observação
	Familiar	2	Familiar 1 – Filha, 26 anos, Familiar 2 – Irmã, 48 anos	Questionário 1 e 2 Observação
CAPS Infantil	Equipe	13	3 psicólogos, 1 assistente social, 1 psiquiatra, 1 pedagoga, 1 educadora física, 1 professora de música, 1 técnica em enfermagem, 1 auxiliar administrativo, 2 artesãos, 1 zeladora.	Entrevista; Questionário Trabalhador; Observação
	Usuário	2	Usuário 4- M, 10 anos, Usuário 5- M, 12 anos	Questionário 1 e 2 Observação
	Familiar	4	Familiar 1 – Mãe, 32 anos (Usuário 4 e 5) Familiar 2 – Mãe, 37 anos (sem usuário) Familiar 3- Mãe, 49 anos, Familiar 4- Mãe, 38 anos	Questionário 1 e 2 Observação
	Equipe	12	1 enfermeira, 3 psicólogos 1 assistente social	Entrevista; Questionário Trabalhador; Observação

CAPS Álcool e Drogas			1 musicoterapeuta, 1 nutricionista, 2 terapeutas ocupacionais, 1 auxiliar de enfermagem, 2 aux. administrativos.	
	Usuário	10	Usuário 6- M, 43 anos, Usuário 7- M, 32 anos Usuário 8- M, 28 anos, Usuário 9- M, 45 anos Usuário 10- M, 31 anos, Usuário 11- M, 37 anos, Usuário 12- M, 37 anos, Usuário 13- M, 64 anos, Usuário 14- M, 43 anos, Usuário 15- M, 28 anos, Usuário 16- M, 57 anos	Questionário 1 e 2 Observação
	Familiar	1	Familiar 1- Filha, 31 anos (Usuário 13)	Questionário 1 e 2, Observação

Quadro 1 – Síntese sobre os participantes da pesquisa realizada nos CAPS de PG/PR

Fonte: A autora.

No próximo item, são detalhados os momentos em que a observação foi realizada no presente estudo e sua fundamentação teórica e metodológica.

1.5 OBSERVAÇÃO

De acordo com Gil (1994), a observação é elemento fundamental para a pesquisa e sempre está conjugada a outras técnicas. É o uso dos sentidos na intenção de adquirir os conhecimentos necessários para o cotidiano. Nesse estudo, optou-se por utilizar a observação simples, ou seja, aquela em que o pesquisador observa de maneira espontânea os fatos, permanecendo alheio ao grupo que pretende estudar. Mesmo ao se tratar de uma observação simples, informal, coloca-se um nível científico, pois vai além da simples constatação dos fatos. E ainda, a observação simples torna-se a mais adequada aos estudos de caráter exploratório (GIL, 1994).

Ao aplicarem-se os questionários, foi possível a realização da observação informal nos momentos em que permanecemos nos CAPS, pois, de acordo com Cruz Neto (1994, p. 58), “Observar é muito mais do que ver ou olhar. Observar é estar atento, é direcionar o olhar, é saber para onde se olha”.

A observação foi realizada em todos os momentos que se esteve nos CAPS, com o primeiro contato nas entrevistas com os coordenadores. Posteriormente, na reunião familiar no CAPS II TM, na reunião do grupo familiar do CAPSi, e durante as reuniões de acolhida no CAPSad - nesse último especificamente junto aos usuários. Após, no momento da aplicação dos questionários, realizada em dois momentos aos usuários e familiares, e em um momento

para os profissionais, como foi o caso do CAPSad. Portanto, esteve-se mais de uma vez no CAPS, situação que proporcionou a realização da observação, de suma importância para um maior entendimento sobre as ações efetivadas nos CAPS e as dificuldades ali existentes.

Em 11 de agosto de 2014, a pesquisadora participou da reunião da família no CAPS II TM, em que todas as atividades realizadas nesse encontro foram observadas, entre as quais a apresentação musical, a leitura de texto e a abordagem de diversos assuntos, como cuidados e benefícios. Na ocasião, a participação dos familiares foi ativa, com falas interessantes.

Em 08 de setembro de 2014, houve novamente a reunião da família no CAPS II TM com observação. O encontro iniciou com a fala da professora de música, com reflexões entre as músicas, interagido com os familiares, fazendo com que todos se sentissem à vontade e participassem da reunião. No segundo momento, a psicóloga realizou uma dinâmica, em que o objetivo foi que um familiar dissesse uma dificuldade que tem com o paciente que frequenta o CAPS e outro participante relatasse uma forma de ajudar, uma sugestão. Dessa forma, fez-se uma teia com um barbante, informando que o barbante simboliza que todos estão juntos, dividindo as angústias.

Nem todos puderam falar, pois havia um grande número de presentes, mas surgiram falas emocionadas, em que os familiares vivenciaram conflitos em relação ao estado de saúde do familiar, principalmente em relação à agressividade, mentira, resistência em tomar medicação, medo.

A participação nas reuniões do grupo familiar no CAPSi iniciou em 13 de novembro de 2014, com a presença de quatro mães, quando a pesquisadora teve a oportunidade de apresentar o objetivo da pesquisa. Na sequência, a participação nas reuniões ocorreu às quintas-feiras, sendo a próxima reunião em 08 de janeiro de 2015, com a presença de cinco responsáveis – quatro mães e uma avó –; e a outra em 15 de janeiro de 2015. Ocorreu o intervalo porque em dezembro acontece o recesso dos serviços.

No grupo familiar do CAPSi, a responsável técnica é uma psicóloga. Durante as reuniões, pode-se observar a presença exclusiva de mulheres, em virtude de nesses três encontros participarem mães e avós. É um espaço em que essas mulheres aproveitam para trocar experiências, relatos de vida, desabafos, em que uma procura, da sua maneira, auxiliar a outra com cuidados, histórias de frustração, paciência, amor. Nos três encontros, a psicóloga responsável apresentou a pesquisadora e solicitou a autorização dos presentes para sua participação na reunião.

E no CAPSad foi possível a participação na reunião de acolhida, que acontece no período da manhã e da tarde. Nessa reunião, o profissional responsável inicia com uma

reflexão, explicam sobre as atividades, as oficinas que ocorrerão naquele dia. As duas primeiras reuniões ocorreram no mesmo dia (manhã e tarde), com a presença de duas técnicas. Na terceira reunião, outros profissionais estavam presentes. Conforme explica Gil (1994, p. 105).

O principal inconveniente da observação está em que a presença do pesquisador pode provocar alterações no comportamento dos observados, destruindo a espontaneidade dos mesmos e produzindo resultados pouco confiáveis. As pessoas, de modo geral, ao se sentirem observadas, tendem a ocultar seu comportamento [...].

Pode-se observar, portanto, a alteração dos comportamentos dos profissionais, pois no primeiro dia não havia tantos profissionais como no segundo dia. Conforme explica o autor, mesmo se tratando de uma observação informal, a presença do pesquisador altera o comportamento.

As reuniões de acolhimento do CAPSad contam com um grande número de participantes. Com a presença da pesquisadora durante a reunião, surgiram questões sobre a pesquisa. Conforme explicado, a participação era livre e voluntária, e ao final, ou quando eles acreditassem ser melhor, foi aplicado o questionário.

Observa-se como nem todos os usuários presentes no CAPSad participaram da reunião de acolhimento, bem como das atividades do dia, o que não é de forma alguma uma obrigação. Alguns, de certa forma, procuravam um técnico em especial para conversar, um técnico de referência, aquele com quem mais tem afinidade, vínculo.

A participação nas reuniões que aconteceram nos três CAPS do município foi muito importante para observação das dificuldades e dos êxitos, uma vez que nas reuniões os familiares manifestaram a importância dos serviços, mesmo com os obstáculos. As dificuldades estão no espaço, pois no CAPS II TM a sala estava pequena para o número de pessoas presentes. No CAPSi, o número reduzido de mães é um dos obstáculos a ser superado pelos profissionais para que se tenha maior participação dos familiares e, como consequência, maior entendimento sobre o transtorno mental. No CAPSad, o número de usuários também é grande, e a dificuldade está na estrutura do espaço, nas dependências que ocorrem as oficinas. Outra dificuldade, muitos usuários não participaram da reunião, permanecendo no espaço externo do CAPS para fazer uso de tabaco.

1.6 MÉTODO DE TRIANGULAÇÃO DE DADOS

A partir desses instrumentais utilizados na pesquisa, durante a pesquisa de campo, entende-se que o método adequado para a análise é o de triangulação. De acordo com Minayo, Assis e Souza (2005), o conhecimento dos fenômenos sócio-históricos se faz por aproximação, e o pesquisador precisa analisá-los sob vários aspectos. A triangulação de métodos é uma abordagem que permite prosseguir na análise interdisciplinar desses fenômenos.

De acordo com Ferreira, Schimanski e Bourguignon (2012, p.141), “A triangulação em uma pesquisa é realizada por intermédio de vários procedimentos de coleta, tais como entrevistas, questionários, observações, pesquisas documentais, dentre outros, [...]”. Permite construir uma “cadeia de evidências”. E conforme as autoras, citando Duarte (2009), existe quatro tipos de triangulação. Na presente pesquisa utiliza-se a “triangulação metodológica”, sendo a triangulação intermétodos “[...] que significa usar diferentes métodos em relação ao mesmo objeto de estudo” (FERREIRA; SCHIMANSKI; BOURGUIGNON. 2012, p.136).

Nesse estudo, utiliza-se os procedimentos: entrevista, questionário, observação, e análise de documentação. Por meio de entrevistas buscou-se coletar informações com os profissionais sobre o cotidiano do serviço, bem como suas interpretações sobre o impacto das ações na vida dos usuários e familiares. Os questionários foram aplicados a todos os sujeitos da pesquisa como forma de colher informações a respeito da percepção sobre os serviços. A observação buscou conhecer a dinâmica dos serviços, bem como uma interação com os usuários e familiares que ali estavam.

A documentação, conforme Ferreira, Schimanski e Bourguignon (2012, p.145) “[...] pode constituir-se metodologicamente de diversas fontes, tais como planos, relatos de dados, anotações específicas, dentre outros materiais de estudo e compilação de dados”. Foi realizada a organização das informações por meio das abordagens realizadas ao universo de pesquisa, como registros das observações durante as reuniões, entrevistas, transcrições das entrevistas.

Dessa forma, a triangulação de métodos auxiliou a compreender o sentido das ações dos profissionais e a percepção dessas ações e seus impactos sob o olhar dos três sujeitos da pesquisa: profissionais, usuários e familiares.

Acredita-se ser um estudo de relevância social, pois traz apontamentos levantados pelos usuários e familiares que, muitas vezes pela dinâmica dos serviços, passam despercebidos. E conforme Schon (2000), citada por Jesus e Cavalcante (2012, p. 164),

Quando trazemos situações do cotidiano para serem pensadas fora da ação diária, produzimos um resultado inesperado que tanto pode ser agradável como desagradável, mas que sempre gera uma reflexão sobre ‘um fazer’. Na maioria das vezes, esse ‘fazer’ já se encontra tão profundamente incorporado ao elenco das ações corriqueiras no cotidiano que não mais promove um ‘pensar’ sobre eles. Assim, a reflexão sobre a ação é um elemento que promove transformações.

O estudo levanta apontamentos, reflexões junto aos sujeitos da pesquisa, como forma de repensarem o cotidiano dos serviços, dando voz aos sujeitos que historicamente foram silenciados pelo preconceito e ignorância. E como deve ser feito com todo estudo, pretende-se retornar com o resultado aos profissionais, usuários e familiares. Conforme Bourguignon (2009, p.171-178),

A preocupação com o retorno e o alcance social de nossas produções refere-se a uma intenção de fazer o caminho de volta, isto é, retornar à realidade que sustentou a produção de conhecimento e mobilizar ações que transformem essa realidade, seus sujeitos e a própria profissão, alargando seus horizontes e potencializando seus objetivos, suas com suas competências e habilidades profissionais. [...]

A relevância social de uma pesquisa está em sua capacidade de apreender a realidade e ser referência para os profissionais da categoria e de outras áreas de conhecimento, bem como alimentadores de práticas críticas.

Conforme Bourguignon (2009), os estudos devem “romper os muros da academia” e retornar ao campo que o gerou, e é nosso intuito retornar o estudo aos profissionais, usuários e familiares do CAPS. Este capítulo buscou esclarecer a trajetória percorrida para a obtenção dos dados apresentados no estudo, bem como as reflexões realizadas diante desses dados. No próximo capítulo são recuperados aspectos históricos da Reforma Psiquiátrica, como se constituiu a política de saúde mental a partir da Reforma e a concepção de rede atualmente existente nos serviços de saúde mental.

CAPÍTULO II

SAÚDE MENTAL, MOBILIZAÇÃO E REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Este capítulo apresenta os aspectos históricos de como se constituíram os serviços de saúde mental no Brasil, com destaque para a Reforma Psiquiátrica, a qual preconizou uma política com garantia de direitos às pessoas com transtorno mental. Expõe, ainda, a concepção de rede de serviços de saúde, enfatizando as redes de atenção psicossocial, conhecidas como RAPS e os Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS, estes divididos em três modalidades: CAPS II Transtorno Mental, CAPS Álcool e Drogas e CAPS Infantil, conforme a Política de Saúde Mental.

2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Como tentativa de reação à maneira como eram feitas as internações dos sujeitos que viviam em sofrimento psíquico e como resposta às estruturas tradicionais do aparato asilar psiquiátrico, passou a existir no Brasil, a partir da década de 1960, a experiência das comunidades terapêuticas, (TENÓRIO, 2002). A partir de então, surge a ideia de evitar a “segregação e o isolamento”. Além disso, houve a preconização na redução dos custos dos tratamentos, pois os realizados nos hospitais eram altos em relação à iniciativa de levar a psiquiatria à população. Neste novo sistema, a pessoa passa a não precisar deixar seu meio e pode ser atendida por uma equipe multiprofissional, com psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos. Conforme Tenório (2002, p.29),

Se as comunidades terapêuticas tinham como projeto ser a “solução do problema manicomial” e “resolver a questão da liberdade no interior do hospício”, quanto a isso fracassaram [...]. De fato, sabe-se que a experiência não teve impacto sobre o modelo e foi absorvida pelos manicômios privados não interessados em mudança, servindo ao marketing do manicômio, que incorporava um verniz moderno, sem deixar de ser conservador.

Tenório (2002, p.31) escreve que “Finalmente, ao se definir que o locus da intervenção deixa de ser a instituição psiquiátrica e passa a ser a comunidade, produz-se a tendência de psiquiatrização do social [...], como vizinhos, líderes comunitários, agentes religiosos etc.”.

Belmonte et al (1998, p.33). afirmam que “No Brasil, pode-se dizer que os primeiros sinais de possibilidade de transformação ocorrem no final da década de 70 [...]”. Nesse

período, o contexto é de combate ao Estado autoritário, surgem as críticas à assistência pública em saúde e ao seu caráter privatista. Igualmente, aparecem as denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços e de abandono, de violência e dos maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos muitos e grandes hospícios do país (TENÓRIO, 2002). O autor ainda explica que:

A crítica teórica às políticas de saúde do Estado autoritário e a elaboração de propostas alternativas constituíram o que veio a se chamar de movimento da reforma sanitária: um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde. A importância é colocada na administração e no planejamento dos serviços e na ampliação do acesso da população à assistência em saúde. Apostava-se que o aperfeiçoamento técnico e o gerenciamento honesto e competente dos recursos da ciência médica pela gestão pública resolveriam o problema da má assistência em saúde, inclusive (mas não apenas) no setor psiquiátrico (TENÓRIO, 2002, p.32)

Segundo Machado (2011, p.28), “A Reforma Psiquiátrica Brasileira seguiu o contexto de outro movimento denominado Reforma Sanitária, cuja maior vitória se consolidou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS)”. No interior desse processo mais amplo da Reforma Sanitária - um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde -, a saúde mental percorria os mesmos caminhos. “Nascida a partir da mobilização de trabalhadores de saúde, no cotidiano de suas práticas institucionais e nas universidades, a Reforma Psiquiátrica buscou politizar a questão da saúde mental, especialmente, na luta contra as instituições psiquiátricas”. As reflexões críticas que produziu provocaram uma ruptura epistemológica, criando estratégias de cuidado e mudanças em normas legais (YASUI, 2006, p.26).

Yasui (2006) cita Amarante (1998), ao informar que a greve dos médicos da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão ligado ao Ministério da Saúde, que ocorreu em 1978, foi o evento que deu origem ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, o primeiro gesto da Reforma Psiquiátrica.

Conforme Trentini (2012), ao se discorrer sobre o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, faz-se necessário definir o que é um movimento social, a autora traz em seu trabalho a seguinte explicação: “[...] é a ação dos homens na história social, por ser construído a partir de determinados problemas sociais e de suas demandas, e tem como categorias teóricas de formação a participação, a experiência, os direitos e a cidadania, dentre outros”.

Segundo Yasui (2006, p.26),

Todo este processo se articulou com outros movimentos sociais e com a luta pela redemocratização do país, levando seus protagonistas a desempenharem uma militância que transcendia a questão específica da saúde mental. Mais do que isso, criou um movimento social, o Movimento da Luta Antimanicomial, congregador

não apenas de setores da saúde mental, como profissionais, associações de usuários e familiares, mas também, estudantes, artistas, jornalistas, intelectuais.

De acordo com Belmonte et al. (1998, p.33), “Já na década de 80 essas tentativas de transformação começam a ter respaldo dentro das próprias políticas de saúde. Em 1987, acontece a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental”. Nesse mesmo período, acontece o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental que de acordo com Belmonte et al representa “[...] um marco importante, em busca de transformação na assistência psiquiátrica que deixa de ser exclusivamente um movimento de técnicos da área, buscando envolver várias esferas da sociedade. Na ocasião, lança-se o lema *Por uma sociedade sem manicômios*”.

Yasui (2006, p. 44) escreve que,

No final dos anos oitenta, surgiu um novo ator na Reforma Psiquiátrica: as associações de usuários e familiares. Além da pioneira SOSINTRA do Rio de Janeiro (criada em 1978), e do Grupo Loucos Pela Vida do Juqueri, nasceram a Associação Franco Basaglia - SP, a Associação Franco Rotelli - Santos, o SOS Saúde Mental, entre outras. A Reforma deixou de ter a participação majoritária de trabalhadores da saúde e passou a contar com familiares, usuários e outras pessoas não ligadas diretamente ao campo da saúde mental. As associações atuaram na construção de novas possibilidades de atenção e cuidados e na luta pela transformação da assistência em saúde mental.

Por outro lado, havia os opositores à Reforma Psiquiátrica, como aponta Trentini (2012), a exemplo da Associação Brasileira de Psiquiatria, do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, da Federação Brasileira de Hospitais, da Associação de Familiares dos Doentes Mentais (AFDM) e dos políticos, também bem articulados, que rejeitavam a proposta do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que tratava dos direitos dos doentes mentais e da extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu em 1987, representou o início da trajetória para desconstruir as formas enraizadas da sociedade e das instituições de olhar a “loucura”, conhecida como “desinstitucionalização”. Constituiu a preocupação com o “ato de saúde”, envolvendo profissional e usuário, as instituições psiquiátricas, a cultura, o cotidiano, as mentalidades. (TENÓRIO, 2002). Conforme Paes et al (2013, p.396),

O conceito de desinstitucionalização defendido pela Reforma Psiquiátrica não se restringe à substituição do hospital e à criação de serviços substitutivos. Vai além, exigindo um deslocamento das práticas de cuidado em saúde mental para a comunidade [...], com a construção e implementação de novas formas de cuidado. O sujeito passa então a ser visto em sua totalidade, requerendo demandas de trabalho, de lazer, de cuidados, de relações e afetos.

É preciso repensar, por meio da desinstitucionalização, novos modelos e criar uma nova história, é envolver neste processo as pessoas com transtorno mental como protagonistas

de suas histórias. (MACHADO, 2011). Segundo o documento Cartilha Direito à Saúde Mental,

Reforma Psiquiátrica ou Luta Antimanicomial são nomes genéricos dados a uma grande mobilização social que já dura mais de duas décadas e vem propondo a reformulação das políticas públicas de saúde mental, de modo a abandonar o modelo asilar – considerado invasivo e opressor, fundado sobre a discriminação e a segregação de pessoas retiradas de seus campos de convivência, privadas de liberdade e tolhidas no exercício de sua singularidade e cidadania – para substituí-lo por um conjunto de serviços abertos e comunitários que devem garantir à pessoa com transtorno mental o cuidado necessário para viver com segurança em liberdade, no convívio familiar e social tanto quanto possível (BRASIL, 2012, p.17).

Conforme Coneglian e Leandro (2012, p.63), “[...] a Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, plural na assistência, e o seu estágio será sempre relacionado às características sociais, políticas, econômicas e culturais do território onde está sendo implementada”. Yasui (2006, p.32) pondera que,

A Reforma Psiquiátrica foi sendo construída por quem vivenciava o cotidiano de violência das instituições, angustiados pelas contradições e questões que a prática impunha, mas que, inspirados pelo clima político cultural, acreditavam na possibilidade de transformação. Eram os atores implicados nesse processo que continuaram, nos anos 80, ampliando a sua influência, ocupando espaços na administração pública e, principalmente, inventando novas instituições.

Entretanto, foi em uma conjuntura desfavorável que a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica começaram a se apresentar no Brasil – haja vista que a década de 1980 ficou conhecida como a “década perdida”, devido à estagnação da economia, grande desemprego e índices de inflação elevados. Configuraram, assim, um processo de transformação da assistência e de construção de uma nova agenda para a saúde pública, mas também como um projeto de redemocratização (YASUI, 2006).

Nesse aspecto, um grande passo foi o Projeto de Lei da Câmara Federal n. 8 de 1991, de Paulo Delgado (PT/MG), então deputado federal, que ficou conhecido como “Lei Paulo Delgado”. O Projeto de Lei propõe que a assistência em saúde mental no Brasil não consista apenas em hospitais psiquiátricos, mas que se baseie em outras estruturas “não-manicomiais”, como os centros de convivência. Estabelece, ainda, que não deve existir novas construções de hospitais psiquiátricos nem financiamento do setor público a novos leitos em hospitais psiquiátricos, e quando ocorrer internação psiquiátrica compulsória, esta deve ser comunicada pelo médico aos órgãos judiciais competentes, no prazo de 24 horas, para análise da legalidade ou ilegalidade da internação (BRASIL, 1998). Segundo o Belmonte et al. (1998, p.31),

O projeto de lei Paulo Delgado tem um papel de extrema importância dentro do contexto de transformação na assistência em saúde mental - ressalve-se que sua elaboração foi fruto de intensos debates sociais em torno da questão da assistência psiquiátrica -, ao mesmo tempo que incentiva a produção e construção de novas propostas de atenção.

Em dezembro de 1992, foi realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM). A Conferência aconteceu em um momento em que diversas experiências já estavam consolidadas e difundidas pelo país, já existia um Projeto de Lei Federal, aprovado na Câmara dos Deputados, havia implantação de novos serviços e aumentava a fiscalização aos hospitais, havia diversas associações de usuários ativas no país, e a saúde mental estava em processo de transformação no campo assistencial, jurídico, institucional e cultural (YASUI, 2006).

Em 1993, aconteceu o 3º Encontro Nacional dos Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, em Santos, em que foi produzida uma Carta de Direito dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental, trazendo, entre suas principais questões, que a atenção em saúde mental não deve ser realizada em manicômios, mas em serviços abertos, como hospitais gerais, centros e núcleos de atenção psicossocial, centros de convivência e cooperativa, hospitais dia-e-noite, lares e pensões abrigados, associações comunitárias, grupos de autoajuda etc. (CONEGLIAN, 2011).

Mediante as mobilizações e as transformações na área da Saúde Mental, decreta-se a Lei Federal nº 10.216 de 2001, conhecida como “Reforma Psiquiátrica”. De acordo com a Legislação em Saúde Mental, “[...] o processo de Reforma Psiquiátrica [...] tomou vigor no Brasil a partir da década de 90, enquanto iniciativa articulada entre os três níveis gestores do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2002, p.7).

Após quase doze anos tramitando no Senado Federal, foi finalmente assinada a Lei nº 10.216 (o então Projeto de Lei Paulo Delgado), que dispõe “[...] sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, conhecida como Reforma Psiquiátrica. A Organização Mundial de Saúde escolheu 2001 como o ano da Saúde Mental. (YASUI, 2006).

De acordo com Yasui (2006, p.56), “Transformada em um texto tímido, a Lei aprovada mantém a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas e apenas aponta para uma proposta de mudança do modelo assistencial”. Por meio da Lei, regulamenta-se o atendimento às pessoas que buscam os serviços em saúde mental, conforme o artigo segundo da Lei 10.216: “Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos

enumerados no parágrafo único deste artigo”. Portanto, os direitos das pessoas com transtorno mental, bem como de seus familiares, devem ser informados. São os seguintes direitos:

- Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades;
 - Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, para alcançar sua recuperação pela inclusão na família, no trabalho e na comunidade;
 - Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
 - Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
 - Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização sem sua concordância;
 - Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
 - Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
 - Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
 - Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.
- (BRASIL, 2001)

Para Yasui (2006, p.95), a Reforma Psiquiátrica é:

Um processo social complexo que transcende e supera as reformulações na organização dos serviços de saúde e as 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.

A Reforma Psiquiátrica se torna um campo heterogêneo, que abrange a clínica, a política, o social, o cultural, o jurídico, e é fruto de diferentes atores, trazendo como fundante a cidadania das pessoas com transtorno mental. (TENÓRIO, 2002). Nesse ínterim, surgem os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, como forma de possibilitar tratamento digno às pessoas com transtorno mental. No próximo subitem, destaca-se a concepção de rede em serviços de saúde, após apresenta-se os tipos de CAPS, com enfoque nos existentes no município de Ponta Grossa.

2.2 CONCEPÇÃO DE REDE

O processo de Reforma Psiquiátrica aponta para a construção de novos modos de atenção em saúde mental que proporcionem a ruptura com a forma de exclusão que objetivava “conter a loucura”. Nessa perspectiva, pensa-se a construção de serviços de atenção diária, de

base territorial, que trabalham na perspectiva da desinstitucionalização, que têm o sujeito e sua família - e não mais a doença - como foco de sua atenção, que preconiza a integralidade do cuidado, e a vida do usuário como o centro do trabalho. (SOUZA, RIVERA, 2010).

A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria é inspiradora à mobilização dos trabalhadores em saúde mental e tem o objetivo de transformar a relação da sociedade com a “loucura”, melhorar as condições de trabalho dos profissionais da área, criar uma rede de serviços extra-hospitalares substitutivas aos hospitais psiquiátricos, transformar a assistência em saúde mental (MACHADO, 2011).

A Constituição Brasileira afirma que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, sugerindo o atendimento integral da população, garantindo a participação da comunidade na organização do Sistema Único de Saúde. Nessa conjuntura, emergem também em torno da atenção à saúde mental as conquistas da Reforma Psiquiátrica. Em 1987, surge no Brasil, na cidade de São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com a proposta de resgatar a cidadania da pessoa com transtorno mental e demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva às institucionalizações (MACHADO, 2011).

Segundo Paes et al (2013, p.396), “O conceito de Rede de Atenção à Saúde é compreendido como o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”. Nessa lógica, pode-se reconhecer que as ações de cuidado em Saúde Mental requerem a mesma organização.

De acordo com Brusamarello (2011, p.34) “O atual modelo de atuação busca substituir a assistência excludente, que causava o abandono e a marginalização, por uma rede de atenção integral à saúde mental que favoreça a integração social e familiar [...]”. A atuação em rede favorece a construção e manutenção da autoestima e os processos de promoção da saúde. A organização em rede de saúde mental reúne serviços e instituições voltados para o atendimento e cuidados integrais em saúde. Os hospitais psiquiátricos devem ser substituídos progressivamente por uma rede de atenção em saúde mental constituída por:

CAPS, ambulatorios de saúde mental, residências terapêuticas, centros de convivência e cultura, emergências psiquiátricas em hospitais gerais e atendimento nas ESF, unidades valorizadas por encontrarem-se inseridas na comunidade e ter como ênfase o trabalho direcionado a famílias. (MACHADO, 2011, p.30-31)

Evidencia-se que a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica proporciona a ampliação da atenção psicossocial, assim como o desenvolvimento de métodos de cuidado

conduzidos pela responsabilização, vínculo, comprometimento com a atenção em saúde mental, que objetiva a integralidade do cuidado. (SOUZA, RIVERA, 2010).

Nessa perspectiva, de acordo com Machado (2011), a assistência às pessoas com transtorno mental e seus familiares deve basear-se na comunidade, com ações de promoção da saúde mental, prevenção e tratamento de sofrimento mental, atendendo as necessidades no contexto do cuidado integral. No que diz respeito ao cuidado, é importante “[...] planejar fluxos com ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar, permitindo a inclusão do usuário como protagonista do seu próprio processo de cuidado” (MACHADO, 2011, p.32).

Desta forma, a atenção básica (entendida por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, desenvolvida por práticas democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe e dirigida a populações de territórios bem delimitados) torna-se fundamental para a organização, juntamente com os CAPS, da Rede de Atenção à Saúde Mental. Sobretudo por essa atenção ser territorializada, estar no espaço de convívio social em que se pode resgatar os potenciais recursos comunitários para acrescentar à qualidade do cuidado em saúde mental. (MACHADO, 2011).

A atenção básica oferece condições para atender os princípios da Reforma Psiquiátrica, com base na promoção ativa da saúde e necessidades da população do seu território. Conforme Machado (2011, p.36):

Nessa perspectiva, o Apoio Matricial surge como proposta para articular os cuidados em saúde mental à atenção básica, facilitar o direcionamento dos fluxos na rede, promovendo uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde. O Apoio Matricial às equipes da atenção básica deve partir dos CAPS, pois estes são serviços que ocupam lugar central na proposta da reforma psiquiátrica, sendo seus dispositivos considerados ordenadores da rede de atenção em saúde mental, direcionando o fluxo e servindo de retaguarda para as residências terapêuticas, bem como para a atenção básica.

O apoio matricial em saúde mental é um arranjo organizacional que proporciona o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de atenção básica. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos e que se efetiva por meio de discussões conjuntas, intervenções pelas equipes junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação (BRASIL, 2005).

Outro serviço que se incorporou à Rede de Atenção à Saúde Mental foram os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), serviços criados pela portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF). As equipes do NASF devem contar com, ao menos, um profissional de saúde mental e realizar ações de matriciamento (BRASIL, 2008).

A organização dos serviços de saúde, de acordo com Machado (2011, p.37), “[...] deve ser norteadas pelas necessidades de saúde da população assistida, na perspectiva de uma rede de atenção que seja substitutiva ao modelo tradicional e que efetive a proposta da desinstitucionalização, com ênfase nas práticas de saúde mental no território”.

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

Em Ponta Grossa, o atendimento na rede ocorre sob a forma de encaminhamentos, conforme algumas falas das coordenações dos CAPS. De acordo com Paes et al (2013, p.399),

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

Há de se atentar para essa análise, de que essa forma de encaminhamento pode gerar a “dstituição de vínculo e a desresponsabilização” conforme os autores, tendo em vista a grande demanda que se apresenta aos serviços, as condições estruturais e o número de profissionais atuantes nos mesmos.

Entende-se sobre a necessidade de transformação das práticas de cuidado à saúde dos sujeitos em sofrimento psíquico, defende-se que essas práticas sejam compreendidas e trabalhadas em sua integralidade, focalizadas na promoção da qualidade de vida. Para isso, os serviços de saúde precisam promover a integração e interação dos profissionais nos diferentes nós da rede de atenção à saúde mental. A integralidade da assistência é garantida por meio de troca de informações, contato entre profissionais com vistas a qualificar o cuidado ao usuário - seja ele realizado por um formulário, seja pelo contato telefônico ou pelo contato direto entre os profissionais e equipes de matriciamento. (PAES ET AL, 2013).

2.3 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS

Nesse subitem são listadas as modalidades dos CAPS, seus objetivos, composição profissional e ações e serviços que devem ser realizados nesses espaços, conforme a Política de Saúde Mental. São descritas as três modalidades de CAPS (II Transtorno Mental, Álcool e Drogas, Infantil) existentes no município de Ponta Grossa.

Os CAPS surgem através de um novo olhar para as pessoas com transtorno mental, rompendo com a perspectiva de asilamento e exclusão. Conforme Sidrim (2010, p.41), “[...] após a III CNSM (Conferência Nacional de Saúde Mental), os CAPS assumiram a responsabilidade pela articulação de todas as ações de saúde mental e contribuem com outras políticas de inclusão social e cultural [...]”. E, ainda, segundo escreve o autor, “[...] os CAPS [...] devem constituir-se como centro de rede intersetorial, que incorpore [...] outras políticas, voltadas para a promoção da reintegração social e da cidadania de seus usuários” (SIDRIM, 2010, p.42-43). De acordo com o documento Saúde Mental no SUS (BRASIL, 2004, p.12),

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

Segundo Campos et al. (2009, p.17), os CAPS são “[...] serviços estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde mental em um determinado território e para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira”. Nas suas diferentes modalidades, os CAPS são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, compostos por equipe multiprofissional e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, sejam em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2013). Yasui (2006, p.107) defende que o CAPS é:

[...] o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental. Neste sentido, não se limita ou se esgota na implantação de um serviço. O CAPS é meio, é

caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores.

