



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão Pública

Departamento de Gestão de Políticas Públicas

GABRIELA CANOVA

**A IMPORTÂNCIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA NA CONSOLIDAÇÃO
DE NOVOS MODELOS ASSISTENCIAIS PARA UMA MAIOR INCLUSÃO SOCIAL DAS
PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS**

Brasília - DF
2016

GABRIELA CANOVA

**A IMPORTÂNCIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA NA CONSOLIDAÇÃO
DE NOVOS MODELOS ASSISTENCIAIS PARA UMA MAIOR INCLUSÃO SOCIAL DAS
PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS**

Monografia apresentada ao Curso de
Gestão de Políticas Públicas como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel em
Gestão de Políticas Públicas

Professor Orientador: Wagner Jesus de
Martins

Brasília – DF
2016

CANOVA, Gabriela.

A IMPORTÂNCIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA NA CONSOLIDAÇÃO DE NOVOS MODELOS ASSISTENCIAIS PARA UMA MAIOR INCLUSÃO SOCIAL DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS.

Orientação: Dr. Wagner Martins.

75 páginas.

Projeto final em Gestão de Políticas Públicas – Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão Pública- Departamento de Gestão de Políticas Públicas – Universidade de Brasília.

Brasília - DF, 2016.

1. Reforma psiquiátrica – 2. Saúde mental – 3. Loucura. – 4. Política Nacional de Saúde Mental – 5. Rede de Atenção Psicossocial – 6. CAPS – 7. Doença mental – 8. Luta Antimanicomial.

GABRIELA CANOVA

**A IMPORTÂNCIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA NA
CONSOLIDAÇÃO DE NOVOS MODELOS ASSISTENCIAIS PARA UMA
MAIOR INCLUSÃO SOCIAL DAS PESSOAS PORTADORAS DE
TRANSTORNOS MENTAIS**

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de
Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília da aluna

GABRIELA CANOVA

Dr .Wagner Jesus de Martins
Professor - Orientador

Dr. André Vinicius Pires Guerrero
Professor – Examinador

Dra. Christiana Soares de Freitas
Professora- Examinadora

Brasília, 29 de junho de 2016

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar à minha mãe, que é a minha base e sempre esteve ao meu lado me dando forças para não desistir.

À minha madrinha Andrea Bógea, que me ajudou nos momentos mais difíceis, com muita dedicação e carinho.

Ao meu orientador Dr. Wagner Martins, pela orientação, paciência e amizade construída.

Ao meu irmão, por toda compreensão e lealdade.

Ao meu pai, que mesmo distante nunca deixou de me apoiar.

Aos meus amigos, que sempre me dão forças e me alegram.

Aos entrevistados, tanto do Movimento da Luta Antimanicomial quanto da Secretaria de Saúde, pela receptividade e disposição em participar da pesquisa.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
COMPP - Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica
DISAM - Diretoria de Saúde Mental
ISM - Instituto de Saúde Mental
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial
PNSM - Política Nacional de Saúde Mental
RAS- Rede de Atenção à Saúde
RAPS- Rede de Atenção Psicossocial
RTs - Residências Terapêuticas
SES - Secretária de Saúde

RESUMO

A reforma psiquiátrica brasileira foi um importante acontecimento no final dos anos 70 que contribuiu para a construção e implementação da Política Nacional de Saúde Mental, em 2001. Esse processo identificou um novo modelo de assistência à saúde mental, tendo como princípios básicos acabar com a exclusão social e os tratamentos desumanos aos quais os doentes mentais ficavam submetidos quando internados dentro dos manicômios. A partir da reforma, foi possível construir uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos, em que a garantia da cidadania e o respeito pelos direitos dos doentes mentais devem ser assegurados. Sendo assim, a partir de pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, o presente trabalho buscou analisar a efetividade da rede de atenção psicossocial do Distrito Federal (RAPS) para uma maior inclusão social dos portadores de transtornos mentais, com foco em uma das suas principais estratégias de ressocialização, os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Foram realizadas pesquisas bibliográfica, documental e entrevistas não estruturadas e semiestruturadas com participantes da reforma e, posteriormente, com coordenadores da Diretoria de Saúde Mental, que contribuíram para se chegar às conclusões de que a RAPS, juntamente com os CAPS, apesar de terem avançado no sentido de proporcionarem essa maior inclusão social aos usuários de saúde mental, ainda apresentam desafios em desenvolver um apoio de ressocialização por completo.

Palavras Chave: Reforma psiquiátrica. Saúde mental. Loucura. Política Nacional de Saúde Mental. Rede de Atenção Psicossocial. CAPS. Doença mental. Luta Antimanicomial.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Contextualização	10
1.2 Formulação do Problema.....	14
1.3 Objetivo geral:	15
1.4 Objetivos específicos:.....	15
1.5 Justificativa.....	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 Breve história da Loucura.....	17
2.2 História da Assistência de Saúde Mental no Brasil.....	20
2.3 Reforma Psiquiátrica	23
2.4 Política Nacional de Saúde Mental.....	26
2.6 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).....	30
2.7 RAPS (Rede de Atenção Psicossocial).....	32
2.8 CAPS e RAPS no DF	37
3. MÉTODO DE PESQUISA.....	41
3.1 Tipo e Descrição Geral da Pesquisa	41
3.2 Procedimentos de Coleta e de Análise de Dados	42
3.3 Caracterizações das Organizações.....	44
3.3 Participantes do Estudo	44
4. RESULTADO E DISCUSSÃO.....	45
4.1 Eficiência, Eficácia e Efetividade na Saúde	45
4.2 Efetividades do Movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica segundo Percepção dos Entrevistados que participam do Movimento da Luta Antimanicomial	45
4.3 Efetividade na Conquista da Cidadania dos Usuários de Saúde Mental Pós Reforma Psiquiátrica segundo Percepção dos Entrevistados que participam do Movimento da Luta Antimanicomial	48
4.4 Efetividade dos CAPS no DF segundo Percepção dos Entrevistados que participam do Movimento da Luta Antimanicomial	49
4.5 Efetividade da Rede de Atenção Psicossocial do DF segundo Percepção dos Entrevistados que participam do Movimento da Luta Antimanicomial.....	52
4.6 Análise da Efetividade dos CAPS no DF	52
4.7 Análise da Efetividade da Inclusão Social dos Usuários de Saúde Mental no DF.....	55
4.8 Análise da Efetividade da Rede de Atenção Psicossocial do DF	57
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICES	67

Apêndice A – Roteiro de entrevista para os participantes do movimento da luta antimanicomial	67
Apêndice B – Roteiro de entrevista para os Coordenadores da DISAM.....	69
ANEXOS.....	73

1. INTRODUÇÃO

Este capítulo abordará as principais questões que surgiram como base para o estudo que será realizado, apresentando a contextualização histórica, que nos ajudou no entendimento de como uma política pública surge e se desenvolve; os objetivos gerais e específicos, bem como a justificativa do por que este assunto possui relevância.

1.1 Contextualização

A Saúde Mental Brasileira é um assunto que ganha relativa importância a partir da reforma psiquiátrica ocorrida no final dos anos 70, junto com a reforma sanitária. Naquela época, o modelo de assistência oferecido às pessoas portadoras de transtornos mentais eram os manicômios, os quais eram fortemente criticados devido aos tratamentos desumanizados que davam aos seus pacientes.

Para se compreender como surgiu a reforma psiquiátrica e a criação da Política Nacional de Saúde Mental brasileira, antes de mais nada, é preciso conhecer como essa questão da “loucura” surgiu e como foi tratada e percebida pelas pessoas no mundo todo. Um autor que trouxe grande contribuição para o tema foi Michel Foucault, que abordou em suas obras “A microfísica do poder” e “A história da loucura”, respectivamente, o nascimento da medicina social na Europa e a evolução da loucura (FOUCAULT, 1979; FOUCAULT, 1978). Outra obra de grande relevância e colaboração de Foucault foi a obra “Vigiar e Punir”, que relata a pena como meio de coerção e de disciplina do ser humano, a partir do momento que consegue controlar socialmente os aprisionados (FOUCAULT, 1987).

Na obra “A microfísica do poder”, Foucault apresenta como surgiu o termo “loucura”, mostrando que antes do século XIV uma pessoa considerada louca era alguém que apenas cometia erros, tinha miragens e não necessitava assim, de tratamento (FOUCAULT, 1979). Essa pessoa poderia conviver com os outros tranquilamente, precisando ser afastada somente quando considerada perigosa. Porém, a partir do século XIV a loucura passa a ser percebida de modo diferente, em que o louco não é mais visto como uma pessoa que apenas cometia erros e tinha miragens, mas como alguém que agia, tomava decisões e sentia sensações de forma diferente. Com isso, surgiram e foram criados os hospitais psiquiátricos, sendo um espaço de asilo e isolamento, para que essas pessoas ficassem excluídas da sociedade (FOUCAULT, 1978). Foucault ressalta ainda nessa obra que esses locais eram lugares em que

os pacientes ficavam submetidos às vontades dos médicos, sendo muitas vezes tratados de forma rígida e sofrendo punições. É claro que os médicos não podiam ser contestados, afinal eles eram considerados as pessoas que possuíam conhecimento, sabiam tudo que estavam fazendo, considerados os “deuses da medicina”.

Esses médicos ao invés de procurarem meios eficazes e humanos para tratarem os doentes mentais, faziam exatamente tudo ao contrário, acreditando que a solução era a exclusão. Foucault (1979) caracterizou que eles acabavam por reforçar a doença dos mesmos, deixando de serem os bons médicos que procurariam os tratamentos adequados, para se tornarem os maus médicos que dominavam e submetiam os pacientes a todas as suas vontades.

Se percebe ainda no livro “A microfísica do poder” que no final do século XIX a anti-psiquiatria aparece ao desconfiar que os médicos ao invés de curarem as doenças, as transmitiam. Esse movimento foi chamado de “despsiquiatrização”, que buscava mover o poder do médico para uma nova forma de atuação. Nessa forma de atuação as pessoas “loucas” deveriam contar com a ajuda dos médicos mais como um aspecto de ajuda e de conselhos do que uma instituição imposta de poder (FOUCAULT, 1979).

Franco Basaglia foi um médico psiquiatra da Itália que, após ler a “História da Loucura na Idade Clássica”, de Foucault, formulou a “negação da psiquiatria”. Ele não queria acabar com a psiquiatria, mas transformar a forma como a loucura era interpretada. Basaglia mostrou que o problema não estava na doença em si, mas na relação dela com a sociedade. Assim, ele começou a instituir o processo de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos na Itália em 1960, que era uma forma de acabar com o paradigma da exclusão social e da violência ao qual o doente ficava submetido (AMARANTE, 1994). Segundo Amarante (1995), desinstitucionalizar é mais do que simplesmente fechar os manicômios e criar novos serviços substitutivos, é acabar com a ideia de que os pacientes são incapazes, perigosos e irrecuperáveis para a sociedade.

Analisando esse breve levantamento histórico e trazendo para a realidade brasileira se percebe que a questão da saúde mental no Brasil é uma questão que começou a ter forte relevância a partir da reforma psiquiátrica ocorrida no final dos anos 70. A reforma pode ser entendida como um processo em que movimentos sociais lutaram pelos direitos das pessoas com transtornos mentais e procuraram estabelecer novos modelos de assistência contra os hospitais psiquiátricos, que eram vistos como lugares sujos, que cometiam maus tratos e muitas vezes provocavam a morte dos pacientes. De acordo com o documento “Reforma

Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil” do Ministério da Saúde, a reforma pode ser entendida da seguinte forma:

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (Ministério da Saúde, 2005, p.06).

Em 1978 o movimento da reforma psiquiátrica começou a ganhar força, representado pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que buscavam denunciar a violência dos manicômios com a intenção de criar novos modelos de assistência social às pessoas portadoras de transtornos mentais. Já em 1987 foi realizado a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, junto com a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo. Os CAPS são instituições em que pessoas com transtornos mentais são acolhidas e não internadas, são locais onde existe prestação de atendimento médico, psicológico, forte integração social, familiar e apoio para estimular os pacientes a buscarem sua autonomia. Ainda conforme o documento “Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil” do Ministério da Saúde:

Em 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei 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. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo (BRASIL, 2005, p.07).

A saúde como um direito universal para todos envolve o estabelecimento de uma rede de compromissos e responsabilidades em favor da vida e da formulação de estratégias necessárias para que essa rede se efetive. Conforme Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, como também a execução de políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de adoecer (BRASIL, 2007).

Em 1992, a partir do Projeto de Lei Paulo Delgado, é que algumas leis, decretos e portarias conseguiram ser implantados em vários estados brasileiros, reivindicando a substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental (BRASIL, 2001). Ainda nesse período ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental junto com a assinatura da declaração de Caracas, passando a funcionar no país “as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas

experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos” (BRASIL, 2005, p.08). Porém ainda não havia de fato um financiamento do Ministério da Saúde para os CAPS e os NAPS.

Em 2001, a Lei Paulo Delgado foi sancionada. A Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001 redirecionou a assistência em saúde mental para um novo tratamento em serviços de base comunitária, reforçando os direitos e proteção das pessoas com transtornos mentais, mas ainda não instituiu mecanismos necessários para colocar fim aos manicômios (BRASIL, 2005). Somente em 2004, com a III Conferência Nacional de Saúde Mental e a promulgação da Lei 10.216 é que a lei se consolidou e ganhou maior atenção, possibilitando também financiamento do Ministério da Saúde no processo de substituição dos hospitais psiquiátricos pelos novos modelos de gestão (BRASIL, 2011).