Construir essa rede de alianças em torno do cuidado é um dos desafios e uma das dimensões principais do processo de trabalho. O cotidiano de um CAPS é o de pensar o cuidado para cada pessoa que busca atendimento, considerando a sua singularidade, a sua complexidade, ou seja, pensar um projeto que contemple uma diversidade de estratégias de cuidados. Um CAPS é a articulação dos diferentes projetos e recursos existentes em seu território (YASUI, 2006). De acordo com o Ministério da Saúde (2005, p.26),

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

Dessa forma, o Centro de Atenção Psicossocial é um Serviço de Saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde – SUS. Trata-se de um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros. De acordo com Miranda e Campos (2008, p. 908), “[...] trata-se de equipamentos que promovem atenção integral aos portadores de transtorno mental severo e persistente, desenvolvendo práticas clínicas que os permitem viver em comunidade, ter acesso a trabalho, lazer e direitos civis”.

Compete aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, na busca por preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território, promovendo autonomia, responsabilização e o protagonismo do usuário em toda a trajetória do seu tratamento.

Os CAPS são serviços de saúde e espaços de cuidado realizados em rede. As atividades realizadas nesses centros devem ocorrer em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade: “Os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado” (BRASIL, 2004, p.14).

Portanto, a importância do ambiente acolhedor e garantidor de liberdade e cidadania ao usuário do CAPS é imprescindível. Apesar do forte contexto histórico-cultural de preconceito sofrido pelas pessoas com transtorno mental, esse serviço vem para romper com o estigma de que a única solução para os “loucos” é a exclusão, por meio da institucionalização. Em Ponta Grossa, esses espaços surgiram a partir de 2004, considerada tardia sua implantação

em vista do percurso do Projeto de Lei da Câmara Federal nº 8 de 1991, culminado na sanção da Lei Federal nº 10.216 de 2001.

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

Entre as orientações para os atendimentos no CAPS, está que se uma pessoa não possui condições de acessar o serviço, cabe aos profissionais prestar o atendimento domiciliar, de forma articulada com as equipes das unidades de saúde da família. No município, o atendimento domiciliar, conforme as informações prestadas pelos profissionais que constam no Quadro 29, é em número reduzido, pois é reduzido o número de profissionais e grande a demanda de atendimento apresentada, o que demonstra uma grande falha por parte da gestão do município.

O trabalho desenvolvido no CAPS deve ser realizado tanto em sessões individuais ou grupais. Assim como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica, o ambiente deverá ser facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento. Ao começar o acompanhamento no CAPS, inicia-se um projeto terapêutico com o usuário. O profissional que o acolheu no serviço geralmente passará a ser uma referência, recebendo a denominação de Terapeuta de Referência (TR). Este terá como responsabilidade monitorar junto ao usuário o seu projeto terapêutico, decidindo e redefinindo as atividades e a frequência de participação no serviço, e, ainda, sendo responsável pelo contato com a família.

A articulação em rede torna-se fundamental, em virtude de haver uma demanda que não acessa o serviço por inúmeros fatores. O CAPS, ao estar articulado com as Unidades de Saúde, consegue realizar os atendimentos às pessoas que não conseguem chegar ao serviço de saúde mental. Além da Unidade Básica de Saúde – UBS, é importante a articulação aos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS, Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS e demais órgãos pertencentes à rede do município.

De acordo com a Portaria GM 336/02, existem três modalidades de atendimento a partir das quais o projeto terapêutico pode ser ofertado:

Art.5º Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.
Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de

acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS.

Outro aspecto importante é a definição das atividades nos CAPS, que devem repensar as práticas e os conceitos, as relações que possam promover saúde entre técnicos, usuários, familiares e comunidade. Assim, todos precisam estar envolvidos, ao passo que é importante estar atento à complexidade da vida das pessoas. Esses serviços oferecem diferentes tipos de atividades artísticas, comunitárias, oficinas, orientações e acompanhamentos sobre o uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares. De acordo com a Portaria SAS/MS n. 854/2012, os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) (BRASIL, 2013, p. 8-11) deverão compor as seguintes estratégias:

Acolhimento inicial: primeiro atendimento, por demanda espontânea ou referenciada [...]; consiste na escuta qualificada [...], construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário. **Acolhimento diurno e/ou noturno:** ação de hospitalidade diurna e/ou noturna realizada nos CAPS como recurso do projeto terapêutico singular [...]. **Atendimento individual:** atenção direcionada aos usuários visando à elaboração do projeto terapêutico singular. **Atenção às situações de crise:** ações desenvolvidas para manejo das situações de crise [...] pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território. **Atendimento em grupo:** ações desenvolvidas como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania. **Práticas corporais:** estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora, compreendidas como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde. **Práticas expressivas e comunicativas:** estratégias realizadas dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários [...]. **Atendimento para a família:** ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas, que garantam a corresponsabilização no contexto do cuidado. **Atendimento domiciliar:** atenção desenvolvida no local de moradia da pessoa e/ou de seus familiares [...]. **Ações de reabilitação psicossocial:** ações de fortalecimento de usuários e familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania [...]. **Promoção de contratualidade:** acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana - casa, trabalho, iniciativas de geração de renda -, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo, a ampliação de redes sociais e sua autonomia. **Fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares:** atividades que fomentem: a participação de usuários e familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias de serviços [...]. **Ações de articulação de redes intra e intersetoriais:** estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros. **Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência:** apoio presencial sistemático às equipes que oferte

suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental. **Ações de redução de danos:** conjunto de práticas e ações do campo da saúde e dos direitos humanos realizadas de maneira articulada inter e intra-setorialmente, que busca minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliar o cuidado e o acesso aos diversos pontos de atenção. **Acompanhamento de serviço residencial terapêutico:** suporte às equipes dos serviços residenciais terapêuticos. **Apoio a serviço residencial de caráter transitório:** apoio presencial sistemático aos serviços residenciais de caráter transitório, que busque a manutenção do vínculo, a responsabilidade compartilhada, o suporte técnico-institucional aos trabalhadores daqueles serviços.

Todas as atividades são importantes, dentre elas, as reuniões têm destaque, pois é por meio delas que ocorre a efetiva participação familiar, com o propósito de reunir técnicos, familiares e usuários, e com isso levantar sugestões, estreitar laços, manter a convivência, entre outros objetivos.

Deste modo, os CAPS são serviços fundamentais que devem ser valorizados por parte dos gestores, trabalhadores, usuários, familiares e sociedade em geral. Trata-se de uma realidade complexa, por ter suas especificidades, e de tal forma precisa ser analisada e avaliada, com vistas à garantia de estrutura e equipe, enfim, as condições para a realização de um trabalho efetivo, contínuo e de qualidade. Nos próximos itens, serão apresentados os três tipos de CAPS conforme a Portaria Ministerial nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Os três tipos existentes no município de Ponta Grossa são CAPS II TM, CAPSad e CAPSi.

2.3.1 CAPS II Transtorno Mental

Os CAPS II têm como objetivo o atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes em sua população de abrangência. Sua capacidade operacional é para atendimento em municípios com população de 70 a 200 mil habitantes. A equipe mínima para atuar no CAPS II, de acordo com a Portaria nº 336 de 2002, deve conter:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental;
- 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (BRASIL, 2002)

Os CAPS II devem estimular a integração social e familiar, apoiando a autonomia da pessoa atendida. Os usuários são atendidos com base no Projeto Terapêutico Singular (PTS),

cujo tratamento é elaborado pela equipe para o usuário, grupos e familiares. Conforme o Ministério da Saúde,

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. É uma variação da discussão de 'caso clínico'. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários (BRASI, 2009, p.29).

Além do PTS, de acordo com a Portaria nº 336 de 2002, a assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

- a – atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b – atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);
- c – atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d – visitas domiciliares;
- e – atendimento à família;
- f – atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g – os pacientes assistidos em um turno (quatro horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (oito horas) receberão duas refeições diárias. (BRASIL, 2002)

Atualmente, no Paraná, de acordo com a Coordenação Estadual de Saúde Mental (2014), há 24 CAPS II em funcionamento, e em Ponta Grossa existe um CAPS II TM.

2.3.2 CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

A prevenção e o tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas se apresentam no cenário da saúde pública. Historicamente, a questão das drogas é deixada sob responsabilidade das instituições da justiça, segurança pública e associações religiosas, não se observando a complexidade da situação, o que contribui para a ausência da política de saúde, com alternativas de caráter fechado, baseadas basicamente em práticas psiquiátricas ou médicas, na maioria das vezes, de cunho religioso.

Com isso, ocorrem percepções distorcidas da realidade do uso de álcool e outras drogas, sem as considerações sobre as consequências psicológicas, sociais, econômicas, entre outras que tal emprego resulta na vida das pessoas, promovendo-se, assim, uma cultura de criminalização do uso.

Assim, historicamente, no Brasil o tema do uso do álcool e de outras drogas vem sendo associado à criminalidade e práticas anti-sociais e à oferta de "tratamentos" inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social. As iniciativas governamentais restringiam-se a poucos serviços ambulatoriais ou hospitalares, em geral vinculados a programas universitários. Não havia uma política de alcance nacional, no âmbito da saúde pública. (BRASIL, 2005, p.41).

Há a necessidade de estratégias específicas para a construção de uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas com ênfase na reabilitação e reinserção social. De acordo com Miranda e Azevedo (2010), o CAPSad é a principal estratégia de atenção à saúde frente ao consumo de álcool e outras drogas para tratamento, pois utiliza as estratégias de redução de danos como ferramenta nas ações de prevenção e promoção da saúde.

O CAPSad atende usuários de álcool e drogas, prestando serviços diários à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Segundo Miranda e Azevedo (2010, p.57),

Um CAPSad tem por finalidade proporcionar atendimento à população, respeitando-se a adstrição do território, oferecendo-lhe atividades terapêuticas e preventivas, tais como: atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos; gerenciamento dos casos, oferecendo cuidados personalizados; condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem; cuidados aos familiares dos usuários dos serviços e ações junto aos usuários e familiares, para os fatores de proteção do uso e da dependência de substâncias psicoativas.

De acordo com a Portaria nº 336 de 2002, a equipe mínima para trabalhar no CAPSad deve ter:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental;
- 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;
- 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

O CAPSad tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70 mil habitantes, com as seguintes diretrizes:

- a – constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;
- b – sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;
- c – possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

- d – coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;
- e – supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- f – realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS, nº 1.077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS, nº 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- g – funcionar das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até 21 horas.
- h – manter de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso. (BRASIL, 2004, p.35).

As atividades previstas para o CAPSad, conforme o documento Saúde Mental no SUS (BRASIL, 2004), são as mesmas do CAPS II, acrescentando o atendimento de desintoxicação. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p.61-63), foi realizado um questionário, entre maio e junho de 2010, junto aos coordenadores e/ou gerentes de 184 CAPSad do Brasil, obtendo-se os seguintes resultados:

[...] cerca de 72 % dos CAPSad possuem equipe completa, sendo que 92% contam com a psiquiatra e 81% com clínico geral. Quanto às atividades, constatou-se que todos os 184 CAPSad fazem atendimentos individuais e a familiares: 99% realizam atendimento em grupo, 94% realizam Oficinas (terapêuticas, geração de trabalho e renda e outras) e 95% realizam visitas domiciliares. O levantamento aponta ainda que 83% dos CAPSad possuem leitos para repouso e/ou desintoxicação leve, com articulação razoável/regular com outros leitos de retaguarda da rede de saúde e proteção social e, ainda, leitos de retaguarda de referência: 63% dos CAPSad têm leitos de retaguarda em Hospitais Gerais; 45% têm retaguarda em Hospitais Psiquiátricos; 18% contam com leitos em Comunidades Terapêuticas; 29% contam com Emergências Gerais e 36% com Emergências Psiquiátricas. A clientela dos CAPSad, segundo o levantamento, é composta sobretudo por jovens e adultos (a partir dos 18 anos). Apenas 61% dos CAPSad atendem adolescentes (de 12 até 18 anos). Somente 16% dos CAPSad atendem crianças com menos de 12 anos. Os CAPSad relatam que as drogas mais frequentemente usadas pelos seus usuários são o álcool, o crack e o tabaco. Cerca de 69% dos Coordenadores dos CAPSad consideram o problema do crack muito grave em seu território, com baixa capacidade de resposta da rede pública. [...] Entre os serviços oferecidos pelos CAPSad estão os Grupos de Alcoólicos/Narcóticos Anônimos (relatados por 29% dos CAPSad), os Grupos Operativos (presentes em 77% dos serviços), as atividades de prevenção (realizadas por 92% dos serviços), as assembleias de usuários (relatada por 82% dos CAPSad), a desintoxicação de quadros leves (presente em 78% dos CAPSad), o tratamento ambulatorial de casos de abstinência (realizado em 81% dos serviços) e, por fim, as ações com grupos em situação de rua (presentes em 36% dos CAPSad).

Percebemos a importância dos serviços do CAPSad, principalmente no contexto atual, em que sofremos um avanço nos índices de consumo e tráfico de drogas, conforme aponta o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – LENAD, estudo realizado pelo Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas – INPAD, em 2012, com 4.607 pessoas.

Os estudos apontam que 64% dos homens e 39% das mulheres adultas relatam consumir álcool regularmente, pelo menos uma vez por semana, e quase dois a cada dez dos bebedores (17%) apresentou critérios para abuso e/ou dependência de álcool. Da população geral, 25% relatam sintomas de depressão, e entre os bebedores problemáticos, que consomem seis ou mais doses por ocasião, este percentual passa para 41%. Ainda, 5% da população brasileira já tentou o suicídio e, dentre estes, 24% relataram ser relacionados ao consumo de álcool.

Em relação ao uso de maconha, mais da metade dos usuários, tanto adultos quanto adolescentes, consomem maconha diariamente. Mais de um terço dos usuários adultos foram identificados como dependentes, e na adolescência os índices de dependência alcançam 10%. O uso da cocaína apresenta 4% na população adulta e 3% entre adolescentes. O estudo traz as porcentagens de uso entre as regiões, demonstrando que, no Sul, o índice é o menor: Norte=1,9%; Nordeste= 2,1%; Sudeste=2,2%; Centro-Oeste=2,6% e Sul=0,7%. Entretanto, o consumo de ecstasy na Região Sul é o dobro do resto do país, tanto na experimentação quanto no uso. De acordo com o INPAD (2012), o Brasil representa o segundo maior mercado de cocaína do mundo em relação ao número absoluto de usuários, sendo 20% do consumo mundial e é o maior mercado de crack do mundo.

Diante disto, esses espaços de cuidados em saúde mental são fundamentais, conforme Miranda e Azevedo (2010, p.62),

Os CAPSad, por sua vez, configuram-se como os equipamentos de saúde mental capazes de impulsionar esse cuidar centrado na reabilitação psicossocial do usuário e de sua família, congregando esforços também nos espaços comunitários que os envolve, por meio de um processo de trabalho e cuidado em saúde caracterizado pelo acolhimento, atenção integral, humanização, vínculo e corresponsabilização.

Esses serviços de saúde devem garantir ações de sucesso com uma rede de suporte social, preocupando-se com o usuário, sua vida cotidiana, seu contexto familiar, cultural e social. Atualmente, de acordo com a Coordenação Estadual de Saúde Mental, no Paraná existem 21 CAPSad em funcionamento e um CAPSad em Ponta Grossa (PARANÁ, 2014).

2.3.3 CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

Historicamente, a assistência à infância e adolescência é realizada em instituições filantrópicas e privadas, como educandários, abrigos, escolas especiais, institutos para deficientes mentais e clínicas para autistas. Por meio das diretrizes da Reforma Psiquiátrica,

as orientações são de uma construção coletiva e intersetorial de uma rede de assistência de base comunitária. Um dos marcos das orientações em conformidade com a Reforma Psiquiátrica foi “A criação do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, foi, neste sentido, fundamental para possibilitar a ampla participação da sociedade na elaboração de propostas para o campo da saúde mental”. (BRASIL, 2005).

A implantação dos CAPSi e o estabelecimento de diretrizes para articulação da saúde mental com outros setores públicos consistem, atualmente, os pilares da saúde mental pública para crianças e adolescentes, embasando a noção de uma rede pública ampliada de atenção à saúde mental infantil e juvenil, em que devem estar articulados serviços de diferentes setores, com graus diferenciados de complexidade e níveis distintos de intervenção, com condições de responder pelas diferentes problemáticas envolvidas na saúde mental de crianças e jovens (COUTO; DUARTE; DELGADO; 2008). Segundo o Ministério da Saúde, “A Política Nacional de Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS é bastante complexa e apresenta grandes desafios. Um deles é o de efetivamente trabalhar na perspectiva da gestão e da atenção intersetorial” (BRASIL, 2011, p.69).

O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais, ou seja, que incida diretamente em prejuízos psicossociais severos (na socialização, inclusão escolar, familiar/comunitária etc.).

É fundamental uma ação de acolhimento aos que procuram o serviço, seja a criança, o adolescente e o responsável que o acompanha, e conduzir a ação do cuidado em todo o processo, garantindo a condição da criança ou do adolescente como sujeito de direitos e de responsabilidades, tanto em sua dimensão subjetiva quanto social. Além disso, é necessário envolver o responsável pela criança ou adolescente a ser cuidador no processo de atenção, realizando discussões com a equipe profissional atuante no serviço condizente aos princípios e diretrizes estabelecidos pela política de saúde mental para constituição do campo de cuidados, e atuar com a lógica da rede ampliada de atenção. (BRASIL, 2005).

Os CAPSi devem ser compostos por equipes multiprofissionais, contendo, no mínimo, um psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental infantil, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior (entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo) e cinco profissionais de nível médio (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008). Ainda, o CAPSi deve estar articulado com a rede de saúde, educação e assistência social, ligada ao cuidado da população infanto-juvenil, e precisa ser

implantando em municípios com população acima de 200mil habitantes. Conforme Couto, Duarte e Delgado (2008, p.393):

[...] os CAPSi devem se responsabilizar pelo atendimento regular de um número limitado de pacientes e de suas famílias, em regimes diferenciados de tratamento, segundo as necessidades de cada caso (intensivo, semi-intensivo e não intensivo), desenvolvendo um elenco diversificado de atividades terapêuticas.

As atividades desenvolvidas no CAPSi são condizentes com as dos demais CAPS, conforme traz o documento Saúde Mental:

Em geral, as atividades desenvolvidas nos CAPSi são as mesmas oferecidas nos CAPS, como atendimento individual, atendimento grupal, atendimento familiar, visitas domiciliares, atividades de inserção social, oficinas terapêuticas, atividades socioculturais e esportivas, atividades externas. Elas devem ser dirigidas para a faixa etária a quem se destina atender. Assim, por exemplo, as atividades de inserção social devem privilegiar aquelas relacionadas à escola. (BRASIL, 2004, p.23).

Hoje no Paraná, conforme a Coordenação Estadual de Saúde Mental (2014), há 11 CAPSi funcionando, um em Ponta Grossa. Wadi e Casagrande (2011, p.2) apontam que:

[...] desvelando tal processo no Paraná. Neste estado da federação, a pesquisa indicou que, ao lado de novos equipamentos ou serviços – CAPS, hospitais-dia, ambulatorios –, persiste ainda o hospital psiquiátrico, mais ou menos modernizado e com um número de leitos reduzidos, especialmente para os “portadores de transtornos mentais” em sentido estrito, mas em processo de ampliação para os “usuários de álcool e outras drogas”, como a estrutura principal da política de assistência.

Wadi e Casagrande (2011) retratam, em seu estudo, que a maioria das instituições paranaenses foi fundada entre as décadas de 1970 e 1980, considerando tardia essas implantações em comparação a outros estados brasileiros. Conforme as autoras (2011, p.11),

Até pouco tempo atrás, antes da promulgação das leis de reforma psiquiátrica do Paraná (Lei Estadual nº 11.189/95) e do Brasil (Lei Federal nº 10.216/01), a assistência neste estado da federação, bem como no restante do país, era restrita às grandes unidades hospitalares e a alguns poucos ambulatorios. Mesmo que novas instituições como hospitais-dia, Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS), tenham sido criadas, nos contextos mais diversos e em todas as regiões do país, além da disponibilização de leitos em hospitais gerais – tudo isto gerado no bojo das mudanças deflagradas, tanto por movimentos sociais, quanto pela nova legislação [...], as grandes unidades ou instituições especializadas em psiquiatria respondem ainda, por parte significativa desta assistência.

Além das condições estruturais, físicas, humanas, deve-se pensar que os serviços de atenção psicossocial precisam superar outros desafios.

Será possível então dizer, como dizia Venturini mais de uma década atrás, que “há o risco, de que o hospital psiquiátrico [...] continue a desenvolver o seu papel ‘insubstituível’ de salvaguarda para o controle da ‘periculosidade’ e da ‘cronicidade’

psiquiátrica.”? Certamente nem tanto, pois assistimos contemporaneamente ao espraiamento do novo modelo assistencial, chamado hoje de modelo de atenção psicossocial, modelo este que ultrapassa inclusive o universo psiquiátrico, bem como a muitas mudanças nas práticas desenvolvidas no interior das instituições especializadas, obedecendo às prerrogativas legais e à pressão social. No entanto, parece válido ainda neste ano de 2011, concordar com o que dizia Tenório em 2002, ou seja, que “a atenção psicossocial comunitária ainda não é nem de longe a realidade hegemônica da rede” (WADI; CASAGRANDE, 2011, p.12)

Diante do exposto, é possível afirmar que houve avanços no entendimento da doença mental, na busca por uma saúde mental e na reabilitação psicossocial. No Paraná, em um quadro comparativo entre os anos 2006 e 2012, de acordo com a Coordenação de Saúde Mental do Paraná (2014), obtiveram-se os seguintes resultados:

2006		2012	
CAPS I	10	CAPS I	37
CAPS II	15	CAPS II	28
CAPS III	1	CAPS III	2
CAPSi	5	CAPSi	8
CAPSad	9	CAPSad	22
Total	40	Total	97
Percentual de cobertura por 100 mil habitantes	0,35	Percentual de cobertura por 100 mil habitantes	0,76

Tabela 1 – Comparativo na implantação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS no Paraná

Fonte: Dados obtidos em: <http://www.saude.pr.gov.br/>

Org.: A autora.

Percebe-se os avanços em números, principalmente em relação ao CAPS I, II e o Álcool e Drogas, porém o Infantil e o CAPS III não concretizaram seu espaço, o que representa uma situação preocupante, como é o caso de Ponta Grossa, que demanda o Serviço.

Os CAPS III devem ser implantados em municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona por vinte e quatro horas, diariamente, também nos feriados e finais de semana, atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD.

Apresenta-se neste tópico as mudanças na forma de cuidar, tratar e respeitar as pessoas com transtorno mental, culminando nos serviços hoje conhecidos como Centro de Atenção Psicossocial, pensados na Reforma Psiquiátrica, a qual traz como objetivo maior respeitar e garantir a qualidade e dignidade de vida das pessoas com transtorno mental.

A Reforma Psiquiátrica foi protagonizada por diferentes atores - usuários e seus familiares, trabalhadores de saúde mental, políticos, artistas, entre outros - e incidiu em questões na esfera político-ideológica tais como cidadania, direitos e ética, ocasionando em mudanças na legislação e na organização da atenção em saúde mental. Foi preconizada a necessidade de equipamentos para atender a complexa demanda de quem sofre psiquiatricamente, e a importância de cada vez mais buscar informações e esclarecimentos, sobre o tema saúde mental.

Oficialmente a luta pela mudança de paradigma da saúde mental ocorreu em 1979, mas em Ponta Grossa o primeiro CAPS foi implantado apenas em 2004. Observa-se que Ponta Grossa apresenta uma implantação tardia dos Serviços de Saúde Mental. Além disso, a adequação dos serviços ao que está previsto na legislação ainda não acontece, como é o caso do CAPS III, cuja implantação já foi anunciada, mas sem previsão para iniciar a construção.

Conforme Coneglian e Leandro (2012, p. 67), “Ponta Grossa poderia comportar três CAPS II (ou 2 CAPS III), além dos CAPSad, mas a realidade ali é outra, e há uma evidente defasagem, hoje, entre a demanda e a capacidade de atendimento do serviço”.

No próximo capítulo, são descritos os CAPS de Ponta Grossa, quantos estão em funcionamento, número de profissionais, demanda atendida e atividades realizadas, bem como a definição dos critérios de eficiência, efetividade e eficácia, que foram abordados na pesquisa como embasamento para a criação dos questionários. O perfil dos trabalhadores desses CAPS, e a percepção por meio dos olhares dos sujeitos da pesquisa em relação aos CAPS.

CAPÍTULO III – A REALIDADE DOS CAPS DE PONTA GROSSA E DE SEUS TRABALHADORES

Nesse capítulo, são apresentados os CAPS de Ponta Grossa, com base nas informações prestadas pelos profissionais que atuam nesses serviços, por meio de entrevistas, questionários e observação (realizadas entre os meses de julho de 2014 a fevereiro de 2015), com o objetivo de verificar o perfil dos trabalhadores, bem como a percepção deles sobre os CAPS do município.

Em 2015, três modalidades de CAPS funcionam no município: CAPSad, CAPS II TM e CAPSi. Com a pesquisa nos CAPS, expõe-se para discussão alguns aspectos das suas realidades, entre os quais funcionamento, estrutura, equipe profissional, demandas atendidas, atividades realizadas.

Inicialmente, esse capítulo apresenta um subitem sobre os trabalhadores de saúde e os trabalhadores de saúde mental, pois considera importante realizar uma breve apresentação de suas trajetórias. Após, expõe as modalidades de CAPS existentes em Ponta Grossa e sua dinâmica de ações, atividades. Oferece ainda o perfil dos trabalhadores dos CAPS com informações obtidas por meio da pesquisa de campo.

Em sequência, a definição dos critérios de eficiência, efetividade e eficácia, como forma de compreender esses termos utilizados para avaliar os serviços de saúde, e que serviram de subsídio para a criação dos questionários aplicados aos sujeitos da pesquisa. E para finalizar o capítulo, apresenta a percepção de usuários e familiares sobre os CAPS do município, por meio das respostas obtidas com a aplicação dos questionários.

A pesquisa foi iniciada no CAPS II TM, portanto inicia-se a exposição por ele, em virtude de ser o segundo CAPS com mais tempo no município. Em seguida, a pesquisa de campo ocorreu no CAPSi, e, por último, no CAPSad, conforme já explicado no primeiro capítulo.

Conforme explicou-se, antes de tratar especificamente dos CAPS de Ponta Grossa, é relevante uma breve consideração a respeito dos trabalhadores da saúde e da saúde mental, os quais garantem que esse serviço se efetive. É por este intermédio, portanto, que os objetivos podem ou não ser efetivados e, por conseguinte, eles são atores fundamentais nessa trajetória.

3.1 TRABALHADORES DA SAÚDE

Os trabalhadores da saúde e saúde mental compõem um universo que abrange diversas profissões, portanto, sua importância se volta para a realização de uma prática coletiva de saberes.

Segundo Nogueira (1994, p.80), na década de 1970, iniciaram discussões sobre o trabalho em saúde, centralizado na prática médica e em suas determinações históricas. “Foi apenas durante a década de 80 que buscamos transcender esses particularismos associados à análise das funções de cada tipo de profissional [...] gradativamente introduzimos o conceito mais abrangente de trabalho em saúde”.

De acordo com Carvalho, Santos e Campos (2013, p.375-377). “No Brasil, na década de 1970 representou o momento de início e desenvolvimento do movimento sanitário, que propôs profundas reformas no modo de organizar e prestar a assistência à saúde”. Em 1980, iniciava o processo de reestruturação produtiva e a implantação de gestão participativa, “[...] inicialmente marcada pela redução de postos de trabalho e pela ampliação de jornada de trabalho para aumentar a produtividade, processo este intensificado nos anos 1990”.

Os anos de 1990 foram marcados por um quadro de retrocesso no Brasil. Carvalho, Santos e Campos (2013, p. 382) analisam que a década de 1990 “[...] pode ser caracterizada pelo abandono da proposta de planos de carreira profissional, pela precarização do trabalho no SUS, pelo crescimento ‘anárquico’ e sem relação com as necessidades sociais do SUS e pela desmobilização do movimento sindical”.

Esse contexto de precarização de vínculos e outras situações insatisfatórias do trabalho em saúde culminaram na aprovação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH-SUS), sendo a primeira elaboração da NOB-RH-SUS em 1998 e a segunda em 2000, a terceira foi em 2004, na gestão da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES). (CARVALHO, SANTOS E CAMPOS, 2013).

Conforme Carvalho, Santos e Campos (2013), é importante debater as contradições e os conflitos intrínsecas ao trabalho e aos trabalhadores de saúde, colaborando para desvelar a relação entre as políticas econômicas, sociais e de saúde e a prática do planejamento. Glanzner, Olschowsky e Kantorski (2011, p.717) reiteram que,

O trabalho em saúde é uma prática coletiva que tem como finalidade a promoção da saúde das pessoas, suas famílias e comunidade. É condicionado pelas relações entre os profissionais nos serviços de saúde e sociedade, sendo permeado por ações técnicas e interpessoais; portanto, deve ser entendido em sua objetividade e subjetividade.

De acordo com Rios (2008, p. 151), “É conhecido o fato de que os profissionais da área da saúde estão particularmente sujeitos ao estresse ocupacional devido à natureza do trabalho nessa área e às suas condições nas instituições”. Ainda, Rios (2008, p.152) escreve que:

Trabalhar é meio de prover sustento para o corpo e para a alma. No trabalho passamos a vida, desenvolvemos nossa identidade, experimentamos situações, construímos relações, realizamos nosso espírito criativo. [...] Na área da saúde, o trabalho é também quase uma missão. Não são poucas as exigências: trata-se de trabalho reflexivo, que articula dimensões técnicas, éticas e políticas, em cenários de múltiplos e diversos atores – profissionais de formações diversas e usuários de todas as origens e culturas [...]. Além disso, trabalha-se no campo temático mais denso da experiência humana: a vida, o corpo, a morte. O trabalho na área da saúde tem um custo elevado para seus trabalhadores [...]. O ambiente insalubre, o regime de turnos, os plantões, os baixos salários, o contato muito próximo com os pacientes, mobilizando emoções e conflitos inconscientes tornam esses trabalhadores particularmente susceptíveis ao sofrimento psíquico e ao adoecimento devido ao trabalho.

O trabalho se constitui por um conjunto de atividades que possuem particularidades diferentes e específicas, exercidas por trabalhadores de diversas áreas, com saberes e experiências distintas, tornando uma dinâmica que perpassa diferentes pontos de vista, pois efetiva a interação entre profissionais e usuários da saúde.

Rios (2008, p.153) aponta, em sua pesquisa, que ao contrário à realidade atual da maioria dos serviços de saúde em que há pouca participação dos trabalhadores na gestão dos serviços, a Política Nacional de Humanização (PNH) propõe algumas diretrizes essenciais para a humanização das práticas de saúde: “[...] a gestão participativa, a educação permanente e o redimensionamento do trabalho para a produção de subjetividades”. Em Ponta Grossa, pode-se avaliar que os profissionais se enquadram na “pouca participação”, pois apenas um profissional, dos trinta e cinco profissionais que participaram da pesquisa de acordo com o quadro 27, participa do Conselho Municipal de Saúde, órgão participativo e deliberativo sobre os serviços de saúde do município. Em contrapartida, a educação permanente foi realizada, recentemente, através de supervisões e capacitações com os profissionais.

Rios (2008) observa que não haverá humanização se não houver mudanças na forma da gestão e organização do trabalho, resgatando-se o protagonismo, a dignidade, o respeito e a sensibilidade dos trabalhadores, que se deseja ver aplicados no cuidado aos pacientes.

É relevante expor brevemente o contexto da Política Nacional de Humanização – PNH do Sistema Único de Saúde (SUS) – constituída atualmente –, cuja fase embrionária foi desencadeada no movimento de reforma sanitária. De acordo com Silva (2012, p.14), “O movimento sanitário tinha presunções concretas, a saúde como direito de todo o cidadão,

independentemente de ter contribuído, não se pode privar qualquer cidadão do acesso ao serviço público de saúde”.

O movimento de reforma sanitária contribui para o aperfeiçoamento sobre o entendimento do processo saúde-doença, em face das diversas discussões e conferências voltadas ao tema, tornando-se um agente coletivo de mudança, principalmente a partir da década de 1980. Cedendo às necessidades de redemocratização, também no âmbito da saúde, o Ministério da Saúde convoca e organiza a 7ª Conferência Nacional de Saúde, voltada ao tema “Serviços Básicos em Saúde”. Em 1986, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que constitui um marco histórico importante às políticas públicas em saúde, e que culmina num pacto social pontuado na celebrada Constituição de 1988, em que a saúde aparece como direito do cidadão e dever do Estado.

Nos anos 1990, através de programas voltados à humanização no atendimento em saúde, algumas iniciativas são disseminadas, tais como: o Programa de Atenção ao Parto e Pré-natal e o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Entretanto, esses programas não se articulavam entre si. Nesse período, houve um grande avanço no sentido de representatividade popular na gestão em saúde, através da lei nº8142 de 19 de setembro de 1990, em que se dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, bem como sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, entre outras providências.

Já nos anos 2000, evidencia-se a importância da formulação e implantação de uma Política Nacional de Humanização (PNH) na saúde, considerando a respectiva política dentro do princípio da transversalidade proposto pelo SUS, em que a intenção perpassa a possibilidade de comunicação máxima entre gestão e atenção em saúde. A PNH ou Humaniza SUS aparece em 2003, criada pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, com o objetivo de unificar e potencializar as iniciativas já existentes. Segundo Cardoso e Hennington (2011, p.91):

Em suma, a humanização não se limita à emergência de novas propostas. Trata-se, na verdade, de uma estratégia de valorização das práticas de gestão e de atenção que já ocorrem no dia a dia dos serviços, buscando romper o abismo entre a tradicional normatização e prescrição do aparato burocrático do Estado e o agir concreto na experiência cotidiana de produzir saúde. Ao fomentar movimentos de lateralidade e transversalidade entre sujeitos, espera-se fazer circular saberes e poderes, alterando o padrão organizacional e de gestão verticalizados e hierarquizados, visando a melhorar os processos comunicacionais. Para a PNH, a produção de saúde se dá por meio de encontros, a partir das relações entre sujeitos na construção de contratos terapêuticos que possam servir à qualificação da vida, bem como na ampliação dos sentidos do trabalho em saúde que produzam sujeitos mais livres e autônomos.