Assim, este trabalho tem o propósito de interpretar a Reforma Psiquiátrica brasileira sob a ótica do novo entendimento de cuidado em Saúde Mental, levando em consideração a historicidade da loucura, da própria reforma, da implantação da política e avaliação dos CAPS no DF como um dos novos serviços estratégicos para a consolidação desse modelo de atenção à saúde mental. Foi de extrema importância também analisar como a política continua atuando nos dias de hoje, levando em consideração como ela está articulada com outras políticas, se há conhecimento da sociedade sobre o tema em saúde mental, para avaliar junto com a pesquisa empírica qual foi de fato o impacto da reforma na criação desses novos modelos assistenciais e se houveram realmente mudanças e benefícios para as pessoas com transtornos mentais.

1.2 Formulação do Problema

Do começo do século XIX ao final do século XX as pessoas que possuíam transtorno mental, ou nem possuíam algum tipo de problema, mas que eram consideradas pessoas inapropriadas para conviver em sociedade foram excluídas do convívio social e cultural, sendo internadas em hospitais psiquiátricos, mais conhecidos como manicômios (AMARAL, 2006).

Esses locais tinham como objetivo afastar os pacientes, sujeitando-os aos piores níveis de tratamentos e mostrando que o tratamento médico deles, de fato, ficava em segundo plano. Não havia uma preocupação em medicalizá-los, mas sim em controlá-los, com o princípio de que a exclusão manteria a ordem na sociedade (FOUCAULT, 1978).

No Brasil e no resto do mundo, por muitos anos, essas foram as condições as quais os doentes mentais ficaram submetidos. Diante deste cenário, começaram a surgir inicialmente na Europa e nos EUA movimentos sociais da reforma psiquiátrica. Com a criação do SUS e após a ditadura militar é que esse movimento ganhou força no Brasil, o que culminou com a reforma psiquiátrica e a implementação de novos modelos assistenciais, como exemplo os CAPS, juntamente com a criação da Política Nacional de Saúde Mental, antes chamada de Lei Paulo Delgado (BRASIL, 2011). Porém, percebe-se que ainda existe uma disputa entre os chamados empresários da loucura, pessoas que buscam não acabar com os hospitais psiquiátricos visando o lucro, contra os que lutam por um tratamento mais humano e aberto em parceria com a sociedade e a família dos usuários (AMARANTE, 2006).

Os CAPS são serviços públicos que atendem pacientes com transtornos mentais relativamente graves. Eles surgiram visando à substituição das internações em hospitais psiquiátricos por um tratamento mais adequado e humanizado, tendo como principal objetivo reinserir socialmente os doentes mentais e aumentar a participação da família no tratamento dos mesmos. É preciso conhecer como as modificações políticas levaram os doentes mentais a se tornarem usuários mais ativos, deixando a passividade de lado e aumentando sua participação nas decisões políticas (BRASIL, 2004).

Entretanto, há ainda pouca evidência comprovada sobre o efetivo funcionamento dos CAPS e se eles se tornaram realmente um serviço de assistência adequado, substitutivo ao modelo manicomial capaz de gerar uma maior inclusão social. Assim, este trabalho foca na rede de atenção psicossocial e nos CAPS do DF, buscando analisar como a Política Nacional

de Saúde Mental conseguiu trazer mudanças no exercício da cidadania dos doentes mentais, bem como uma maior inclusão social dos mesmos.

1.3 Objetivo geral:

A partir da reforma psiquiátrica brasileira e da criação da Política Nacional de Saúde Mental, analisar o papel dos CAPS na rede de saúde mental do DF, identificando as relações causais de sua formação e os desafios para a promoção da inclusão social dos usuários.

1.4 Objetivos específicos:

- a) Fazer um breve levantamento histórico de como funcionavam os modelos de atenção psicossocial brasileiros antes da reforma psiquiátrica;
- b) Identificar elementos teóricos que orientaram a reforma psiquiátrica brasileira e a implementação da Política Nacional de Saúde Mental, com foco nos atores importantes e essenciais neste processo;
- c) Descrever o modelo de gestão da rede de atenção psicossocial do DF e sua performance na assistência;
- d) Analisar o funcionamento do CAPS no DF e seu papel na rede de atenção psicossocial.

1.5 Justificativa

Antes do século XIV, as pessoas que sofriam transtornos mentais eram consideradas pessoas perigosas para continuarem vivendo em comunidade. Acabavam assim, sendo excluídas do convívio social e colocadas pelos próprios familiares em asilos, manicômios ou outros tipos de instituições psiquiátricas onde ficavam internadas e eram esquecidas, recebendo muitas vezes tratamentos desrespeitosos por médicos e enfermeiros, ou até mesmo por outros pacientes (AMARANTE, 2006).

Com o passar do tempo, este modelo baseado na internação foi questionado através do movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), de outros movimentos da sociedade civil e de grupos de defesa dos direitos humanos. Com a união de tantos movimentos a reforma psiquiátrica brasileira surgiu, defendendo principalmente a

desinstitucionalização e o resgate da cidadania através da reinserção social (AMARANTE, 2006).

A relevância deste trabalho se dá pela intenção em descrever o processo da reforma psiquiátrica brasileira junto com a criação da Política Nacional de Saúde Mental, buscando mostrar como a criação e implementação de políticas públicas destinadas às pessoas com transtornos mentais se fazem necessárias no processo de inclusão social, para que essas pessoas se sintam de fato parte da sociedade e com todos os seus direitos assegurados em lei, visto que antes da reforma psiquiátrica essas pessoas recebiam tratamentos desumanos e eram impossibilitadas de conviver em sociedade.

Visto que é papel do Estado criar políticas de saúde que atendam às necessidades dos pacientes e que garantam proteção aos mesmos, é preciso compreender como se deu a elaboração da política pública em saúde mental e a forma como esta política está sendo apresentada e avaliada pela sociedade, já que muitas vezes a própria população não possui conhecimento e informações corretas sobre o papel da política (CAÇAPAVA, 2009; COLVERO, 2009; PEREIRA, 2009).

A partir de um levantamento bibliográfico sobre trabalhos acadêmicos que abordam temas referentes às políticas públicas percebe-se uma quantidade reduzida de trabalhos que relacionem políticas públicas e saúde mental. Sendo assim, este trabalho procura mostrar o quão relevante foi a criação dessas políticas para uma maior inclusão social das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Após esses processos foi possível a criação e consolidação dos CAPS no Brasil. Este trabalho justifica-se em analisar a atuação e efetivação do CAPS no DF, sendo um novo modelo de atenção psicossocial e tendo a intenção de tratar seus pacientes com uma maior atenção e cuidado, inexistentes antes da reforma psiquiátrica brasileira. Um dos pontos principais nessa nova rede de cuidado é que ela passa a ser uma opção de local onde o paciente passa o dia recebendo os cuidados necessários e participando de oficinas, sem precisar necessariamente ficar internado. Outro fator importante existente no CAPS é a participação e colaboração dos familiares nos tratamentos e como essa participação ajuda a resgatar a cidadania. Procura-se avaliar a efetivação dos CAPS e as mudanças percebidas não só pelos pacientes, mas por toda a sociedade, inclusive pelo Estado e pela sociedade civil.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo procura fazer uma breve revisão da literatura buscando mostrar as principais bases teóricas do assunto estudado, que permitirão uma maior compreensão dos resultados da pesquisa.

Para isso, será necessário descrever a história da loucura, com ênfase na história da assistência à saúde mental no Brasil antes da reforma psiquiátrica, definindo o que foi a reforma psiquiátrica brasileira, o que é política pública e como a partir da reforma surgiu a Política Nacional de Saúde Mental, que levou à construção dos mecanismos de atenção Psicossocial.

2.1 Breve história da Loucura

A loucura não foi considerada desde sempre um problema ou uma doença que precisava de tratamento, visto que na Grécia e Roma antiga ela era considerada como manifestações sobrenaturais advindas de deuses e demônios, não sendo enxergada ainda como algo ruim (FOUCAULT, 1979).

Já no período da inquisição, os sistemas políticos-religiosos passaram a perceber a loucura como algo rejeitado por Deus, ligado com o demônio e associando-a como expressão de bruxaria. Ainda de acordo com Foucault (1979) as pessoas consideradas loucas eram perseguidas pela igreja, que possuía um forte poder de dominação junto com a burguesia e conseguia convencer o resto da população que os “loucos” estavam ligados às forças do mal.

Na era moderna, que compreendeu os séculos XVI e XVII, com a igreja em declínio, a loucura deixou de ser vista como algo relacionado à feitiçaria e passou a ser enxergada como alienação insana mental. Segundo Foucault (1979), a sociedade passava pela transformação da economia capitalista mercantilista para a industrial, na qual o sistema de produção também mudava, necessitando pessoas saudáveis, com energia para trabalharem e aguentarem o novo estilo de produção. Assim, os pobres, leprosos, prostitutas, loucos e desempregados eram todos considerados pessoas inúteis e que não serviam para conviver em sociedade, devendo ser automaticamente excluídos. A partir daí é citado por Foucault o grande enclausuramento, com a criação do Hospital Geral de Paris na França, marcando a grande internação desses necessitados. Esses hospitais na verdade eram lugares que abrigavam essas pessoas consideradas perigosas e “inúteis” a fim de proteger a população, servindo de local apenas

para praticar a caridade e a exclusão social e não a medicalização ou o tratamento adequado (FOUCAULT, 1978). O tratamento nesses locais era desumano, visto que muitas vezes os pacientes ficavam acorrentados e sofriam castigos severos. Segundo Amarante:

O grande Enclausuramento não é correlativo do hospital moderno, medicalizado e governado pelo médico. As condições de emergência de um saber e instituições médicos relacionam-se às condições econômicas, políticas e sociais que a modernidade inaugura (AMARANTE, 1995, p.24).

Sendo assim, com vistas a apenas excluir os doentes mentais e submetê-los às regras internas dos hospitais, não era permitido que os pacientes tivessem qualquer tipo de relação com o mundo exterior, pessoas e familiares (FOUCAULT, 1978).

Já no final do século XVIII e início do século XIX, Foucault cita Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria e um dos responsáveis pela clínica médica moderna que trouxe a concepção de “doença mental” e “a humanização dos pacientes”. Surgiram assim, inúmeras instituições psiquiátricas, em que os antigos aspectos de caridade e controle social foram diminuídos para dar espaço aos reais tratamentos médicos (FOUCAULT, 1978). A partir daí o hospital se tornou um lugar em que os médicos se tornaram os detentores da verdade e começaram a ter melhores conhecimentos sobre as doenças, podendo classificá-las e diagnosticá-las de forma correta.

Amarante (1995) diz que Philippe Pinel chamou a loucura de alienação, em que seria ainda necessário o isolamento das pessoas alienadas para que os pacientes e a sociedade ficassem protegidos. Nessa época a Revolução Francesa estava ocorrendo e o conceito de cidadania também estava surgindo, o que deixava os alienados excluídos, já que eles não eram considerados cidadãos. Com isso, perdiam o livre-arbítrio e a liberdade, sendo submetidos a horários, regras de conduta e vigilância impostas pelas instituições asilares nas quais eles eram internados. Essas instituições responsáveis pelo tratamento dos alienados permaneceram vigentes até o século XX, utilizando-se da internação como principal condição de tratamento. Amarante ressalta:

Pinel postula o isolamento como fundamental a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los. Organizando, dessa forma o espaço asilar, a divisão objetiva da loucura e dá-lhe unidade, desmascarando-a ao avaliar suas dimensões médicas exatas (AMARANTE, 1995, p.25)

Ou seja, Amarante (1995) descreve que Pinel conseguiu trazer consideráveis mudanças na percepção da sociedade sobre a loucura, que passou a ser vista como uma “doença mental” necessitada de um saber médico e técnicas específicas para o seu tratamento. O paciente era isolado numa instituição especial onde existiam regras rígidas de acompanhamento, na qual apesar de ter ocorrido a liberdade das correntes, não ocorreu a liberdade das punições e dos tratamentos severos. Percebe-se assim que os doentes mentais antes da “humanização” trazida por Pinel eram excluídos do convívio social, mas, após a “humanização”, além de serem excluídos, eram também expostos a regras de conduta rígidas e continuavam internados em locais precários e sujos. Esses hospícios inicialmente recebiam só os doentes mentais, mas depois, assim como os hospitais em geral, começaram a receber também as pessoas excluídas da sociedade, o que acabou por gerar uma superlotação nesses lugares com falta de infraestrutura para receber tanta gente (AMARANTE, 1995).

É possível fazer uma comparação desses asilos com o que Foucault (1987) chamou de “panóptico” de Jeremy Bentham, uma forma de prisão que consistia em um anel periférico dividido em celas, com janelas que davam tanto para o interior quanto para o exterior e que contava também com uma torre no centro, em que os soldados ficavam observando o tempo todo os “aprisionados”. Consequentemente e espontaneamente era exercido um poder automático, visto que essa forma de prisão era enxergada como um lugar onde a disciplina e a normalização recaíam sobre os prisioneiros, que passavam os dias isolados e pensando na sua culpa com certo ar de remorso. A partir do momento que cada cela dava para o interior e para o exterior, o vigilante conseguia observar tudo que o prisioneiro estava fazendo, já ao contrário, o prisioneiro não conseguia enxergar nada do lado de fora. Resumidamente, de acordo com Foucault (1987) o panoptismo era uma forma do disciplinador vigiar o prisioneiro, sem que ele visse o seu vigilante e nem soubesse quando estava sendo vigiado, o que causava um sentimento no prisioneiro de medo, que o fazia repensar nos seus atos antes de praticar alguma maldade. A finalidade do panóptico não era o de punir o indivíduo, mas causar um sentimento psicológico de ordem. Assim, essas instituições destinadas ao tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais podiam ser comparadas com os panópticos, visto que elas acreditavam que a punição no isolamento, na verdade, não trazia apenas aspectos negativos, mas trazia também aspectos positivos, acreditando, por exemplo, que essa vigilância e isolamento eram formas de disciplinar os loucos e proteger a sociedade (FOUCAULT, 1987).

Assim, se percebe que mesmo com as mudanças trazidas por Pinnel, os tratamentos desumanos permaneceram durante muito tempo e surgiram manicômios espalhados por diversos países diferentes, o que conota que cada sociedade foi escrevendo sua própria história da loucura.

2.2 História da Assistência de Saúde Mental no Brasil

O Brasil foi colonizado de fato a partir do século XVI, e por ser um país novo, se comparado com a Europa e a Ásia, tem pouco tempo de história referente à saúde mental (RIBEIRO, 1999). Nessa época o país possuía um regime escravocrata, no qual de um lado ficavam os senhores de engenho e do outro lado os escravos. De acordo com Resende (2001) as pessoas chamadas de loucas eram somente consideradas inaptas ao trabalho, não necessitando de algum tipo de intervenção médica e que deveriam portanto receber o mesmo tratamento que os escravos e as pessoas desordeiras que não serviam para a sociedade recebiam: o de total repressão.

Visto que o país passava por uma transformação cultural, social, política e econômica no início do século XIX com a vinda da Família Real, a atenção por atendimentos hospitalares se concentrava nas Santas Casas das Irmandades de Misericórdias, que podiam ser caracterizadas como entidades filantrópicas e religiosas que prestavam atendimento aos doentes. Porém nestas Santas Casas, as pessoas portadoras de transtornos mentais não recebiam nenhum tipo de tratamento específico como os outros enfermos. Na realidade, a função dessas casas se baseava mais em um amparo social do que em uma assistência médica (RIBEIRO, 1999). Nessas Santas Casas de Misericórdias os doentes não recebiam assistência médica e eram enclausurados em porões, vigiados por guardas que mais reprimiam os seus sofrimentos do que amenizavam. Lá eram abrigados também outros doentes, velhos e pobres, deixando claro que o papel delas era mais um caráter assistencial do que médico (RESENDE, 2001).

Percebe-se que a psiquiatria no Brasil começou a se desenvolver de verdade mais para frente do século XIX, conforme Ribeiro (1999, p.18) descreve:

Pode-se considerar que a psiquiatria no Brasil desenvolveu-se efetivamente a partir do século XIX, com a criação de escolas médico-cirúrgicas, formando os doutores em Medicina que substituíram os físicos e os cirurgiões-barbeiros. Influenciados principalmente pela Medicina francesa, mas também pelas escolas alemã e inglesa, os médicos brasileiros desse período realizaram as primeiras pesquisas científicas e criaram os primeiros institutos para o estudo das doenças, que até hoje gozam de larga fama: Instituto Adolfo Lutz, Instituto Oswaldo Cruz e Instituto Manguinhos. O

atendimento hospitalar evoluiu e hospitais de diferentes orientações foram criados, além das Santas Casas até então existentes.

O primeiro hospital psiquiátrico criado foi o Hospício D. Pedro II, inaugurado em 1852 na cidade do Rio de Janeiro, que influenciou a criação de outros hospícios em diversas cidades. Essas instituições chamadas de “colônias dos alienados” pertenciam ainda às instituições religiosas, possuindo na realidade mais a função de afastar os doentes do convívio social do que medicalizá-los. Nessas instituições ainda prevalecia os maus tratos, espancamento, falta de higiene, sujeira, fome (RIBEIRO, 1999). Conclui-se que as instituições psiquiátricas buscavam apenas segregar e excluir os doentes com a finalidade de evitar a desordem social. Porém, os maus tratos ainda cometidos por essas instituições começaram a chamar a atenção da população, que começou a criticar essa forma de “tratamento”, resultando na substituição do poder religioso pelo saber dos médicos.

Nesse contexto, os médicos passaram a ser os responsáveis pelos tratamentos psiquiátricos e as instituições passaram a ter de fato a função de cura e tratamento, o que não mudou a realidade de como esses tratamentos funcionavam. Percebe-se que os manicômios, apesar de terem sido instituídos da função de medicalização, continuaram a tratar seus pacientes de formas desumanas, tendo o isolamento combinado com a exclusão como base e limitando a liberdade dos doentes (MACHADO, 2006).

Um grande exemplo do descaso dado aos pacientes nesses manicômios pode ser compreendido a partir do livro “Holocausto Brasileiro – Vida, Genocídio e 60 Mil Mortes no Maior Hospício do Brasil”, em que é retratada a história do manicômio chamado Colônia, instaurado em Barbacena, MG em 1903. De acordo com a jornalista Arbex (2013) este manicômio pôde ser comparado aos campos de concentração nazistas, cujos atos de maldades eram praticados sem piedade e 16 pessoas morriam por dia. Os pacientes ficavam jogados no pátio do hospício sem água potável, sem roupa, com comida contada e na maioria das vezes tinham que dormir no chão, pela superlotação e falta de camas e cobertores. O horror era tanto que diversas vezes eles comiam o que aparecia na frente, como no caso ratos e pombas vivas, além de beber da própria urina e do esgoto. As necessidades fisiológicas eram feitas no meio do pátio com todos em volta olhando. Por mais que uma reportagem da extinta Revista Cruzeiro tenha descoberto e denunciado as condições precárias e absurdas do hospício em 1961, os costumes e as condições desumanas que os pacientes enfrentavam em nada mudou, permaneceram iguais até 1979 (ARBEX, 2013).

O primeiro decreto, de número 24.559 de 03 de julho de 1934, que tratava da Saúde Mental no Brasil, foi publicado em 1934, onde se estabelecia a “assistência e proteção

individual, bem como sobre os bens dos psicopatas, considerava loucos os menores, os anormais, os toxicômanos, os intoxicados habituais e os indivíduos suspeitos incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil” (GUIMARÃES et al, 2010, p. 275). Assim, “a doença mental era considerada caso de ordem pública e de polícia, em que a atuação da psiquiatria era repressiva, com amplos poderes aos psiquiatras, inclusive o de questionar ordens judiciais” (GUIMARÃES et al, 2010, p. 277).

Conclui-se que o hospício de Barbacena é apenas um exemplo da realidade que muitos outros manicômios no país também enfrentavam. Segundo Amarante (2006), surgiram muitas macrocolônias de “loucos” por todo o país, criadas pelos psiquiatras Juliano Moreira e Adauto Botelho, diretores nacionais de assistência psiquiátrica entre 1910 e 1930, e 1930 e 1940, respectivamente. As situações eram absurdas, se percebendo que não eram encaminhadas para os manicômios apenas pessoas com transtornos mentais, mas também pessoas tímidas, meninas que perderam a virgindade antes do casamento, meninas consideradas “assanhadas”, etc., ou seja, pessoas que não tinham alguma doença mental, mas que eram indesejáveis para a população. Nesses lugares era como se a vida das pessoas não valesse nada, havia violação dos direitos humanos, em que muitas vezes eletrochoques eram usados somente com a finalidade de conter e controlar os pacientes sem finalidade terapêutica (ANDRADE, 2005; PEDRÃO, 2005). Essas pessoas eram marginalizadas e não possuíam autonomia e independência para nada, além de não poderem conviver com seus familiares. Às vezes o próprio lugar os tornavam incapazes de conseguirem voltar a conviver em sociedade.

2.3 Reforma Psiquiátrica

A reforma psiquiátrica surgiu como influência do movimento sanitarista na década de 70, que buscava uma maior democracia na política nacional de saúde. Segundo Lobato:

“...uma atenção à saúde efetiva dependia de um sistema de saúde democrático, viável somente em um regime democrático. O movimento sanitarista tem, assim, como princípio o reconhecimento da saúde como direito universal a ser garantido pelo Estado através de um sistema de saúde universal e equânime” (LOBATO, 2000, p.17).

Ou seja, o movimento sanitarista buscava uma reorganização nas abordagens técnicas, especializadas e terapêuticas dos saberes médicos¹.

Depois que o Brasil sofreu o golpe militar em 1964, houve uma grande privatização no setor da saúde. Assim, as empresas privadas escolheram a psiquiatria como a área a ser mais explorada e fizeram o número de leitos psiquiátricos passarem de 3 mil para quase 56 mil, transformando a doença mental em um objeto de lucro (AMARANTE, 2006). O Brasil caminhava ao contrário do resto do mundo, tendo em vista que nos outros países surgiam movimentos antimanicomiais com propostas reformistas à assistência à saúde mental, em busca de transformações dos serviços e técnicas de intervenção, com tratamentos mais humanizados. Já aqui o número de manicômios privados crescia e consequentemente aumentavam as internações de grande permanência (AMARANTE, 1994).

De acordo com Amarante (1994), Franco Basaglia foi um médico psiquiátrico que instituiu e defendeu na Itália na década de 60 a desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos. Esse processo era contínuo e visava produzir novas políticas sociais para que as antigas práticas em saúde mental não voltassem a ocorrer, tendo como meta acabar com as relações de poder institucionais e consequentemente com a violência e exclusão social. Essa experiência foi muito bem sucedida na Itália e após alguns anos de luta conseguiu fechar por completo os manicômios existentes por lá, além de conseguir fazer uma influência e mudança no pensamento das pessoas de diversos lugares do mundo, resgatando a ideia de que os doentes mentais são pessoas normais e devem conviver em sociedade.

Influenciado pela inspiração italiana da desinstitucionalização, o movimento da reforma psiquiátrica brasileira começou no final dos anos 70 com o fim da ditadura militar e com a influência do movimento sanitarista, que passou a se preocupar mais com a saúde dos cidadãos brasileiros. Em 1978, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

¹ As proposições do Movimento Sanitário, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas, basicamente, à construção de uma nova política da saúde, efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.

(MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (BRASIL, 2005). Dez anos mais tarde, em Bauru/SP no dia 18 de maio de 1987, o MTSM passou a ser o movimento da luta antimanicomial, movimento social que até hoje é o mais importante na luta pela reforma psiquiátrica e pelo fim dos manicômios. Este movimento surgiu como uma forma de denúncia às condições precárias e de violência às quais o doente mental era submetido dentro das instituições psiquiátricas, levando as primeiras propostas reformistas que propunham a reinserção social e a assistência integral ao paciente, além de adotar o seguinte lema “Por uma sociedade sem manicômios” (BRASIL, 2005).

A I Conferência de Saúde Mental no RJ e a criação do I CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) em SP ocorreram em 1987. O movimento da luta antimanicomial nesse ano se fortaleceu e foi disseminado em todos os estados brasileiros, tendo como metas promover para a sociedade uma cultura que aceitasse conviver tranquilamente com os doentes mentais, e o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Já em 1989 a Secretária Municipal de Saúde de Santos/SP conseguiu fazer uma intervenção em um manicômio chamado Casa de Saúde Anchieta, local em que os pacientes sofriam maus-tratos e diversas vezes chegavam até a morrer. De acordo com Brasil (2005, p.07) “é esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico”.

Nesse mesmo ano houve um grande avanço na caminhada para a melhoria da assistência em saúde mental com a criação do Projeto de Lei 3.657 do deputado Paulo Delgado, o qual “propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país” (BRASIL, 2005, p.07).

Um outro acontecimento importante que ocorreu nesse ano foi a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), que a partir do movimento sanitarista e da constituição de 1988, garantia a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde, o que possibilitou uma maior democratização na saúde brasileira (BRASIL, 2007).

Brasil (2005) mostra que na década de 90 surgiram diversos movimentos sociais inspirados no Projeto de Lei apresentado pelo deputado Paulo Delgado, que buscavam a substituição de forma progressiva dos hospitais psiquiátricos e a criação de uma rede interdisciplinar de atenção à saúde mental, o que contribuiu para que em 1992 fossem aprovados em vários Estados brasileiros as primeiras leis que atendiam a essas reivindicações.

Ainda nos anos 90, com a assinatura firmada no Brasil na declaração de Caracas e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que contou mais ou menos com participação de 20.000 pessoas, entraram em vigor no Brasil as primeiras normas federais que regulamentavam a implantação de serviços de atenção à saúde mental tais como o CAPS, o NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) e o Hospital-Dia².

Depois de 12 anos de tramitação no Congresso, foi somente em 2001 que o Projeto de Lei Paulo Delgado foi aprovado. Todavia, o projeto passou por transformações e a lei mudou para Lei Federal 10.216, de 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios” (BRASIL, 2005, p.08).

A partir da Lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, é que a Política de Saúde Mental do Governo Federal, junto com a reforma psiquiátrica, ganha mais força e maior visibilidade.

Conclui-se que a Reforma Psiquiátrica nesses últimos 30 anos passou por diversos avanços e contribuiu de forma efetiva com a luta antimanicomial, onde é percebido melhoras significativas na redução do número de leitos de longa permanência, uma maior abertura e interiorização dos serviços de CAPS, auxílio na construção de serviços residenciais terapêuticos, resgate dos direitos referentes à cidadania dos doentes mentais, etc. Por ser ainda um processo novo, é claro que existem muitos desafios e obstáculos a serem enfrentados, tais como: Interesses de grupos antirreforma contra essa nova forma de gestão, falta de conhecimento da população sobre saúde mental, falta de articulação e contato entre os saberes médicos, os gestores, os portadores de transtorno mental e familiares dos mesmos. De acordo com Gonçalves (2001, p. 51):

O que se espera da Reforma Psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, “confinando-o” à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se, muito mais, o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como o único horizonte. Espera assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade.