A PNH constituiu-se como um produto da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 2003, quando sua implantação foi planejada para o ano seguinte, pois a publicação da Lei que instituiu a política ocorreu no ano de 2004. O relatório da 12ª CNS contemplou a seguinte diretriz, em seu sétimo item: “Definir uma política de humanização da atenção à saúde como eixo estruturador das três esferas de governo, mediante a elaboração de planos a serem implementados em toda a rede de serviços de saúde” (BRASIL, 2003, p.79).

Observa-se que a década de 1980 foi um período de grande luta e de muitas conquistas pela garantia de cuidados as pessoas que buscavam atendimento na saúde, a PNH, Reforma Sanitária caminhando junto com a Reforma Psiquiátrica na garantia de direitos aos usuários. De acordo com Tomasi et al. (2008, p. 193),

Com o crescimento mundial do setor de serviços, os trabalhadores de saúde tornaram-se um dos maiores contingentes da força de trabalho. Essencial para a vida humana, o trabalho em saúde insere-se na esfera da produção imaterial, que se completa no ato de sua realização. Ele é coletivo, contando com a participação de diversos trabalhadores e envolve características tanto em sua forma assalariada e fragmentada, [...] Estudos sobre o trabalho em saúde devem considerar a complexidade das demandas em saúde, as relações entre as equipes e a articulação dos diferentes trabalhos em uma equipe de saúde, determinando possibilidades e limites de respostas às necessidades de saúde das pessoas.

Conforme Rios (2008, p.158),

Os fatores subjetivos presentes na prática profissional muitas vezes respondem pela angústia que aflora no cotidiano do trabalho na saúde. Todo profissional dessa área precisa desde a sua formação acadêmica refletir sobre a existência humana, sobre si mesmo e conhecer suas limitações. Reflexões fundamentais para lidar com a frustração dos inevitáveis fracassos, a depressão e o sentimento de impotência quando a realidade se impõe. Ser bom profissional é também ser capaz de suportar esses sofrimentos inerentes à profissão e continuar desejando cuidar, num constante recomeçar.

Eberhardt, Carvalho e Murofuse (2015) apresentam um estudo caracterizando o perfil da força de trabalho em saúde na macrorregião oeste do Paraná, no que diz respeito à oferta, composição, distribuição e vínculos de trabalho. A macrorregião é composta por cinco regionais, totalizando 79 municípios. Os dados foram coletados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) em 2014. O estudo selecionou 10.330 vínculos de trabalho classificados como precarizados, correspondente a 36,46% das modalidades de vinculação dos trabalhadores de saúde na macrorregião, sendo 75,99% constituída de vinculação autônoma e 18,83% por contrato por prazo determinado. A maioria dos profissionais, 85,28%, tem formação em nível superior com vínculos precários.

Os pesquisadores verificaram a presença da precariedade em todos os segmentos, sendo que 94,66% deles está entre os trabalhadores que desenvolvem atividades nucleares específicas da saúde (relacionadas a atendimentos à saúde que incorporam riscos, e que apresentam consequências que podem não ser reversíveis). Observaram que entre os médicos, 78,88%, são contratados como autônomos, os fisioterapeutas são 55,06%, administradores 49,41%, dentistas 45,56%, fonoaudiólogos 45,12%, nutricionistas 40,83%, psicólogos 38,95%, educadores físicos 37,14%, técnicos em radiologia e imagenologia 31,91%. Identificaram que a maioria dos vínculos precários, 53,45%, estão localizados nos serviços hospitalares, e 33,71% estão nos serviços intermediários. Em relação à distribuição dos vínculos precários, 67,81%, estão localizados no setor privado, enquanto 23,50% estão na esfera municipal. O estudo demonstra que os municípios com população superior a 100 mil habitantes apresentam maior índice desses vínculos, 55,15%, já os municípios com menos de 5 mil habitantes respondem a 2,93% dos vínculos precários.

Segundo Eberhardt, Carvalho e Murofuse (2015, p.19), “A questão da precarização do trabalho no setor de saúde tem sido apontada como um desafio para a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS)”. Os autores apresentam algumas definições de trabalho precário, entre elas está a do Ministério da Saúde que o define como: “aquele realizado sem a proteção social do trabalhador e, na administração pública, engloba também todo trabalho realizado sem concurso público”. Conforme Eberhardt, Carvalho e Murofuse (2015, p.22-23):

Dentre as propostas do DesprecarizaSUS⁴, destaca-se a necessidade de implementação de uma nova política como alternativa contraposta à administração de recursos humanos, em que o trabalhador, como sujeito fundamental do processo de trabalho em saúde e mediador do direito à saúde, seja percebido como um sujeito transformador e protagonista das práticas e políticas, e não como um mero recurso realizador de tarefas previamente estabelecidas pela gerência.

O trabalho em saúde implica em tarefas coletivas que demandam pensar no cuidado de quem cuida, pois, o trabalhador, quando satisfeito, sente-se valorizado e vivencia seu trabalho com prazer, repercutindo atividades que realiza (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011).

⁴ Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, implantado em 2003, por meio de ações desenvolvidas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

3.2 TRABALHADORES DA SAÚDE MENTAL

O trabalho nos serviços de saúde mental representa um desafio singular, em virtude de “[...] sua dimensão extremamente complexa, a qual comporta inúmeras interfaces que vão desde a reestruturação dos serviços até a qualidade da assistência prestada, além das relações de trabalho e da assimilação de novos saberes, metodologias e tecnologias de trabalho” (SOUSA; PINTO; JORGE, 2010, p.153). Zgiet (2013, p.314) aponta que,

O trabalho em saúde mental é, geralmente, um desafio, pois é marcado por frustrações que vão da cronificação do quadro do usuário cuja doença se pretende tratar até a impossibilidade de controle do processo de trabalho. A forma como os serviços são organizados e a expectativa quanto à relação dos servidores com os pacientes também são fatores capazes de corroborar as dificuldades do cotidiano dos profissionais.

E, de acordo com Glanzner; Olschowsky e Kantorski (2011, p.717),

Na atualidade, o trabalhador da área de saúde mental tem se constituído frente às transformações do modelo de atenção preconizado pela reforma psiquiátrica que defende um deslocamento do saber médico-psiquiátrico para a interdisciplinaridade, da noção de doença para saúde, dos muros dos hospitais psiquiátricos para a circulação para a cidade, do doente mental para o indivíduo com sofrimento psíquico, do incapaz tutelado para o cidadão.

Nos Serviços em Saúde Mental, a pessoa atendida, objeto do trabalho, traz singularidades e implicações de vida além do sofrimento mental e/ou dependência química. Nessa conjuntura, para atuar na perspectiva psicossocial, é fundamental o trabalho em equipe, com flexibilidade na prática entre os profissionais, sustentado por relações horizontais, diálogo e humildade face ao sofrimento mental. (MACEDO et al., 2013).

Conforme explicam Glanzner; Olschowsky e Kantorski (2011, p.719), “O objeto do trabalho é o sujeito em todas as suas dimensões, e a equipe trabalha interdisciplinarmente para o alcance da promoção da saúde mental”. Já de acordo com Cardoso e Hennington (2011, p.86), “[...] o trabalho em equipe multiprofissional representa um dos pontos centrais na reorganização da atenção à saúde [...] surge como uma estratégia para redesenhar os processos de trabalho e promover a qualidade dos serviços”. Cardoso e Hennington (2011, p.86-87) apontam que

[...] diante das múltiplas dimensões que as necessidades de saúde expressam – social, psicológica, biológica e cultural – e do intenso processo de especialização do conhecimento e das intervenções acerca desse objeto complexo, nenhum agente isolado tem a capacidade de realizar a totalidade das ações demandadas e necessárias. A equipe representa, além de relações de trabalho, relações de saberes, poderes e, principalmente, relações interpessoais. Esse modo de trabalhar exige que os profissionais utilizem seus saberes operantes particulares, baseados em distintas

lógicas de julgamento e de tomada de decisão quanto à assistência a se prestar, de forma compartilhada e negociada. Tal articulação implica a conexão de diferentes processos de trabalho, conhecimento sobre o trabalho alheio e o reconhecimento pelo outro de sua necessidade para a atenção à saúde. [...] Este tipo de trabalho pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na do outro. Assim, ambos se transformam nessa troca no intuito de intervir na realidade que se apresenta e se revela complexa, por reunir indivíduos com diferentes histórias de vida, saberes técnicos e formações diversas, em torno da difícil tarefa de responder adequadamente às necessidades dos usuários do serviço, da própria instituição, bem como aos desejos e à individualidade de cada membro da equipe.

A atuação no setor de Saúde Mental exige dos trabalhadores que sua atividade seja realizada em conjunto, como espaço de ação e reflexão de suas ações profissionais, em que as relações entre os profissionais devem estar em discussão, rompendo com aspectos meramente técnicos. (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011).

A existência de equipes nos serviços nem sempre configura e constitui um “trabalho em equipe”. O trabalho em equipe de saúde pode estar associado aos serviços como um espaço institucionalizado e formal. Em algumas vezes, o trabalho em equipe revela-se em cenários e por meio de práticas, distantes de prescrição ou normas disciplinares, através do encontro de distintos sujeitos com diferentes histórias, formações e experiências, numa aproximação da perspectiva transdisciplinar de construção de um novo saber. (CARDOSO; HENNINGTON, 2011). Como explicam Sousa; Pinto e Jorge (2010, p.152):

A atuação multidisciplinar em Saúde Mental propicia a necessidade também da interdisciplinaridade no agir em saúde, ao articular práticas e saberes diferentes na promoção da assistência integral. Para tanto, é fundamental que os trabalhadores disponham de formação permanente, no sentido de permitir a auto-realização, tanto no plano pessoal quanto profissional do trabalho psicossocial.

São várias as especificidades do trabalho na saúde e, principalmente, no trabalho da saúde mental. O trabalho multidisciplinar é uma delas, fator importante e fundamental para a qualidade e efetividade do trabalho, e obviamente, compreendido e apreendido pelos profissionais. Como afirmam Cardoso e Hennington (2001), ter uma composição de profissionais em um estabelecimento de saúde não é sinônimo de trabalho em equipe.

Almeja-se que todos os envolvidos na assistência em saúde mental possam se compreender como sujeitos nesse processo, pois o objeto de intervenção, por ser complexo e interdisciplinar, necessita que as práticas e saberes tradicionais sejam reconstruídos para responder a essa transformação. (WETZEL; KANTORSKI, 2004). De acordo com Macedo et al. (2013, p.1000),

O trabalho em saúde mental apresenta-se permeado de especificidades, as quais requerem dos trabalhadores habilidades para lidar com o ser humano, tendo em vista

compreendê-lo numa perspectiva da integralidade do cuidado em saúde. Sobretudo porque se lida no cotidiano com o sofrimento e a loucura, o que torna o ambiente permeado por intensa produção subjetiva e intersubjetiva. Assim, os trabalhadores estão expostos a diversas situações, as quais podem ocasionar maior ou menor (in)satisfação.

Imprescindível à reflexão no âmbito da subjetividade desses profissionais, a perspectiva que têm do próprio trabalho e o seu impacto nos serviços, influenciando diretamente em suas práticas profissionais. Entende-se a satisfação profissional como o bem-estar perante as práticas profissionais relacionadas com as demandas do serviço. (MACEDO et al., 2013). Macedo et al. (2013, p.1005) confirmam que:

[...] as ações realizadas nos serviços repercutem além do universo da prática profissional nas condições subjetivas desses profissionais, uma vez que este profissional confronta-se, cotidianamente, com o dilema entre sensibilizar-se ou não com o outro, pois necessita assistir o usuário de modo humanizado, e, ao mesmo tempo, não se abater com os inúmeros sofrimentos que presencia na prática.

A atuação profissional no setor de Saúde Mental é enriquecedor e desafiador, como apontam estudos já realizados com profissionais dessa área, e o envolvimento, conforme citação acima, se dá constantemente através de um dilema, qual seja, se esse envolvimento repercutir ou não além do campo profissional, pois como já referido, a pessoa em sofrimento mental não traz apenas o transtorno mental, mas todo o seu contexto familiar, social, comunitário, uma história de vida, e muitas vezes os atendimentos demandam além de questões institucionais. De acordo com Macedo et al. (2013, p.1005),

Nessa conjuntura, os profissionais dos serviços de saúde mental percebem-se como instrumentos necessários para que os usuários possam transpor as barreiras em busca de iniciativas de inclusão social, que reivindiquem direitos estabelecidos. Todavia, também referem impotência e vivenciam angústia ante a gestão pública na realização das práticas requeridas pelo serviço, por não depender apenas a esses a consecução de todos os recursos intersetoriais necessários.

Conforme Glanzner; Olschowsky e Kantorski registram (2011, p.719), “O trabalho acontece também nas relações sociais e nas interfaces entre singular e coletivo, trabalho e saúde mental, devendo ser aproveitado como espaço da construção de uma prática reflexiva sobre as atividades e as relações estabelecidas entre os profissionais”.

É importante compreender as especificidades do trabalho na saúde, e em especial na saúde mental, para se reconhecer as condições de trabalho nos CAPS de Ponta Grossa. O contexto nacional que complexifica as relações trabalhistas no setor estão presentes nos discursos dos trabalhadores que participaram deste estudo.

3.3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS II TM DE PONTA GROSSA

Em Ponta Grossa existe um CAPS II TM, localizado no bairro Centro. O CAPS II TM iniciou suas atividades em setembro de 2006 no município de Ponta Grossa, conforme informa Coneglian (2011, P.46):

A Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, no ano de 2002, registrou os primeiros CAPS habilitados no Estado, somando 14 serviços nas diferentes modalidades de atendimento: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad e CAPSi. Os municípios que primeiramente instalaram esses serviços foram: Cambé (1 unidade); Cascavel (1 unidade); Curitiba (5 unidades); Francisco Beltrão (1 unidade); Foz do Iguaçu (1 unidade); Londrina (2 unidades); Maringá (1 unidade); Paranavaí (1 unidade) e Pato Branco (1 unidade).

Nota-se a tardia implantação desses serviços no município de Ponta Grossa, de acordo com Coneglian e Leandro (2012, p.65).

A implantação dos serviços substitutivos à internação psiquiátrica, na Região dos Campos Gerais, tem seu início no final de 2005 e no decorrer do ano de 2006. A se considerar que a Portaria que criou a modalidade de CAPS é datada de 1992, a princípio vale destacar que a região dos Campos Gerais apresenta uma lentidão na adoção destes serviços. Os dados do Ministério da Saúde mostram que, entre os anos de 2005 e 2006, ocorreu um aumento de 57% no número de CAPS I abertos no Brasil, passando de 279 no ano de 2005 para 437 em 2006. Com os CAPS II ocorreu um aumento de 269 unidades para 322 em 2006, com aumento de 20%. Este período foi o de maior crescimento, o que sugere ter relação com a aprovação da Portaria/GM Nº1935, modificada posteriormente pela Portaria 245/GM de 17 de fevereiro de 2005, que estabeleceu incentivo financeiro para a implantação dos serviços de CAPS.

Outro aspecto importante é a forma de contratação dos profissionais que atuam no CAPS: a equipe profissional atual do CAPS II TM é contratada por uma empresa terceirizada. Conforme pesquisa de Trentini (2010), a equipe inicial do CAPS II TM era composta por profissionais de saúde da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa (PMPG), que permaneceram trabalhando no CAPS até a equipe da Organização Não Governamental Núcleo Terapêutico Menno Simons ser contratada em 2007 através de licitação, permanecendo até 2009. Neste ano, a Clínica Médica Psico Base foi contratada após processo licitatório, permanecendo até hoje. O CAPS recebe contrapartida da PMPG, como aluguel do imóvel, alimentos, manutenção do prédio etc. Trentini (2010, p.85) assevera que:

[...] a terceirização dos serviços de saúde no SUS tem previsão na própria Constituição. Permite o artigo 197 da Constituição Federal que a execução das ações e serviços de saúde seja feita tanto diretamente pelo Poder Público, como mediante contratação de terceiros, inclusive pessoa física ou jurídica de direito privado, remunerado pelos cofres públicos.

Segundo Trentini (2010, p. 85), “O que ocorre é a contratação de pessoas, sem concurso público, para atuarem nas mais diversas funções nos serviços de saúde, contratando-se desde profissionais para exercício de atividade na rede de saúde, até agentes sem qualquer qualificação”.

Conforme declarações da Gerente de Saúde Mental, em entrevista realizada em novembro de 2014, *“A terceirização vem para contribuir, na verdade, em alguns cargos que nós não conseguimos contratar pelo serviço público. Por exemplo: artesão, professor de música, tem o concurso de musicoterapeuta, mas já foi chamado todos do concurso, não tem como chamar mais, tem que abrir um novo concurso. Professor de música, ou outro profissional, um filósofo, um historiador, algum outro profissional que possa compor a equipe, que pode facilitar”*. A dificuldade da terceirização está em realizar a educação permanente, devido à rotatividade de funcionários. Porém, a Gerente explica que a terceirização é um processo provisório.

Ressalta-se que, em virtude do processo licitatório, nem sempre a mesma empresa permanece (apesar de a empresa terceirizada “Psico Base” permanecer prestando o serviço há seis anos). Para os usuários, esse processo se torna desgastante, pois, ao término do contrato e início de um novo, o vínculo terapêutico é interrompido para iniciar outro vínculo com uma nova equipe que está ingressando no serviço. Isso ocorre porque nem sempre permanecem os mesmos profissionais, e os novos podem não possuir a devida experiência na área de saúde mental, não conhecem o histórico do usuário, iniciando o processo terapêutico toda vez que muda a equipe. (TRENTINI, 2010).

Atualmente, de acordo com a coordenadora do CAPS II TM, a equipe conta com 13 trabalhadores, sendo: três psicólogos, dois enfermeiros (sendo uma coordenadora), um assistente social, um psiquiatra, um auxiliar de enfermagem, uma professora de música, um auxiliar administrativo, dois artesãos e um servente. Percebe-se que a equipe profissional do CAPS II TM encontra-se condizente com o que preconiza a Política de Saúde Mental, especificamente no que respeita a Portaria nº 336 de 2002.

Em 2014, o CAPS II TM contou com 1.376 usuários inativos e 215 ativos, sendo: 153 não intensivos; 47 semi-intensivos; e 15 intensivos. O *ativo* são os pacientes que estão frequentando o CAPS e realizam o acompanhamento, as atividades ali realizadas, ao passo que os *inativos* são os que já foram referenciados, mas não estão frequentando o Serviço.

3.3.1 Estrutura do CAPS II TM

De acordo com entrevista realizada com a Assistente Social do CAPS II TM, o prédio em que o CAPS está localizado é alugado, tem um refeitório, cinco salas para atendimento nas quais os profissionais revezam para realizar os atendimentos, sendo três na parte da cima e duas na parte de baixo do prédio. Há três banheiros, sendo um para funcionários e os demais (feminino e masculino) para os pacientes.

Em 2010, Trentini apresentou a seguinte estrutura, uma vez que o CAPS estava localizado em outro endereço:

Quanto ao espaço físico, o CAPS II, por estar instalado em um casarão antigo, com dois andares, possui amplas salas, com pé direito alto e chão de tábuas de madeira. O (A) médico (a), enfermeiras e psicólogas possuem salas individuais para atendimento. Os demais utilizam as salas quando estas não estão sendo ocupadas. Conta também com uma sala para reuniões, uma sala de recepção, uma sala de espera, quatro instalações sanitárias (duas para usuários e duas para os profissionais), uma cozinha, duas salas para as oficinas, uma sala de TV e de convivência e uma unidade de observação, com dois leitos.

O primeiro endereço do CAPS II TM foi na rua Marechal Deodoro da Fonseca, 531, na região central, próximo ao endereço atual, porém com maior distância do Terminal Central de Ônibus. Atualmente, o CAPS II TM também está localizado na região central, na rua Sete de Setembro, mais próximo ao Terminal Central e com locais de embarque e desembarque de ônibus próximos. Trata-se de uma casa antiga como o primeiro endereço, com salas de médio porte. Para o número de atendimentos, é importante um local maior, pois durante as reuniões de família, pelo menos nas duas em que houve a participação desta pesquisadora, houve grande número de participantes e a sala não estava adequada para esse número. A recepção também é pequena, e embora não tenha conhecido os demais ambientes, foi possível observar que não há condições de acessibilidade. As salas são utilizadas por todos, porém, existem as identificadas como dos psicólogos e médicos, porém, todos podem utilizá-las.

Ao questionar se existem leitos neste CAPS atualmente, a Assistente Social informou que não, apenas o CAPS III possui leitos (que ainda não há no município). No entanto, o município já comporta e precisa de um CAPS III, que se trata de um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, constituindo-se em um serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas, diariamente, incluindo feriados e finais de semana.

Conforme o Manual de Estrutura Física dos CAPS (2013), elaborado pelo Ministério da Saúde, os CAPS II TM devem possuir os seguintes ambientes: uma recepção

compreendida como espaço de acolhimento; três salas de atendimento individualizado; duas salas de atividades coletivas; um espaço de convivência; dois banheiros com chuveiro e com sanitário adaptado para pessoas com deficiência; uma sala de aplicação de medicamentos (sala de medicação) e posto de enfermagem; um quarto coletivo com acomodações individuais (para acolhimento noturno com duas camas) e banheiro (suítes); uma sala administrativa; uma sala de reunião; um almoxarifado; uma sala para arquivo; um refeitório; uma copa (cozinha); dois banheiros com vestiário para funcionários; um depósito de material de limpeza (DML); uma rouparia; um abrigo de recipientes de resíduos (lixo) e abrigo externo de resíduos sólidos; área externa para embarque e desembarque de ambulância; área externa de convivência.

Constatou-se que o CAPS II TM não possui todos os ambientes conforme prevê o Manual. Para se cumprir as recomendações, faz-se necessário a escolha de imóvel com os ambientes exigidos, ou, então, contratos que possibilitem adaptações indispensáveis para tal cumprimento. No entanto, o fato de se tratar de imóvel alugado dificulta a padronização do local com a Política de Saúde Mental.

3.3.2 Atendimentos operacionais

Neste subitem, são apresentados aspectos operacionais do CAPS II TM, apontando-se como se dão as estratégias de atendimento, o que implica discutir diferentes modalidades de atendimento.

Os atendimentos realizados no CAPS são ofertados em três modalidades, de acordo com a Portaria nº 336/ 2002: intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Em relação a esses atendimentos, foi questionado como são realizados no CAPS II TM, se são ofertados nas três modalidades. A coordenadora explicou: *“Olha, não trabalhamos mais assim nem é obrigado a trabalhar mais com isso, porque tem paciente que vem duas vezes, ele vem pra um dia para participar, depois ele vem só um dia para psicoterapia. Antes tinha que ter um número X para cada, hoje você tem que ter, mas ainda colocamos não intensivo, intensivo e semi-intensivo. [Mas tem aqueles que vêm todos os dias?] Tem. [Que frequentam uma vez só na semana?] Tem”*.

A fala da coordenadora é exemplificada com a seguinte citação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.8) sobre o Projeto Terapêutico Singular em relação aos atendimentos realizados atualmente nesse CAPS: “O cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo, em sua

construção, a equipe, o usuário e sua família”. Pode-se entender, diante do exposto, de acordo com a Coordenadora do CAPS II TM, que o projeto terapêutico dos usuários é realizado na lógica do PTS, não mais em modalidades de atendimento, porém para receber o repasse de verba ainda é necessário enquadrar os atendimentos nas modalidades previstas na Portaria nº 336 de 2002, sendo, portanto, utilizada apenas de forma burocrática.

Portanto, os relatórios ainda são realizados na forma das três modalidades, demonstrando a dificuldade em aplicar a lógica do PTS aos relatórios. Contudo, a dinâmica do serviço já não compreende mais essas modalidades, é necessária uma adequação com a realidade dos serviços e dos usuários. Sobre o modo como as pessoas são atendidas – seu primeiro contato com o CAPS – a coordenadora explica que: *“Ela é porta aberta. Ela entra e fazemos o acolhimento e aí vemos se realmente é para CAPS ou se é para ambulatório, se é para unidade básica de saúde”*. O Ministério da Saúde (2013, p.8) informa que:

As práticas dos CAPS são realizadas em ambiente de “portas abertas”, acolhedor e inserido nos territórios das cidades, dos bairros. Os PTS, acompanhando o usuário, em sua história, cultura, projetos, e vida cotidiana, ultrapassam, necessariamente, o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios.

Portanto, com base na fala da Coordenadora, constata-se que qualquer pessoa pode buscar atendimento no CAPS, porque é realizada uma abordagem e verificado se o atendimento é para o CAPS ou outro serviço. Caso não seja, é importante que a equipe conheça os outros recursos do município para realizar os encaminhamentos de forma responsável.

Em relação à abordagem no primeiro contato da pessoa com o CAPS, a Assistente Social explica que é realizada a triagem - uma entrevista inicial, em forma de escuta qualificada -, com avaliação inicial para verificar se é caso de CAPS ou de outro serviço de saúde. Essa triagem é realizada pelos seguintes profissionais: psicólogo, assistente social e enfermeira. Ela informa, ainda, que dos profissionais de nível superior, apenas a professora de música não realizava esse procedimento, mas a partir do mês de setembro de 2014 passou a realizar.

A assistente social explica que, para a organização do Serviço, é realizada uma escala na semana. Dessa forma, em cada dia, dois profissionais permanecem de plantão (um pela manhã e outro à tarde) para atender os casos novos, e, assim, é possível realizar a divisão de profissionais para não os sobrecarregar.

Ao ser questionada se existe lista de espera para atendimento no CAPS, a coordenadora informa que: *“Não, nunca teve lista de espera, para nós nunca teve”*. E sobre

as formas de acesso, ela explica que: *“Ela [pessoa com transtorno mental] vem encaminhada, ou vem sozinha, daí nós, um profissional faz o acolhimento, a triagem, e aí vamos ver, daí fazemos a proposta, já fazemos o contrato dela para o CAPS, e se não for, a gente encaminha para os outros serviços”*.

A assistente social informa como são realizados os encaminhamentos: *“Quando não é do CAPS, que é para outros serviços, ou ambulatório, ou Faculdade Santana, que seria só psicologia, fazemos através de um encaminhamento, fazemos um encaminhamento por escrito, reforçamos a importância dos profissionais conhecerem os serviços disponíveis no território para que consiga realizar os encaminhamentos devidamente e assim articular a rede de atendimento”*.

Em relação ao trabalho articulado com outras políticas públicas, o trabalho em rede, a coordenadora informa: *“Ainda não tem o matriciamento, está sendo feito a capacitação. Mas temos esses contatos. Mas ainda não está ativo porque o pessoal não consegue entender ainda qual é a dinâmica do CAPS, o que é para o CAPS, o que é para o ambulatório. Eles fazem uma... tudo é CAPS, tudo é CAPS para eles. Daí, às vezes, fica difícil. Fica difícil daqui mandar para outro serviço, porque ele não aceita, ele vem com um, ele quer receita”*.

Trentini (2010, p.87) refere que “A equipe do CAPS II também tem como objetivo trabalhar com o matriciamento de toda a rede: Pronto Socorro Municipal, unidades básicas de saúde e Hospital São Camilo”. Em 2010, o matriciamento era realizado com a articulação aos demais serviços de saúde do município. Já em 2014, está em fase de capacitação dos profissionais referente ao tema. Compreende-se como matriciamento

Apoio presencial sistemático às equipes que oferte suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular. (BRASIL, 2013, p.10).

3.3.3 Atividades realizadas pelos usuários no CAPS II TM

As atividades que os usuários do CAPS II TM participam envolvem grupos de músicas, de artesanato, de prevenção e promoção à saúde, contação de histórias, grupos psicoterapêuticos, entre outros. Conforme a coordenadora, *“Atividades psicoterapêuticas, de músicas, de artesanatos, de prevenção e promoção à saúde, tem grupos psicofármaco, de dinâmicas, grupos de contação de histórias, várias atividades”*. Essas atividades acontecem de segunda a quinta-

feira; já na sexta-feira, no período da manhã, ocorre reunião da equipe, e no período da tarde ocorrem os atendimentos individuais com os psicólogos, e se for preciso, acontecem acolhimentos, de acordo com as informações coletadas no CAPS.

Para o Ministério da Saúde (2013, p.8), “Algumas das ações dos CAPS são realizadas em coletivos, em grupos, outras são individuais, outras destinadas às famílias, e podem acontecer no espaço do CAPS e/ou nos territórios, nos contextos reais de vida das pessoas”.

Como a política de Saúde Mental prevê, algumas ações são realizadas externamente, “nos contextos reais das pessoas”. Foi questionado à coordenadora se existem atividades externas. *“Tem. Eles vão para o museu, eles fazem caminhadas na segunda e terça-feira de manhã. Tem München, tem Corpo de Bombeiros, tem as atividades educacionais, sócio-educativas. Aí tem a reunião de família, que é uma coisa que não tinha antes, não tinha ativamente, agora está ativo. [Essa reunião de família acontece uma vez por semana?] Toda segunda segunda-feira do mês à tarde [E quem está à frente da reunião?] É a assistente social, daí a professora de música entra com música. É a assistente social e os psicólogos”.*

Deste modo, uma das atividades direcionadas à família dos usuários é a “reunião de família”. Em entrevista, a assistente social relatou mais detalhes sobre a reunião da família. *“Então, assim, sempre tem aqueles que sempre vêm, já são aqueles familiares bem ativos na questão do acompanhamento do tratamento do familiar. E sempre estamos acolhendo novos pacientes e esses novos casos que chegam. Então, sempre orientamos a questão dos horários do CAPS, das frequências e a necessidade da participação na consulta e na reunião familiar”.* A assistente social explica que todos os familiares participam da reunião, independentemente do tempo que o usuário frequenta o CAPS.

Sobre a dinâmica da reunião, a assistente social explica que a abertura ocorre sempre com as boas vindas e alguma atividade diferenciada, com as psicólogas ou com a professora de música, relacionando essas atividades com as demandas trazidas pelas profissionais no cotidiano do trabalho.

Além disso, a profissional trabalha com outras temáticas que surgem no cotidiano do CAPS, como os benefícios previdenciário e assistencial, a forma como são utilizados, quem é o responsável por administrar os valores financeiros: *“Falei bastante a questão do benefício aquele dia, por quê? Porque em muitos atendimentos individuais que eu tenho feito e até mesmo coisas que as psicólogas trazem, é essa questão, que pelos nossos pacientes serem comprometidos, vamos usar esse termo, em relação a algumas questões psiquiátricas - muitos deles - quem fica responsável pelo benefício é o familiar, e é uma dificuldade que vemos em relação a isso que eles trazem para a gente – ‘ai, meu familiar está usando meu benefício de*

forma indevida’ – e isso é uma coisa que temos buscado conversar bastante nas nossas reuniões de equipe [...]”

A assistente social informa que está abordando durante a reunião de família o tema sobre os benefícios, a forma de utilização do dinheiro do usuário, bem como a explicação sobre cada tipo de benefício: *“Eu achei melhor fazer na reunião de família alguns temas que foram sendo trazidos ao longo do mês para mostrar para eles que estamos cientes, que sabemos, que temos conhecimento. E daí aqueles casos mais específicos, vou estar chamando o familiar para conversar. [...] é uma dificuldade e a gente precisa trabalhar com eles, mostrar para eles que existe casos que não é aposentadoria e sim um auxílio doença, ele é temporário. Que quem determina esse tempo não somos nós e sim o INSS, e pode de um, dois, três, seis meses, um ano, mas que é um período, e que a gente tem que tomar esse cuidado de não, de repente, fazer uma despesa, uma conta a longo, longuíssimo prazo e depois não ter aquilo”*.

Constata-se que as atividades realizadas no CAPS II TM estão condizentes com o que prevê a Portaria nº 336 de 2002, embora qualitativamente deixe a desejar, em virtude de o espaço viabilizado não ser o ideal. Além disso, o número reduzido de Centros para a população da cidade vai de encontro ao disposto no segundo artigo da referida Portaria, “Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território” (BRASIL, 2002).

No município de Ponta Grossa, há questões relacionadas ao atendimento em saúde mental que carecem de melhorias. Não obstante os esforços empregados, ao se pensar nos usuários que buscam por atendimento apenas um dia (meio período), ou até mesmo nos demais dias, questiona-se o que, efetivamente, essas pessoas realizam e, se seu tempo está ocioso, qual o impacto das ações, atividades dos CAPS na vida desses usuários.

3.4 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL – CAPSI DE PONTA GROSSA

O CAPSi iniciou suas atividades em Ponta Grossa na última semana de setembro de 2012, na rua Tenente Hinon Silva. Foi interditado pela vigilância sanitária em abril de 2013, paralisando o atendimento para novos usuários, permanecendo apenas com o atendimento dos já inseridos no serviço.