² A Declaração de Caracas, assinada pelos países da Região das Américas, em 1990, representa um marco fundamental na história da saúde mental nas Américas. Os dois grandes objetivos que seus signatários se comprometeram a promover – a superação do modelo do hospital psiquiátrico e a luta contra todos os abusos e a exclusão de que são vítimas as pessoas com problemas de saúde mental - foram adotados como as grandes metas mobilizadoras de todos os movimentos de reforma de saúde mental ocorridos na América Latina e Caribe, a partir de 1990.

2.4 Política Nacional de Saúde Mental

Inicialmente, entende-se que o termo política está relacionado com o fato de pessoas procurarem estabelecer acordos e tomarem decisões visando o bem público e comum. Essas pessoas, mais conhecidas como atores políticos, não são iguais e possuem interesses difusos, o que acaba por diversas vezes gerando algum tipo de conflito. Assim, a política pode ser entendida como pertencente a um jogo social de conflito e cooperação entre os atores políticos.

Matus (2005) diz que os atores para criarem políticas entram em cooperação em um jogo social, compartilhando crenças, desejos e intenções. Muitas vezes nesse jogo também existe o conflito, que é na realidade um tipo de cooperação, e que gera uma ação social. Ou seja, por mais que existam pessoas desiguais, com opiniões e intenções diferentes e exista um conflito, os dois lados desejam fazer acontecer alguma coisa. Existe uma intencionalidade coletiva de realizar um propósito, que irá reproduzir um efeito, uma ação social, que pode corresponder à intenção de um e não as de outro (MATUS, 2005).

O jogo social, se comparado a um jogo de futebol, ou outro tipo de jogo, também é marcado por jogadas. Em cada jogada o ator vai acumulando conhecimento e habilidades, e se favorecido por regras vantajosas, as relações de poder também se modificam, o que conseqüentemente aumenta as chances de ganhar o jogo e criar a política desejada. Porém, esse jogo tem um final aberto a novas possibilidades. Tudo depende dos recursos que no momento estão mais disponíveis para uns e menos para outros, conforme Matus exalta:

Em um jogo social cada ator possui ou controla uma combinação variada de recursos, e cada jogada tem uma função de produção, através da qual exige uma determinada proporção de cada um desses recursos. Cada jogada altera o jogo e gera problemas para uns e benefícios para outros. (MATUS, 2005, p. 298)

Assim, se percebe que para criar políticas existe por trás um jogo social muito complexo, com final de inúmeras possibilidades, que depende das jogadas individuais de cada ator em parceria com outros e das suas habilidades, conhecimentos, poder de barganha, recursos disponíveis, intenções, capacidades, etc. Matus (2005) diz que no começo, no meio e no fim, o que todos estão disputando é o poder, por isso é maravilhoso conquistá-lo no final, mas é melhor ainda possuí-lo durante o jogo. Matus ainda conclui:

O jogo político liberta ou subjuga o homem por meio da distribuição do poder. É um jogo entre atores em disputa pelo controle dos diversos sistemas de governo em vigor no jogo social. É um jogo que combina a luta por motivações pessoais com as

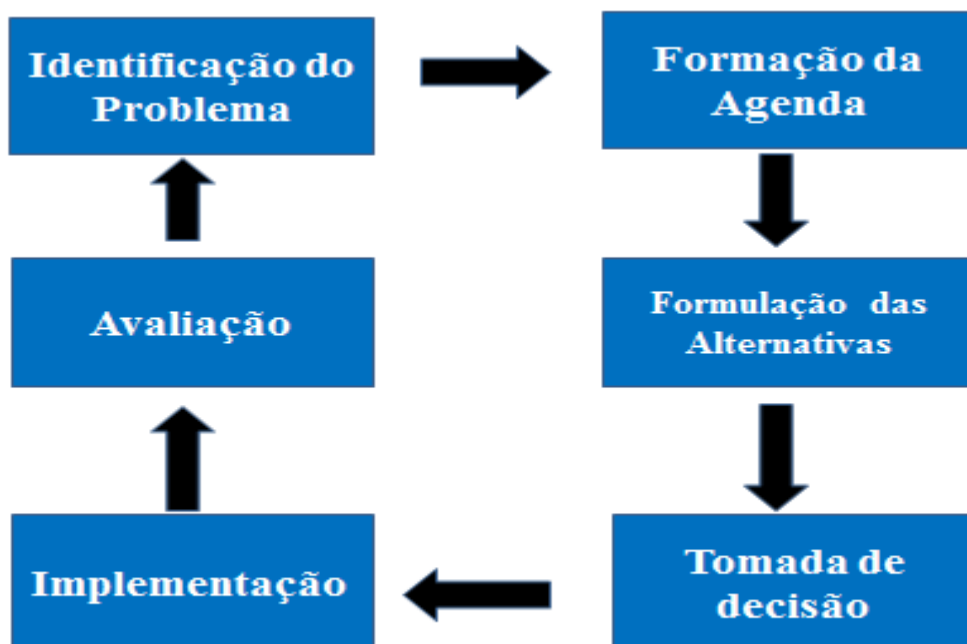
motivações ideológicas, expressas em projetos sociais. Esse jogo produz, distribui e concentra o poder político (MATUS, 2005, p. 321).

O termo política pode ser dividido em duas formas conforme a concepção americana distingue, em *politics* e *policy*. Segundo Rua (2009), o termo *politics* remete a ideia de resolução de conflitos resultantes da relação de poder que envolve todo o processo eleitoral, desde a disputa de atores por cargos e negociação de interesses entre os mesmos, até as eleições partidárias e dos governantes. Já o termo *policy* está mais estritamente correlacionado com política pública, visto que nesse caso o Estado procura implementar ações que atendam setores como educação, saúde, transporte, meio ambiente, etc., conforme as necessidades e demandas da sociedade.

Política pública segundo Souza (2006) possui muitas definições, podendo ser caracterizada como soluções de problemas, como forma de colocar o governo em ação ou não, e/ou analisar ações já iniciadas para propor mudanças quando necessário. Com isso, a política pública é uma ação que envolve a todos: não só o Estado, mas também a população. Ela pode ser considerada como resultante de uma série de ações políticas que, juntas, formam o processo político (RUA, 2009).

O ciclo de políticas públicas (*policy circle*) começa com os atores envolvidos (*stakeholders*) em arenas de interesses, definindo e mostrando por que algumas questões entram na agenda e outras são ignoradas. Para Souza (2006), existem três pontos importantes que mostram por que certas questões entram na agenda: Quando surgem a partir dos problemas (mostrando que é preciso fazer algo para solucioná-los); quando surgem da política (ações coletivas que mostram a necessidade de lutar contra os problemas); e quando surgem dos participantes que definem a agenda. Depois da definição da agenda, surge a identificação de alternativas, o que leva a avaliação de cada uma dessas alternativas e consequentemente depois de avaliadas, a seleção das opções. Após serem selecionadas as alternativas, surge a implementação da política, e por fim, a avaliação da mesma com os feedbacks positivos e negativos. O ciclo de políticas públicas mostra que em cada etapa o princípio básico é a decisão. Porém, a escolha da política pública é um processo difícil em que os atores enfrentam obstáculos do conhecimento limitado, das questões de auto interesse e da informação incompleta pela busca da sua eficiência na implementação (SECHI, 2010).

O ciclo pode ser melhor compreendido a partir da figura a seguir:



Fonte: Sechi, 2010. Autor: Elaboração Própria

É necessário que haja sempre uma interação entre o formulador da política e a sociedade, visto que é importante diminuir o distanciamento dos mesmos com o estado e o governo para que a formulação da política atenda de fato os anseios da população e os mesmos se sintam participantes das decisões, não deixando que apenas os interesses do governo sejam fundamentais. Dessa forma, a população acaba não sendo apenas receptores das políticas, mas peças chaves na implementação.

Nesse contexto se percebe que a criação da Política Nacional de Saúde Mental aparece advindo da reforma psiquiátrica como uma política pública que surgiu a partir de movimentos sociais, como no caso o MTSM, que procuravam soluções para acabar com os problemas advindos da desumanização e violências que os portadores de transtornos mentais sofriam nos manicômios, além das condições precárias que estas instituições psiquiátricas ofereciam à seus pacientes. Percebe-se com o que foi visto até o presente momento que para essas reivindicações entrarem na agenda e conseqüentemente criarem a Política Nacional de Saúde Mental foi um processo longo e demorado envolvendo disputas de poder entre diferentes atores.

A partir da metade do século XIX até o presente momento foram criadas diversas políticas públicas “para legitimar, direcionar e edificar posturas terapêuticas, assim como traçar políticas na área da saúde destinadas às intervenções em relação aos portadores de transtorno mental” (JUNIOR, 2014; VENTURA, 2014, p.49).

As políticas na área de saúde são embasadas a partir dos direitos e garantias dos cidadãos, o que leva a efetivação jurídica dessas políticas pautarem as políticas públicas em saúde mental, visando efetivar a desinstitucionalização, desospitalização, ressocialização e reinserção social das pessoas portadoras de transtornos mentais. Ou seja, as políticas de saúde mental que antes tinham como princípio internações por tempo indeterminado, isolacionistas, segregadoras e hospitalocêntricas passaram a influenciar políticas públicas baseadas nos princípios antimanicomial, comunitária e ambulatorial (JUNIOR, 2014; VENTURA, 2014).

Segundo documento “Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil” do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p.10):

Durante todo o processo de realização da III Conferência e no teor de suas deliberações, condensadas em Relatório Final, é inequívoco o consenso em torno das propostas da Reforma Psiquiátrica, e são pactuados democraticamente os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. Desta forma, a III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. É a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que fornece os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil.

De acordo ainda com esse documento em 2004 foi realizado a partir de ações do governo federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, no qual reuniu dois mil trabalhadores e usuários do CAPS. Assim, nesse período ocorreram dois movimentos ao mesmo tempo, de um lado a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar com a criação dos CAPS, hospitais-dias, etc. De outro lado a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes. É aí que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal.

Amaral (2006) mostra que a Lei nº 10.216 não conseguiu propor a extinção progressiva dos manicômios, como estava antevisto em seu projeto original, mas conseguiu

não permitir mais a construção dos mesmos e cumpriu a parte referente à “proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais”. Com isso se percebe que a Lei após ter traçado os princípios básicos e definido os objetivos avançou ao conseguir assegurar os direitos individuais, fortalecendo também a inclusão social dos portadores de transtornos mentais. No DF em especial se percebeu que as transformações a partir da política ocorreram, mas que o enfraquecimento da luta antimanicomial juntamente com a pouca mobilização dos familiares e usuários e a falta de vontade política são obstáculos existentes para que a reforma psiquiátrica atinja realmente todos os objetivos propostos.

Amaral (2006, p.171) ressalta:

A cultura manicomial ainda está presente entre os profissionais, nas instituições, nos órgãos formuladores de políticas, entre os gestores, nas famílias e entre os próprios usuários, que ainda não têm uma consciência plena de como viver fora das instituições. Isto porque a sociedade permanece imersa em uma cultura manicomializante, onde os padrões são valorizados, assim como a igualdade, mas onde as diferenças são vistas com receio e extrema desconfiança.

2.6 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)

Um dos maiores desafios percebidos na implementação da reforma psiquiátrica brasileira é justamente a consolidação dos novos serviços de atenção à saúde mental. Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) já completaram quase vinte anos de experiência e se mostraram efetivos na substituição dos hospitais psiquiátricos como parte planejada da Política de Saúde Mental que procura trazer tratamentos adequados aos pacientes com transtornos mentais e resgatar a cidadania dos mesmos.

De acordo com documento “Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial” do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p.09):

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.

A partir do documento “Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil” (BRASIL, 2005) é notável que a Reforma Psiquiátrica levou a mudanças nos saberes, nas

práticas, nos valores, na cultura e no social, e principalmente no cotidiano das instituições, marcado por conflitos de ideias, tensões e desafios de um novo modelo de cuidado.

O primeiro NAPS do Brasil surgiu em São Paulo em 1987. Juntamente em 1989, a Secretaria Municipal de Saúde interviu no hospital psiquiátrico em Santos (Casa de Saúde Anchieta) e o fechou, onde ocorriam diversos maus-tratos e mortes de pacientes. A partir daí surgiram também no município de Santos os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que eram os novos modelos de assistência à Saúde Mental, voltados a prestar serviços mais eficazes e com uma maior inclusão social dos doentes mentais em período integral.

Em 1988 foi criado o SUS (Sistema Único de Saúde) no qual tem como princípios básicos o acesso universal público e gratuito aos serviços de saúde; a integralidade de ações, em que o indivíduo deve ser visto como um todo; equidade no atendimento com cada paciente; descentralização dos recursos de saúde; e articulação e controle social com Conselhos Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde (BRASIL, 2004). Assim, a rede de Atenção à Saúde Mental Brasileira passou a fazer parte da rede de Atenção Básica do SUS.

Em 1990 iniciam-se de fato as tramitações para as propostas inovadoras à saúde mental no Brasil. Na realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em Caracas, o Brasil assinou uma declaração que possibilitou a fiscalização, consolidação e fiscalização dos serviços de atenção à saúde, fundadas a partir das experiências CAPS, NAPS e os hospitais-dia (BRASIL, 2005).

O NAPS surgiu junto com o CAPS através da Portaria GM 224/92 buscando a substituição dos hospitais psiquiátricos e sendo considerado como um local o qual procurava prestar serviços adequados e humanizados aos pacientes, sendo uma unidade de saúde intermediária entre a internação efetiva e o regime ambulatorial, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (BRASIL, 2004). Em 2002 surgiram alterações na nomenclatura dos serviços, na qual o NAPS mudou para subdivisões em CAPS de acordo com o grau de problema do paciente.

Esses serviços tiveram também suas normas atualizadas e são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Essa portaria atualizada reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, cujos objetivos são “substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e suas famílias” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 12).

O CAPS procura reinserir socialmente os pacientes na sociedade, sendo um local aberto à população e buscando promover atividades de interação entre os mesmos com os

seus familiares. Este novo dispositivo de atenção à saúde mental vem se destacando justamente pelo envolvimento de todos estes atores sociais na luta pela realização da inclusão social. Assim, se percebe que o CAPS vai muito além de ser um espaço de promoção de atividades e medicações adequadas aos seus usuários, ele incentiva a participação dos familiares e da comunidade no cotidiano dos serviços ofertados, o que é de extrema importância para que o paciente se sinta apto a reconstruir sua vida, seu lugar na sociedade e com seus direitos assegurados em lei. É necessário que haja esse incentivo de participação no tratamento dos usuários aos familiares e amigos dentro e fora do CAPS, o que será relevante para que os preconceitos diminuam e as diferenças sejam respeitadas.

Conclui-se que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), segundo o Ministério da Saúde (2005), possuem um valor estratégico para a consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil, talvez sendo considerado entre os demais serviços de atenção à Saúde Mental o mais importante, pois desde quando surgiram estes novos dispositivos se percebe a possibilidade de organização de uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos no Brasil. Isso mostra o quão importante é a existência de uma rede de serviços articulada, entre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial.

2.7 RAPS (Rede de Atenção Psicossocial)

Para se compreender melhor o funcionamento do CAPS é preciso entender como funciona a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na qual o CAPS está inserida.

Inicialmente existe a Rede de Atenção à Saúde (RAS), que “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, portaria nº 4.279 de 30/12/2010). O objetivo da RAS é procurar administrar políticas a partir da cooperação entre os atores públicos e privados, em que os recursos não são suficientes e as demandas por parte da população são altas.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) faz parte da RAS e foi instituída em 2011, “cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, portaria nº 3.088, de 23/12/2011). Em 2010 foi redigido um Plano Diretor de Saúde Mental pela Secretária de Saúde do DF (SES- DF) que caracterizava a RAPS como:

“sair de uma assistência hospitalocêntrica para um cuidado em rede”, de base territorial e comunitária, articulando os vários serviços de saúde, que inclui a Atenção Básica, a rede de serviços substitutivos, os hospitais gerais (HG) e o SAMU, e uma nova maneira de cuidar, que significa “sair da cultura da internação para a cultura do acolhimento da crise e da construção de projetos de vida”. (DISTRITO FEDERAL, 2010, p. 6)

De acordo com a portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2001 do Ministério da Saúde uma RAPS completa e complexa pode ser compreendida da seguinte forma:

- a- Atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - i. Unidade Básica de Saúde; Equipe de Apoio à Saúde da Família;
 - ii. Equipe de atenção básica para populações específicas:
 - 1. Equipe de Consultório na Rua;
 - 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
 - iii. Centros de Convivência e Cultura;
- b- Atenção Psicossocial Estratégica , formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - i. Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
- c- Atenção de Urgência e Emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - i. SAMU 192;
 - ii. Sala de Estabilização;
 - iii. UPA 24 horas;
 - iv. Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
 - v. Unidades Básicas de Saúde, entre outros;
- d- IV – Atenção Residencial de Caráter Transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - i. Unidade de Recolhimento;
 - ii. Serviços de Atenção em Regime Residencial;
- e- V – Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - i. Enfermaria especializada em Hospital Geral;

- ii. Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- f- VI – Estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:
 - i. Serviços Residenciais Terapêuticos;
 - ii. Programa de Volta para Casa
- g- VII – Estratégias de Reabilitação Psicossocial, compostas pelas:
 - i. Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
 - ii. Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Uma RAPS básica e comum em sua maioria é composta pela Atenção Básica, pelos CAPS, pelos Serviços Residenciais Terapêuticos, pelo Hospital Geral e pelos Centros de Convivência e Cultura.

A Atenção Básica em Saúde é a porta de entrada no SUS, o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde. Sendo assim, o Ministério da Saúde orienta que as ações de saúde mental devem ser incluídas inicialmente na Atenção Básica, conforme o Plano Diretor divulgado pela SES diz:

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Podemos sintetizar como princípios fundamentais desta articulação entre saúde mental e atenção básica: a preparação para o olhar em saúde mental, interdisciplinaridade, intersetorialidade, desinstitucionalização, reabilitação psicossocial, construção da autonomia possível de usuários e familiares , promoção da cidadania dos usuários (DISTRITO FEDERAL, 2010, p. 11)

Nesse local é feito geralmente o atendimento inicial do paciente, para diagnosticar qual é o problema ou solucionar possíveis casos antes de virarem problemas maiores, o que leva os pacientes a serem orientados e direcionados para os respectivos locais de atendimento de acordo com o diagnóstico inicial. Um dos programas no Brasil da Atenção Básica é a Equipe de Saúde da Família, que é uma equipe composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, cirurgião dentista que levam a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) serviços básicos e multidisciplinares tais como: consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos à um número estabelecido de famílias, situadas em um território delimitado (DISTRITO FEDERAL, 2010). Um outro serviço da Atenção à Saúde Básica são

as Equipes de Consultórios de Rua, que procuram ofertar e ampliar o acesso à saúde para pessoas que estão em situação de rua.

Dentro de uma RAPS eficiente e articulada o CAPS é o dispositivo que mais vem se destacando dentro da Política Nacional de Saúde Mental, sendo um serviço de passagem e não de permanência.

De acordo com Distrito Federal (2010), o Ministério da Saúde divide os CAPS em modalidades, e os caracteriza a partir do número da população em determinado município, sua demanda, os tipos de problemas, horários de funcionamento, etc.

Existem cinco modalidades básicas e mais conhecidas de CAPS, dentre eles está o CAPS I que são serviços de menores portes, criado em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Nestes locais a equipe mínima é composta por 9 profissionais de níveis médio e superior. Os pacientes são adultos com transtornos mentais severos e persistentes. O horário de funcionamento normalmente é o dia todo, durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês.

Os CAPS II são serviços de médio porte, criados em municípios com mais de 50.000 habitantes. Nestes locais a equipe mínima é composta por 12 profissionais de níveis médio e superior. Os pacientes são adultos com transtornos mentais severos e persistentes. O horário de funcionamento normalmente é o dia todo, durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês.

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS, criados para atender municípios com mais de 200.000 habitantes. Nestes locais a equipe mínima é composta por 16 profissionais de níveis médio e superior, além de equipe noturna e de final de semana. Os pacientes são adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Funcionam 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Realizam quando necessário acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas a no máximo sete dias). Possuem a capacidade de acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês.

Os CAPSi, são serviços em municípios com mais de 200.000 habitantes especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes. Nestes locais a equipe mínima é composta por 11 profissionais de níveis médio e superior. O horário de funcionamento normalmente é o dia todo, durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês.

Os CAPSad, são serviços em municípios com mais de 100.000 habitantes especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Nestes locais a equipe mínima é composta por 13 profissionais de níveis médio e superior. O horário de funcionamento normalmente é o dia todo, durante os cinco dias úteis da semana, possuindo também leitos de repouso com finalidade exclusiva para tratamento de desintoxicação.

Recentemente foram criados mais 2 tipos de CAPS. O CAPS ad III e o CAPS ad i III. Os CAPS ad III são serviços criados para atender municípios com mais de 200.000 habitantes. Os pacientes são adultos ou crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas, dependentes de substâncias psicoativas que podem ser atendidos conjunta ou separadamente. Funcionam 24 horas em todos os dias da semana e em feriados, realizando atendimentos diários e noturnos. Quando o serviço é destinado ao atendimento infanto-juvenil denomina-se CAPS ad i III.

Os serviços residenciais terapêuticos também são serviços comuns que integram as RAPS e segundo Brasil (2005, p.14) “são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não”. Ou seja, são definidas como casas criadas no meio urbano, que devem inicialmente garantir o direito à moradia das pessoas que saíram dos hospitais psiquiátricos os auxiliando na sua reintegração social.

Uma Residência Terapêutica deve acolher, no máximo, oito moradores. De forma geral, um cuidador é designado para apoiar os moradores nas tarefas, dilemas e conflitos cotidianos do morar, do co-habitar e do circular na cidade, em busca da autonomia do usuário. De fato, a inserção de um usuário em um SRT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. Cada residência deve estar referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial e operar junto à rede de atenção à saúde mental dentro da lógica do território. Especialmente importantes nos municípios-sede de hospitais psiquiátricos, onde o processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais está em curso, as residências são também dispositivos que podem acolher pessoas que em algum momento necessitam de outra solução de moradia (BRASIL, 2005, p.15).

O Hospital Geral segundo o Ministério da Saúde oferece serviço de retaguarda em leitos psiquiátricos para os usuários com transtornos mentais e com necessidades advindas do uso de álcool e outras drogas, cuja internação hospitalar é diagnosticada como necessária. As internações são de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário, funcionando em regime integral, durante 24 horas diárias, nos sete dias da semana (DISTRITO FEDERAL, 2010).

Com a assinatura da Lei Federal 10.708 de 31 de julho de 2003, o presidente Lula instituiu o Programa de Volta para Casa dispondo sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que ficaram mantidos em longas internações

psiquiátricas. Esse programa em parceria com a Caixa Federal remunera mensalmente os usuários que acabaram de sair dessas internações, os incentivando a procurar sua reinserção social, e os indenizando ao mesmo tempo, visto que por falta de alternativas os direitos de cidadania foram violados.

Os Centros de Convivência são locais nos quais são oferecidos um espaço de produção e socialização entre pessoas com transtornos mentais de uma comunidade. As pessoas se reúnem livremente e socializam participando de oficinas, peças teatrais, etc. Elas acabam por se divertirem e também dialogarem a respeito de problemas de sua comunidade, se sentindo parte dela.

2.8 CAPS e RAPS no DF

Segundo informações do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dapes) do Ministério da Saúde atualmente existem 2334 CAPS no Brasil, conforme tabela a seguir:

CAPS	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CAPS I	686	761	800	907	982	1.069	1.135	1.138
CAPS II	400	418	430	463	470	476	488	489
CAPS III	46	55	62	72	79	85	92	93
CAPSi	112	128	140	175	187	201	210	210
CAPS AD	223	258	266	292	302	309	315	316
CAPS AD 24H	0	0	3	28	47	69	88	88
Total	1467	1620	1701	1937	2067	2209	2328	2334

Fonte: DAPES/SAS/MS/ Elaboração própria

Atualmente no Distrito federal existem 17 (dezessete) CAPS, sendo 1 CAPS I; 3 CAPS II; 1 CAPS III; 3 CAPSsi; 5 CAPSad; 2 CAPS ad III e 2 CAPS ad i III. O programa nacional de enfrentamento da dependência de crack e outras drogas fez com que o governo priorizasse a construção de mais CAPS ad, inclusive com a criação das novas modalidades de CAPS ad III e CAPS ad i III, revelando que atualmente no DF este número é superior ao número de CAPS em saúde mental (DISTRITO FEDERAL, 2010). A tabela na pagina ao lado mostra como estão distribuídos os CAPS no DF de acordo com o serviço, o tipo e a área de abrangência.

Serviço	Tipo	Área de Abrangência
CAPS Taguatinga	CAPS II	Tag/V. Pires/Estr/Ág Cl/Cei/Gua/Braz/Sud/Oct/Cruz/P. Way
CAPS Paranoá	CAPS II	Par/Ita/D. Lago e Faz/Z. Rur/São Seb./Sobr/ BSB/L Sul e Norte/Var
ISM	CAPS I	R Fundo I e II/Rec Emas/N Ban/Candang/Gama
CAPS i Recanto das Emas	CAPSi	Samamb./Rec. Das Emas/Gama/Sta. Maria/Riacho Fundo
CAPS Planaltina	CAPS II	Planaltina
CAPS Samambaia	CAPS III	Samambaia
CAPS ad Sobradinho	CAPS ad	Plan/Sobr I e II/L. Oeste/Gr. Col/Fercal/ Torto/Q. Lençol/R. do Cavalo
CAPS i Sobradinho	CAPSi	Sob I e II/ Fercal e Condomínios/ Planaltina/ Paranoá/ J.Botânico/ Itapoã/ São Sebastião
CAPS ad Santa Maria	CAPS ad	Santa Maria/Gama
CAPS ad III Samambaia	CAPS ad III	Sam/Tag/Rec Emas
CAPS ad Guará	CAPS ad	Gua/Estr/Areal/V. Pires/Ág Cl/P. Way/SAI/R Fundo I e II/N Band/Cand
CAPS ad Ceilândia	CAPS ad	Ceilândia, Brazlândia
CAPS ad Itapoã	CAPS ad	Itapoã, Paranoá
CAPS ad III Candango	CAPS ad III	P Piloto/Cruz/Oct/Sud/L Sul e Norte/ Varj/V Plan/S Seb/V Teleb/SAAN
CAPS ad i III Taguatinga	CAPS ad i III	Sta Mª/Rec Emas/Sam/Tag/Cei/Braz/V.Pires/ Ág Cl/Gama
CAPS ad i III Brasília	CAPS ad i III	P Piloto/L Sul e Norte/Gua/Cand/N Band/ R Fundo I e II / Cru/Sobr/ Plan/Paran/ S. Sebas
CAPSi Plano Piloto/COMPP	CAPSi	Asa Sul/Lago Sul/ N. Band./ParkWay/Candang/ Guará/Asa Norte/ Lago Norte/ Cruzeiro/Sudoeste/Octogonal/Braz/Ceilandia

Fonte: DISAM/ Elaboração Própria

O território vai além do espaço geográfico, é o local no qual as pessoas convivem em sociedade e enfrentam seus problemas do cotidiano. A influência italiana que instituiu a desinstitucionalização diz que ele é fundamental para implementar esse processo e reinserir socialmente os doentes mentais. Assim, ele é o responsável pela atuação da RAPS, a qual tem como uma de suas diretrizes estabelecida pela portaria nº 3.088 de 23/12/2011 “garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências” (BRASIL, 2011, portaria nº 3.088, de 23/12/2011).