Conforme a gerente de saúde mental, a interdição ocorreu devido à estrutura do prédio estar irregular, não condizente com o que prevê o manual de construção do CAPS: *“Aquela*

estrutura não tinha uma área externa, o que dificultou muito as atividades, e também adoeceu a equipe anterior que estava lá. Tanto que funcionários pediram a conta, tiveram funcionários que pediram a transferência, e acolhendo, acolhendo, os funcionários não foram capacitados para a lógica de CAPS, o que dificultou todo o atendimento dos pacientes. E como nós precisamos dos documentos, inclusive da licença sanitária, todos os documentos previstos na Portaria, para solicitar a habilitação do serviço, para solicitar o incentivo e a habilitação do serviço, nós pedimos para a vigilância sanitária fazer uma vistoria pra ver se liberava a licença sanitária, e ela interditou o serviço. Uma medida cautelar por todas as circunstâncias que o serviço apresentava”.

Havia um inquérito civil acontecendo nesse mesmo período, instalado pelo Ministério Público, em que solicitava procedimentos cabíveis: *“Então, assim, são essas condições, que até já tinha uma investigação do Ministério Público, um inquérito civil com relação ao imóvel. Não foi só uma solicitação minha, da vigilância, o Ministério Público, na época representado pelo Dr. Fuad, já tinha pedido para que a vigilância fizesse as vistorias necessárias no imóvel, porque ele também achava que o imóvel não estava adequado”.*

Posteriormente, reiniciou o atendimento em 09 de dezembro de 2013, conforme declarações da gerente de saúde mental, no mesmo endereço, com uma equipe diferente, mudando de local após sete meses, o que ocorreu em julho de 2014. Igualmente ao CAPS II TM, a equipe do CAPSi é terceirizada, contratada pela Clínica Médica Psico Base, e o público atendido tem de 3 a 18 anos incompletos. O CAPSi trabalha com crianças e adolescentes que têm problemas de transtorno graves e persistentes, ou problemas com álcool e/ou drogas.

A equipe do CAPSi conta atualmente com 14 trabalhadores, sendo: três psicólogos (um exercendo o cargo de coordenador), uma enfermeira, uma assistente social, uma psiquiatra, uma técnica de enfermagem, uma pedagoga, uma educadora física, uma professora de música, um auxiliar administrativo, dois artesãos e uma zeladora.

Observou-se que a equipe profissional do CAPSi não está condizente com o que preconiza a Política de Saúde Mental, especificamente pela Portaria nº 336 de 2002, pois não há na equipe neurologista ou pediatra. Além disso, em decorrência do número de usuários atendidos, a equipe torna-se reduzida, pois já ultrapassou o limite de atendimentos previstos.

Conforme o coordenador do CAPSi, em 2014 há 260 usuários nas modalidades semi-intensivo e não intensivo. Por serem crianças e adolescentes com idade escolar, torna-se inviável a modalidade intensiva, conforme explica o coordenador: *“Na realidade, nós temos pacientes hoje aqui no semi e no não intensivo, porque tem as questões escolares. Muitas vezes, por exemplo, muitas crianças que vêm pra cá estão no contraturno da escola. Então, a*

trabalhamos para que essas crianças não fiquem fora da escola, elas vêm em outro horário, mas elas têm outras atividades também, porque isso já é uma questão de caráter de reinserção, tem atividades na igreja, na associação do lado, no CRAS ou na própria escola no contraturno. Então, de certa forma, trazemos para o serviço, para aquele dia em que aquelas atividades vão fazer sentido para o projeto terapêutico dessas crianças ou adolescentes, no caso”.

3.4.1 Estrutura do CAPSi

De acordo com a entrevista realizada com o coordenador do CAPSi, o prédio em que está localizado o serviço é alugado, tem um refeitório, oito salas para atendimento, de referência, para psicólogo, assistente social, enfermeira, mas nada impede que outro profissional utilize as salas quando necessário. Há oito banheiros, sendo um para funcionários, e um adaptado para pessoas com deficiência, e os demais para os pacientes, separados em feminino e masculino. Existe um leito no CAPSi.

O prédio está situado em área central. Trata-se de um local arejado e claro, possui ampla sala de recepção, com escadas e sem rampas de acesso, o que dificulta o ingresso e locomoção de pessoas com deficiência (cadeirantes, pessoas que fazem uso de bengalas, andador, entre outros).

Constatou-se que o CAPSi, igualmente ao CAPS II TM, não contempla todos os ambientes necessários conforme o Manual. O Centro está sediado neste endereço desde julho de 2014, apresenta grande melhoria em relação ao prédio anterior. O imóvel atual apresenta área externa e está localizado ao lado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU.

3.4.2 Atendimentos operacionais

O CAPSi funciona de segunda a sexta-feira, com atendimento ao público de segunda a quinta-feira, pois na sexta são realizadas reuniões com a equipe e atividades internas.

Em relação às modalidades, como já informado, o CAPSi atende no semi-intensivo e não intensivo. Conforme esclarece o Coordenador, *“Trabalhamos muito mais na questão da faixa etária; têm dias aqui que são só crianças, na segunda pela manhã são crianças e à tarde só adolescentes; na terça são só adolescentes, nos dois turnos; na quarta só crianças; e na quinta pela manhã adolescentes e à tarde crianças”.*

No que diz respeito ao primeiro contato com o CAPSi, o coordenador explica “O CAPS é um serviço de portas abertas. Significa dizer que qualquer pessoa pode vir e solicitar o acolhimento. Então, nós temos demanda espontânea. Temos pessoas encaminhadas pela Justiça, pela Vara da Infância, pelo PEMSE⁵; temos crianças e adolescentes encaminhados pela escola, pelo Conselho Tutelar, enfim, pelo posto de saúde, que deveria ser o fluxo correto da unidade básica de saúde pra cá, mas recebemos...”.

O acolhimento é realizado a partir de uma escuta inicial, em que todos os profissionais de nível superior realizam a acolhida, para então realizarem a triagem, a partir do perfil de atendimento para o CAPSi. O Coordenador diz que “O CAPS infantil trabalha com crianças e adolescentes que têm problemas de transtorno graves e persistentes, ou problemas de álcool e drogas, então esse é o nosso perfil”. Por intermédio desse olhar, os profissionais identificam se a criança ou adolescente será atendido no serviço; caso haja alguma dúvida, o caso é levado para discussão em equipe, ou quando surgem imprecisões maiores, o acolhimento é desdobrado para uma entrevista psicológica.

Os profissionais realizam a triagem em forma de escala, para que não haja sobrecarga a ninguém e também para que possam desenvolver outras atividades.

Quando há a verificação de que determinado atendimento não é para o CAPSi, os profissionais realizam os devidos encaminhamentos. De acordo com o coordenador: “[...] nós encaminhamos para o ambulatório de saúde mental, ou devolvemos para a Unidade Básica de Saúde, porque às vezes nós recebemos muitos encaminhamentos que não são nossos. Problema de aprendizagem, tratamos como problema de aprendizagem decorrente do transtorno mental e não como um problema de aprendizagem qualquer. Mas o que acontece é que muitas coisas vêm para o serviço: neurologista, nós não trabalhamos com neurologista, nós somos um serviço de atendimento psiquiátrico. Então, muitas coisas chegam como demanda para o serviço, mas que de certa forma nós não podemos acolher em função de que nós não temos como dar conta. Hoje está fora da nossa área de atuação, por essa razão mandamos para a unidade básica de saúde, o ambulatório de saúde mental, ou quando se trata, por exemplo, apenas de acompanhamento psicológico. Nós não fazemos apenas acompanhamento psicológico. Nós temos toda essa equipe porque nós trabalhamos com os pacientes graves, o que significa dizer que os graves é para estarem aqui no serviço”.

⁵ Centro de Referência de Atendimento Especializado de Assistência Social – CREAS PEMSE - Atendimento de crianças e adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas e suas famílias.

O coordenador frisa que existe todo um cuidado no encaminhamento, e por isso há a acolhida e triagem. Caso haja dúvidas, ocorre a discussão do caso e entrevista psicológica, pois o encaminhamento para outro serviço nem sempre é bem aceito pelo usuário. Por esse motivo, deve haver o cuidado e a exatidão nesses encaminhamentos, que são realizados de forma escrita e com orientação ao usuário e familiar.

Não existe lista de espera, conforme explica o coordenador: *“Não, nós não temos lista de espera. Na realidade, por essa razão é que temos 260 pacientes. Nós deveríamos ter aqui de 180 a 200 pacientes”*. De acordo com ele, o CAPSi está com maior número do que é previsto para atendimento, o que representa grande vantagem para o município, porém sobrecarrega o serviço.

No que diz respeito à articulação em rede, o coordenador comenta que *“A questão hoje é que a rede de saúde está despertando um pouco mais para questão da área da saúde mental. E, então, em função da capacitação que está acontecendo, dos links que começaram a ser estabelecidos entre os serviços, do conhecimento, das visitas que estão sendo feitas, do trabalho de matriciamento que está sendo realizado, isso não está só despertando a rede de que existe uma área de saúde mental e que ela faz parte da saúde, como também está estreitando laços, muito embora saibam que é um trabalho lento, que existe uma resistência que já é histórica em relação à saúde mental. Nós estamos tentando lidar com isso dessa forma, as pessoas estão sendo capacitadas, tendo conhecimento, abrindo a mente para o que é saúde mental. Enfim, estamos tentando fazer essa articulação. Hoje temos equipes de matriciamento, as equipes estão começando a conhecer os postos, as Unidades Básicas de Saúde, e o objetivo é esse: ter maior fluidez dos pacientes pela rede. Mas nós sabemos que é um trabalho lento”*.

A fala do coordenador do CAPSi demonstra que, mesmo com as dificuldades, resistências e de forma lenta, o serviço de saúde mental, especificamente os CAPS, está sendo entendido e respeitado como serviço de referência para o público, depois da hostilidade até mesmo por trabalhadores da saúde por falta de entendimento. Esse local existe e precisa estar articulado com a rede, não só de saúde, mas com toda a rede sócioassistencial, para que então se possa realizar o que preconiza a política de Saúde Mental:

A política de Saúde Mental do SUS preconiza a mudança no modelo assistencial com a gradativa redução das internações psiquiátricas. Entretanto, este fato exige que a rede de serviços ambulatoriais de Saúde Mental ofereça serviços e medicamentos na qualidade e quantidade necessárias para atender esses pacientes. Para tanto, é preciso criar uma rede de serviços extra hospitalares para atender aos usuários, que deve ser estruturada a partir do atendimento básico, até os serviços especializados. (PARANÁ, 2005)

Contudo, a importância do estabelecimento do serviço, deve ser acompanhada pela gestão, pois hoje, em Ponta Grossa, o CAPSi é o único local de atendimento a crianças e adolescentes que apresentam necessidade desse atendimento, e em consequência, a demanda atendida se torna grande para apenas um local e para sua equipe reduzida ou incompleta.

3.4.3 Atividades realizadas no CAPSi

As atividades realizadas no CAPSi, de acordo com o coordenador, são: *“Hoje nós temos os atendimentos grupais e os individuais, embora nós sempre privilegiamos os atendimentos em grupo, os atendimentos coletivos. Hoje nós temos psicoterapia de grupo, grupos que trabalham com madeira, grupos de saúde, grupos de cidadania, grupos de expressão corporal e de dança. Temos grupos de contação de histórias, de artesanato, e artesanato em diversas modalidades. Então, de certa forma, tem essa diversidade de oficinas em função do caráter de cada profissional que está aí [E todos os profissionais trabalham?] Sim. Tem grupo de música também”*.

Todas as atividades são realizadas nas dependências do CAPSi, portanto, não existem atividades externas. Conforme o documento Saúde Mental no SUS (BRASIL, 2004, p.23):

Em geral, as atividades desenvolvidas nos CAPSi são as mesmas oferecidas nos CAPS, como atendimento individual, atendimento grupal, atendimento familiar, visitas domiciliares, atividades de inserção social, oficinas terapêuticas, atividades socioculturais e esportivas, atividades externas. Elas devem ser dirigidas para a faixa etária a quem se destina atender. Assim, por exemplo, as atividades de inserção social devem privilegiar aquelas relacionadas à escola.

As atividades direcionadas à família da criança ou adolescente são a reunião familiar e a reunião geral. A primeira acontece às segundas-feiras, das 9h às 10h, e às quintas-feiras, das 13h30min às 14h:30min, e psicólogos estão à frente dessa atividade. Conforme comenta o coordenador, *“A reunião vai tratar das questões daquelas mães, o grupo de família, mas, muito mais com as mães, as cuidadoras mulheres, a vó dessas crianças que estão aqui. Então, elas vêm, segunda-feira pela manhã de 09 às 10h e na quinta-feira à tarde, são esses dois horários, para que possa ter um maior número de acesso de pessoas. Então, é mais ou menos nesse aspecto, a reunião é uma psicoterapia que, de certa forma, na segunda-feira sou eu que estou facilitando e na quinta-feira é outra psicóloga que também está facilitando”*.

Já a reunião geral acontece bimestralmente, às segundas-feiras, com todos os profissionais presentes. De acordo com o coordenador: *“Tem uma reunião, que é geral, que é muito mais, porque essas semanas são pra lidar com as coisas do tratamento, dos problemas que estão tendo em casa, das dificuldades, para dar dicas, estabelecer parcerias, ver feedbacks, ou coisa do tipo. É muito mais referente ao tratamento das crianças e dos adolescentes e da maneira como eles estão lidando com as situações, das dificuldades que as famílias têm, das dúvidas, enfim, pra dar conta dessas coisas. Essas reuniões que estão sendo feitas a cada dois meses, bimestral, tem sido para a gente tratar das dificuldades do serviço [...] de pactuações, de, por exemplo, do andamento do serviço, de dificuldades de ordem – às vezes – burocrática que nós temos e que a gente precisa dar conta, junto com a família como um todo”*.

Existe um diferencial no CAPSi que são as duas reuniões em momentos diferentes e com temáticas diferentes, o que se torna interessante, pois vão tratar, por um lado, das questões que a família enfrenta, apoiando, orientando, o que é determinante para a participação dos familiares e seu entendimento sobre a doença. E de outro, a reunião que vai tratar de questões do serviço, com vistas a um serviço efetivo e de qualidade, pois é pensado por todos que ali estão: profissionais, usuários e familiares.

3.5 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS – CAPSAD DE PONTA GROSSA

O CAPSad iniciou suas atividades em Ponta Grossa em abril de 2004, em um prédio localizado na avenida Ernesto Vilela, no bairro da Nova Rússia, onde ocupava uma sala. Em 2008, foi transferido para um imóvel na Rua Riachuelo, 500, centro, local em que ainda permanece.

A equipe do CAPSad é concursada, com exceção da médica psiquiatra, contratada pela Clínica Médica Psico Base. Atualmente, o CAPSad conta com dezessete trabalhadores: três enfermeiras (uma exercendo o cargo de coordenadora e outra em licença maternidade), três psicólogas, um assistente social, um psiquiatra, dois auxiliares de enfermagem, um musicoterapeuta, três auxiliares administrativos, dois terapeutas ocupacionais e uma zeladora.

O público atendido pelo serviço é composto por usuários de álcool ou outras drogas, acima de 18 anos, do sexo masculino ou feminino. Existem atendimentos para outros tipos de

dependências, como pessoas com vício com jogos, porém o foco principal é o álcool e outras drogas.

Observou-se que a equipe profissional do CAPSad está parcialmente condizente com o que preconiza a Política de Saúde Mental, especificamente com a Portaria nº 336 de 2002. Não há a presença de médico clínico, artesãos e profissional de educação física.

Conforme a Coordenadora do CAPSad, em 2014, 190 usuários frequentavam o serviço nas modalidades intensivo, semi-intensivo e não intensivo, dependendo de cada projeto terapêutico, não havendo uma regra. No intensivo estão os pacientes que frequentam o Centro todos os dias (de manhã, ou à tarde, ou o dia todo); no semi-intensivo estão os que frequentam duas ou três vezes por semana, podendo ser de manhã ou à tarde; e no não intensivo são os que comparecem uma vez por semana ou a cada quinze dias.

A equipe procura adequar a modalidade ao que o paciente necessita e pode naquele momento do atendimento. É preciso atentar para questões como serviço e local onde reside. *“Porque ele está começando, ele vai vir todos os dias, e daí ele vai diminuindo sua frequência, isso não existe. Precisamos conquistar ele, nesse primeiro mês, às vezes ele está vindo pressionado por alguém, pela família, pela Justiça, ele não quer muito... É preciso conquistar, sensibilizar esse paciente, é melhor que ele venha uma vez por semana. Nós até entendemos que ele precisava vir mais vezes, mas precisamos sensibilizar para que ele venha uma vez na semana, se é o que ele pode, o que ele dá conta naquele momento, e depois vai adequando”*.

A maioria dos atendimentos ocorre por meio da procura espontânea, pois o CAPSad é um serviço aberto. Há casos de atendimentos por determinação judicial. Conforme a coordenadora explica, não deixa de ser espontâneo, mas existe a obrigatoriedade da Justiça. Em alguns casos, os pacientes continuam a frequentar mesmo após o término da determinação judicial. Esses casos se justificam por haver a sensibilização, já que os pacientes não tinham a percepção do envolvimento com o álcool ou outras drogas. Há, também, as determinações judiciais que são menores, de trinta horas, considerados pequenos delitos. Esse público apenas cumpre as horas determinadas e não continua o tratamento no CAPSad. As considerações da coordenadora do CAPSad estão condizentes com o que preconiza a política:

As práticas dos CAPS são realizadas em ambiente de “portas abertas”, acolhedor e inserido nos territórios das cidades, dos bairros. Os PTS, acompanhando o usuário, em sua história, cultura, projetos, e vida cotidiana, ultrapassam, necessariamente, o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios. (2013, p.8)

Atualmente, a equipe articula o trabalho de matriciamento junto às Unidades Básicas de Saúde como forma de ampliar e efetivar a rede de atenção psicossocial, na tentativa de “inserção nos territórios”. Porém, sabe-se que os desafios são inúmeros, principalmente pela grande abrangência do município e o número reduzido de profissionais.

3.5.1 Estrutura do CAPSad

De acordo com a entrevista realizada em dezembro de 2014 com a coordenadora do CAPSad, o prédio em que está localizado é alugado, tem um refeitório, seis salas para atendimento, sendo uma sala de enfermagem (pois possui um leito), e as demais utilizadas para realizar a escuta inicial, o acolhimento, e atendimentos individuais necessários. Existe uma sala com capacidade para até 30 pessoas, outra com capacidade maior, onde são realizadas as oficinas de marcenaria, já contabilizadas nas seis salas. O prédio possui quatro banheiros, sendo um para funcionários, um masculino e outro feminino, e outro localizado na sala de oficinas, utilizado por quem precisar. O banheiro masculino possui chuveiro.

O prédio está situado em área central, possui sala de recepção com tamanho médio e não conta com rampas de acesso. A sala, que comporta até 30 pessoas, é utilizada para a reunião de acolhida, que acontece no início da manhã e início da tarde. Nessa reunião, os usuários fazem alguns relatos, ao passo que as profissionais que participam transmitem alguns recados e informam as atividades que serão realizadas naquele período. Assim, o usuário pode escolher qual atividade quer participar.

O local onde está situado o CAPSad não contempla todos os ambientes necessários como prevê o Manual de Estrutura Física dos CAPS (2013). A cozinha é um ambiente pequeno, e como lá são realizadas algumas atividades com os usuários, não é possível a participação de mais de cinco nesta atividade. O Manual prevê um ambiente com 16m². Quanto aos banheiros, não são adaptados, também não existe espaço de convivência externo adequado.

A coordenadora relatou que a sede seria transferida para outro endereço em breve, após a conclusão de algumas alterações realizadas no novo local. Este novo imóvel também será alugado.

Conforme informa o Brasil (2013, p.5), “Considerando que as estruturas físicas e os ambientes dos pontos de atenção constituem base operacional fundamental para a garantia da qualidade do cuidado e das relações usuários-equipes-territórios”, pode-se afirmar que não existe esse olhar por parte dos gestores do município, ponto sustentado pelo fato de que as

mudanças são sempre para imóveis alugados, o que dificulta contemplar o que o Manual prevê (garantir a qualidade no Serviço).

3.5.2 Atendimentos operacionais

O CAPSad funciona de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, com atendimento ao público de segunda a quinta-feira, pois na sexta-feira é realizada reunião com a equipe, das 8h às 14h, e também acontece quinzenalmente a supervisão clínica institucional. Após esse horário, permanecem no CAPSad uma profissional de enfermagem, com os auxiliares administrativos e a zeladora, em virtude de sua carga horária ser de 40 horas.

As modalidades de atendimento são o intensivo, o semi-intensivo e o não intensivo, com base no projeto terapêutico individual.

O acolhimento no CAPSad é realizado a partir de uma escuta inicial. Conforme informou a coordenadora, sempre há um profissional de nível superior, alguns de nível médio, de plantão (uma auxiliar de enfermagem – profissional de nível médio – realiza o acolhimento). Esse plantão é dividido entre manhã e tarde, pois a maioria dos profissionais realiza 30 horas semanais.

Sobre a lista de espera, a coordenadora explica que: “[...] *atualmente estão desmanchando a lista. Ela existe porque saiu uma leva de profissionais, ficamos com poucos, ainda não tinha os novos, a equipe do CAPSi⁶ estava chegando e não tinha como por um monte de pacientes para eles. Saíram três profissionais de uma vez só. São 40 pacientes para cada. Daí formamos uma lista de espera. Agora estamos tentando dissolver ela, e as meninas novas que chegaram pegaram esses pacientes, e estamos deixando essa lista de espera. O que não é ideal para CAPS, mas mesmo assim, quando tivermos a lista de espera, quando é um caso muito grave, urgente mesmo, não ficava na lista de espera, acolhíamos nem que fosse para vir uma vez na semana, colocava o paciente para frequentar. Só alguns casos leves, acabávamos não colocando, mas agora estamos chamando todo mundo*”

Em relação aos encaminhamentos, a coordenadora explica que, quando se trata de um caso leve, não é realizado o encaminhamento devido à rede de atendimento ainda estar fragilizada e percebem a necessidade de um tempo para acompanhar esse usuário. “*É claro que quando é feito o acolhimento e não é caso de álcool e drogas, vem muito transtorno*

⁶ Houve uma transição da equipe do CAPSi para o CAPSad, a equipe do CAPSi anteriormente era mista – concursados e terceirizados – os concursados foram transferidos para o CAPSad.

mental, que veio porque era CAPS. As vezes há confusão, a unidade coloca CAPSAD de adulto e não de álcool e drogas, você conversa e a pessoa não tem problemas com álcool e drogas, aí sim é feito encaminhamento para o CAPSII. Sabemos que o ambulatório tá um caos aqui em Ponta Grossa, tá uma fila imensa. Então, não adianta encaminhar para o ambulatório, e retornar para a unidade. Agora temos começado com os pacientes antigos, formar essa rede, então agora ele está estabilizado, então ele pode ser acompanhado pela unidade, então é realizado o encaminhamento”.

3.5.3 Atividades realizadas no CAPSad de Ponta Grossa

As atividades realizadas no CAPSad acontecem de segunda a quinta-feira, no período da manhã e tarde. Cada profissional realiza suas atividades condizentes com a sua área. Por exemplo, a psicologia faz a psicoterapia, porém é livre para fazer outras atividades que tenha aptidão, que queira propor dentro da equipe, como a oficina de pintura em tela (que é de responsabilidade de uma das psicólogas da equipe), explica a coordenadora.

A assistente social também realiza oficinas de artesanato, e o grupo referente aos temas do Serviço Social, grupo de cidadania, informando-os sobre os benefícios previdenciários, assistenciais, entre outros. Os profissionais de enfermagem realizam o grupo de educação e saúde, informando os problemas que as drogas causam à saúde, quais as consequências, a fim de que os pacientes compreendam os danos à saúde, sobre outras doenças que podem ou não estar relacionadas ao uso de drogas. Por sua vez, os usuários levantam questões sobre infarto, pressão alta, diabetes, e também são abordados temas sobre a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Uma profissional de enfermagem ainda realiza um grupo chamado “quadro de time”, um grupo de artesanato em que são confeccionados quadros com gravuras adesivas dos times de futebol.

A auxiliar de enfermagem trabalha com uma oficina de fuxico (florezinhas de tecido), flor em E.V.A. (material emborrachado), tear, tapeçaria. A outra auxiliar de enfermagem realizou um curso de marcenaria, então, atualmente, ela está à frente da oficina de marcenaria no CAPS. As terapeutas ocupacionais realizam o grupo falado, em que há temas direcionados para falar com os usuários, e também relacionado à terapia ocupacional, como as artes que deixam livres os usuários para criarem.

A Musicoterapeuta monta os grupos para trabalhar os sons, a música com alguns instrumentos. São grupos menores e, conforme a coordenadora, a profissional realiza este trabalho com muita cautela porque música envolve as emoções das pessoas, e, dependendo do

ritmo, do som, os usuários expressam essas emoções: sentem raiva, tristeza, etc. Existe ainda um coral no CAPS, cujo nome é Adelírios, com apresentações realizadas em alguns locais do município, como supermercados, asilos, escolas, sob responsabilidade da musicoterapeuta e de seu esposo - que trabalha como maestro e auxilia no coral. A coordenadora declara como muito importante essa atividade, porque “*é sair do serviço, fazer outras atividades externas*”. E no mês de novembro, é realizada uma tarde cultural, no Centro de Cultura, em que os usuários apresentam o coral, poesias, teatro, exposição das telas, e demais obras realizadas nas oficinas. A atividade é aberta ao público. Além disso, uma vez por mês, na segunda-feira, os usuários, familiares e profissionais realizam um passeio ao cinema no Shopping Total.

De acordo com o Manual (2013, p.9), as atividades realizadas nos CAPS são:

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

No CAPSad é realizado, uma vez por mês, um grupo para os familiares de forma mais geral, informa a coordenadora. No entanto, esse grupo não tem o objetivo de aprofundar as questões de cada familiar, mas trazê-los para conhecer o serviço, esclarecer dúvidas, para que eles tenham conhecimento da forma como é realizado o trabalho no CAPSad.

Existe o procedimento de pedir a autorização aos usuários para o convite aos familiares; por meio do contato entre os profissionais e o familiar, a presença é maior do que quando apenas o convite é encaminhado pelos usuários, observa a coordenadora com base nas percepções da equipe. Todavia, um ou outro usuário não deseja que o familiar compareça ao CAPSad em determinados momentos. Diante disso, os profissionais do CAPSad o respeitam, mas trabalham com a questão, pois a participação familiar no serviço é fundamental.

Outro grupo é realizado sob a responsabilidade de uma das psicólogas, semanalmente, o de apoio às famílias, com a finalidade de trabalhar profundamente as questões trazidas.

As atividades são realizadas com base nas aptidões dos profissionais, mas o espaço não é o ideal. Mesmo assim, a equipe procura realizá-las, com o destaque para a necessidade de melhores condições estruturais. A supervisão institucional e as capacitações permanentes aprofundam a qualidade no atendimento e, conseqüentemente, no desenvolvimento das ações. Dessa forma, há a expectativa de que não ocorra o comodismo que o cotidiano do serviço pode provocar.

3.6 PERFIL DOS PROFISSIONAIS DOS CAPS DE PONTA GROSSA

Apresenta-se, com base nas informações prestadas por meio dos questionários, o perfil dos trabalhadores dos três CAPS de Ponta Grossa que participaram da pesquisa.

Enfermeira	3
Psicóloga	9
Assistente Social	3
Pedagogo	1
Psiquiatra	1
Profissional de Educação Física	1
Nutricionista	1
Terapeuta Ocupacional	2
Auxiliar de Enfermagem	3
Professora de Música	2
Musicoterapeuta	1
Auxiliar Administrativo	4
Zeladora	2
Artesãos	2
Não responderam	9

Quadro 2 – Profissionais que responderam ao questionário aplicado nos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora

Trinta e cinco profissionais, dos quarenta e quatro que atuam nos CAPS, responderam ao questionário, conforme Quadro 2, em que se ilustrou quais e quantos responderam. No quadro 3, demonstra-se a predominância das profissionais do sexo feminino no universo da pesquisa.

Feminino	32
Masculino	3

Quadro 3 – Sexo dos profissionais dos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora

Em relação à faixa etária, observa-se que os trabalhadores têm, em sua maioria, idade de 20 a 30 anos, o que predispõe profissionais jovens atuando nos CAPS do município.

20 a 30	14
31 a 40	11
41 a 50	6
Acima de 50	4

Quadro 4 – Idade dos profissionais dos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora

No que diz respeito à escolaridade, percebe-se que o maior número de profissionais tem pós-graduação completa, demonstrando que existe a preocupação com a qualificação. De acordo com as respostas, apresenta-se aqui as áreas estudadas. Três possuem ensino superior e estão cursando pós-graduação nas áreas de Dependência Química, Psicologia Clínica-Sistêmica-Familiar, Psicopedagogia. Dezenove possuem pós-graduação nas áreas de Neuropsicopedagogia e Educação Inclusiva, Psicanálise, Residência em Psiquiatria, Educação Especial, Saúde Mental e Metodologia do Ensino Superior, Saúde Coletiva, Psicologia Sistêmica, Terapia Cognitiva Comportamental, Psicologia Analítica, Urgência e Emergência, Gestão Pública, Gestão de qualidade e segurança alimentar e gestão estratégica de pessoas.

Ensino Fundamental	2
Ensino Médio	8
Ensino Superior	2
Pós-Graduação em processo de conclusão	3
Ensino Superior com Pós-Graduação	19
Não responderam	1

Quadro 5 – Escolaridade dos profissionais dos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora

A carga horária declarada pelos profissionais está disposta no Quadro 6.

15 horas	1
20 horas	2
30 horas	15
36 horas	4
40 horas	12
Não respondeu	1

Quadro 6 – Carga horária semanal realizada pelos profissionais dos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

Quanto ao vínculo profissional, dois CAPS estão com profissionais terceirizados e um possui profissionais concursados, por isso a maior quantidade de profissionais terceirizados.

Concursado	12
Terceirizado	23

Quadro 7 – Vínculo profissional dos profissionais dos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

Analisa-se, por meio do perfil dos trabalhadores, que a predominância é do sexo feminino, com faixa etária entre 20 a 30 anos, portanto, jovens profissionais ingressando nos CAPS. Em sua maioria com pós-graduação, o que aponta para a questão da capacitação profissional, por parte dos próprios profissionais, pois são custeadas com financiamento próprio. A carga horária, em grande parte, é de trinta horas, o que é de grande importância aos profissionais, pois se entende que a atuação nos serviços de saúde, e também nos serviços de saúde mental, traz grande recarga de estresse, ainda mais quando os serviços estão com grande demanda de atendimento.

Maior número dos profissionais é terceirizado, o que demonstra a precarização dos vínculos, pois se sabe que com o vínculo de terceirização proporciona grande rotatividade de funcionários. A maioria dos profissionais procura por estabilidade, e terceirização não oferece essa condição. Há um desrespeito ao trabalhador e ao usuário, pois a equipe sempre está em mudança, quando o usuário estabelece o vínculo com um profissional, não se sabe até quando este atuará nos serviços. O adequado seria uma equipe efetiva, concursada. Em face disso, é possível pensar se, talvez, essa fragilidade de vínculo tenha causado certo impacto na presente pesquisa, já que ocorreu de alguns não responderem, conforme será demonstrado no subitem seguinte.

3.6.1 Opiniões dos profissionais sobre as condições de trabalho e estrutura dos CAPS

Nesse item são apresentadas as percepções dos profissionais sobre as condições de trabalho e estruturais dos CAPS. A forma de apresentação está em quadros, com objetivo de facilitar a exposição. Trinta e três profissionais consideram a carga horária de trabalho como normal.

Alta	1
Normal	33
Pouca	1

Quadro 8 – Carga horária do trabalho dos profissionais dos CAPS de PG/PR
Fonte: a autora.

Em relação ao número de profissionais que atuam nos CAPS, vinte de trinta e cinco profissionais avaliam que a quantidade está boa.

Muito Bom	8
-----------	---

Bom	20
Regular	5
Ruim	1
Muito ruim	0

Quadro 9 – Número de profissionais nos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

Sobre a distribuição das tarefas, visto as atividades que devem acontecer no CAPS de responsabilidade dos profissionais que ali atuam, dos trinta e cinco, vinte avaliam como bom.

Muito Bom	13
Bom	20
Regular	1
Ruim	0
Muito ruim	0

Quadro 10 – Distribuição das tarefas nos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

No quesito segurança para execução do trabalho, destaca-se que treze profissionais avaliam como bom, contudo, nove profissionais consideram-na regular.

Muito Bom	5
Bom	13
Regular	9
Ruim	4
Muito ruim	2

Quadro 11 – Segurança para execução do trabalho nos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

Sobre as acomodações e mobiliário, treze profissionais avaliam como regular e dez, como bom, como demonstrado no quadro 11. Há uma proximidade no número de respostas, o que indica que tanto a segurança para a execução no trabalho como as acomodações e mobiliários revelam insatisfação dos profissionais. Essas condições possivelmente não estão em acordo com o previsto pela política e deveriam receber mais atenção dos gestores.

Muito Bom	5
Bom	10
Regular	13
Ruim	6
Muito ruim	0

Quadro 12 – Acomodações e Mobiliários dos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

A higiene do ambiente é considerada por quinze profissionais como boa. Porém, um número aproximado de profissionais ao que avalia como bom, acredita estar regular.

Muito Bom	6
Bom	15
Regular	13
Ruim	3
Muito ruim	0

Quadro 13 – Higiene dos ambientes dos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

Dezenove profissionais estão satisfeitos com o salário, pois avaliaram como bom, visto que a base salarial dos profissionais dos CAPS do município varia entre o nível 16, para profissionais com nível superior, e entre os 13 e 14, para profissionais de nível médio. Em 2015, o piso salarial para o nível 16 é de R\$ 2.519, 87 mais a gratificação de desempenho no valor de R\$ 816, 27. O nível 14 é de R\$ 1.525,82 e o nível 13 é de R\$ 1.311, 67.