Se existir uma RAPS eficiente os CAPS acabam sendo o principal serviço desinstitucionalizador, com competências para substituir o hospital psiquiátrico. Porém, o Ministério da Saúde divulgou em outubro de 2015 o relatório “Saúde Mental em Dados 12” mostrando que a cobertura de CAPS no DF é uma das menores do país, se igualando com o Pará e sendo maior apenas que o Acre, Amapá, Amazonas e Espírito Santo. Ou seja, aqui existe um grande déficit no número de CAPS e a demanda pelos serviços é maior do que a estrutura física e os recursos conseguem oferecer. Além de existir esse problema, falta profissionais, o que acaba sobrecarregando os profissionais já inseridos nos serviços e dificultando os seus trabalhos.

Como já citado anteriormente, em 2010 a Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF) redigiu um Plano Diretor de Saúde Mental que procurava ser “um instrumento norteador para a estruturação e organização dessa rede de atenção integral em saúde mental às pessoas portadoras de sofrimento psíquico residentes no Distrito Federal” (DISTRITO FEDERAL, 2010, p. 7) com estratégias que visavam a ampliação do acesso à rede de serviços de Saúde Mental; qualificação do cuidado em Saúde Mental; promoção da reinserção social dos pacientes; reorganização e gestão da rede de serviços; e construção de 46 CAPS para serem realizadas entre 2011 e 2016.

Esse Plano Diretor relatou que a rede ainda está em construção e que existem alguns problemas na consolidação da RAPS no DF, tais como: Há ainda um número reduzido de serviços substitutivos, o que leva a uma forte concentração do cuidado no HSPV (Hospital São Vicente de Paula); não existe um padrão de qualidade estabelecido em saúde mental no DF; baixa efetividade de reinserção social; e problemas relacionados à gestão dos serviços e recursos, visto que poucos investimentos são realizados, mesmo com uma forte solicitação dos mesmos por parte da gestão (DISTRITO FEDERAL, 2010).

Uma questão de extrema importância que prejudica a RAPS é que o DF não conseguiu até hoje implantar um dos principais serviços substitutivos, que são as residências terapêuticas. Esses serviços são uma das contribuições de desinstitucionalização que ocorreu na Itália e vem ocorrendo no resto do país, visto que um dos objetivos das RTs é o de ser um novo local de habitação responsável por resgatar o convívio social e promover a reinserção. No Brasil em geral, os recursos que antes eram dirigidos para os leitos psiquiátricos, hoje são mais dirigidos a esses novos serviços. O Plano Diretor de Saúde Mental do DF planejava instituir 15 residências terapêuticas no período de 2011 a 2016, porém até hoje nenhuma foi implantada. O Plano Diretor resume bem o papel das RTs :

As Residências Terapêuticas foram instituídas pela Portaria GM Nº 106, de fevereiro de 2000 e são parte integrante da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Esses dispositivos, inseridos no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, são centrais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos. Tais casas são mantidas com recursos financeiros anteriormente destinados aos leitos psiquiátricos. Assim, para cada morador de hospital psiquiátrico transferido para a residência terapêutica, um igual número de leitos psiquiátricos deve ser descredenciado do SUS e os recursos financeiros que os mantinham devem ser realocados para os fundos financeiros do estado ou do município para fins de manutenção dos Serviços Residenciais Terapêuticos. (2010, p.49)

Além da falta de residências terapêuticas, a RAPS do DF não conta com nenhum Centro de Convivência e Cultura. O único centro que existe é a ONG chamada INVERSO, que nasceu da sociedade civil, não é pública, funciona com doações e sua capacidade é muito aquém da desejada.

Outro problema levantado na RAPS, além da falta de recursos, é a questão fundiária e a extensa burocratização legal solicitada pelo SUS para implantação e ampliação dos serviços substitutivos. Falta documentação completa de terrenos e imóveis, em especial nas regiões mais carentes, o que faz com que o SUS não permita e aprove a construção desses modelos assistenciais. Essa grande burocracia já mencionada como obstáculo também na criação das RTs aliada com a ausência de diálogo e conhecimento real sobre a legislação de saúde mental entre as instituições dificulta o funcionamento da rede.

A Lei Distrital nº 975 foi sancionada em doze de dezembro de 1995 e estabelecia no 2º inciso do 3º Art. que “os leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas especializados deverão ser extintos num prazo de 4 (quatro) anos a contar da publicação desta Lei”. Porém, isso não ocorreu e se passado quase 21 anos da promulgação da lei o DF não acabou com os leitos psiquiátricos e mantém aberto até hoje o único hospital psiquiátrico existente por aqui. O pior, é que esse hospital possui características manicomiais, com a não permissão de acompanhantes e o uso obrigatório de uniformes. O HSPV oferece 72 leitos psiquiátricos e o Hospital de Base 24, mas nele são atendidos apenas co-morbidades.

3. MÉTODO DE PESQUISA

Segundo Lakatos e Marconi (2007, p. 157), a pesquisa pode ser considerada “um procedimento formal com método de pensamento reflexivo que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para se conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais.” Assim, este capítulo apresenta a metodologia que será abordada para que o estudo atinja seus objetivos, em que os resultados obtidos auxiliarão a se chegar a conclusões importantes. Dessa forma, será apresentados o tipo e a descrição da pesquisa, a caracterização do local em que se realizou a pesquisa, os participantes do estudo e, por fim, os procedimentos de coleta e análise de dados.

3.1 Tipo e Descrição Geral da Pesquisa

De acordo com Silveira (2009) a pesquisa qualitativa procura objetivar o fenômeno a partir da hierarquização de descrever, compreender e explicar as ações percebidas sobre um determinado fenômeno em um local específico. Assim, o presente estudo trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa por ter um caráter exploratório e interpretativo sobre o tema, em uma tentativa de compreender a rede de atenção à saúde mental e sua principal estratégia de acolhimento, o modelo de organização de serviço em saúde mental denominado Centro de atenção Psicossocial – CAPS. Foram utilizados princípios dedutivos com base na reforma psiquiátrica como balizador para a construção dos parâmetros de efetividade dos CAPS e da RAPS. Assim, a pesquisa buscou explicar se os CAPS, partindo da lógica geral da reforma psiquiátrica são serviços efetivos da rede de atenção psicossocial do DF na construção da cidadania dos usuários em saúde mental.

Essa pesquisa pode ser considerada também descritiva, visto que uma pesquisa descritiva procura descrever, analisar, compreender e interpretar um determinado fenômeno sem interferência do pesquisador. Ou seja, os fatos foram inicialmente observados, descritos, analisados e interpretados sem nenhuma manipulação. Ainda por se tratar de um tema com quantidades reduzidas na área de políticas públicas em saúde, essa pesquisa pode ser considerada também exploratória, já que em uma pesquisa exploratória novas e maiores informações são descobertas, o que poderá contribuir para que pesquisas mais aprofundadas sejam feitas futuramente (GIL, 1999; MARCONI, 2002; LAKATOS, 2002).

3.2 Procedimentos de Coleta e de Análise de Dados

Os dados coletados foram de fonte primária (sem tratamento analítico nos dados) quando utilizados das reportagens e entrevistas realizadas e de fonte secundária, quando já analisados a partir de pesquisa bibliográfica, documental, fichamentos, relatórios de pesquisa, tabelas estatísticas, entre outros.

De acordo com Marconi & Lakatos (2002), a pesquisa bibliográfica é o levantamento de toda a bibliografia já publicada por diversos atores, em forma de livros, revistas, publicações em periódicos, dissertações, teses, etc. A sua finalidade é fazer com que o pesquisador entre em contato direto com uma variedade de materiais que o auxiliem na análise de sua pesquisa, podendo ser considerada como o primeiro passo de toda a pesquisa científica.

Para isso foram utilizados artigos científicos e empíricos localizados no Capes, Scielo, Google Acadêmico, livros acadêmicos, relatórios de conferências, seminários e congressos, legislação referente ao tema, teses e dissertações.

Como critérios de busca foram selecionados artigos com as seguintes palavras-chaves: reforma psiquiátrica; saúde mental; loucura, política nacional de saúde mental, rede de atenção psicossocial, CAPS, doença mental, luta antimanicomial.

Inicialmente foi feita a revisão bibliográfica utilizando-se de artigos, livros, teses e dissertações, documentos como leis, decretos, reportagens e por fim análise dos dados a partir de entrevistas, que foram não estruturadas e semiestruturadas.

Marconi e Lakatos (2002, p. 117) definem entrevista “como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação.” Neste estudo a estrutura de entrevistas não estruturada e semiestruturada foram utilizadas. A entrevista não estruturada pode ser caracterizada com perguntas feitas normalmente de forma aberta, sem rigidez no roteiro da entrevista, o que possibilita que o pesquisador se sinta mais livre para desenvolver determinadas questões. Já a entrevista semiestruturada pode ser caracterizada como uma entrevista que segue um roteiro de questões predefinidas abertas e fechadas, mas que servem como diretriz, não precisando necessariamente seguir uma ordem e podendo acrescentar algumas questões de esclarecimento que vão surgindo no decorrer da entrevista.

A pesquisa foi realizada em três momentos diferentes com a criação de dois modelos de entrevistas semiestruturadas para públicos distintos (disponíveis nos apêndices A e B). Em

um primeiro momento foi elaborada uma entrevista semiestruturada para atores que se envolvem diretamente no movimento da luta antimanicomial, com questões baseadas nos princípios e valores estabelecidos pela reforma psiquiátrica. Depois de realizadas essas entrevistas, a percepção desses atores serviu para a construção e organização dos parâmetros do modelo de análise da eficiência, eficácia e efetividade do processo de cuidado na rede de saúde mental do Distrito Federal, com foco na atenção realizada no CAPS. Com base nesses parâmetros foi elaborada uma entrevista semiestruturada com questões para coordenadores da Diretoria de Saúde Mental(Disam) da Secretária de Saúde (SES) do DF. Já no terceiro e último momento foi realizada uma visita na semana da luta antimanicomial (18 de maio) a um dos CAPS existentes no DF, que é o CAPS AD III Candango, localizado no Setor Comercial Sul, onde foi possível realizar uma entrevista não estruturada de forma informal com alguns de seus trabalhadores.

No dia 06 de abril de 2016 ocorreram dois eventos comemorativos em comemoração aos 15 anos da Lei 10.216/2001, que foram a “Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial” na Câmara Legislativa, contando com a participação de atores políticos importantes; e a realização do encontro “A Luta Antimanicomial e os 15 anos da Lei n. 10.216/2001: história, avanços e desafios”, no auditório da Faculdade de Saúde da UnB. Foi de extrema importância participar desses dois eventos que contribuíram para maiores informações a respeito do tema, ajudando na análise dos resultados da pesquisa.

A análise de discurso segundo Bauer & Gaskell (2010) pode ser caracterizada como uma variedade de diversos enfoques no estudo de textos que criam novos significados. É uma teoria que exige profundos conhecimentos e requer formação adequada da técnica. Assim, pode-se dizer que a análise da pesquisa se aproximou da análise de discurso, mas não se pode garantir com clareza que foi utilizada, já que não existe ainda a formação adequada da técnica.

Além de captar e compreender o conteúdo que estava oculto por trás do texto e das entrevistas buscou-se a partir dos diferentes discursos construir novos conceitos. Isso foi possível a partir da transcrição integral das primeiras entrevistas com os participantes do movimento da luta que definiram quais eram os parâmetros de eficiência e eficácia da RAPS e do CAPS, o que auxiliou na formulação de um novo roteiro de entrevista para os participantes da SES.

3.3 Caracterizações das Organizações

A Diretoria de Saúde Mental do Distrito Federal (DISAM) é uma unidade orgânica de assessoramento superior, subordinada à Subsecretaria de Atenção à Saúde – SAS. A DISAM tem como principais atribuições:

- Propor e participar da formulação de políticas públicas, planos e programas estratégicos para a Saúde Mental no Distrito Federal, compatibilizando-os com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental emanadas do Ministério da Saúde;
- Promover e participar de estudos que visem à reorientação e reestruturação da Saúde Mental no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, buscando a oferta de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, incluindo-se aqueles decorrentes do abuso ou dependência de substâncias psicoativas;
- Propor e acompanhar a aplicação de indicadores para a avaliação dos Serviços de Saúde Mental.

A Diretoria encontra-se organizada em unidades: NAASS – Núcleo de Acompanhamento Avaliação e Supervisão dos Serviços de Saúde e o NTN – Núcleo Técnico-Normativo.

A outra organização na qual ocorreu a entrevista de forma não estruturada foi dentro do CAPS ad localizado no Setor Comercial Sul.

3.3 Participantes do Estudo

No primeiro modelo de entrevista realizada com os participantes da luta antimanicomial participaram sete pessoas, dentre eles médicos psiquiátricos, psicólogos e usuários dos CAPS. No segundo modelo de entrevista realizada com coordenadores da DISAM participaram quatro pessoas, dentre eles assistentes sociais, psicólogos e médicos psiquiátricos. No terceiro e último momento, a partir da entrevista realizada de forma informal no CAPS participaram três pessoas, dentre eles enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

Este capítulo procura mostrar quais resultados foram encontrados a partir da coleta de dados, procurando mostrar os mais relevantes e importantes para discuti-los conforme os objetivos da pesquisa.

4.1 Eficiência, Eficácia e Efetividade na Saúde

O que determina a saúde humana são as condições de vida possibilitadas por algumas ações e interesses de alta diversidade. O direito a saúde é um direito fundamental que deve ser garantido pelo Estado a partir de ações e políticas públicas (OLIVEIRA, 2011; COSTA, 2011). Por isso as políticas de saúde para serem efetivas devem ser intersetoriais e multifocais, necessitando de alguns critérios para avaliar uma política, tais como critérios econômicos, sociais e ambos.

A eficiência consiste na condição e aptidão para a realização de uma tarefa, a eficácia em alcançar os objetivos da melhor maneira possível, e a efetividade é a satisfação, o sucesso na prática do que é feito. Resumidamente, ser efetivo é realizar aquilo que foi feito (eficiência) da maneira certa (eficácia).

A avaliação da estrutura de saúde envolve o método e as pessoas (eficiência) que estão contidos no processo (eficácia) para gerar um resultado que produz algum tipo de impacto (efetivo).

4.2 Efetividades do Movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica segundo Percepção dos Entrevistados que participam do Movimento da Luta Antimanicomial

Contextualizando essas definições com o parâmetro de análise de eficiência, eficácia e efetividade construídas a partir da percepção dos atores da luta antimanicomial se percebe que os entrevistados acreditam que a reforma psiquiátrica e o movimento social da luta foram eficientes e decisivos para que mudanças na atenção à saúde mental surgissem. Na verdade, se dependesse só da vontade de gestores políticos e não existisse essa participação social nada teria ocorrido. Para eles uma grande diferença que eles caracterizam da reforma psiquiátrica ocorrida aqui com as reformas ocorridas no resto do mundo é que aqui a reforma só ocorreu devido a presença de um movimento social, e que ela não surgiu a partir de legislações ou do

SUS, ela se deu a partir do processo de trabalho do trabalhador no cotidiano da assistência. Ou seja, esse trabalhador é um ator protagonista que vivenciou/vivencia a realidade do cotidiano no serviço junto com os usuários e que buscou/busca se relacionar com outros atores, tais como gestores, para articular a rede do território e propiciar uma maior inclusão social do usuário. Um entrevistado disse:

“A Reforma Psiquiátrica só surgiu a partir de um movimento social e todos os atores tiveram seu papel nesse processo. Mas quem impulsionou mesmo a reforma em um primeiro momento foram os profissionais de saúde com a greve de trabalhadores em 1978, juntamente com os usuários de saúde mental e os seus familiares. Depois em um segundo momento é que a participação foi mais intensa por parte das pessoas do Cebes (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde), da Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) e dos pesquisadores e em um último momento por parte dos parlamentares, gestores e outras pessoas da sociedade civil de outras organizações além da saúde mental.”

Dessa forma os entrevistados acreditam que existe uma relação direta entre cidadania e movimento social, que participar de um movimento social é uma forma de exercer a cidadania e lutar por ela, pois eles não estão só pagando impostos e esperando que algo seja feito, estão convivendo diretamente em sociedade, cobrando os seus direitos, trocando assuntos comuns a todos, encaminhando propostas coletivas de grupos e minorias, etc.

Uma questão referente a participação social levantada pelos entrevistados é que se comparando o usuário com os trabalhadores percebe-se uma maior dificuldade do usuário de estar no movimento, não só pelos seus problemas psíquicos, mas por falta de uma qualificação, já que não adianta colocar os usuários nos conselhos e eles não conseguem dialogar. É necessário que haja uma maior compreensão com eles e que conversas coerentes sejam feitas antes dos conselhos acontecerem, para que eles cheguem lá e saibam de fato o que precisam falar e solicitar. Isso é realçado por um entrevistado:

“O Tikanori usa a expressão de empréstimo de poder contratual, você precisa emprestar esse poder ao usuário, tal como a fala e suscitar nele um processo de empoderamento. Se percebe que o movimento de usuários ainda tem grandes dificuldades de se sustentar, mas existe e tem ficado reaquecido.”

Porém, essa questão não fragiliza a força do movimento social em si e eles disseram que a eficiência do movimento capaz de mobilizar trabalhadores, usuários, familiares e gestores que presenciaram ou vivenciaram por muitos anos os tratamentos desumanos aos quais os doentes mentais ficaram submetidos os fizeram lutar pelo fim dos manicômios e por princípios mais justos e democráticos nos tratamentos dos mesmos. Com isso mudanças começaram a surgir pouco a pouco e conforme Brasil (2005) ressalta depois de 15 anos de tramitação no congresso a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 foi sancionada de forma eficaz.

Apesar dos avanços que surgiram com a reforma e por mais que ela tenha sido eficiente nos anos 70 para impulsionar mudanças nos serviços de saúde mental, os participantes da pesquisa disseram que ela nos dias de hoje é pouco efetiva e que está andando lentamente, principalmente no DF. Caracterizaram que isso ocorre devido ao modelo de sociedade vigente dominante que privilegia os modelos de resultados rápidos, o fato dos profissionais acumularem vários vínculos em busca de um melhor padrão de vida e curricular, o que dificulta a disponibilidade e envolvimento necessários a um bom trabalho como requer o modelo da Reforma Psiquiátrica.

Outro problema levantado pelos entrevistados que a reforma enfrenta é que a eficiência para mobilizar toda a sociedade perante a questão da saúde mental é baixa. Essa questão mobiliza mais os trabalhadores, usuários, e quem convive com um doente mental. Não existe uma grande mobilização e interesse da população por parte dessa questão, mas é uma agenda importante dentro da discussão do SUS.

Um episódio interessante que ocorreu no final do ano de 2015 foi a nomeação para Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas de Valencius Wurch. Essa nomeação foi extremamente criticada pelo Movimento da Luta Antimanicomial pelo fato de Valencius ter sido diretor da Casa de Saúde Dr. Eiras, na baixada fluminense, que ficou conhecida como "Casa dos Horrores" pelas práticas desumanas adotadas no tratamento de doentes mentais. Além disso, Valencius se manifestou publicamente, por diversas vezes, contrário à reforma da saúde mental. Com essa nomeação foi prestado um grande serviço à reforma psiquiátrica brasileira, uma vez que mobilizou toda uma militância que estava meio adormecida a realizarem protestos por todo o país pedindo a exoneração de Valencius. A maior forma de protesto foi a ocupação da sala da coordenação de saúde mental no ministério da saúde do DF pelos militantes da luta, que ficou conhecida como a "Ocupação Fora Valencius". A ocupação durou 121 dias e só acabou quando a Polícia Federal executou o mandato de reintegração de posse, exigindo a retirada de todos os militantes e ativistas da sala da Coordenação-Geral de Saúde Mental. Valencius foi exonerado no dia 9 de maio de 2015 com a troca de ministro no ministério, o que deixou os militantes frustrados por não ter sido devido às pressões do movimento em defesa da saúde mental livre de manicômios. Tive a oportunidade, com algumas dificuldades, de conhecer a ocupação e algumas dessas entrevistas com participantes do movimento foram inclusive, realizadas lá.

4.3 Efetividade na Conquista da Cidadania dos Usuários de Saúde Mental Pós Reforma Psiquiátrica segundo Percepção dos Entrevistados que participam do Movimento da Luta Antimanicomial

José Murilo de Carvalho (2003) diz que “cidadania plena” envolve os conceitos de igualdade, participação e liberdade. Os participantes da pesquisa responderam que após a reforma psiquiátrica houve reais mudanças no exercício da cidadania dos pacientes, podendo caracterizar que ela foi conquistada de forma eficiente, pois eles conheceram melhor os seus direitos e como eles deveriam cobrar judicialmente caso não estivessem sendo atendidos. Um entrevistado descreve:

“Apesar do desafio de garantir e defender os direitos sociais deste público e do preconceito que ainda sofre pela sociedade, o cuidado da liberdade é a maior conquista para essas pessoas. Estar em serviços substitutivos e poder refletir sobre seus direitos, seu tratamento e sua vida em liberdade são essenciais para a produção de autonomia e para as várias transformações dos vários modos existenciais.”

Com relação a como a Política Nacional de Saúde Mental vem garantindo a cidadania dos usuários nos dias de hoje, os entrevistados acreditam que ela ainda possui baixa efetividade para possibilitar essa cidadania, pois necessita-se de inovações que a ampliem para outras áreas sociais. Ou seja, se percebe que a Política Nacional tem princípios e diretrizes, mas quando envolve a questão da cidadania ela se dá em um território, em um local que é executada pelo município. Como chega a política para o gestor local é uma questão, porque vai depender de como ele enxerga a política e como ele a relaciona com as demais políticas sociais, como exemplo a política de inclusão social. O acesso ao cuidado de uma forma geral que garantem os direitos do cidadão ultrapassam as diretrizes da política nacional de saúde mental, pois o usuário necessita ter direitos também à habitação, acesso à educação, ao lazer, a cultura, etc. Isso é melhor compreendido com a fala de um dos entrevistados:

“...quando a gente fala que a política nacional de saúde mental garante os direitos de cidadania, ela garante uma parte deles. O fato é que a garantia da cidadania vai muito além do campo da saúde mental, vai na transformação de uma sociedade, vai na redução das desigualdades. Ou seja, ela não está isolada das outras questões sociais do país, e o que se percebe é que temos ainda pouco investimento e pouca vontade política em todas as esferas de governo para fortalecer os direitos sociais e humanos das pessoas com transtorno mental. Houve sim um grande avanço em termos das políticas federais, mas com pequena penetração nas políticas estaduais e municipais.”

Assim, na visão dos entrevistados para que a conquista da cidadania dos usuários seja considerada efetiva precisa-se melhorar as questões de intersetorialidade com outras políticas no território. “A intersetorialidade sobressai enquanto caminho de perspectiva para a política

pública, a fim de articular as políticas sociais, urbanas, econômicas de forma a atuarem nos mesmos territórios prioritários da política da cidade” (KOGA, 2003, p.238). Dessa forma, intersectorialidade é você planejar estratégias de intervenção que sejam em parcerias, pois tem coisas que a saúde mental sozinha não vai dar conta. Precisam ser criadas juntamente com a PNSM políticas transversais de habitação, de lazer, de educação, de inclusão no campo da cultura, no trabalho, etc. São estratégias que precisam ser pensadas não só no campo da saúde, mas pensada junto com os outros campos para que os usuários conquistem esses outros direitos sociais.

Outro ponto que os entrevistados levantaram com relação à garantia da cidadania dos usuários foi a de que surgiram iniciativas de inclusão social que garantem a inserção deles no mercado de trabalho, mas que não avançou de forma efetiva em termos trabalhistas no sentido de respeitar e acatar os momentos de crises sem perda do trabalho. Ou seja, surgiram iniciativas e parcerias do governo com empresas que disponibilizam vagas de trabalhos para pessoas portadores de transtornos mentais, mas ainda falta uma grande compreensão por parte dos empregadores de que essas pessoas necessitam de um tratamento diferenciado e que não se deve esperar que eles trabalhem como os outros funcionários. É preciso entender que existirá dias que o doente mental estará passando por crises e não conseguirá trabalhar, o que precisará de uma compreensão diferenciada para que não haja punições. Mas infelizmente em sua maioria, os empregadores ainda não conseguem respeitar essas diferenças e assim, quando as pessoas procuram se tornar cidadãos de novo no mercado de trabalho, os empregadores os discriminam, carregados de preconceito.

4.4 Efetividade dos CAPS no DF segundo Percepção dos Entrevistados que participam do Movimento da Luta Antimanicomial

O surgimento dos CAPS foi um dos grandes exemplos da conquista de cidadania dos usuários no qual os CAPS “são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico” (BRASIL, 2004, p.09). Os entrevistados concordam que eles surgiram de forma eficaz e eficiente como um modelo substitutivo aos manicômios se avalia-los de forma geral, já que adotam princípios mais democráticos nos tratamentos e proporcionam uma maior liberdade aos usuários (BRASIL, 2011). Porém ao avaliar componente por componente necessários ao desenvolvimento efetivo dos CAPS no DF se percebe que ainda existem muitos problemas. Os entrevistados acreditam

que por ser um serviço novo que ainda está se desenvolvendo eles não são tão efetivos no acolhimento dos usuários e que existem CAPS e CAPS, pois existe CAPS que na realidade é um grande ambulatório. Desse modo aqueles que conseguem implementar os princípios da reforma são efetivos, mas os que não corrompem a lógica manicomial acabam criando manicômio dentro dos CAPS.