Muito Bom	3
Bom	19
Regular	8
Ruim	4
Muito ruim	1

Quadro 14 – Salário dos profissionais dos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

A medicina do trabalho, entendida como suporte de prevenção para a saúde do trabalhador, é atestada como boa por dezesseis dos trinta e cinco profissionais.

Muito Bom	2
Bom	16
Regular	8
Ruim	2
Muito ruim	0

Quadro 15 – Medicina do trabalho dos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

O relacionamento com a chefia imediata é considerado como muito bom por vinte e seis profissionais.

Muito Bom	26
Bom	8
Regular	0
Ruim	0
Muito ruim	0

Quadro 16 – Relacionamento com a chefia dos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

Em relação ao estímulo da chefia ao trabalho exercido pelo funcionário, os resultados demonstram que vinte e dois funcionários avaliam como muito bom. O estímulo é considerado como as capacitações oferecidas com a finalidade de melhorar a qualidade no trabalho.

Muito Bom	22
Bom	9
Regular	2
Ruim	0
Muito ruim	0

Quadro 17 – Estímulo ao trabalho nos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

A valorização do trabalho é avaliada como muito bom e bom, expressando que a valorização ocorre em relação à remuneração dos trabalhadores, condições de trabalho e autonomia.

Muito Bom	14
Bom	15
Regular	2
Ruim	0
Muito ruim	1

Quadro 18 – Valorização do trabalho dos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

De trinta e cinco profissionais que participaram da pesquisa, trinta e três consideram que estão realizando atividades condizentes com a sua função. No serviço público, há várias situações de desvio de função, o que não parece ser o caso nas atividades desempenhadas nos CAPS.

Sim	33
Não	0

Não responderam	2
-----------------	---

Quadro 19 – Atividades condizentes com a função dos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

Em relação à capacitação profissional, fator fundamental para atuação no setor, observou-se nas respostas e nos relatos das entrevistas que ela está ocorrendo este ano, através da Gerência de Saúde Mental, e praticamente 50% da equipe em processo de capacitação.

Sim	18
Não	16

Quadro 20 – Capacitação profissional dos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

A Gerente de Saúde Mental corrobora a ideia de que uma das dificuldades na capacitação profissional é devido à terceirização *“[...] a dificuldade frente ao serviço terceirizado é porque nós não conseguimos fazer uma educação permanente, porque o quadro da educação permanente é justamente você ir capacitando os funcionários para terem mais habilidades, conhecimento teórico-prático em relação às demandas da saúde mental, que aí não fica específico só álcool e drogas, só infantil, é a equipe da saúde mental, então essa tem que entender de tudo, para poder – se eu for transferido do CAPSad para o CAPS II – estar ciente de qual é a demanda do CAPS II, qual a demanda do CAPSi. É a supervisão clínico-institucional, um papel fundamental dentro da supervisão dos CAPS. É essa supervisão que auxilia a equipe a rever práticas de trabalho, condutas de trabalho, rever todo seu processo, isso facilita muito [...]”*

Da mesma forma que a capacitação profissional é importante para a atuação nos CAPS, o tempo de serviço também é um aspecto a ser considerado. Constata-se que os CAPS contam com uma equipe jovem, com pouco tempo de atuação no CAPS, e, ainda, sem capacitação profissional, o que reforça a importância do olhar pelos gestores sobre os requisitos que estão sendo conferidos para a atuação nos CAPS.

Menos de 6 meses	12
6 meses a 1 ano	7
1 a 2 anos	2
2 a 3 anos	6
Acima de 3 anos	8

Quadro 21 – Tempo de atuação profissional nos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

No próximo item, que avalia a experiência dos profissionais com saúde mental, maior número tem atuação há mais de três anos. Em contrapartida, o número de profissionais com menos de seis meses de atuação também é alto, o que pode ser considerado um desafio, e reafirma a importância da efetivação da equipe e da capacitação, pois o primeiro serviço de saúde mental já está implantado há onze anos. Essa rotatividade dificulta o serviço.

Menos de 6 meses	8
6 meses a 1 ano	5
1 a 2 anos	5
2 a 3 anos	5
Acima de 3 anos	11

Quadro 22 – Tempo de atuação na saúde mental dos profissionais dos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

A motivação para o trabalho, como resultado do questionário, permeia a atuação dos profissionais dos CAPS.

Sempre	27
Às vezes	5
Nunca	0

Quadro 23 – Sente motivação nos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

Outro aspecto importante, a maioria dos profissionais participa das reuniões de equipe, situação imprescindível para a qualidade do trabalho e uma das prerrogativas da Política de Saúde Mental.

Sempre	31
Às vezes	3
Nunca	1

Quadro 24 – Participa das reuniões de equipe dos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

Outro ponto positivo é a realização e participação de reuniões com usuários e familiares, situação afirmada por vinte profissionais. Cabe ponderar que doze relatam que participam das reuniões “às vezes”.

Sempre	20
--------	----

Às vezes	12
Nunca	0

Quadro 25 – Participa das reuniões com os usuários e familiares dos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

Em relação à primeira questão dissertativa, que trata sobre o entendimento do profissional sobre a atuação da equipe, se trabalha de forma multidisciplinar e interdisciplinar, observou-se que a maioria da equipe entende realizar a interdisciplinar, porém, um grande número de trabalhadores não respondeu. Emerge, portanto, a questão se os profissionais conseguiram fazer a relação entre o que foi questionado e suas atividades diuturnas.

Interdisciplinar	16
Multidisciplinar	5
Multidisciplinar e Interdisciplinar	3
Não responderam	11

Quadro 26 – Considera o trabalho da equipe na linha multidisciplinar ou interdisciplinar nos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

Dos onze profissionais que não responderam, sete fazem parte da equipe do CAPSi, sendo eles: coordenador, duas psicólogas, uma artesã, profissional de educadora física, pedagogo e assistente administrativo.

A seguir, algumas respostas dos profissionais: 1ª *“Interdisciplinar porque dividimos todas as nossas dúvidas e sempre que podemos nos ajudamos, na medida do possível para melhor acompanhamento e solução para o paciente e familiar”*. 2ª *“Interdisciplinar, os usuários do serviço são trabalhados na totalidade, aplicando os fundamentos de todos os profissionais com o mesmo objetivo – o tratamento do paciente”*. 3ª *“Interdisciplinar”*. 4ª *“Interdisciplinar, trabalhamos em conjunto”*; 5ª *“Sim. A abordagem dos planos terapêuticos tem sido realizada de maneira holística, porém há limitações devido ao tamanho da equipe”*. 6ª *“Sempre de maneira multidisciplinar onde cada profissional atua com os pacientes em sua área de trabalho”*. 7ª *“Interdisciplinar, pois há uma relação, interação entre as diversas áreas do serviço, favorecendo um ambiente mais rico e estruturado compartilhado entre os profissionais e oferecido ao paciente, de modo que esses possam usufruir de um serviço com qualidade”*. 8ª *“Sim, trabalha de forma interdisciplinar pois a equipe é envolvida nos esforços para tratar com respeito os demais profissionais sempre com diálogo permanente com as outras áreas do conhecimento”*. 9ª *“Interdisciplinar, todos unidos para um só objetivo”*. 10ª *“Interdisciplinarmente, os conhecimentos são articulados, existe respeito aos*

conhecimentos específicos, existe troca e cria-se uma percepção mais ampliada sobre as demandas do serviço”.

Uma das respostas aponta para o paradigma holístico, para o que se apresenta na sequência uma reflexão sobre holismo e saúde. De acordo com Teixeira (1996, p.289),

A saúde para ser holística precisa ser estudada como um grande sistema, como um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais, todos interdependentes e não arrumados numa sequência de passos e medidas isoladas para atender cada uma das dimensões apontadas.

De acordo com Munhoz e Constantino Junior (2009, p.18) “Deve-se assim cultivar o diálogo entre saberes distintos e entre representantes de um mesmo saber, com vistas ao fortalecimento tanto do conjunto como das partes”.

Ressalva-se a pequena participação nessa questão dissertativa por parte do CAPSi, uma vez que a pesquisa é livre e voluntária. No entanto, considera-se muito relevante a opinião dos profissionais de todos os CAPS, tão importante que em uma das respostas é apontado o paradigma holístico e a dificuldade em implantar esse modelo com uma equipe reduzida.

É fundamental que a equipe possua o entendimento sobre qual a linha de atuação realiza, com dezesseis profissionais avaliando suas práticas como interdisciplinares. Entende-se por interdisciplinaridade “[...] a atitude de busca de alternativas para conhecer mais e melhor, lidar com a complexidade do conhecimento, contribuindo para o avanço das fronteiras da ciência através de transferência de métodos gerando novos conhecimentos” (MUNHOZ; OLIVEIRA JUNIOR, 2009, p. 13-16).

Essa atuação interdisciplinar deve ser reconhecida, de acordo com Fazenda (1979, p.8), como “[...] uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida frente ao problema do conhecimento, é a substituição de uma concepção fragmentária para unitária do ser humano”. É um modo em que todo conhecimento é igualmente importante, além de se tratar de um comprometimento pessoal. Conforme explica Fazenda (1979, p.21), “[...] a interação que só pode ocorrer num regime de coparticipação, reciprocidade, mutualidade (condições essenciais para a efetivação de um trabalho interdisciplinar) [...]”.

Ainda de acordo com Fazenda (1979, p. 9), a “[...] efetivação da interdisciplinaridade, pressupõe uma integração de conhecimentos visando novos questionamentos, novas buscas, enfim, a transformação da própria realidade”. O interdisciplinar é algo que se vive, de acordo com Fazenda (1979), é uma atitude de abertura,

de curiosidade. Trata-se de uma postura crítica, cultiva a aspiração de enriquecimento por enfoques novos, ultrapassando os saberes já adquiridos, instituídos e institucionalizados.

A maioria dos profissionais participantes da pesquisa entende a atuação como interdisciplinar, mas alguns levantam ser multidisciplinar, conforme Fazenda (1979, p.39-40):

Em nível de multi e de pluridisciplinaridade, ter-se-ia uma atitude de justaposição de conteúdos de disciplinas heterogêneas ou a integração de conteúdos numa mesma disciplina atingindo-se quando muito o nível de integração de métodos, teorias ou conhecimentos.

Em nível de interdisciplinaridade, ter-se-ia uma relação de reciprocidade, de mutualidade, ou melhor, dizendo, um regime de co-propriedade que iria possibilitar o diálogo entre os interessados. Neste sentido, pode dizer-se que a interdisciplinaridade depende basicamente de uma atitude. Nela a colaboração entre as diversas disciplinas conduz a uma “interação”, a uma intersubjetividade como única possibilidade de efetivação de um trabalho interdisciplinar.

Já que a multi, [...] implicam quando muito, o aspecto integração de conhecimentos, poder-se-ia dizer que a integração ou a pluri ou a multidisciplinaridade seria uma etapa para a interação para a interdisciplinaridade.

Há de se entender a diferença entre integração e interação. “O aspecto integração, poderia ser identificado, [...] como multi ou pluridisciplinar, onde não existe uma preocupação com a ‘interação’, mas, apenas com a integração de conteúdos, ao passo que a ‘interação’ seria condição necessária para a interdisciplinaridade” (FAZENDA, 1979, p.51).

Vasconcelos et al (2000, p.46-47) aborda a questão da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade no campo da saúde: “A multidisciplinaridade pode ser visualizada nas práticas ambulatoriais convencionais, onde profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, geralmente sem cooperação e troca de informações entre si”. Já a interdisciplinaridade “[...] é entendida aqui como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados”.

Vasconcelos et al (2000) escreve sobre a interdisciplinaridade auxiliar, que inclui a apropriação de outras disciplinas, porém de forma subordinada, muito comum no campo de saúde mental, pois há um quadro de relações de poder desiguais entre as diversas disciplinas. Nesse sentido, muitas das práticas profissionais são consideradas auxiliares.

É importante compreender as questões envolvidas na atuação multidisciplinar e interdisciplinar, pois nos CAPS a interação entre os saberes se torna fundamental para o alcance do objetivo do serviço. De acordo com Vasconcelos et al (2000, p.49-51):

A presente proposta de convivência de saberes no campo de saúde mental [...] o enfoque é ampliado, tentado compreender a loucura como envolvendo toda a

complexidade da existência subjetiva e social de cada indivíduo, no sentido de reivindicar a possibilidade e legitimidade de uma existência na diferença. [...] A convivência buscada hoje se centra principalmente no objetivo histórico de revisão dos paradigmas que reduziram e aprisionaram a loucura como objeto de um saber exclusivamente médico e na superação das formas assistenciais segregadoras, dentro do sistema público de saúde, e que desrespeitam a cidadania do louco. [...]. As propostas reformistas em saúde mental hoje advogam e praticam ideários com forte ênfase libertária e autonomista.

Há de se compreender que no entendimento dos profissionais a atuação é interdisciplinar, pois existe a interação, a troca de informações, em busca da transformação da realidade vivida pelos usuários e familiares.

Perguntou-se aos profissionais quais deles participam das reuniões do Conselho de Municipal de Saúde, e apenas um participa, uma das assistentes sociais.

Sim	1
Não	34

Quadro 27 – Participa do Conselho Municipal de Saúde de PG/PR
Fonte: a autora.

Ao serem questionados se utilizariam o CAPS ou indicariam a amigos e familiares, trinta e três profissionais responderam que sim e dois não responderam a questão.

Sim	33
Não	0

Quadro 28 – Utilizaria ou indicaria os CAPS de PG/PR para amigos e familiares
Fonte: a autora.

Sobre o atendimento domiciliar para usuários, apenas sete profissionais responderam sempre realizar e dezesseis realiza essa modalidade às vezes. Destaca-se que a visita domiciliar é uma das atividades que a Portaria nº 336 de 2002 prevê, portanto de fundamental importância para a realização do serviço.

Sempre	7
Às vezes	16
Nunca	8

Quadro 29 – Os profissionais dos CAPS de PG/PR realizam atendimento domiciliar
Fonte: a autora.

Na segunda questão dissertativa, perguntou-se qual era a avaliação que os profissionais faziam do CAPS em que atuavam. Dois profissionais do CAPS II TM não responderam: uma enfermeira e a professora de música. No CAPSi seis profissionais não responderam: coordenador, duas psicólogas, uma artesã, profissional de educação física e pedagoga. E no CAPSad, uma das três psicólogas não respondeu à questão, e as outras duas psicólogas responderam de forma igual, avaliam como “Ótimo”. Segue as avaliações:

O profissional A 1 escreve: *“Minha opinião é de que sim, acredito que a instituição cumpre os requisitos para um bom funcionamento, buscando trabalhar sempre com os diversos profissionais, que atendem a demanda da saúde mental. Uma questão fundamental que auxilia bastante são as supervisões que acontecem quinzenalmente e que são importantes, auxiliando o melhor desenvolvimento para o trabalho”*.

O profissional B.3 avalia: *“Acredito que a instituição cumpre os requisitos para um bom funcionamento, de modo que existe uma variedade de profissionais que supre várias demandas emergentes da Saúde Mental. Um ponto de destaque são as supervisões que acontecem quinzenalmente, instruindo e ampliando a capacidade de atuação profissional”*

Na avaliação do C.1, *“Minha avaliação é ótima. Além da equipe ser unida, todos trabalham em prol dos pacientes o tempo todo”*.

A análise do D.1 escreve: *“A Empresa é honesta, sempre correspondendo às expectativas. A equipe trabalha em conjunto. Assim se respeita entre si. O ambiente é adequado, satisfatório”*.

O profissional E.1 avalia *“CAPS = É um local adequado para o tratamento no caso de depressão moderada a grave, esquizofrênico, bipolar e etc.”*.

O profissional F.1 responde que *“Em geral, a equipe colabora para um bom ambiente de trabalho, e nas atividades do CAPS. A cooperação entre os funcionários é fundamental para o desenvolvimento de novas habilidades cotidianas”*.

A avaliação do G.2: *“Somos uma equipe em que todos começamos juntos e estamos procurando sempre nos informar sobre a situação dos pacientes e familiares. Acredito que estamos crescendo juntos e nossas dúvidas sempre estamos esclarecendo com a supervisão”*.

Para o trabalhador H.2, *“Apesar do serviço estar sobrecarregado, o atendimento é excelente e todos da equipe fazem o que podem e não podem para que o serviço funcione”*.

A profissional I.2 declara que *“A equipe é composta por técnicos de diversas áreas, o que facilita o trabalho. Encontramos algumas dificuldades decorrentes da falta de experiência com transtorno mental, porém somos bem ‘amparados’ pelos (coordenadores) e*

demais, os quais nos capacitam diariamente. A equipe é esforçada e competente no que faz; o CAPS avança nas propostas de atendimento”.

A análise de J.2 é mais sintética: *“Fase da adaptação, fazendo matriciamento e procurando melhorar o atendimento, incluindo visita domiciliar”.*

Na avaliação de K.2, *“Sendo uma equipe nova, montada recentemente, temos progressos e buscamos melhoras futuras”.*

O profissional L.2 traz a seguinte resposta: *“Considero a equipe pequena pela exigência de atividades desempenhadas, o que acarreta em sobrecarga para atividades de grupo, individuais e de matriciamento. O CAPS, para sua atuação na totalidade dos potenciais e exigências dos planos individuais terapêuticos, necessitaria do dobro da equipe atual. Na atual situação, vejo como bem operados os procedimentos realizados pela equipe”.*

O trabalhador M avalia que *“A equipe é bem receptiva, atenciosa. Os usuários se motivam nas reuniões e grupos. A estrutura é pequena, mas o CAPS irá mudar de local, então acredito que possa melhorar neste quesito”.*

Na avaliação de N.3, é *“Uma equipe bem integrada que se traduz em bom serviço prestado aos usuários”.*

O profissional O.3 avalia que *“A equipe é muito unida, sendo assim lutando juntamente com o paciente. As instalações não são 100%, falta muita coisa, mas o pior mesmo é a valorização quanto ao serviço de saúde mental”.*

No comentário de P.3, *“Acredito que ainda existem muitos desafios a serem atingidos: melhora do espaço físico, ampliação da equipe, reestruturação de algumas atividades, procedimentos e projetos. Também formação específica em dependência química para os novos servidores e ainda formação continuada para a equipe. Porém, avalio que o serviço já conta com uma boa metodologia”.*

O profissional Q analisa que *“Equipe extremamente comprometida com o serviço e usuários”.*

A análise de R.3 é: *“Acredito que nossa equipe do CAPS tem avançado no decorrer destes anos em relação ao tratamento que ofertamos aos nossos usuários. Com o auxílio da capacitação e da supervisão clínico-institucional temos repensado nossas ações e trabalhado dentro da proposta da reforma psiquiátrica”.*

O funcionário S.3 responde que *“Atualmente o CAPS está com uma equipe muito comprometida com o trabalho e assim flui de maneira natural, já houve momentos bem difíceis com a redução de equipe ou com profissionais desprovidos de perfil para trabalhar com a dependência química”.*

O trabalhador T.3 avalia que *“É um serviço que oferece um tratamento de qualidade à sociedade, considerando as necessidades individuais de cada paciente. Porém, há limitações da equipe quando nos deparamos com uma rede e sistema de saúde restrito, pode-se citar como exemplo, encaminhamentos de pacientes em vulnerabilidade social que se encontram em situação de rua, tendo apenas a casa da acolhida e o melhor viver, onde a primeira opção oferece estadia de apenas três dias e a segunda com lista de espera. Desta forma, o profissional fica limitado a resolução imediata do caso. Destaca-se também o baixo salário dos profissionais, ausência de insalubridade [...], ausência de materiais para continuidade das oficinas, falta de espaço físico. Falta de consideração com os profissionais no sentido que não temos uma agenda fixa das datas de recesso em feriados, sendo nos comunicado sempre de última hora se iremos trabalhar ou não, não sendo possível o profissional se organizar. É importante destacar a preocupação da gerência de saúde mental em oportunizar capacitações e aprimoramentos aos profissionais de saúde mental a fim de melhorar a qualidade do serviço, e o trabalho da chefia imediata em discutir e procurar soluções dos problemas junto a equipe de maneira democrática e sua atenção com a equipe”*.

E o profissional U.3 avalia *“A equipe é totalmente comprometida com o desenvolvimento dos serviços, quanto aos pacientes o CAPS auxilia na reconstrução das perdas, e na capacitação para que possam exercer em plenitude seu direito de ser cidadão”*.

A questão da avaliação que os profissionais fazem sobre o CAPS é muito importante, e através das respostas deles verifica-se tal importância, pois foram elencadas questões pensadas em prol da qualidade do serviço. Observa-se avaliações reflexivas e críticas sobre o cotidiano do serviço, porém, um ponto é fundamental, a equipe de trabalho demonstra ter união e procura suprir os obstáculos impostos pelo serviço público (principalmente no quesito estrutura). Ressalta-se essa união, pois o primeiro passo para que o trabalho em equipe ocorra é a união, a harmonia, e é perceptível nas respostas dos profissionais que isso acontece.

Esta questão aponta algumas reflexões, como a situação das dúvidas e a ajuda entre os profissionais. A crítica sobre a sobrecarga no serviço, mas que todos buscam formas de aplicar um bom funcionamento. Aponta a questão da pouca experiência de alguns profissionais, mas os que possuem maior experiência auxiliam no que é possível. Traz os instrumentais do serviço, como a visita domiciliar, e também aponta a questão da fase de adaptação. Retrata a questão de a equipe ser nova, porém buscando avanços; aborda a questão do número de profissionais ser pequena. A questão da precarização da rede de atendimento de saúde mental no município; e a valorização da saúde mental em Ponta Grossa. Há que se considerar que, em se tratando de um serviço tão relevante, é necessário haver melhores

condições para sua estruturação. Para sanar tal demanda, o ideal seria a contratação de mais profissionais, de forma efetiva, e preferencialmente com experiência na área da Saúde Mental.

3.7 CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO: EFICIÊNCIA, EFETIVIDADE, EFICÁCIA.

Nesse tópico, pretende-se explicar sobre os critérios de avaliação utilizados pela PNASS para avaliação dos serviços de saúde, e que se utilizou para a confecção dos questionários aplicados aos sujeitos da pesquisa, com recorte na efetividade.

O enfoque da pesquisa está centrado nas percepções dos indivíduos, sujeitos do universo, conforme Silva e Formigli (1994, p.81) em que “[...] ganham centralidade as relações que se estabelecem entre prestadores e usuários, bem como as características de ordem técnica referentes ao cuidado em si”. Segundo Silva e Formigli (1994, p.81):

Os atributos referem-se às características das práticas de saúde e da sua organização social. Podem ser assim agrupados: a) relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade); b) relacionados com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas (eficácia, efetividade e impacto); c) relacionados com os custos das ações (eficiência); d) relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica); e) relacionados à percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação dos usuários, aceitabilidade).

Ao se optar por buscar conhecer as percepções dos sujeitos da pesquisa em relação aos CAPS, é de suma importância compreender o efeito das ações realizadas nesses espaços. Como base para essa avaliação, foram estabelecidos os critérios de avaliação a eficácia, eficiência e efetividade. De acordo com Silva e Formigli (1994, p.82) constata-se comumente uma sobreposição entre as definições de eficácia, efetividade, eficiência, inclusive a qualidade:

A começar pelo Dicionário Aurélio (Ferreira, 1986), que considera os três primeiros como sinônimos. Eficaz é o “que produz o efeito desejado”; eficiência é a “ação, força, virtude de produzir um efeito”; e efetivo é o “que se manifesta por um efeito real”. A qualidade tem sido definida como “efeito”; a efetividade, como qualidade. Tanto a eficácia como a efetividade têm sido definidas em relação ao cumprimento de objetivos propostos. A efetividade tem sido vista, ainda, como um atributo composto pela eficiência e pela eficácia.

Silva e Formigli (1994) explicam que a diferença entre impacto e efetividade se dá em relação ao objeto da avaliação quanto no que concerne ao tempo. Ou seja, o efeito de determinado serviço sobre um grupo populacional corresponderia à efetividade. Já o efeito de

um “sistema” o impacto, relacionado ao tempo, o curto prazo diria respeito à efetividade e o longo prazo, ao impacto.

Nesse ínterim, é importante analisar que a “[...] satisfação do usuário diz respeito à percepção subjetiva que o indivíduo tem sobre o cuidado que recebe. O grau de satisfação ou de insatisfação pode decorrer das relações interpessoais entre o profissional e o paciente”. (SILVA; FORMIGLI; 1994, p. 88). Pode ser ainda, que as relações se dêem frente a aspectos da estrutura dos serviços, e ainda às representações do usuário sobre o processo saúde-doença.

Eficiência, por sua vez, significa a capacidade administrativa de produzir o máximo de resultados com o mínimo de recursos e está associada à racionalidade, produtividade da ação, força e virtude de produzir. Eficácia é a relação entre resultados pretendidos e resultados obtidos e a efetividade diz respeito ao resultado concreto, ou às ações que fizeram acontecer esse resultado concreto, a forma com que se estabelece a relação entre os resultados e o objetivo. A eficácia pode ser entendida como a probabilidade de que indivíduos de uma população definida obtenham um benefício da aplicação de uma tecnologia a um determinado problema em condições ideais de uso. Já a efetividade é que se obtenha um benefício da aplicação de uma tecnologia a um determinado problema em condições normais de uso. (BRASIL, 2009). Segundo Carles (2010, s/p):

As avaliações do desempenho de qualquer indivíduo, organização ou projeto estão relacionadas aos conceitos de eficácia, eficiência e efetividade. Estes conceitos são independentes entre si, ou seja, é possível alcançar cada um deles sem alcançar também os outros. O ideal, entretanto, é alcançar os três.

Conclui-se que “[...] eficácia é a capacidade de realizar objetivos, eficiência é utilizar produtivamente os recursos e efetividade é realizar a coisa certa para transformar a situação existente” (CARLES, 2010, s/p).

Expõe-se esses critérios, bem como já foi explicado, pois tratam-se dos critérios utilizados pela PNASS para avaliação dos serviços de saúde. Porém, há necessidade de compreender a relação entre os critérios e o tema pesquisado, pois se entende que a avaliação realizada pelos sujeitos de pesquisa deve ter um parâmetro de comparação, que nesse estudo seria com a Política de Saúde Mental. Por esse motivo apresenta-se uma comparação entre a definição dos CAPS conforme prevê a Política de Saúde Mental e a realidade desses serviços no município de Ponta Grossa.

Toma-se por pressuposto que quem pode avaliar esses serviços são os sujeitos que lá estão, ou seja, usuários, familiares e trabalhadores dos CAPS. Contudo, não foi possível a participação de todos em virtude do pouco tempo disponibilizado para a conclusão do estudo.

Dessa forma, toma-se como parâmetro de análise usuários que frequentam o serviço a longo, médio e curto prazo, pois dessa forma pode-se analisar o olhar nesses três períodos de vivência no serviço. Consequentemente, o familiar que estivesse disposto poderia participar, o que não ocorreu com todos. Quanto aos trabalhadores, todos que se disponibilizaram puderam participar, considerando que também há trabalhadores com uma maior experiência nos CAPS e outros iniciando no serviço.

Dessa forma, trata-se de apresentar os olhares dos sujeitos participantes do estudo diante dos serviços ofertados pelos CAPS de Ponta Grossa.

3.8 A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E FAMILIARES SOBRE OS CAPS DE PONTA GROSSA

A percepção dos usuários e familiares sobre os CAPS é altamente valiosa, pois busca compreender se os objetivos desses serviços estão adequados às necessidades dos pacientes e de seus familiares. De acordo com Bandeira (2011, p.286) “O envolvimento dos familiares, em colaboração com os profissionais dos serviços, apresenta vantagens para o sucesso do tratamento, estando associado a melhora no funcionamento social dos pacientes”. É possível compreender que como a opinião dos usuários é importante, se faz também a opinião dos familiares, pois se trata de um trabalho em parceria, CAPS – Usuário – Família. Contudo, infelizmente, não se obteve uma adesão grande dos familiares para a pesquisa. Os relatos daqueles que aceitaram, porém, trazem informações importantes sobre os serviços prestados pelos CAPS no município. Considerando que a Política toma como importante manter o vínculo e a participação dos familiares durante o tratamento nos CAPS, Bandeira (2011, p.285) explica que:

Utilizar as avaliações dos familiares sobre os resultados do tratamento pode ser particularmente útil, porque eles são os principais provedores de cuidados aos pacientes, nas atividades cotidianas, na supervisão aos comportamentos problemáticos e na tomada dos medicamentos, que afetam os próprios resultados do tratamento. Eles podem, portanto, detectar mudanças em virtude do tratamento, em diversos aspectos da vida dos pacientes, e essas informações ajudam os profissionais a identificarem os aspectos do tratamento que já atendem as necessidades dos pacientes e aqueles que ainda necessitam ser melhorados para atingir esses objetivos.

De acordo com o objetivo do trabalho, busca-se demonstrar a percepção dos trabalhadores, usuários e familiares que prestam e utilizam os serviços dos CAPS. Neste tópico são detalhados os dados colhidos por meio dos questionários e entrevistas.

3.8.1 A percepção dos usuários sobre os CAPS que frequentam em Ponta Grossa

Apresenta-se nesse tópico, em forma de quadros, as respostas obtidas, por meio dos questionários, dos usuários dos três CAPS do município. Não foi especificado os CAPS, de forma a expor as respostas no geral. Na primeira coluna, apresenta-se a pergunta realizada, e ao lado, as respostas. Quando houve respostas de um usuário, utilizamos a numeração ordinal, o que não quer dizer que está por importância de resposta, e sim para destacar uma da outra. Nas respostas que se repetiram, utiliza-se a numeração cardinal. Há algumas falas em parênteses, representando complementos realizados pelos usuários durante a resposta e que, acredita-se, seja importante destacar. As questões objetivas foram agrupadas no quadro 30, e as questões dissertativas estão nos quadros seguintes.

QUESTÃO	RESPOSTA
Trajetos ao CAPS	13 – Fácil; 1 – Regular; 2 – Difícil.
Se sua resposta anterior foi regular, difícil ou muito difícil, explique o porquê?	2 – Devido a distancia 1 – Acabo encontrando pessoas que tem envolvimento com a droga
Forma de transporte que utiliza para chegar ao CAPS	8 – Público; 8 – Outros (a pé).
Como você classifica o atendimento no CAPS?	12 – Ótimo; 4 – Bom
Você se sente bem acolhido/recepcionado no CAPS?	14 – Sim, com certeza; 1 – Sim, acho que sim
Você acredita que a estrutura física – o tamanho, o número de salas, espaço de convivência – do CAPS é boa para atender os usuários?	8 - Sim, com certeza; 3 - Sim, acho que sim; 1 - Não sei; 3 - Não, acho que não (mais investimento da prefeitura); 1 - Não, com certeza
Você considera os banheiros do CAPS adequados para o atendimento aos usuários, estão em bom estado de conservação, tem bom tamanho, tem boas condições de uso?	8 - Sim, com certeza; 3 - Sim, acho que sim; 5 - Não, acho que não (por ter apenas um banheiro, e a demanda masculina é maior)
Você considera as salas de atendimento individual adequadas, se sente confortável e com privacidade, ou seja, a vontade para conversar?	13 - Sim, com certeza; 1 - Sim, acho que sim; 2 - Não sei
E em relação ao refeitório, onde é servido os lanches, você considera o local adequado para realizar as refeições?	9 - Sim, com certeza; 4 - Sim, acho que sim; 2 - Não, acho que não; 1 - Não, com certeza (quando chove, alaga)
As salas do CAPS são claras e ventiladas?	12 - Sim, com certeza; 3 - Sim, acho que sim; 1 - Não, acho que não
Você acredita que o local onde funciona o CAPS é seguro?	12 - Sim, com certeza; 2 - sim, acho que sim; 1 - Não, acho que não (pessoas com drogas)
E o número de profissionais que trabalham no CAPS, você acredita ser adequado para o atendimento?	6 - Sim, com certeza; 3- Sim, acho que sim (poderia ter mais profissionais, mais psicólogos); 1 - Não sei; 3 - Não, acho que não (poucos profissionais)

Quadro 30 – Percepção dos usuários sobre os CAPS de PG/PR. Fonte: a autora.

(continuação)

QUESTÃO	RESPOSTA
O médico psiquiatra está todos os dias no CAPS?	9 – Sempre; 6 - Quase sempre
Existe enfermeiro no CAPS todo o período de funcionamento?	11 – Sempre; 2 – Quase sempre; 1 – Nunca
A sua família participa das atividades do CAPS?	5 - Sempre; 4 - Quase sempre; 1 - Eventualmente; 6 – Nunca
Como você se sente com a participação de seus familiares no CAPS?	6 - Muito Satisfeito; 4 – Satisfeito; 1 - Muito Insatisfeito;
As informações sobre sua saúde repassadas pela equipe do CAPS a você e seus familiares são claras?	13 – Sim, com certeza; 1 – Sim, acho que sim
E as informações sobre seus direitos, em relação a benefícios previdenciários e assistenciais, tratamento com humanização, você está satisfeito com a forma que é repassada á você e sua família?	9 - Muito Satisfeito; 3 – Satisfeito; 3 – Indiferente
E as atividades que acontecem no CAPS, você está satisfeito com elas?	9 - Muito Satisfeito; 6 – Satisfeito; 1 – Indiferente
Você realiza refeições no CAPS? Se sim, Considera essas refeições adequadas? (Conservação de alimentos, utensílios, cardápio, higiene)	9 - Sim, com certeza; 4 - Sim, acho que sim; 3 - Não, acho que não
Você se sente satisfeito com essas refeições?	5 - Muito Satisfeito; 9 – Satisfeito; 2 – Insatisfeito
Você faz uso de medicações ofertadas pelo CAPS?	12 – Sempre; 1 - Quase sempre; 1 – Eventualmente; 2 – Nunca
Quando você tem alguma dúvida ou precisa de uma orientação é atendido (a)?	15 – Sempre
Quando você precisa reclamar algo, você é atendido (a)?	14 - Sim, com certeza; 1 - Sim, acho que sim; 1 - (nunca fez reclamação)
Você e seus familiares participam das reuniões do CAPS?	6 – Sempre; 5 - Quase sempre; 1 - Eventualmente; 3 – Nunca

Quadro 30 – Percepção dos usuários sobre os CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

1ª – Melhor remuneração para os funcionários	7ª – Mais recursos da parte da prefeitura, contratação de funcionários
2ª – Um lugar maior na região central, mais atenção pelo município ao serviço	8ª – Maior rigor quanto aqueles que fazem uso do cigarro nas instalações
3ª – Uma estrutura maior, mais funcionários	9ª – Material para trabalho, profissional de educação física
4ª – Mais organização	10ª – Falta uma professora
5ª – Poderia ter mais terapeutas	2 - Responderam que não mudariam nada
6ª – Médico clínico geral	4 - Não responderam

Quadro 31 – Opinião dos usuários sobre o que falta nos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

1ª – Teatro e dança	8ª – Psicoterapia em grupo
2ª – Do atendimento, das atividades	9ª – De todas as atividades
3ª – Gosta de participar, pois aprende muitas coisas, troca de experiências, explicações que são repassadas.	10ª – Conversar com as pessoas que trabalham no CAPS, gostaria de participar

	mais do CAPS. Terapia com a psicóloga, ginástica, relaxamento
4ª – O atendimento é 100%	14ª – Das conversas com os psicólogos
5ª – O fato de poder me expressar como dependente	2 – Artesanato, musica
6ª – Pintura em tela, psicoterapia individual	2 – Jogar uno e mais jogos
7ª – Grupo falado	1 - Não respondeu

Quadro 32 – Opinião dos usuários sobre o que mais gostam dos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora

1ª – Melhor remuneração para os profissionais para tratarem melhor os usuários	7ª – Mal-entendido entre os pacientes
2ª – Falta material, falta funcionários da equipe terapêutica	8ª – Os dias que eu não estou bem e estou no CAPS
3ª – As pessoas que não respeitam, que chegam alcoolizados, sob efeito de drogas, o uso do cigarro na frente do CAPS.	2 - De ficar esperando
4ª – Quando acaba	3 - Não responderam
5ª – Grupo falado	3 - Não tem
6ª – Fofoca	

Quadro 33 – Opinião dos usuários sobre o que menos ou não gostam dos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

1ª – As instalações	3 - Não responderam
2ª – Para um lugar maior	10 - Disseram que não mudariam nada
3ª – Prefeitura investir mais na estrutura e nos profissionais	

Quadro 34 – Opinião dos usuários se mudariam alguma coisa dos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

3.8.2 A percepção dos familiares sobre os CAPS de Ponta Grossa

Da mesma feita, são apresentadas em quadros as respostas obtidas pelos familiares.

QUESTÃO	RESPOSTA
Trajetos ao CAPS	5 – Fácil; 1 – Regular; 1 – Difícil
Se sua resposta anterior foi regular, difícil ou muito difícil, explique o porquê.	1 – Difícil por morar longe 1 – Horário dos ônibus
Forma de transporte que utiliza para chegar ao CAPS	6 – Público; 1 - Particular
Como você classifica o atendimento no CAPS?	7 – Ótimo

Você se sente bem acolhido/recepcionado no CAPS?	7 – Sim, com certeza
Você acredita que a estrutura física – o tamanho, o número de salas, espaço de convivência – do CAPS é boa para atender os usuários?	6 - Sim, com certeza; 1 - Sim, acho que sim;
Você considera os banheiros do CAPS adequados para o atendimento aos usuários, estão em bom estado de conservação, tem bom tamanho, tem boas condições de uso?	5 - Sim, com certeza; 1 - Sim, acho que sim; 1 - Não, acho que não
Você considera as salas de atendimento individual adequadas, se sente confortável e com privacidade, ou seja, a vontade para conversar?	5 - Sim, com certeza; 1 - Sim, acho que sim; 1 - Não sei
E em relação ao refeitório, onde é servido os lanches, você considera o local adequado para realizar as refeições?	6 - Sim, com certeza (acredito que seja necessário algumas melhorias); 1 - Sim, acho que sim
As salas do CAPS são claras e ventiladas	7 - Sim, com certeza
Você acredita que o local onde funciona o CAPS é seguro?	6 - Sim, com certeza; 1- sim, acho que sim
E o número de profissionais que trabalham no CAPS, você acredita ser adequado para o atendimento?	5 - Sim, com certeza; 2 - Não, acho que não (poucos profissionais)
O médico psiquiatra está todos os dias no CAPS?	4 – Sempre; 2 - Quase sempre
Existe enfermeiro no CAPS todo o período de funcionamento?	7 – Sempre
A sua família participa das atividades do CAPS?	7 – Sempre
Como você se sente com a sua participação no CAPS?	3 - Muito Satisfeito; 2 – Satisfeito
As informações sobre sua saúde repassadas pela equipe do CAPS a você e seus familiares são claras?	6 - Sim, com certeza; 1 - Sim, acho que sim
E as informações sobre seus direitos, em relação a benefícios previdenciários e assistenciais, tratamento com humanização, você está satisfeito com a forma que é repassada á você e sua família?	1 - Muito Satisfeito; 6 - Satisfeito
E as atividades que acontecem no CAPS, você está satisfeito com elas?	4 - Muito Satisfeito; 3 – Satisfeito
Você realiza refeições no CAPS? Se sim, Considera essas refeições adequadas? (Conservação de alimentos, utensílios, cardápio, higiene	2 - Sim, com certeza; 1 - Sim, acho que sim; 3 – Não sei
Você se sente satisfeito com essas refeições?	2 - Muito Satisfeito; 1 – Satisfeito
Você retira medicações ofertadas pelo CAPS?	3 – Sempre; 2 – Nunca
Quando você tem alguma dúvida ou precisa de uma orientação é atendido (a)?	7 - Sempre
Quando você precisa reclamar algo, você é atendido (a)?	6 - Sim, com certeza; 1 – Não sei
Você e seus familiares participam das reuniões do CAPS?	4 – Sempre; 3 - Quase sempre;

Quadro 35 – Percepção dos familiares sobre os CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

1ª – Gosto muito do atendimento do CAPS. Acredito que apenas seja necessária mais assistência por parte da prefeitura, os repasses são morosos.	4ª – Mais um médico psiquiátrico
2ª – Para mim está completo	5ª – Bebedouro de água
3ª – Para mim está tudo certo	2 – Nada

Quadro 36 – Opinião dos familiares sobre o que falta nos CAPS de PG/PR Fonte: a autora.

1ª – O ambiente é muito agradável. Desde o primeiro dia eu e meu pai fomos muito bem acolhidos. A equipe é muito esforçada, mesmo com poucos recursos busca fazer um excelente atendimento.	4ª – O acolhimento da equipe
2ª – Reuniões	5ª – Grupo familiar e fazer artesanato
3ª – Conversar com as pessoas	2 – Tudo

Quadro 37 – Opinião dos familiares sobre o que mais gosta nos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

1ª – No momento estou satisfeita com tudo. Nada que não gosto	2 – Nada
2ª – Quando fico sozinha no CAPS	2 – Não responderam
3ª – Não tenho o que não gosto daqui	

Quadro 38 – Opinião dos familiares sobre o que menos ou não gosta dos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

1ª – Gosto da administração do CAPS. Durante os oito meses que frequentamos aqui fomos bem assistidos. Apenas sinto que a prefeitura deveria dar um suporte mais rápido, e que divulgasse o programa que é pouco conhecido	4ª – As mães permanecerem o tempo todo no CAPS
2ª – Colocaria mais educação física e trabalhos manuais	1 – Nada
3ª – Para mim está tudo bem, não tenho o que reclamar	2 – Não

Quadro 39 – Opinião dos familiares se mudariam alguma coisa nos CAPS de PG/PR

Fonte: a autora.

Ao sistematizar os dados apresentados, essa pesquisa apresenta um perfil dos CAPS de Ponta Grossa, para se pensar no serviço e na qualidade das ações. Em relação às equipes, destaca-se como pontos positivos a interação entre os mesmos e a busca por qualidade nas ações. Como ponto negativo, a situação do vínculo profissional é preocupante, pois dos trinta e cinco profissionais participantes da pesquisa, vinte e três são terceirizados, o que demonstra instabilidade aos profissionais e usuários do serviço. Além disso, está indicada a falta de espaços para desenvolver trabalhos de reflexão por parte dos profissionais. Tal situação repercute no atendimento ao usuário, gerando fragilidades nos vínculos entre a equipe e os usuários e familiares.

Segundo Pires (2009), a precarização do trabalho por meio de múltiplas relações contratuais contribui para aumentar as dificuldades de representação, deixando os

trabalhadores desprotegidos. No trabalho em saúde no Brasil, é crescente o número de trabalhadores sem as garantias trabalhistas.

Conforme Pires (2009, s/p), “Como nos demais setores da produção, a terceirização também cresce na saúde e tem sido utilizada pelos empregadores tanto do setor público quanto do privado, para diminuir os custos com a remuneração da força de trabalho”. A autora explica que:

O Ministério da Saúde do Brasil reconhece a existência de múltiplas formas de trabalho precário em saúde e elabora, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, um “Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS” com estratégias definidas para a reversão do quadro. ‘Precarização’ é um termo amplo que se unifica pelo sentido de perda de direitos. Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), o trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei. Para as entidades sindicais que representam os trabalhadores que atuam no SUS, trabalho precário está caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS.

Para se manter uma postura profissional correspondente ao contexto da saúde pública, para os trabalhadores aderirem a mudanças em suas práticas convencionais e que atuem na lógica interdisciplinar, “[...] exige um mínimo de reciprocidade em termos de salários dignos, boas condições de trabalho, jornada de trabalho que evite o multiemprego excessivo (o que impede o compromisso com o trabalho) e investimento em treinamento e supervisão” (VASCONCELOS ET AL, 2000, p.57).

Em relação à aproximação aos usuários dos CAPS que participaram da pesquisa, é importante destacar que em suas respostas e falas observadas durante a aplicação do questionário, destaca-se uma postura de profunda gratidão ao serviço. Esse sentimento pode ser explicado porque os CAPS tornarem-se espaços de refúgio, atenção e bem estar a esses usuários. Por outro lado, os usuários analisam que o poder público deveria investir mais nos CAPS, na estrutura e nos materiais.

Os familiares, mesmo em menor número, também consideram os CAPS como espaços de grande importância para o município, pois proporcionam atendimento e atividades aos seus familiares. A existência desses espaços traz conforto e gratidão manifestados pelos familiares. Valorizam os profissionais, destacando que os trabalhadores mantem esforços em sustentar um serviço de qualidade. Os familiares estão satisfeitos com os CAPS, porém,

destacam ser preciso investimento do município para que o serviço cresça e tenha melhores condições.

É essencial observar que há uma insatisfação em relação aos serviços de saúde mental, entendendo que para o público que sofre com transtorno mental, os únicos espaços para atendimento e tratamento são os CAPS, e existe demanda para outros serviços. Essa insatisfação está ligada no que se espera dos gestores, os objetivos que não conseguem ser atingidos, ou até mesmo os que não conseguem ser pensados e planejados. A precarização dos recursos materiais e humanos, a falta de consciência do que é necessário, ou até mesmo a convivência com o que não é feito também auxilia no aprofundamento dessa insatisfação, velada pelos sujeitos, mas gritante a todos nós.

Há de se pensar sobre a necessidade em romper com aspectos que estabelecem diferenças entre saúde e saúde mental, entendendo um setor como menos importante que o outro. Ao se tratar a saúde na perspectiva da integralidade do atendimento ao usuário, é necessário estabelecer ações de prevenção e promoção da saúde em todas as suas dimensões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em 1989 o Projeto de Lei de autoria do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, dá entrada no Congresso Nacional para avaliação. Na década de 1990, é realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que traz como propostas as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, como CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização dos hospitais psiquiátricos (MOURA, 2011).

Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM nº 224 de 1992, que regulamentou o funcionamento dos serviços de saúde mental, proibindo a existência de espaços excludentes e estabelecendo que as ações, e procedimentos realizados com pessoas internadas fossem registrados. Em 2015, os CAPS e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país são regulamentados pela Portaria GM nº 336 de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde.

O processo de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação ganha impulso em 2002, com normas do Ministério da Saúde, que estabelecem a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais. A Portaria GM nº 106 de 2000 institui os Serviços Residenciais Terapêuticos, definidos como moradias inseridas na comunidade, com objetivo de cuidar das pessoas com transtornos mentais, com internações psiquiátricas de longa permanência e que não possuam suporte social e laços familiares (BRASIL, 2005).

Desde 2001, com a regulamentação da Lei nº 10.216, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, as formas de atendimento à pessoa com transtorno mental se modificaram, fortalecendo os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS como dispositivos estratégicos para a substituição dos hospitais psiquiátricos, organização da rede de atenção psicossocial e a consolidação de direitos, garantia de cidadania às pessoas com transtorno mental. Diante disso, acredita-se ser importante conhecer os CAPS do município de Ponta Grossa e o cotidiano dos mesmos, bem como a percepção dos usuários, familiares e trabalhadores que participam desses serviços de saúde mental.

Entretanto, para que se consiga compreender a percepção dos sujeitos da pesquisa, ainda que seja uma aproximação com os mesmos e com o cotidiano dos CAPS, é fundamental o conhecimento da trajetória percorrida pela saúde mental no Brasil.

Se faz mister desmistificar o olhar cultural às pessoas com transtorno mental, imaginando que os CAPS são extensões dos hospitais psiquiátricos, tratando-se de uma forma

de “enclausuramento”, acreditando ser um espaço para manter “os loucos” distantes dos espaços comunitários, da convivência com familiares, amigos, comunidade em geral. É preciso entender que os CAPS são espaços acolhedores, com objetivo de proporcionar atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, visando que a pessoa com transtorno mental tenha sua cidadania garantida.

No primeiro capítulo, explica-se o percurso metodológico percorrido pelo estudo, desde o aprofundamento do tema, coleta de dados e análise dos mesmos. É importante esclarecer que o tema é importante, pois se refere a um assunto atual, pois a Lei sancionada é de 2001, portanto, quatorze anos de “vida”, e as ações estão em processo, muitas conquistas foram alcançadas e provavelmente ainda ocorrerão grandes avanços. Apresenta-se ainda, o perfil dos usuários e familiares que participaram da pesquisa.

Para tanto, foi preciso entender e conhecer a metodologia que seria realizada, pois o assunto é complexo e ao mesmo tempo fascinante. Foi pensada, inicialmente, uma linha de pesquisa, mas com o percurso e considerações dos avaliadores da pesquisa, compreendeu-se que seria necessário alterar a lógica de estudo, o que foi muito importante, pois ampliou o olhar perante o tema e subsidiou a conquista dos dados e análises.

No segundo capítulo, expõe-se aspectos históricos relativos à como se constituíram os serviços de saúde mental no Brasil, com destaque para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. A concepção de rede de serviços de saúde, com ênfase para a rede de atenção psicossocial, as RAPS, e os Centros de Atenção Psicossocial conforme a Política de Saúde Mental, apresentando três tipos de CAPS: II Transtorno Mental, Álcool e Drogas e Infantil, pois são os existentes em Ponta Grossa.

É de fundamental relevância o entendimento da Reforma Psiquiátrica, que busca uma emancipação pessoal, social e cultural, “[...] que permita o não-enclausuramento de tantas formas de existência banidas do convívio social” (MOURA, 2015). Constituiu-se, por meio desse processo, que as conquistas hoje efetuadas fossem realizadas, ao pensar-se que a Lei está sancionada há quatorze anos. É necessário conhecer que o processo para que se chegasse a esse resultado ocorre desde os anos de 1970, período em que se iniciam as mobilizações no Brasil perante os maus-tratos, violência e desrespeito às pessoas com transtorno mental. Com isso, percebe-se que não se trata de um processo recente. A Lei sim, pois se sabe o quão moroso é a questão de legislação. Porém, o processo Reforma Psiquiátrica se desenvolve há quatro décadas. Segundo Wetzel e Kantorski (2004, p.597), “As mudanças que ocorreram no

país no campo da saúde mental não se deram de forma espontânea, mas foram e são construídas através do engajamento dessas pessoas, [...] na prática cotidiana dos serviços”.

E por meio da Reforma Psiquiátrica regulamentam-se os serviços, como o CAPS, que objetiva resgatar e garantir a cidadania das pessoas que sofreram ao serem excluídas, caladas, isoladas pelo preconceito e falta de conhecimento, pois o CAPS preconiza um serviço de portas abertas com ambiente acolhedor. De acordo com Souza e Rivera (2010, p. 124), “Diferentemente do hospital psiquiátrico que impunha uma barreira ao intercâmbio social, impedindo de certa forma possibilidades de troca com o mundo exterior, os CAPS buscam, desejam [...] “afetação” ou a “invasão” da loucura na sociedade”.

As três modalidades de CAPS apresentados conforme a Política de Saúde Mental, são os existentes em Ponta Grossa. Há uma quarta modalidade citada ao longo da pesquisa, o CAPS III, pois existe grande demanda no município, e ele está em vias de implantação.

Além disso, por meio da Reforma Psiquiátrica, ocorre a organização das Redes de Atenção Psicossocial – RAPS, pois como já diz o ditado, *“uma andorinha só não faz verão...”*. Deste modo, torna-se importante que exista um trabalho em rede. Somente o CAPS trabalhando sozinho dificulta conquistar resultados. Em Ponta Grossa, conforme relatos de profissionais, essa rede está se articulando agora, pois muitas pessoas ainda não entendem o trabalho dos CAPS. Alguns familiares abordam a questão da falta de conhecimento e divulgação dos CAPS no município, o que acarreta na falta de informações para a população em geral. As ações do matriciamento são fundamentais, pois se existir diálogo entre CAPS e UBS, o trabalho será dinâmico e muitas situações poderão ser acompanhadas pelo órgão competente. Essa relação está posta além do tratamento, em ações de lazer, educação, trabalho, o que torna as relações intersetoriais importantes. É necessário permitir e construir junto aos usuários seu convívio social e familiar, dar voz e condições de que as pessoas com transtorno mental consigam realizar suas ações, atividades em vida comunitária, que não fiquem dependentes de um serviço, que consigam ter autonomia para realizar suas ações e atividades.

De acordo com Moura (2015), a desarticulação da rede de atenção psicossocial ou até mesmo sua inexistência “[...] é apontada como uma das grandes dificuldades do trabalho [...] Enfrenta-se a falta de integração entre os serviços existentes; dificuldades na atribuição das competências e atribuições de cada unidade de saúde; ausência de uma rede articulada”.

Ainda é frequente escutar relatos de desrespeito, violência, intolerância contra pessoas com transtorno mental, pois ainda existem pessoas, serviços que fazem parte dessa rede e não possuem entendimento sobre o assunto. Quando se tem acesso a uma informação

de que uma pessoa foi agredida, presa e até mesmo morta por não compreender o que lhe é pedido ou por não seguir as regras e normas impostas, morta pelos que deveriam ser considerados protetores da sociedade, percebe-se o quanto ainda é necessário discutir, explicar esse tema, e buscar esse atendimento qualificado. Há a necessidade que as RAPS se articulem e dialoguem, porque somente com isso será possível realizar ações com a população, já que, quando um usuário ou familiar busca auxílio para questões de saúde mental e é atendido e encaminhado de forma correta, muitas situações de negligência deixam de existir. Para isso, é importante que os profissionais atuantes nessa rede tenham conhecimento e humanização no atendimento, não realizando pré-julgamentos e atuando de forma adequada na rede.

O terceiro capítulo apresenta os CAPS de Ponta Grossa, funcionamento, estrutura, equipe profissional, demandas atendidas, atividades realizadas, baseado na coleta de dados por meio da pesquisa de campo realizada de julho de 2014 a fevereiro de 2015. Além disso, compõe o capítulo o perfil dos trabalhadores, bem como a percepção deles sobre os CAPS do município. Expõe-se ainda um subitem sobre os trabalhadores da saúde e os trabalhadores da saúde mental, pois se considera importante realizar uma breve apresentação da trajetória desses trabalhadores. Em seguida, traz os critérios de eficiência, efetividade e eficácia com o objetivo de apreender esses termos utilizados para avaliar os serviços de saúde, e que servem de subsídio para a criação dos questionários aplicados aos sujeitos da pesquisa. E para finalizar o capítulo, apresenta-se a percepção de usuários e familiares sobre os CAPS do município.

Os CAPS em Ponta Grossa são recentes, o primeiro a ser implantado foi o CAPSad em 2004, em seguida o CAPS II TM em 2006 e o CAPS Infantil em 2012. São serviços que funcionam de segunda a sexta, durante o dia. Observa-se a falta estrutura física adequada, recursos materiais, recursos humanos. Os profissionais, ao avaliarem os recursos físicos e materiais dos CAPS, consideram como regular, o que indica que as condições ainda não estão condizentes com o que preconiza a política. A mesma avaliação têm os usuários e familiares, que consideram os espaços como não adequados, com demandas por espaços maiores para atender a demanda e realizar atividades de lazer e esporte. Além disso, usuários e familiares destacam a precariedade dos espaços, como a falta de manutenção, o que ocasiona a depredação do estabelecimento. A falta de acessibilidade dificulta a locomoção de pessoas com deficiência física. Pode-se compreender que o fato dos locais dos serviços de saúde mental ser alugados dificulta que a qualidade seja adequada. O ideal, portanto, seria a

construção de cada Centro em prédio próprio e adequado à realização dos atendimentos dos usuários e familiares.

Os recursos materiais são avaliados pelos usuários e familiares como escassos, sendo importante um olhar sensato pelos gestores, com intenção de maiores investimentos nos CAPS nesse quesito. É necessário materiais para que as atividades aconteçam cotidianamente e de forma que o interesse dos usuários seja mantido e o tratamento plenamente realizado.

Em relação ao número de profissionais, a maioria avaliou como sendo bom, o que nos leva a refletir se os profissionais estão atentos ao que preconiza a Política de Saúde Mental em relação à composição da equipe profissional. Estão buscando que as equipes profissionais estejam adequadas para os CAPS de Ponta Grossa. Os usuários e familiares analisam que a equipe é adequada, porém, manifestam ressalvas, como a necessidade de mais profissionais, como psicólogos, médico clínico geral, educador físico.

A situação do tipo de vínculo profissional demonstra a precariedade das relações de trabalho, pois dos 35 profissionais que participaram da pesquisa, 23 são terceirizados, evidenciando que a ruptura nos atendimentos dos CAPS é uma realidade que não condiz com a Política, que prevê a criação de vínculos com os usuários. Conforme Paes et al (2013, p.407), “É importante verificar os tipos de sistema empregatício utilizados. A rotatividade de pessoal acarreta dificuldade em estabelecer vínculo, considerando que o vínculo estabelecido entre usuário e equipe de saúde foi apontado como um ponto positivo na construção da rede”. O fato das relações trabalhistas da maioria dos profissionais serem terceirizadas preocupa em relação da rotatividade dos profissionais, o que acarreta em fragilidade de relações entre profissionais e usuários, pois todo o trabalho em criar o vínculo é desperdiçado se o processo é interrompido e o usuário precisar iniciar essa relação com o profissional substituto.

Nesse interim, surge a discussão no país sobre a terceirização, por meio do Projeto de Lei “PL da Terceirização”. Inicialmente chamado de Projeto de Lei nº 4330 de 2004, agora passou a ser Projeto de Lei da Câmara (PLC) nº 30 de 2015. Uma grande ameaça aos direitos da classe trabalhadora devido à precarização do emprego, esse PLC permite que as empresas terceirizem sua atividade-fim, aquela que caracteriza o objetivo principal da empresa. Atualmente, o Tribunal Superior do Trabalho (TST), por meio da súmula nº 331, considera ilegal a terceirização na atividade-fim do empregador, permitindo-a apenas nas atividades consideradas meio, ou seja, aquelas que não são inerentes ao objetivo principal da empresa. “O PL autoriza a generalização plena e irrefreável da terceirização na sociedade brasileira no âmbito privado e público, podendo atingir quaisquer segmentos econômicos ou profissionais,

quaisquer atividades ou funções, desde que a empresa terceirizada seja especializada”. (BRASIL, 2013).

Conforme escrevem Wetzel e Kantorski (2004, p. 597), “A análise de serviços envolve também a análise da consciência histórica de seus agentes e de suas representações sociais, que por sua vez estarão objetivadas em suas práticas”. Analisa-se que a questão da precarização das relações de trabalho impacta na forma de avaliação dos e pelos profissionais, pois são pessoas que conhecem a Política de Saúde Mental, estão cotidianamente nos serviços e se deparam com as questões de falta de estrutura, sem a liberdade e segurança para expressar seus descontentamentos e discordâncias. Sabe-se que a atuação profissional em serviços públicos não é fácil e são inúmeras as questões de falta de estrutura, desde a manutenção, recursos físicos, materiais, humanos, estão sempre em defasagem.

Segundo Wetzel e Kantorski (2004, p. 597), a noção de qualidade é uma construção “[...] social, variável, conforme os interesses dos grupos organizados dentro e fora da instituição. Os juízos de valor poderão divergir conforme os grupos e segmentos considerem que ela responde ou não às suas respectivas prioridades ou demandas”. Dessa forma as percepções sobre os CAPS por meio dos três olhares corroboram a reflexão dos autores, pois na maioria das respostas de usuários e familiares, os CAPS são considerados “bom” ou “muito bom”. Essa avaliação está expressa nos quesitos atendimento, acolhimento e profissionais. O que deixa a desejar é a questão de estrutura e gestão do município. Nesse aspecto, as pessoas são subjetivas, pois as emoções auxiliam na avaliação, a partir do momento que existem vínculos entre usuário, familiar e profissional, e com o próprio serviço. O cuidado com as palavras, com a avaliação, é visível aos olhos de quem está realizando a pesquisa. E aos profissionais, o tipo de vínculo profissional pode ser um “freio” em questão de análise crítica e reflexiva frente aos serviços de saúde mental que realizam.

Vale destacar o importante papel que a gestão deve assumir nesse processo, considerando a necessidade de envolvimento de diferentes setores para a efetivação de um serviço de atenção à saúde mental humanizado, resolutivo e pautado na promoção de saúde e qualidade de vida de usuários e familiares.

Às dificuldades que os CAPS enfrentam no município, como estrutura, recursos físicos, humanos, materiais, há ainda a questão da rede de atenção psicossocial frágil no município, como verificada no dossiê apresentado no estudo, em que se demonstra a falta de estrutura de atendimento às pessoas com transtorno mental. Os serviços de saúde mental buscam reverter a lógica autoritária das instituições de saúde. Para isso, a Política promove a construção do trabalho baseado em equipes multidisciplinares.

Acredita-se que os profissionais atuantes na saúde mental devem entender-se como sujeitos no processo da assistência em saúde mental “com os poderes sendo negociados, de forma que a construção de identidades possa substituir o processo de despersonalização que atinge a todos envolvidos no sistema asilar”. O objeto de intervenção torna-se “mais complexo, interdisciplinar, e as práticas e saberes tradicionais necessitam ser reconstruídos para responder a essa transformação” (WETZEL; KANTORSKI, 2004, p.594).

Entretanto, grandes desafios ainda precisam ser superados, as equipes precisam estar com o número de profissionais correspondentes para a demanda apresentada ao serviço, bem como contar com recursos materiais e físicos adequados para a realização das ações. Estarem em educação permanente, por meio de especializações, capacitações, supervisões técnicas de forma a incentivar à criação de novas formas de cuidado que não sejam pautadas apenas na prática curativa, construindo novos paradigmas de cuidado. (PAES ET AL, 2013, p. 406).

O olhar para esses serviços deve estar atento, implica em acompanhar a construção de serviços que se propõe a atender em direção à inserção do usuário, com maior resolutividade, com uma equipe multiprofissional e na utilização de múltiplos recursos. (WETZEL; KANTORSKI, 2004)

Para isso é importante que a gestão invista em capacitações permanentes, além de investimentos na estrutura dos CAPS, como vínculos trabalhistas efetivos, ou seja, concurso público e remuneração adequada aos profissionais atuantes na saúde mental.

Essa premissa é fundamental, conforme percepção da coordenadora do CAPSad: “*Eu acho assim: todos esses anos que eu estou aqui, nós evoluímos muito, o que estamos construindo hoje é bem diferente de quando eu entrei, nós éramos muito mais rígidos, as próprias regras, o atendimento, as supervisões técnicas nos trazem um outro olhar, abre a nossa cabeça, hoje lutamos realmente pela autonomia desse paciente. De que ele vai entrar aqui e eu não vou ditar para ele as coisas que ele precisa fazer ou mudar na vida dele, é ele que vai descobrir. E antes queríamos que ele fizesse o que é bacana para nós, que ele siga sua cabeça. Ficar sem as drogas, abstinência total é um desejo que queríamos que ele alcançasse, mas nem sempre é possível para ele. A gente saiu de uma tentativa de colocar na cabeça do paciente a abstinência total, e agora trabalhamos na lógica de redução de danos. Então, às vezes não é possível para ele parar de usar drogas naquele momento, de todas as perdas, violências que ele sofreu, também tirar as drogas. O discurso para algumas pessoas parece estranho, porque a abstinência tem que ser total na vida das pessoas, radical e é isso que vai trazer a cura para ela, e ela vai ser feliz, vai construir sua vida sem as drogas, tem pessoas que vão conseguir, porém outras não vão conseguir ficar sem as drogas. E esse*

entendimento foi difícil para essa equipe, porque você quer que ele cumpra o seu desejo, e não vai ser assim. E isso, o CAPSad evoluiu muito nesses anos, nesses seis anos que estou aqui, de jeito que era. Nós tiramos muito essas regras que nós tínhamos. Para seguir as nossas regras você tem que ter uma família, uma casa, um emprego é igual estar bem, e isso nos frustrava muito, porque se ele não tinha isso, pensávamos não deu certo o tratamento. E aí quando mudamos o nosso olhar, percebemos que se para ele não é possível ter uma casa, se ele quer ficar como morador de rua, é uma opção dele, e temos que respeitar. Precisamos cuidar da saúde dele, por mais que ele queira morar na rua, continuar usando drogas, como ele poder fazer isso sem agredir tanto a saúde dele, sem adquirir outras doenças, sem que ele se coloque tanto em risco, na violência da rua, e nas doenças, se contaminar com doenças como hepatite, HIV. Respeitar esse momento dele. Ele tem a opção de usar drogas, e quando isso ficou claro para nós, ficou mais fácil o atendimento. Porque ele vem às vezes com o discurso da abstinência, porque parece que é isso o que o profissional quer ouvir, quando pergunta qual o seu desejo, e ele responde que é o desejo de parar de usar as drogas, nem sempre é isso que ele quer, mas é o politicamente correto, todo mundo quer ouvir isso dele, e com o passar do tempo aqui, trabalhando com as atividades, as oficinas, e as terapias, ele vai descobrindo o que é possível para ele, eles vão descobrindo a redução de danos, que não é tão feio ele dizer que quer usar drogas, o problema é ele só usar drogas, 24h usar drogas, destruir suas relações, sua família. Ele pode usar drogas, mas ele também tem que ver os outros laços que ele pode fazer, reconstruir outras coisas, apesar de usar drogas ele tem que ter uma vida social, seus direitos e deveres assegurados.”.

Verifica-se que a permanência de profissionais nos serviços é fundamental, pois os vínculos, a experiência profissional, tempo dessa atuação nos serviços e as capacitações, proporcionam o desenvolvimento e a qualidade da atuação profissional, que só pode ser conquistada e efetivada na prática cotidiana. Então é essencial que esses quesitos sejam respeitados e garantidos aos trabalhadores e para as pessoas que utilizam os serviços.

Conforme Carvalho, Santos e Campos (2013, p. 381) “É necessário destacar que a precarização dos vínculos de trabalho compromete a relação dos trabalhadores de saúde com o sistema, prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços prestados”. Pois há a rotatividade de profissionais e a não condição de criar, efetivar e executar planos de trabalho de médio e longo prazo.

Esse trabalho demonstra que os CAPS em Ponta Grossa precisam, com urgência, que as condições de recursos físicos, humanos, materiais, sejam revistos, pois é perceptível que o trabalho acontece com grande esforço das equipes profissionais que ali labutam. As condições

dos locais em que os CAPS estão instalados devem ser revistas, pois a permanência em casa de aluguel prejudica as atividades, pois nem sempre o local é adequado para as atividades que precisam e devem ser realizadas. Conforme a coordenação do CAPSad, a sede irá mudar de endereço, pois a casa é alugada e foi solicitada pelo proprietário, e o novo endereço também será em casa de aluguel. Essa situação aponta para duas questões: a estrutura não ser como a que a política prevê, não possuir os ambientes necessários para atendimentos aos usuários e a instabilidade, por se tratar de imóvel de aluguel, pode ser que tenham que sair a qualquer momento, pois existem contratos, porém, estes podem ser desfeitos a qualquer momento.

O tipo de vínculo profissional também precisa ser revisto, a contratação de funcionários terceirizados acarreta danos à ação profissional, pois são profissionais que atuam com prazo determinado, e a qualquer momento podem deixar seu posto de trabalho, seja por término do contrato, ou para ingressar em outro local de trabalho. A forma adequada seria a contratação de profissionais por via de concurso público, profissionais efetivos, que podem realizar as capacitações técnicas, buscar especialização na área de atuação. Houve um grande avanço nesse quesito, pois desde junho desse ano, o CAPS II TM está com a equipe profissional concursada. Ou seja, houve a ruptura dos vínculos dos usuários com os antigos profissionais, porém, deverão ser reconquistados, agora com a garantia da redução da rotatividade.

Outro ponto que se apresenta preocupante no município é a rede de atenção psicossocial, pois a partir das informações demonstradas no estudo e apontadas no dossiê, são recentes as articulações, o diálogo entre as frentes dos serviços de saúde e saúde mental. Além disso, como já escrito, não são apenas os CAPS que precisam ser ampliados no município. É necessária a implantação de outros serviços de saúde mental que compõem a rede, como centros de convivência, unidades de acolhimento para que as pessoas com transtorno mental possam acessar esses serviços. Em 2015, foi implantado o NASF, uma peça fundamental no trabalho em conjunto com os CAPS. Por fim, a página do DATASUS apresenta que em Ponta Grossa existe um CAPS AD III, na Avenida General Carlos Cavalcante. Todavia, a Gerência de Saúde Mental informou no último mês de junho que o CAPS AD III ainda será construído no local informado.

Apesar das dificuldades a serem superados pela gestão do município, os CAPS já fazem parte da realidade de Ponta Grossa. É importante que o olhar para eles seja reforçado de análise crítica e reflexiva pelo papel fundamental que esses serviços exercem na vida de muitas pessoas. A garantia de direitos assegurados, estar atento e dar voz às pessoas que por muito tempo estiveram caladas, proporcionar a capacidade de empoderamento das pessoas

com transtorno mental permanecem um desafio. Lutar por direitos é uma luta permanente, e não é nada fácil. Mas essa luta já iniciou, e esta em processo, e cabe a todos consolidá-la.

Esta análise sobre as percepções a respeito dos CAPS de Ponta Grossa indica que a Política de Saúde Mental precisa ser repensada pelos gestores do município e pelos profissionais que ali atuam, sem perder de vista sua eficácia, eficiência e efetividade. É importante dar voz aos sujeitos historicamente silenciados no processo de tortura e maus tratos pela sociedade, familiares e comunidade em geral. Esse estudo não termina aqui. Que esta pesquisa se torne caminho para novas inquietações, indagações sobre essa temática atual e importante.

REFERÊNCIAS

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. 1 ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad do município de Natal-RN: com a palavra a família. Estudo representacional da participação familiar nas atividades dos centros de atenção psicossocial no município de Natal-RN. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 set. 2014

BANDEIRA, Marina (et al). Satisfação de familiares de pacientes psiquiátricos com os serviços de saúde mental e seus fatores associados. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 2011. P.284-93. Disponível em: <http://www.ipub.ufrj.br/portal/jbp/60/04/09_JBP_60_4.pdf> Acesso em: 04 mai. 2015

BELMONTE, Pilar R. (et al). **Temas de Saúde Mental**. Textos Básicos do CBAD. Brasília: Ministério da Saúde: 1998

BOURGUIGNON, Jussara Ayres (Org.). **Pesquisa qualitativa: concepção e características**. Material compilado para aulas de Metodologia da Pesquisa e Seminário de Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas/ UEPG. Ponta Grossa, 2006.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. O retorno e o alcance das pesquisas desenvolvidas na área social. In.: BOURGUIGNON, Jussara Ayres (Org.). **Pesquisa social: reflexões teóricas e metodológicas**. Ponta Grossa, PR: Toda Palavra, 2009. p. 171 – 181.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. OLIVEIRA JUNIOR, Constantino Ribeiro de. **Pesquisa em Ciências Sociais: Interfaces, Debates e Metodologias**. Ponta Grossa. Toda Palavra, 2012.

BRASIL. Lei nº 10216 de 2011. Brasília: **D.O.U.** 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em 22 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3. ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consolidado dos relatórios das conferências estaduais de saúde: 12ª Conferência Nacional de Saúde Conferência Sergio Arouca**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CES_consolidado.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde Brasília – DF. 2004. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1212.pdf>> Acesso em: 30 ago.2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação. **Caderno do**

Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS. Edição 2004/2005. Brasília-DF, 2005a. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_293_arq_473_ManualAdoAProgramaANacionalAdeAAvaliacaoAdeAServicosAdeASaudeA-APNASS.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 02 jul.2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF.** Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, 2009a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf> Acesso em: 30 ago.2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação de tecnologias em saúde:** ferramentas para a gestão do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. 110 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS:** as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteiras_reforma_psiquiatria.pdf>. Acesso em: 30 ago.2013

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Cartilha Direito à Saúde Mental.** 2012. Disponível em: <<https://www.google.com.br/#q=cartilha+direito+%C3%BAde+mental>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento:** Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf>. Acesso em 30 jan. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção.** 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRUSAMARELLO, Tatiana et al. Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.20, n.1, p. 33-40, Jan./Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000100004&script=sci_arttext>. Acesso em 18 ago. 2013.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al. Avaliação da Rede de Centros de Atenção Psicossocial: Entre a saúde coletiva e a Saúde mental, **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 set. 2014

CARDOSO, Cíntia Garcia; HENNINGTON, Élide Azevedo. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400005&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 27 ago. 2014

CARLES, Gustavo Henrique. **A diferença entre eficiência, eficácia e efetividade**. Tron blogs. 2010. Disponível em: <<http://www.tron.com.br/blog/2010/04/a-diferenca-entre-eficiencia-eficacia-e-efetividade/>>. Acesso em: 02 jun.2015

CARVALHO, M. de; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. de S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.37, n. 98, p. 372-387, jul/set, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a02v37n98.pdf>>. Acesso em 03 set. 2013.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa qualitativa inter e transdisciplinar: uma abordagem complexa da família e deficiência. In.: BOURGUIGNON, Jussara Ayres (Org.). **Pesquisa social: reflexões teóricas e metodológicas**. Ponta Grossa, PR: Toda Palavra, 2009. p. 145 – 169.

CONEGLIAN, Lucimar Aparecida Garcia. **Além da remissão dos sintomas?** Reforma Psiquiátrica e CAPS na região dos Campos Gerais – PR. 2011, 151 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas). Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2011.

CONEGLIAN, Lucimar Garcia; LEANDRO, José Augusto. Além da remissão dos sintomas? Reforma Psiquiátrica e CAPS na região dos Campos Gerais –PR. In.: BOURGUIGNON, Jussara Ayres; BARROS, Solange Aparecida Barbosa de Moraes (Org.). **Cadernos de Pesquisa Social**. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2012. p. 61-74

COSTA, Nilson do Rosário [et al,] (Orgs.). **Cidadania e Loucura**. Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes/ ABRASCO, 1987.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2014

CRUZ NETO, Otávio. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 8ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 51-66

EBERHARDT, Leonardo Dresch; CARVALHO, Manoela de Carvalho; MUROFUSE, Neide Tiemi. Vínculos de trabalho no setor de saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, p. 18-29, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00018.pdf>>. Acesso em 10 mai. 2015.

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. **Integração e Interdisciplinaridade no Ensino Brasileiro: Efetividade ou Ideologia?** São Paulo: Loyola. 1979.

FERNANDES, Josicelia Dumê; OLIVEIRA, Maria Rita; FERNANDES, Juliana. Cidadania e qualidade de vida dos portadores de transtornos psiquiátricos: contradições e racionalidade. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 35-42, jul/dez 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/05.pdf>>. Acesso em: 19 mai.2013

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**. Biblioteca Tempo Universitário – II. Rio de Janeiro - Tempo brasileiro, 1975.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FRANCO, Maria Laura Publisi Barbosa. **Análise de Conteúdo**. Brasília, 3ª edição: Líber Livro Editora, 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GLANZNER, Cecília Helena; OLSCHOWSKY, Agnes; KANTORSKI, Luciane Prado. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 45, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 ago. 2014

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2005.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 8ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 67-80

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 6 ed. São Paulo, Cortez, 2003.

INPAD – Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras drogas. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LENAD_ALCOOL_Resultados-Preliminares.pdf> Acesso em 17 ago. 2014.

JORGE, Maria Salete Bessa; PINTO, Antonio Germane Alves. Adoecimento Mental e a Família: representações e subjetividades. In.: TRAD, Leny A. Bonfim (org). **Família**

Contemporânea e Saúde: significado, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 335-370.

MACEDO, Jaqueline Queiroz de et al. Práticas em serviço de saúde mental: interface com a satisfação profissional. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 ago. 2014

MACHADO, Juliana Costa. **Rede de atenção à saúde mental:** representações dos profissionais da estratégia de saúde da família no contexto de reforma psiquiátrica. Jequié, UESB, 2011. 150f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde), Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2011.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 1982.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social. In: MARTINELLI, Maria Lúcia (Org.). **Pesquisa qualitativa:** um instigante desafio. São Paulo: Veras Editora, 1999.

MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (caps II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 set. 2014

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da Percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 6 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MIRANDA, Lilian; CAMPOS, Rosana Tereza Onocko. Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 ago. 2014

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Tradução Eliane Lisboa. 4 ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

MOURA, Joviane A. **História da Assistência à Saúde Mental no Brasil:** da Reforma Psiquiátrica à Construção dos Mecanismos de Atenção Psicossocial. 2011. Disponível em: <<https://psicologado.com/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psiquiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial>>. Acesso em: 20 jul. 2015

MUCHAIL, Salma Tannus. Foucault, um filósofo que pratica histórias. **Revista Cult**, Edição 81, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://revistacult.uol.com.br/home/2010/03/foucault-um-filosofo-que-pratica-historias>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

MUNHOZ, Divanir Eulália Naréssi; OLIVEIRA JUNIOR, Constantino Ribeiro. Interdisciplinaridade e pesquisa. In.: BOURGUIGNON, Jussara Ayres (Org.). **Pesquisa social: reflexões teóricas e metodológicas**. Ponta Grossa, PR: Toda Palavra, 2009.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Perspectivas da Qualidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 1994.

ORNELLAS, Cleuza Panisset. **O paciente excluído: História e crítica das práticas médicas de confinamento**. Rio de Janeiro: Revan, 1997.

PAES, Lucilene Gama et al. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 2, p. 395-409, 2013.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. **A Rede de Atenção à Saúde Mental no Paraná**. Coordenação Estadual de Saúde Mental, 2014. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0caps/apresentacao_rede_de_saude_mental.pdf>. Acesso em: 30 de jul. 2014

PIRES, Denise Elvira. **Precarização do trabalho em saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pretrasau.html#topo>>. Acesso em: 20 de out. 2015.

PRATES, Jane Cruz. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 11, n. 1. 2012. P. 116–128. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/viewFile/11647/8056>>. Acesso em: 19 de out. 2015.

REVEL, Judith. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. São Carlos: Claraluz, 2005

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde Mental: dimensão histórica e campos de atuação**. São Paulo: EPU, 1996.

RIOS, Izabel Cristina. Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.17, n.4, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000400015>. Acesso em: 02 de set. 2014.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. As condições da Família Brasileira de Baixa Renda no Provimento de Cuidados com o Portador de Transtorno Mental. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão [et al.] (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000. p. 263-288.

SACKS, Oliver W. **Um antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais**. Tradução: Bernardo Carvalho. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SAMPAIO, Cláudia Cullen (et al). Interdisciplinaridade em questão: análise de uma política de saúde voltada à mulher. In: SÁ, Jeanete Liasch Martins de (Org.). **Serviço Social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**. São Paulo: Cortez, 1989. p. 67-95

SARACENO, Benedetto; ASIOLI, Fabrizio; TOGNONI, Gianni. **Manual de Saúde Mental**. São Paulo: Hucitec, 1997.

SIDRIM, Maria Ifigênia Costa. **As Representações Sociais da Reabilitação Psicossocial**. Um estudo sobre os CAPS. Curitiba: Juruá, 2010.

SILVA, M. P. N. **A relevância da política nacional de humanização da saúde e possibilidades de sua implantação no município de Santo Amaro**: estudo de caso em uma instituição hospitalar. Monografia de graduação em Serviço Social. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cachoeira, 2012.

SILVA, Ligia Maria V. da; FORMIGLI, Vera Lúcia A. **Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1994. P. 80-91.

SOUSA, Djanira Luiza Martins de; PINTO, Antonio Germane Alves; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações e o cuidado do outro nas abordagens terapêuticas grupais do centro de atenção psicossocial de Fortaleza- Ceará. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 147-154, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a17>>. Acesso em: 26 ago. 2014.

TEIXEIRA, Elizabeth. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 286-290, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n2/v30n2a08.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2014.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan/abr, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

TOMASI, Elaine et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001300023&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 set. 2014

TRENTINI, Fabiana Vosgerau. **Representações Sociais sobre o Sofrimento Mental e os Modelos de Tratamento Psiquiátrico: O Olhar dos Familiares-Cuidadores e dos Trabalhadores em Saúde Mental de Ponta Grossa – PR**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas), Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2010.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tese (Doutorado em Ciências na área da Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

WADI, Yonissa Marmitt. CASAGRANDE, Attiliana de Bona. Assistência Psiquiátrica no Estado do Paraná: um mapa dos hospitais especializados. In: XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais. Diversidades e (Des)Igualdades. **Anais...** Salvador, UFBA, 2011. Disponível em: <http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1314387019_ARQUIVO_TextoYonissa-Attiliana_CONLAB_.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2014

WETZEL, Christine; KANTORSKI, Luciane Prado. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 593-598, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072004000400012&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 mai. 2015

WILLRICH, Janaína Quinzen et al. Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 set. 2014.

WITIUK, Ilda Lopes; SILVA, Rosangela Castro Ribeiro da. **Família do Portador de Transtorno Mental**: vítima ou vilã? 2003. Disponível em: <http://www.cpihts.com/2003_07_06/ilda_lop.htm>. Acesso em: 22 nov. 2012.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; PERRONE, Claudia Maria. O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 277-293, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000200005>. Acesso em: 02 jun. 2015

ZGIET, Jamila. Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental: a quem interessa mudar? **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 ago. 2014

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA O TRABALHADOR DO CAPS

Questionário para o trabalhador do CAPS

1. **Sexo:** () Feminino () Masculino

2. **Idade:** _____

3. **Profissão:** _____

4. **Escolaridade:**

() Fundamental () Médio () Superior () Pós-graduação

Se possuir Pós-Graduação favor especificar a área: _____

5. **Carga horária:** _____

6. **Qual o tipo de vínculo/contrato formal de trabalho você tem com o CAPS?**

() Concursado

() Contrato temporário (sem CLT)

() Terceirizado (contratado por empresa prestadora de serviço)

() Autônomo

() Outros _____

7. **Como você julga o (a):**

a) Carga de trabalho: () alta () normal () pouca

b) Número de pessoas na equipe:

() muito bom () bom () regular () ruim () muito ruim

c) Distribuição das tarefas:

() muito bom () bom () regular () ruim () muito ruim

d) Segurança para execução do trabalho:

() muito bom () bom () regular () ruim () muito ruim

e) Acomodações e mobiliário:

☐ muito bom ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ muito ruim

f) Higiene do ambiente:

☐ muito bom ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ muito ruim

g) Salário:

☐ muito bom ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ muito ruim

h) Medicina do trabalho:

☐ muito bom ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ muito ruim

i) Relacionamento com a chefia imediata:

☐ muito bom ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ muito ruim

j) Estimulo da chefia ao seu trabalho:

☐ muito bom ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ muito ruim

k) Valorização de seu trabalho:

☐ muito bom ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ muito ruim

8. As atividades que você realiza estão de acordo com cargo e/ou função para qual foi contratado?

☐ Sim ☐ Não

9. Você recebeu capacitação profissional para a atuação profissional no CAPS?

☐ Sim ☐ Não

10. Há quanto tempo você é funcionário do CAPS?

☐ Menos de 06 meses

☐ De 06 meses a 01 ano

☐ De 01 ano a 02 anos

☐ De 02 anos a 03 anos

☐ Mais de 03 anos

11. Há quanto exerce suas atividades profissionais na área da Saúde Mental?

- () Menos de 06 meses
() De 06 meses a 01 ano
() De 01 ano a 02 anos
() De 02 anos a 03 anos
() Mais de 03 anos

12. Você se sente motivado (a) neste serviço?

- () Sempre () Às vezes () Nunca

13. Você participa das reuniões de equipe?

- () Sempre () Às vezes () Nunca () Não há reuniões de equipe

14. É realizado reuniões com a equipe com a participação dos usuários e familiares?

- () Sempre () Às vezes () Nunca () Não há reuniões de equipe

15. Você acredita que a equipe do CAPS trabalha de forma multidisciplinar ou interdisciplinar? Explique.

16. Você participa do Conselho Municipal de Saúde?

- () Sim () Não

17. Você utilizaria o CAPS ou indicaria para um amigo ou parente?

- () Sim () Não

18. Você realiza atendimento domiciliar para algum usuário?

() Sempre () Às vezes () Nunca

19. Em sua opinião, qual é a avaliação que faz do CAPS em que trabalha?

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Obrigada pela sua participação!

**APÊNDICE B – PRIMEIRA PARTE - QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS E
FAMILIARES**

Questionário para usuários e familiares

I Parte Questionário (Usuário e Familiar).

1. **Sexo:** () Feminino () Masculino

2. **Idade:** _____

3. **Escolaridade:**

() Sem Escolaridade () Fundamental () Médio () Superior () Pós-graduação

4. **Estado Civil:**

1)Solteiro (a) 2)Casado/União Estável (a) 3)Separado/Divorciado (a)
4)Viúvo(a) 5) Outro _____

5. **Você trabalha?**

1)Sim 2)Não

6. **Se sim, qual é sua condição atual:**

1)Trabalhador formal (com registro em carteira)
2)Trabalhador informal (sem registro em carteira)

7. **Você tem renda?**

1)Sim 2)Não

8. **Se sim, qual é o valor?**

1)Até 1 salário mínimo (R\$724,00)
2)Até 2 salários mínimos (R\$ 1448,00)
3)De 2 salários mínimos a 3 salários mínimos (R\$1448,00 a R\$2172,00)
4)3 salários mínimos ou mais (R\$2172,00 ou mais)
5)Não sei informar

9. **É você ou outra pessoa que cuida do seu dinheiro?**

16. Você tem interesse em continuar a participar dessa pesquisa?

- 1) Sim
- 2) Não

Se você optou em continuar a participar da pesquisa, por favor, escreva qual é o seu endereço residencial para que possamos realizar a segunda etapa do questionário.

Rua: _____, n° _____

Bairro: _____

Ponto de referência: _____

Telefone: _____

Nome: _____

Obrigada pela sua participação!

**APÊNDICE C – SEGUNDA PARTE - QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS E
FAMILIARES**

II Parte Questionário (Usuário e Familiar)**1. Como você considera o trajeto que você percorre para chegar ao CAPS?**

- 1)Fácil 2)Regular 3)Difícil 4)Muito Difícil

2. Se sua resposta anterior foi regular, difícil ou muito difícil, explique por quê?

3. Qual é a forma de transporte que utiliza para chegar ao CAPS?

- 1)Público 2)Particular 3)Amigos 4)Institucional

5)Outros _____

4. Como você classifica o atendimento no CAPS?

- 1)Ótimo 2)Bom 3)Razoável 4)Regular 5)Ruim

6)Péssimo

5. Você se sente bem acolhido/recepcionado no CAPS?

- 1)Sim, com certeza 2)Sim, acho que sim 3)Não sei

4)Não, acho que não 5)Não, com certeza

6. Você acredita que a estrutura física – o tamanho, o número de salas, espaço de convivência – do CAPS é boa para atender os usuários?

- 1)Sim, com certeza 2)Sim, acho que sim 3)Não sei

4)Não, acho que não 5)Não, com certeza

7. Você considera os banheiros do CAPS adequados para o atendimento aos usuários, estão em bom estado de conservação, tem bom tamanho, tem boas condições de uso?

- | | | |
|---------------------|---------------------|-----------|
| 1)Sim, com certeza | 2)Sim, acho que sim | 3)Não sei |
| 4)Não, acho que não | 5)Não, com certeza | |

8. Você considera as salas de atendimento individual adequadas, se sente confortável e com privacidade, ou seja, á vontade para conversar?

- | | | |
|---------------------|---------------------|-----------|
| 1)Sim, com certeza | 2)Sim, acho que sim | 3)Não sei |
| 4)Não, acho que não | 5)Não, com certeza | |

9. E em relação ao refeitório, aonde é servido os lanches, você considera o local adequado para realizar as refeições?

- | | | |
|---------------------|---------------------|-----------|
| 1)Sim, com certeza | 2)Sim, acho que sim | 3)Não sei |
| 4)Não, acho que não | 5)Não, com certeza | |

10. As salas do CAPS são claras e ventiladas?

- | | | |
|---------------------|---------------------|-----------|
| 1)Sim, com certeza | 2)Sim, acho que sim | 3)Não sei |
| 4)Não, acho que não | 5)Não, com certeza | |

11. Você acredita que o local aonde funciona o CAPS é seguro?

- | | | |
|---------------------|---------------------|-----------|
| 1)Sim, com certeza | 2)Sim, acho que sim | 3)Não sei |
| 4)Não, acho que não | 5)Não, com certeza | |

12. E o número de profissionais que trabalham no CAPS, você acredita ser adequado para o atendimento?

- | | | |
|---------------------|---------------------|-----------|
| 1)Sim, com certeza | 2)Sim, acho que sim | 3)Não sei |
| 4)Não, acho que não | 5)Não, com certeza | |

13. O médico psiquiatra está todos os dias no CAPS?

- | | | | |
|----------|----------------|-----------------|---------|
| 1)Sempre | 2)Quase sempre | 3)Eventualmente | 4)Nunca |
|----------|----------------|-----------------|---------|

14. Existe enfermeiro no CAPS todo o período de funcionamento?

- 1)Sempre 2)Quase sempre 3)Eventualmente
- 4)Nunca

15. A sua família participa das atividades do CAPS?

- 1)Sempre 2)Quase sempre 3)Eventualmente
- 4)Nunca

16. Como você se sente com a participação de seus familiares no CAPS?

- 1)Muito Satisfeito 2)Satisfeito 3)Indiferente 4)Insatisfeito 5)Muito Insatisfeito

17. As informações sobre sua saúde repassadas pela equipe do CAPS á você e seus familiares são claras?

- 1)Sim, com certeza 2)Sim, acho que sim 3)Não sei
- 4)Não, acho que não 5)Não, com certeza

18. E as informações sobre seus direitos, em relação a benefícios previdenciários e assistenciais, tratamento com humanização, você está satisfeito com a forma que é repassada á você e sua família?

- 1)Muito Satisfeito 2)Satisfeito 3)Indiferente 4)Insatisfeito 5)Muito Insatisfeito

19. E as atividades que acontecem no CAPS, você está satisfeito com elas?

- 1)Muito Satisfeito 2)Satisfeito 3)Indiferente 4)Insatisfeito 5)Muito Insatisfeito

20. Você realiza refeições no CAPS? Se sim, Considera essas refeições adequadas?(conservação de alimentos, utensílios, cardápio, higiene).

- 1)Sim, com certeza 2)Sim, acho que sim 3)Não sei
- 4)Não, acho que não 5)Não, com certeza

21. Você se sente satisfeito com essas refeições?

- 1)Muito Satisfeito 2)Satisfeito 3)Indiferente 4)Insatisfeito 5)Muito Insatisfeito

22. Você faz uso de medicações ofertadas pelo CAPS?

- 1) Sempre 2) Quase sempre 3) Eventualmente
- 4) Nunca

23. Quando você tem alguma dúvida ou precisa de uma orientação é atendido (a)?

- 1) Sempre 2) Quase sempre 3) Eventualmente
- 4) Nunca

24. Quando você precisa reclamar algo, você é atendido (a)?

- 1) Sim, com certeza 2) Sim, acho que sim 3) Não sei
- 4) Não, acho que não 5) Não, com certeza

25. Você e seus familiares participam das reuniões do CAPS?

- 1) Sempre 2) Quase sempre 3) Eventualmente
- 4) Nunca

QUESTÕES ABERTAS**26. Em sua opinião o que falta no CAPS?**

27. E o que você mais gosta no CAPS?

28. E o que menos ou não gosta?

29. Você mudaria alguma coisa no CAPS?

Obrigada pela sua participação!

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**(T.C.L.E.)****Res.196/96**

O Sr. / a Sra. _____

Idade: _____ RG: _____ Endereço: _____

_____ está sendo convidado (a) a participar da pesquisa cujo título é “**A Percepção sobre os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS de Ponta Grossa pelo Olhar dos Usuários, Familiares e dos Trabalhadores**”, que está sendo desenvolvida por Viviane Matoski Orlowski, aluna do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG e orientada pelo Prof. Doutor José Augusto Leandro.

O objetivo desta pesquisa é compreender a percepção dos usuários e seus familiares dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS de Ponta Grossa, diante das condições que são ofertados os serviços, a satisfação, e se está condizente com a Política de Saúde Mental. Igualmente buscaremos o olhar dos profissionais diante dos serviços ofertados, as ações que realizam nesses espaços, e se observam que correspondem às expectativas dos usuários dos CAPS.

Para tanto, será necessário que você responda algumas questões que serão realizadas por meio de um questionário, através de entrevista previamente agendada.

Os benefícios esperados não serão financeiros, mas pessoais. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

O estudo não envolve riscos, por se tratar de uma pesquisa em que a coleta de informações acontece por meio de questionário.

A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo, ou se aceitar, retirar seu consentimento a qualquer momento e por qualquer razão, bastando para isto comunicar sua desistência, sem que haja nenhuma consequência para você.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito de forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um pseudônimo, de forma que você não poderá ser identificado.

Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de responsabilidade do (a) participante.

Em caso de esclarecimento ou reclamação, pode contatar a pesquisadora Viviane Matoski Orłowski, RG 7.631.045-9, Assistente Social – CRESS 7850 pelo telefone (42) 98069576.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado(a) a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Universidade Estadual de Ponta Grossa

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comissão de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Av: Gen. Carlos Cavalcanti, 4748 CEP: 84030-900 Bloco M, Sala 100.

Campus Uvaranas - Ponta Grossa - Fone: (42) 3220-3108 - E-mail: seccoep@uepg.br

**APÊNDICE E – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS COORDENADORES DOS
CAPS DE PONTA GROSSA**

Entrevistas com os coordenadores

(Roteiro)

1. Nome do CAPS

2. Endereço:

3. E-mail:

4. Nome do coordenador:

Cargo:

E-mail:

5. Número de profissionais (concursados e terceirizados):

6. Histórico da Instituição:

Data da implantação:

Há quanto tempo está nessa localização:

7. Finalidade:

8. Demanda/Público atendido:

9. Quantos usuários atendidos:

10. Modalidade de atendimento:

11. Estrutura dos atendimentos (organização, acolhimento, triagem –quem faz a triagem, existe plantão -, lista de espera, financiamento –terceirização, prefeitura -;)

12. Atividades desenvolvidas: oficinas

13. Projetos, programas desenvolvidos no CAPS

Estrutura do CAPS

14. Quais são as dependências do CAPS? (Quantos banheiros - tem adaptado-, quantas salas de atendimento? Existem leitos, refeitório? Os profissionais têm salas individuais?)

15. Prédio próprio ou alugado?

16. De que forma é realizado os encaminhamentos para outros serviços, quando não é caso do CAPS?

ANEXO A - NOTÍCIA SOBRE CAPS III

Saúde: Ponta Grossa terá CAPS 24h

Publicado por **imprensa** em **Quinta-feira - 08/08/2013 - 17:21**



Os investimentos do governo federal serão de aproximadamente R\$ 2 milhões e foram garantidos, nesta quarta-feira (7), durante a visita do secretário de Saúde na Coordenação de Saúde Mental em Brasília.

Ponta Grossa será contemplada com a construção de mais dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um dos quais funcionará 24 horas, serviço que hoje não é oferecido na cidade. A Secretaria Municipal de Saúde estuda a classificação do outro CAPS - se destinado à população infanto-juvenil (CAPS-I) ou a pessoas que enfrentam problemas de dependência química ou abuso de substâncias (Álcool e Drogas). Os investimentos, que totalizam R\$ 2 milhões, foram garantidos esta semana, durante a visita do secretário de Saúde, Erildo Muller, à Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Hoje o município conta com três Centros de Atenção Psicossocial, que atendem 750 pacientes por mês: o CAPS- AD (Álcool e Drogas), CAPS-I (Infantil) e o CAPS II (Transtornos Mentais Severos). No entanto, todos funcionam em imóveis adaptados, dois deles alugados, apenas o CAPS I funciona com sede própria. “Trata-se de um investimento importante, por que agora teremos CAPS próprios e dessa forma muitas pessoas serão beneficiadas com os atendimentos”, comemora o secretário Erildo Muller. Para o prefeito Marcelo Rangel são necessários mais investimentos na área de Saúde Mental: “sabemos que muitas pessoas passam por graves transtornos e precisam de ajuda. Com os novos CAPS poderemos promover melhorias nessa área também. Além disso, temos uma grande equipe na Secretaria de Saúde, responsável pela Saúde Mental”, destaca o prefeito.

Capacitação em Saúde Mental terá investimento de R\$ 200 mil

Os investimentos na área de Saúde Mental em Ponta Grossa não se limitam à instalação dos Caps, e serão ainda maiores: além das obras previstas, serão liberados R\$ 200 mil para a qualificação dos profissionais que atuam na área. O recurso também será liberado pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde e a primeira parcela chegará ao município em outubro.

Segundo o secretário de Saúde, Erildo Muller, assim a secretaria está trabalhando com a programação do Curso de Especialização. “Estamos programando o curso, que terá no

primeiro momento uma turma com cinquenta alunos e depois vamos ampliar. É importante dizer que capacitar os nossos servidores faz parte do nosso plano de melhorar a Atenção Básica e a Saúde Mental”, afirma Muller. O curso deverá começar no mês de novembro, com a duração de dois anos.

Fonte: <http://www.pontagrossa.pr.gov.br/node/15270>

Seguem outras notícias divulgadas na página da Prefeitura Municipal, sobre a construção do CAPS III:

Ponta Grossa terá CAPS 24 horas

Publicado por **imprensa** em **Segunda-feira - 28/10/2013 - 09:38**

A verba de R\$ 1 milhão de reais deverá ser liberada em 30 dias pelo Ministério de Estado da Saúde, além disso, o município aguarda a liberação de mais R\$ 1 milhão para construção de um novo CAPS

Ponta Grossa será contemplada com a construção de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD-III), que funcionará 24 horas, serviço que ainda não é oferecido na cidade. O Ministério da Saúde publicou a portaria nº 2.495, de 23 de outubro, que autoriza a construção da estrutura, que terá investimentos de R\$ 1 milhão de reais. A unidade será construída na rua Ermelino de Leão (próximo ao Centro de Ação Social) e terá aproximadamente 500 metros quadrados. O CAPS-III vai atender em média 430 pacientes, que hoje já estão cadastrados no sistema.

A estrutura contará com salas individuais para realização de oficinas, sala de aplicação de medicamentos e quartos coletivos para pessoas em condição de vulnerabilidade social, mesmo não tendo função de internamento. Além disso, a unidade contará com refeitório, quarto para os plantonistas e uma área externa para o desenvolvimento de terapia de recuperação. Para funcionar a nova estrutura precisará de 56 profissionais, entre médicos, psicólogos, assistentes sociais, musicoterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, que serão contratados via concurso público ou por parcerias com instituições da área de Saúde Mental.

O secretário de saúde do município, Erildo Muller, explica que o local será fundamental para o tratamento de qualidade dos pacientes. “Com essa estrutura teremos condições de atender melhor os dependes químicos, sejam de drogas ou álcool, além disso, eles serão atendidos por profissionais gabaritados que vão desenvolver trabalhos de ressocialização dos pacientes. Estamos felizes por que o projeto que encaminhamos foi aprovado”. De acordo com Muller, como a portaria já foi publicada, entre 30 a 40 dias, o recurso deverá ser liberado. “Após a liberação, daremos início ao processo licitatório e esperamos que no primeiro trimestre de 2014 as obras sejam iniciadas”, conclui. Para o prefeito Marcelo Rangel são necessários mais investimentos na área de Saúde Mental: “sabemos que muitas pessoas passam por graves transtornos e precisam de ajuda. Com o CAPS 24 horas poderemos promover melhorias nessa área também. Além disso, temos uma grande equipe na Secretaria de Saúde, responsável pela Saúde Mental”, destaca o prefeito.

AMPLIAÇÃO

Além do CAPS 24 horas, a Secretaria de Saúde, enviou ao Ministério da Saúde o projeto

para construção de um novo CAPS. O pedido está em análise. Hoje o município conta com três Centros de Atenção Psicossocial, que atendem 750 pacientes por mês: o CAPS- AD (Álcool e Drogas), CAPS-I (Infantil) e o CAPS II (Transtornos Mentais Severos). No entanto, os que não funcionam em imóveis alugados, estão em áreas adaptadas. Além disso, o município ainda precisa definir, juntamente com o Ministério da Saúde, e em função da demanda atual e da projetada, qual será sua destinação. “Trata-se de um investimento importante, por que agora teremos prédios próprios para os CAPS e, dessa forma, muitas pessoas serão beneficiadas com os atendimentos”, comemora o secretário Erildo Muller.

Fonte: <http://pontagrossa.pr.gov.br/node/15872>

ANEXO B – DOSSIÊ PONTA GROSSA – SAÚDE MENTAL



Associação de Apoio aos Portadores de Distúrbios de Ordem Mental
Rua Dona Branca do Nascimento Miranda nº344
Pilarzinho - CEP 82120-340 – Curitiba/Paraná

Curitiba, 18 de março de 2014.

Ofício nº 03/2014

Assunto: Dossiê Ponta Grossa– Saúde Mental

Ilmos Srs. Procuradores,

A Associação de Apoio aos Portadores de Distúrbio de Ordem Mental - AADOM - inscrita no CNPJ sob o número 05.129.934/0001-41, vem à presença de V.S. solicitar providências para reivindicar o cumprimento integral da Política Nacional de Saúde Mental no município Ponta Grossa, do Estado do Paraná, considerando que: a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, *“institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde”*.

Nossa solicitação prende-se à evidenciação de que os componentes da Rede de Atenção Psicossocial de Ponta Grossa que não estão de acordo com o preconizado legalmente, expostos a seguir:

De acordo com o art. 9º da portaria 3.088/11, para a operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial cabe *“ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde: implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob*

sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território municipal”.

O objetivo do material que se apresenta é mostrar um quadro sobre as práticas de saúde mental do município de Ponta Grossa, apontando algumas situações que acreditamos serem de imprescindível apuração pelo Ministério Público no exercício de sua atribuição.

Enquanto dados demográficos, que guiam a visualização da rede prevista para atendimento à saúde mental em Ponta Grossa, o site do IBGE⁷ apresenta em 2010 o contingente populacional de Ponta Grossa de 311.611 habitantes.

1. IMPLANTAÇÃO DE CAPS E HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

De acordo com a portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, os Centros de Atenção Psicossocial do tipo II e o CAPSad deverão “funcionar no período **de 8 as 18 horas**, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana”, podendo ter “terceiro turno funcionando até às 21h”. A portaria em questão, ainda, prevê a equipe mínima para trabalho em horário de funcionamento dos CAPS, quais sejam:

CAPS II

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental;
- 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

CAPSad

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental;

⁷ <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=410580>

- 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;
- 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

A situação é, ainda, mais complexa no que tange à nova Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme prevista pela portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011.

Na diretriz da implantação da RAPS, a portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012, impõe que municípios sem retaguarda para acolhimento 24h, como é o caso do município de Ponta Grossa devem transformar ao menos um CAPSad em **CAPS AD III**, o que proporcionaria respaldo aos usuários em momentos de crise e encaminhamento pronto em caso de urgência. A portaria, ainda, prevê a implantação de um CAPS AD III para grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes.

Cabe lembrar, ainda, a previsão da implantação do CAPS III para grupos populacionais acima de 200.000 hab., equipamento este que não existe no município de Ponta Grossa.

Sendo que a rede de saúde mental de Ponta Grossa, conta, segundo informações do site da secretária de atenção à saúde (DATASUS), com somente três Centros de Atenção Psicossocial, um deles tipo CAPSII, CAPSi e outro tipo CAPSad.

2. CONSULTÓRIOS NA RUA

De acordo com a portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que 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, são asseguradas no componente de Atenção Básica em Saúde as **Equipes de Consultório na Rua (eCR)**. As eCR são “*constituídas por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde*”.

As Equipes de Consultório na Rua são previstas pela portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, e seu funcionamento é regulamentado pela portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. De acordo com a portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, em seu art. 5º, As eCR (Equipes de Consultório na Rua) **cumprirão carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais**.

O município de Ponta Grossa tem direito a receber recursos do Ministério da Saúde para implantação uma eCR de acordo com documento expedido pela coordenação geral de gestão da atenção básica do Ministério da Saúde⁸, contudo o município ainda não se organizou para implantar o equipamento em sua área de abrangência.

3. UNIDADE DE ACOLHIMENTO

A portaria 3.088/11, em seu art. 6º, IV, a, trata da Atenção Residencial de Caráter Transitório, estabelecendo a Unidade de Acolhimento como *“ponto de atenção que oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório.”*

A portaria 121/12 que institui a Unidade de Acolhimento no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial estabelece como objetivo da UA:

“oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo”, devendo “garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social” (art.2º, §§1º e 2º), sendo de responsabilidade do CAPS de referência a “elaboração do projeto terapêutico singular de cada usuário, considerando a

⁸ http://189.28.128.100/dab/docs/geral/calculo_equipe_consultorios_na_rua.pdf

hierarquização do cuidado e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde” (art. 3º, § único).

A mesma portaria estabelece em seu art. 4º que as:

“Unidades de Acolhimento funcionarão em duas modalidades: I - Unidade de Acolhimento Adulto - destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos; e II - Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil - destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos”.

As UA Adulto deverão ser referência para Municípios ou regiões com população igual ou superior a 200.000 (duzentos mil) habitantes, conforme preconizado pelo art. 8. As UA Infante-Juvenil deverão ser referência para Municípios ou população igual ou superior a 100.000 (cem mil) habitantes, conforme regulamenta o art. 9.

Segundo informações coletadas, o município de Ponta Grossa tem duas UA adulto masculino, e a previsão para implantar uma UA feminina e infantil, porém, vista a importância deste equipamento para dar suporte a questões emergenciais vivenciadas por usuários de álcool e outras drogas e por sua família, este equipamento faz-se de imprescindível e de urgente implementação para ambos os sexos, pois atender somente o público masculino, não está de acordo com a legislação, além da importação da implementação de uma UA Infante – juvenil.

4. ATENÇÃO HOSPITALAR

Considerando a Enfermaria Especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas como pontos de extrema importância da constituição da RAPS.

Considerando a portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, que regulamenta o estabelecimento de leitos/unidade psiquiátricas em Hospital Geral ou especializado e a portaria nº 251/GM, de 31 de janeiro de 2002, que:

“estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências”;

De acordo com a portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004, que *“institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004”*; e a portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que em seu art. 5º apresenta a Atenção Hospitalar como um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial, operacionalizada por meio das enfermarias especializadas:

“para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em Hospital Geral” e pelo Serviço Hospitalar de Referência “para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”.

A portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012, que regulamenta o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, inclui em suas diretrizes a:

“oferta de suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica e ainda; competência da Rede de Saúde local para regulação do acesso aos leitos”.

Em seu capítulo II, intitulado “Da Implantação do Serviço Hospitalar de Referência para Atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas”, determina:

“Art. 8º A implantação do Serviço Hospitalar de Referência para a atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas observará os seguintes requisitos: I - em Municípios ou Regiões de Saúde com até 100 (cem) mil habitantes, a implantação do serviço referido no caput depende da existência de ações de saúde mental na Atenção Básica e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência; e

II - em Municípios ou Regiões de Saúde com mais de 100 (cem) mil habitantes, a implantação do serviço referido no caput depende da existência de ações de saúde mental na Atenção Básica e de CAPS de referência que realize atenção a pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas.

Parágrafo único. O Serviço Hospitalar de Referência de que trata este artigo deve ser implantado em Hospitais Gerais, preferencialmente de natureza pública ou filantrópica, e serão preferencialmente utilizados também como espaços de atuação docente assistencial.

*Art. 9º A distribuição dos leitos hospitalares para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas observará os seguintes parâmetros e critérios: I - **1 (um) leito** de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas **para cada 23 mil habitantes**, tendo como base a Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002;*

II - o número de leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas não deverá exceder o percentual de 15% (quinze por cento) do número total de leitos do Hospital Geral”.

A população do município de Ponta Grossa é de 311.611 habitantes em 2010, o que indica a necessidade de regulamentação de no mínimo 14 leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Atualmente o município, segundo informações coletadas, não possui leito psiquiátrico em hospitais gerais, pois alegam que a gestão do município não é plena, e a responsabilidade é do governo federal.

5. CENTROS DE CONVIVÊNCIA

Os Centros de Convivência são dispositivos pertencentes à rede de saúde mental do SUS. De acordo com a portaria nº 396, de 7 de julho de 2005, os Centros de Convivência e Cultura são equipamentos estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais, sendo recomendados para os municípios com mais de 200.000 habitantes. A portaria 3.088/11 ainda reconhece o equipamento como integrante da Rede de Atenção Psicossocial.

Estes centros proporcionam convivência entre pessoas com transtorno mental e/ou dependentes de álcool e outras drogas, junto com pessoas em vulnerabilidade e população em geral, através de oficinas de atividades diversas (teatrais, de música, educativas, etc..).

Vale ressaltar que o equipamento não é novidade! Em 1992 a cidade de São Paulo já havia estruturado 18 Centros de Convivência em seu município, na época regulamentados por portaria intersecretarial.

Os Centros de Convivência, além de ofertar convivência, educação e formação, proporcionam possibilidades à população vinculada à saúde mental, para reorganizar sua vida. Vários usuários de álcool e outras drogas relatam dificuldades em participar de espaços sociais, com receio de recair haja vista que a doença é recidivante.

Enfatizamos a necessidade da implantação deste equipamento em Ponta Grossa face ao que determina a Lei 10.216/01 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (art.2º, parágrafo único, incisos I à IX). De acordo com o exposto é necessária a implantação de um Centro de Convivência e Cultura no município de Ponta Grossa, visto que apresenta uma população com mais de 200 mil habitantes, como determina a portaria.

6. MATRICIAMENTO

O matriciamento é uma forma de trabalho que permite a integração entre todos os níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), com diversos setores e secretarias do Município, com o objetivo de que o cidadão tenha atenção integral à sua saúde, em todos os âmbitos (físico, psíquico, social). Esse método possibilita articular

todos os equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial com a Unidade Básica de Saúde.

No que tange ao matriciamento, vale destacar a portaria nº 3.088/11, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, e consta, para garantir a ação de matriciamento na Rede:

“Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial: III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial;

Art. 6º São pontos de atenção da Rede de Atenção

Psicossocial na atenção básica em saúde os seguintes serviços:

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

Ainda sobre matriciamento, a portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, que redefine o CAPSad III, trata como sendo obrigação deste serviço:

“Art. 5º O CAPS AD III observará as seguintes características de funcionamento: XVI - realizar ações de apoio matricial na Atenção Básica, no âmbito da Região de Saúde de seus usuários, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos de atenção da Região de Saúde;”.

Em suma, segundo a portaria 3.088, os serviços da rede de atenção psicossocial, devem funcionar de forma articulada com a Unidade Básica de Saúde e com o Centro de Atenção Psicossocial, sendo este o serviço de referência do usuário, conforme consta na portaria:

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

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

§ 3º Os serviços de que trata o inciso II deste artigo funcionam de forma articulada com:

I - a atenção básica, que apoia e reforça o cuidado clínicogerar dos seus usuários; e

II - o Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade”.

Face ao exposto, sublinhada a importância da estratégia gerencial do matriciamento, ressalta-se aqui a necessidade do funcionamento adequado do matriciamento no município de Ponta Grossa.

7. EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

A Unidade Básica de Saúde, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de: desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e

cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, havendo a necessidade de compartilhar as informações, sempre que necessário, com os demais pontos da rede; possuir equipe multiprofissional (Equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal; e contar com número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 (setecentos e cinquenta) pessoas por ACS e de 12 (doze) ACS por Equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. (PORTARIA nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011).

Com o intuito de facilitar os princípios do acesso, do vínculo, da continuidade do cuidado e da responsabilidade sanitária e reconhecendo que existem diversas realidades sócio-epidemiológicas, diferentes necessidades de saúde e distintas maneiras de organização das UBS, recomenda-se:

Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para no máximo 12.000 (doze mil) habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Quanto as Equipe Saúde da Família, de acordo com a portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011:

“III – cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

IV - cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 01 (uma) ESF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo 02 (duas) ESF e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais; e

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

VII - desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

X - desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XI - apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social”.

São atribuições comuns a todos os profissionais da Atenção Básica:

“I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

III - realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

V - garantir da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde; São atribuições comuns a todos os profissionais da Atenção Básica:

VIII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde; IX - praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;

X - realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

XVI - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social”.

Cabe lembrar, que o número de ESF recomendado é de 1 ESF a cada três 3.000 hab., sendo indicado para o município de Ponta Grossa 104 ESF, e o número máximo é de 1 ESF a cada 4.000 hab., contabilizando 78 ESF necessárias para Ponta Grossa. Porém, o total existente é de 53 ESF, sendo 35 ESF, 5 ESF_M1, 6 ESF_M2, 1 ESF QUILOMBOLA ASSENTADO, 3 ESFTIPOIV, 1 ESFTIPOIVSBMI, 1 ESFTIPOIVSBMII e 1 ESFSB_M1, não estando assim, o município de acordo com a legislação.

Ainda, quanto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dos quais tratam as portarias GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008, n. 2.488, de 21 de outubro de 2011 e n. 3.124, de 28 de dezembro de 2012, foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. Os NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, **atuando diretamente no apoio matricial** às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território destas equipes.

Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: CAPS, CEREST, Ambulatórios Especializados etc.) além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias.

“I - A modalidade NASF 1 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:

- a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais;*
- b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e*
- c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas de carga horária semanal.*

II – Cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas

(consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais);

III - A modalidade NASF 2 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:

a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 (cento e vinte) horas semanais;

b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e

c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.

IV – Cada NASF 2 deverá estar vinculada a no mínimo 3 (três) e a no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas

(consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais);

V - A modalidade NASF 3 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:

a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 80 (oitenta) horas semanais;

b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte horas); e

c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.

VI – Cada NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurandose como uma equipe ampliada”.

Assim, com base nos dados populacionais da regional de saúde em questão, é possível prever o número correto de equipes NASF e seus tipos, que podem existir,

pois, NASF III é o que atua com um mínimo de uma ESF, sendo assim, municípios com a partir de 3.000 (três mil) habitantes podem contar com equipe NASF III em sua ESF.

Além disso, quanto ao cumprimento da legislação, deve-se atentar para o quadro de profissionais que podem fazer parte das equipes NASF, dentre eles: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, Profissional com formação em arte e educação (arte educador); Profissional de saúde sanitária.

Segundo informações coletadas no site DATASUS (CNES) o município de Ponta Grossa não possui o NASF 1. **No entanto para respeitar o cumprimento integral das portarias ministeriais, deveria ser reservado o contingente de 78 ESF, o que resultaria na necessidade de um mínimo de 9 equipes NASF no município.**

8. COMPONENTE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL EM PONTA GROSSA

De acordo com a portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que 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.

Constitui-se como um dos objetivos da Rede de Atenção Psicossocial: *“Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária”.*

Elemento fundamental da Rede de Atenção Psicossocial para o alcance deste objetivo é o componente da Reabilitação Psicossocial, composto por **iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais**.

A portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012, prevê ainda incentivo financeiro do Ministério da Saúde para iniciativas voltadas a gerar trabalho e renda **aos usuários** dos serviços de saúde mental. Para a concessão do incentivo, o ente federado deve desenvolver programa de reabilitação psicossocial que obedeça os seguintes critérios:

- “ I - estar inserido na Rede de Atenção Psicossocial;*
II - estar incluído no Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST) do Ministério da Saúde; e
III - ter estabelecido parceria com Associações de Usuários, Familiares e Técnicos, Cooperativas, Incubadoras de Cooperativas ou Entidades de Assessoria e Fomento em Economia Solidária para apoio técnico e acompanhamento dos projetos”.

Esta previsão legal do Ministério da Saúde não apresenta-se despropositada. Com tais previsões legislativas, procura-se evitar a captação de recurso e seu mal uso, muitas vezes destinado a outras finalidades e sem envolvimento de ações concretas para geração de trabalho e renda aos indivíduos vinculados ao campo da saúde mental. Com a aplicação concreta destes critérios espera-se fortalecer as iniciativas de geração de trabalho e renda e, com isso, fortalecer indivíduos segregados, por conta de sua doença, do mercado formal de trabalho e destinados à impossibilidade de geração de renda e auto-proteção de sua saúde.

Com isso, acreditamos ser importante, para garantir o cumprimento integral da portaria que se apresenta. Informações sobre:

1. Número e endereçamento das iniciativas de geração de trabalho e renda destinadas as pessoas com transtornos mentais no território de Ponta Grossa;
2. Declaração da gestão da área da Saúde Mental do município indicando a captação ou não do recurso ministerial advindo da portaria 132 de 26 de janeiro de 2012 ou da portaria nº. 1.169/GM/MS de 7 de julho de 2005;
3. Declaração da Instituição organizadora da(s) iniciativa(s) de geração de trabalho e renda constando:
 - i. Nome do grupo, seus objetivos, produtos confeccionados, forma de venda dos produtos e número de usuários vinculados;
 - ii. Profissional de referência do grupo; cuja assinatura será necessária para o devido aval das informações solicitadas.
 - iii. Destino do dinheiro gerado pelo grupo;
 - iv. Média dos últimos meses do dinheiro gerado pela iniciativa a seus participantes.

- v. Existência ou não de parcerias com Associações de Usuários, Familiares e Técnicos, Cooperativas, Incubadoras de Cooperativas ou Entidades de Assessoria e Fomento em Economia Solidária para apoio técnico e acompanhamento dos projetos;
- vi. Informes sobre a inclusão ou não dos devidos programas de reabilitação psicossocial no Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST) do Ministério da Saúde;
- vii. Previsão de implementação, caso ainda não haja, dos serviços e ações preconizados pelo componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial de Ponta Grossa.

9. ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO EM SAÚDE MENTAL

No início do século XX algumas experiências deram origem aos embriões do que seria conhecido no final da década de 1970 como Acompanhamento Terapêutico^{1,2}.

Em cenário mundial, alguns atendimentos individuais a pessoas com transtorno mental transpuseram a dureza institucional, tendo como foco a intervenção no acompanhamento do usuário em seu cotidiano. Estas iniciativas receberam diferentes denominações: amigo qualificado, atendente terapêutico², atendente psiquiátrico³, auxiliar psiquiátrico⁴. Embora realizadas em diferentes países e com propostas e estruturas de funcionamento diversificadas, tais atendimentos possuíam, contudo, como campo de confluência, acompanhamentos próximos que transpunham os limites físicos institucionais.

No Brasil, a prática do AT teve início na década de 1960 tendo como pioneiras a cidade de Porto Alegre e, em seguida, Rio de Janeiro e São Paulo⁵. O termo *Acompanhamento Terapêutico* surgiu no final da década de 1970, sendo delineado com maior propriedade a partir da década de 1980².

Sob a égide dos ideais da Reforma Psiquiátrica, o AT destaca-se enquanto dispositivo que apresenta direcionamento precípuo junto às demandas singulares dos usuários, expandindo suas ações de maneira a intervir e proporcionar suporte ao usuário e família, com o respaldo nas potências do território, do cotidiano, relações e afetos^{3, 5}.

Tal dispositivo, como visto, não é novidade. Nogueira¹² e Silva *et al.*⁷ apresentam, respectivamente, a estruturação dos serviços de AT em Betim e Belo Horizonte e em Salvador.

Em Betim, o serviço de AT “...foi implantado por uma parceria entre as instituições de saúde pública e de saúde mental, como o Cersam (Centro de Referência de Saúde Mental), a Moradia Protegida de Betim, além da instituição acadêmica PUC Betim”.²

Em Belo Horizonte, a autora remonta histórico bastante interessante da utilização do AT na cidade, conduzindo o leitor até a apresentação do Programa de Desospitalização Psiquiátrica (PDP) “implantado pela Prefeitura de Belo Horizonte, juntamente com a implantação das Moradias Protegidas, do uso do dispositivo clínico AT e das parcerias com as universidades”².

Nogueira² refere que um estágio extracurricular de AT foi estruturado pelo curso de Psicologia no Centro Universitário Newton Paiva enquanto projeto de extensão, em parceria com “... a rede de saúde mental do Município de Belo Horizonte e o PDP”. O poder público, na oportunidade, investiu na parceria pela concessão de bolsas para estudantes de graduação.

Ao todo, 20 bolsas foram custeadas para o desenvolvimento desse estágio exercido por alunos que cursavam a disciplina de Psicopatologia, ministrada por Guerra. A bolsa equivalia a 20 horas semanais de estágio. Inicialmente o acompanhamento terapêutico acontecia dentro dos hospitais psiquiátricos, onde os acompanhantes terapêuticos encontravam dificuldades das mais diversas, a maioria delas de ordem institucional. Em um segundo momento do tratamento, o AT acontecia na rua, na própria casa e, ou, serviço do paciente, ou em alguma atividade de lazer proposta com a finalidade de reinserção social. A indicação era feita para usuários da rede pública de saúde mental, com longo período de internação e que estavam, pelo PDP, voltando para suas residências ou, em alguns casos, para serviços residenciais terapêuticos²

Silva *et al.*⁷, por sua vez, descrevem a estrutura formativa “do Programa de Intensificação de Cuidados a Pacientes Psicóticos (PIC) do Hospital Especializado Mário Leal (HEML), em Salvador, Bahia”. Segundo os autores,

O Programa de Intensificação de Cuidados (PIC) surgiu para se contrapor ao pensamento comumente presente de que, entre os que demandam assistência psiquiátrica, existem algumas pessoas

*que, em função da gravidade dos seus casos, precisam ser internadas, apostando diversamente nos investimentos de cuidados humanos como único recurso capaz de produzir transformações efetivas na vida dessas pessoas, manejando um conjunto de atitudes para que elas possam não precisar da internação. E, assim, instaura-se um debate entre a intensificação de cuidados e a necessidade do internamento: alguns pacientes necessitam de cuidados intensivos, uma vez que seus casos são muito graves e isso requer uma atenção diferenciada.*¹⁷

O PIC, implantado em 2004, estruturalmente contava com estágios curriculares e atividades de extensão, advindos “...de uma parceria entre o curso de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e o de Terapia Ocupacional da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP)”⁷.

Para além, resultados bastante proveitosos podem ser citados no que tange ao PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE JUDICIÁRIO PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL INFRATOR (PAI-PJ), implantado no ano de 2000 em Minas Gerais. O PAI-PJ conta com equipe interdisciplinar e estrutura atenção a pessoas com transtorno mental com histórico de infração à justiça. O Programa, utilizando-se da prática do Acompanhamento Terapêutico, aliado ao acompanhamento de psicólogos, assistentes sociais e assistentes jurídicos, apresenta como resultados, em 10 anos de realização, a inexistência de reincidência na prática de crimes hediondos pelos usuários acompanhados, somente 2% tiveram reincidência relativa a crimes de menor potencial ofensivo e contra o patrimônio.

Ao que se apresenta, afirmamos a potencialidade do acompanhamento terapêutico enquanto dispositivo ímpar para proporcionar suporte às práticas em saúde direcionadas aos usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares. Ainda, vale frisar o texto da lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, que, em seu artigo segundo, cita:

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

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

É urgente, logo, a necessidade de organização do poder público para organizar parcerias que tornem concreta a implantação do Acompanhamento Terapêutico no

município de Ponta Grossa para que a lei 10.216/01 possa ser cumprida em sua íntegra e, com isso, os usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares possam receber pleno suporte das ações públicas.

Tal operacionalização pode se dar por meio de parcerias pela concessão de bolsas de estudo/extensão para estudantes de Universidades/faculdades, ou mesmo pela criação de Programa de Acompanhamento Terapêutico próprio do município, seja com contratação profissional ou mesmo por meio de fomento à parceria com Associações/ONGs.

Para proporcionar suporte à gestão do município, o ANEXO I apresenta a listagem de faculdades de cursos de saúde/assistência social da região e docentes que poderão estabelecer a quista parceria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Silva AST, Silva RN. A emergência do acompanhamento terapêutico e as políticas de saúde mental. *Psicol.Cienc.Prof.*, Brasília - DF, [periódico na Internet] 2006 Jun.
[acessado 2012 Jan 8]; 26 (2): [cerca de 12p.].
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v26n2/v26n2a05.pdf>

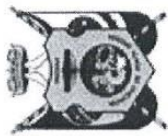
2. Nogueira AB. O acompanhamento terapêutico e sua caracterização em Betim e Belo Horizonte. *Psicol. rev.* (Belo Horizonte) –BH [periódico na internet] 2009 Ago.
[acessado 2012 Jan 9];15(2): [cerca de 19p.].
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v15n2/v15n2a13.pdf>

3. Estellita-Lins C, Oliveira VM, Coutinho MF. Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, [periódico na Internet] 2009 Fev [acessado 2012 Jan 4]; 14(1): [cerca de 11p]. <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n1/a26v14n1.pdf>

4. Bazhuni NFN. Circunscrevendo o campo diverso, diferente e divergente do acompanhamento terapêutico. São Paulo: *Biblioteca 24horas* [periódico na Internet] 2011, [acessado 2012 Jan 4]
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282005000200002&lng=pt&nrm=iso>

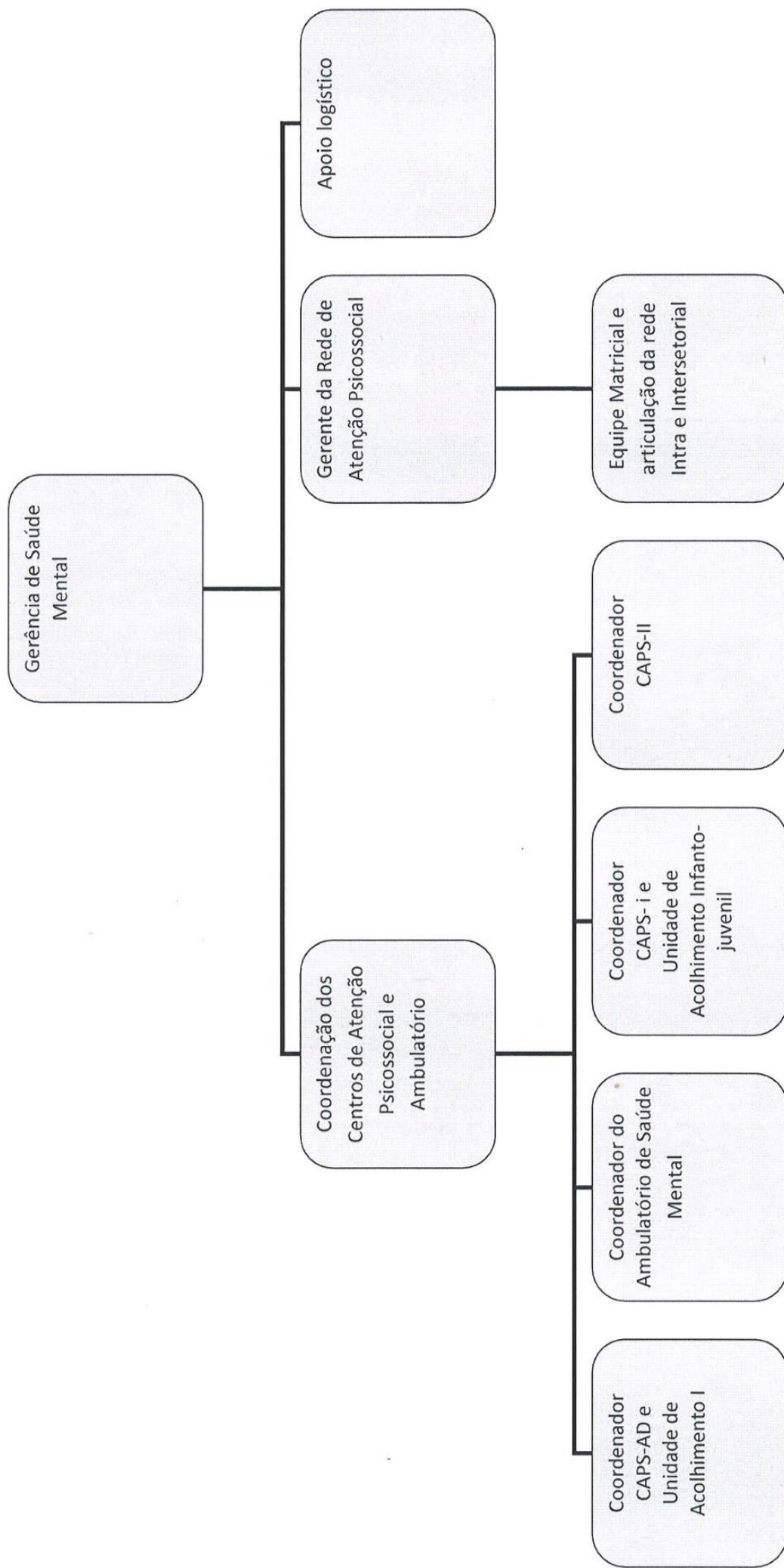
5. Pitiá ACA, Furegato ARF. O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. *Interface* Botucatu – SP, [periódico na Internet] 2009 Set [acessado 2012 Jan 8]; 13(30): [cerca de 10p.].
<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a07.pdf>
6. Ribeiro AM. A idéia de referência: o acompanhamento terapêutico como paradigma de trabalho em um serviço de saúde mental. *Estud. psicol.* Natal – RN, [periódico disponível na Internet] 2009 Abr [acessado 2012 Jan 4]; 14(1) [cerca de 7p.].
<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n1/a10v14n1.pdf>
7. Silva MVO, Costa FRM, Neves LM. Programa de intensificação de cuidados: experiência docente-assistencial em Psicologia e reforma Psiquiátrica. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília –DF, [periódico na Internet] 2010 Dez [acessado 2012 Jan 14]; 30(4): [cerca de 14p.]. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v30n4/v30n4a16.pdf>
8. Varella MRD, Lacerda F, Madeira M. Acompanhamento terapêutico: da construção da rede à reconstrução do social. *Psyche* São Paulo –SP, [periódico na Internet] 2006 Set [acessado 2012 Jan 14]; 10(18): [cerca de 11p.].
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/v10n18/v10n18a13.pdf>

ANEXO C – ORGANOGRAMA SAÚDE MENTAL PONTA GROSSA



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE SAÚDE MENTAL

ORGANOGRAMA SAÚDE MENTAL



**ANEXO D – LISTA DE FUNCIONÁRIOS DOS CAPS EM JULHO DE 2015 CEDIDA
PELA GERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL DE PONTA GROSSA**



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Saúde Mental

Funcionários da Saúde Mental - julho/2015

CAPS-AD:

Nome/matricula	CARGO
Michelle Claudino da Silva- 24153	T.O.
Fabiana Santos Dutra - 21928	Assistente Social
Luciana Alves da Silva - 19729	Musicoterapeuta
Maria de Fátima da S. Lourenço - 18416	Psicóloga
Luis Tiago da Rosa - 23288	Assist.adm II.
Patricia Mudrey Gorchinski – 201914	Enfermeira/ coordenadora
Sueli Padilha – 201880	Auxiliar de Enfermagem plant.
Vilmari Novatski da Rocha - 22201	Assist. Admin. II
Fernanda de Moura Berard Siqueira- 24062	T.O.
Ana Paula Ferreira da Silva Oliveira- 21374	Zeladora
Ondina de Oliveira Carvalho - 201186	Auxiliar de Enfermagem
Patricia Pereira Valenga – 23599	Psicóloga
Priscila Pereira Maia – 24013	Psicologa
Patricia Carneiro Gonçalves- 24599	Téc. Enfermagem – 40h
Francyne Roberta de Andrade- 24755	Téc. Enfermagem
Marcio Lupepsiw- 24602	Enfermeiro plant.
Anderson Luiz Collesel- 24791	Prof. Educ. fisica II
Dra. Paula Osternack Malucelli Nerone- 24557	Médico Psiquiatra
Dra. Mariana Elisa Marques (serviço terceirizado)	Médico Psiquiatra



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Saúde Mental

CAPS-II:

Nome/matrícula	CARGO
Cristiane Marques Nogare 200737	Psicóloga / coordenadora
Ana Carla Moreira dos Santos – 23231	Assist.adm II
Vergínia dos Santos Leiria - 21016	Zeladora
Adriana Pietrobelli- 24590	Téc. Enfermagem
Andrea Schwab Machado- 24636	Téc. Enfermagem
Andreia de Fátima Kochimanski- 24632	Téc. Enfermagem
Camila Cristine Ribeiro Gomes- 24761	Prof. Educ. física II
Jéssica Aparecida Souza dos Santos- 24758	Enfermeiro plant.
Lis Fátima Schimiguel- 24785	Assist social
Orlei José Domingues Soares- 24642	Enfermeiro plant.
Patrícia Eurich- 200416	Tec enfermagem
Dra. Mariana Elisa Marques (serviço terceirizado)	Médico Psiquiatra
Dr. Miguel Angel Elia (serviço terceirizado)	Médico Psiquiatra
Rosana da Aparecida Bankes- 24600	Tec. enfermagem
Sandra Regina Vozeniak dos Santos- 24763	psicóloga
Vanusa Marques- 24543	Assist. social
Camila da Silva- 24814	psicóloga
Caroline de Carvalho Ferrarini Mori- 24837	T.O.
Jéssica Ap. Souza dos Santos- 24758	Enfermeiro plant.
Soraya Ferez Biagioli- 24839	T.O.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Saúde Mental

CAPS-infantil: (serviço terceirizado)

Nome	CARGO
Ana Paula Ruiz do Nascimento	Aux. administrativo
Eliane Aparecida de Lima	Aux. Serviços gerais
Letícia Andrade Rodrigues	Psicóloga
Braz Trajano da Silva Jr.	Psicólogo
Eliana Martins	Enfermeira / Coordenadora
Jose Carlos Andrade	Aux. Enfermagem
Luciane Antonia de Souza	Artesã
Caroline Moraes e Silva Pereira	psicóloga
Marlene Cabrini	artesa
Dra. Alessandra Calixto	Médico Psiquiatra
Ana Paula neves Lopes	pedagoga
Eunice Fernandes de Oliveira	Profª de Música
Valéria Ferreira Correia	Assistente Social
Iara Martins	Técnica de enfermagem
Joseline Daher Vieira	Assistente Social
Dra. Mariana Elisa Marques	Médico Psiquiatra
Emanuelle Minella Rodrigues	psicóloga