No quesito de serem instituições que oferecem atendimento médico e psicológico necessários aos pacientes, eles acreditam que é pouco efetivo também, pois foi levantado que faltam profissionais nos serviços e que se existisse uma equipe multidisciplinar mais equipada para levar o serviço de verdade a quem precisa, com certeza seria mais eficiente. Um dos entrevistados disse:

“Os profissionais possuem boas intenções, mas não possuem condições de prestarem um serviço de qualidade. Não é por falta de boa vontade da equipe que está lá, mas sim de qualificação. Não tem equipe completa, e as poucas pessoas que estão lá ficam sobrecarregadas de prestar um serviço de qualidade. A Secretaria de saúde não esta muito atuante no assunto.”

Ou seja, existem poucos profissionais qualificados que saibam realmente como atender os usuários e poucos profissionais contratados para atender a grande demanda. Os entrevistados acreditam que é necessária a construção de mais CAPS, mas esse não é o principal problema, o principal é qualificar mais do que construir mais. Precisa-se criar grupos de apoios para a saúde também dos profissionais, que estão ali sobrecarregados vivendo no cotidiano com os pacientes. Se o profissional não tiver apoio da Secretaria da Saúde, que os apoie e apoie sua saúde é muito difícil, pois eles vão se sentindo cansados e ficando cada vez mais sem vontade de trabalhar.

Devido à falta de dinheiro, recursos e planejamento existe uma quantidade insuficiente de CAPS criados para atender a demanda de usuários, pois os CAPS estão distribuídos irregularmente no território. Precisa-se analisar antes de qualquer coisa a demanda e os problemas dos pacientes para construir mais CAPS de acordo com as necessidades reais. Outro problema é a questão dos poucos recursos e priorização destinados à RAPS e a construção de mais CAPS, cujo problema é que as verbas que vão para a saúde mental não são fechadas. A saúde mental recebe uma destinação orçamentária que vai para o fundo de saúde de forma geral, e assim ela acaba por ter que disputar com a emergência, com a pediatria, cardiologia, etc. Então não é uma verba que é garantida, exceto pela vontade política do gestor local.

No quesito de serem instituições que garantem a integralidade da atenção aos pacientes os entrevistados acreditam que os CAPS são poucos efetivos, pois eles são espaço

de agenciamento da integralidade, já que eles possuem demandas e necessidades além da saúde, tais como habitação, educação, cultura e isso tudo não está dentro do CAPS.

Apesar desses problemas relatados, a percepção dos entrevistados de que os CAPS são instituições que possibilitam a cidadania para os usuários em outros campos além da saúde é positiva e eles acreditam que existe uma efetividade se levar em conta que como são espaços de cuidado, mas também de agenciamento, acabam por instrumentalizar os sujeitos para conquista de direitos e cidadania. Inclusive nas disputas no campo jurídico quando se diz que o ator político deve ser o trabalhador e o usuário, pois não vai aparecer um político que de nada vai querer fazer uma política de inclusão, ofertar vagas de emprego para os usuários, etc. Essas questões vão surgir do próprio ator, dos trabalhadores que vão levar isso a uma disputa política. Os CAPS não dão o direito de cidadania, eles agenciam, eles instrumentalizam, eles empoderam tanto os trabalhadores como os usuários no sentido da disputa.

Na avaliação de serem instituições que estimulam a integração social e familiar e que apoiam os usuários em suas iniciativas de busca da autonomia os entrevistados acreditam que os CAPS têm sido efetivos. Assim, se percebe que existem pontos os quais os CAPS tem se mostrado efetivos, mas outros que não. De forma geral se percebe que não adianta construir um monte de CAPS sem tratamentos adequados e profissionais necessários para trabalhar lá dentro. Isso foi ressaltado por um entrevistado:

“... o problema não é a estrutura, mas o CAPS vivo que é a questão. Faltam estruturas na quantidade também, mas falta relação entre o usuário, o profissional, essa relação entre eles que é insuficiente. O problema não é a estrutura física e a normatização, mas a relação do usuário com os profissionais é desigual, pois muitas vezes a própria estrutura e os profissionais não atendem as necessidades dos usuários que possuem demandas que não vão ser atendidas ali.”

Ou seja, segundo a análise geral dos participantes da pesquisa para que os CAPS do DF sejam eficazes e efetivos é necessário que se construa mais CAPS de acordo com as necessidades reais dos usuários, distribuindo-os de forma regular; qualifique os profissionais que já estão trabalhando lá dentro, aumentando a assistência da Secretária da Saúde a saúde dos profissionais; que aumente e priorize os recursos destinados à saúde para as RAPS e consequentemente para a construção de mais CAPS, etc.

4.5 Efetividade da Rede de Atenção Psicossocial do DF segundo Percepção dos Entrevistados que participam do Movimento da Luta Antimanicomial

Os serviços substitutivos aos manicômios estão incluídos na RAPS, tais como os CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Programa de Volta pra Casa, entre outros. Mas por falta de recursos destinados à RAPS não foram implementados até hoje no DF os Centros de Convivência e as Residências Terapêuticas, o que gera uma falha e insuficiência na rede. Porém os entrevistados acreditam que existe certa eficiência com relação aos CAPS (como já citado no tópico anterior) e o Programa de Volta pra Casa, pois os benefícios existentes permitem que essas pessoas circulem pela cidade, realizem seus desejos e assim vivam em potência e autonomia. Dessa forma, a sociedade tem aceitado melhor o fato de que os doentes mentais não precisam morar nos hospitais psiquiátricos, pois existem estruturas do poder público que podem dar assistência no território.

4.6 Análise da Efetividade dos CAPS no DF

Contextualizando os parâmetros de eficiência, eficaz e efetividade criados pelos participantes do movimento da luta antimanicomial com as entrevistas realizadas com os coordenadores da DISAM foi possível chegar a conclusões importantes a respeito da efetividade dos CAPS no DF. O Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal de 2011 a 2015 redigido pela DISAM também serviu de base para contribuir com essa análise.

Os CAPS no DF são considerados serviços efetivos se levar em consideração que são serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos por oferecerem tratamentos dignos e humanos, aumentarem a conquista da cidadania, da autonomia e promoverem uma maior integração social e familiar. Porém, ao se analisar os problemas levantados pelos entrevistados se percebe que os problemas para sua efetivação são muito maiores do que os benefícios adquiridos.

Inicialmente o Plano Diretor preconizava as seguintes diretrizes: ampliação do acesso à rede de serviços de saúde mental; qualificação do cuidado em saúde mental; promoção da reinserção social dos pacientes e reorganização e gestão da rede de serviços (DISTRITO FEDERAL, 2010)

Ao comparar essas diretrizes com os problemas levantados que geram essa baixa efetividade dos CAPS no DF as conclusões obtidas são as de que: Era esperado que até 2015 fosse criado 40 CAPS, porém atualmente só existem 17. Ou seja, existe um número

insuficiente de CAPS para atender a demanda de usuários. Um dos entrevistados da coordenação relatou:

“...eu fico em dúvida se a gente precisa de mais CAPS ou mais alcance. Por exemplo, se a gente tivesse mais carros e motoristas disponíveis eles conseguiriam transportar mais pacientes e atingir outras áreas, se existisse um RH eficiente dentro dos CAPS eles poderiam trabalhar melhor o território do tamanho que ele é. Então existe uma série de coisas que os serviços poderiam ter para suporte, o que me deixa com a dúvida se a gente precisa adequar corretamente os serviços que já existem ou construir mais. Não sei se precisamos de 40 CAPS no DF, mas do jeito que os CAPS estão funcionando talvez sim.”

A questão da insuficiência na construção de mais CAPS se dá também pela extensa burocratização que o GDF exige para aluguel de imóveis e a falta de recursos orçamentários destinados a construção de mais CAPS. Essa questão da falta de dinheiro segundo avaliação dos coordenadores é a de que os recursos até existem, mas devido a má gestão e distribuição deles, os recursos muitas vezes voltam para secretaria ou são utilizados de forma errada. Um entrevistado enfatizou:

“Existem municípios muito mais carentes que o DF que conseguem executar uma ação orçamentaria muito melhor que a nossa e criar mais CAPS de acordo com a demanda. O dinheiro até vem, mas falta gestão do recurso e melhor controle por falta de gente capacitada, o que acaba distribuindo de forma irregular a verba e priorizando ações não tão importantes assim.”

Os participantes do movimento da luta quando entrevistados relataram que as equipes de profissionais que trabalham nos serviços são poucos capacitados, o que gera uma má qualificação nos atendimentos prestados por eles. Dessa forma foi questionado aos coordenadores da DISAM se os trabalhadores dos CAPS necessitam ter informações referentes ao movimento da reforma psiquiátrica para colocarem em prática nos atendimentos. Eles disseram de forma geral que é essencial eles possuírem esse conhecimento e que eles possuem, pois o serviço só existe por conta da reforma. O problema é que eles possuem o conhecimento, mas possuem dificuldades de projetar essas informações no cotidiano, pois parte dos profissionais que trabalham hoje em dia nos CAPS trabalharam no Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paula por muitos anos e possuem uma visão muito restrita e manicomial de como tratar os usuários. Um dos entrevistados disse:

“Muitos trabalhadores dos CAPS que vieram do HSPV acreditam que os pacientes devem permanecer isolados, que qualquer crise precisa ser internado, necessita de medicação.. E a gente da SES temos muita dificuldade de conseguir fazer com que eles deixem de lado essas práticas.”

Muitos dos profissionais que trabalham nos serviços são pouco capacitados pelo fato de passarem no concurso, mas nunca terem feito estágio em saúde mental. A diretoria respondeu que informações baseadas nos princípios da reforma tais como a PNSM e suas

diretrizes, protocolos, manuais são disponibilizadas e de fácil acesso aos servidores dos CAPS através dos sites, cartilhas, etc. Além disso, são realizadas reuniões colegiadas mensais com todos os gestores dos serviços e representantes da diretoria, fóruns de discussões, atividades periódicas, semana de prevenção do suicídio e cursos disponibilizados pela FEPEX e pelo SAMU para melhorar a qualificação e capacitação dos profissionais. Porém, apesar de realizadas essas ações um dos coordenadores disse que os servidores dos CAPS sentem que essas ações são insuficientes, que elas não conseguem sanar algumas questões dos profissionais vividas lá na ponta, o que faz com eles se sintam despreparados, incapazes e sobrecarregados para resolver certos problemas. Dessa forma, os próprios coordenadores compreendem que as ações disponibilizadas para o aperfeiçoamento dos profissionais precisam receber uma maior atenção, melhorias e inovações com o objetivo de aumentar a qualificação.

Os CAPS funcionam diferentes um dos outros, e devido à qualificação de trabalhadores de uns CAPS alguns conseguem trabalhar de porta aberta e outros não. Trabalhar de porta aberta é receber uma pessoa que chega hoje em crise pedindo acolhimento, e por mais que não tenha médico psiquiatra no momento disponível para atendê-lo, mas exista uma equipe multiprofissional que possa recebê-lo naquele mesmo dia, sem ter que agenda-lo para daqui a uma semana, mostra a sensibilização e qualificação que existe em alguns profissionais, fazendo com que aqueles CAPS sejam mais eficientes.

Os participantes do movimento quando entrevistados falaram que faltam profissionais para trabalharem nos serviços. A diretoria respondeu que isso se dá pelo fato de que muitos profissionais, principalmente psiquiatras que são fundamentais nos serviços, não querem trabalhar nos CAPS devido à distância, pois a maioria mora no plano piloto e não quer se deslocar para as regiões administrativas, onde se encontram a maioria dos CAPS. Isso é um fator bem complicado, pois prejudica também a construção de mais CAPS, como exemplo a construção de mais dois CAPS no Gama e em Brazlândia. Há muito tempo a diretoria está tentando implantar a construção deles e até já possuem o local para aluguel, mas devido a falta de profissionais que querem trabalhar lá não tem como construir o espaço. Um dos coordenadores ressaltou:

“Os psiquiatras chegam com uma visão muito fechada de hospital, a maioria só quer trabalhar no hospital de base ou no HRAM por estar perto da onde eles moram mas também pela visão restrita de saúde mental. Acreditam que nos CAPS tem que trabalhar muito mais, é muito mais do que só ficar prescrevendo, exige muito mais vínculo com o paciente.”

Tem CAPS que faltam psiquiatras, mas que fazem os outros profissionais como os assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos perceberem o quanto eles são capazes de acolher mesmo sem a presença de um médico, pois existe uma equipe multiprofissional fortalecida. Uma equipe multiprofissional fortalecida é muito mais forte do que apenas ter médicos. Foi interessante a fala de um dos entrevistados:

“A saúde mental exige mais essa flexibilização. Todo mundo pode ter conhecimento um pouco de tudo, não é só o assistente social que serve para conversar sobre a família, tem paciente, por exemplo, que está fazendo tratamento com psicólogo, mas possui vínculo muito melhor com qualquer outro profissional, como um técnico de enfermagem. A saúde mental é o lugar ideal para se ter essa multiprofissionalidade.”

Segundo visão dos coordenadores os CAPS ainda não fazem um atendimento de forma integral, pois não conseguem fazer uma articulação boa com a atenção básica e com as outras políticas sociais para resolver determinados problemas. Essas articulações não são por falta de compreensão e vontade da secretaria de saúde com as outras secretarias, mas por falta de vontade do governo e de muitos gestores de criar essa intersetorialidade. A política de saúde mental consegue criar melhores parcerias com a política de educação, moradia e humanização. Os CAPS falham na integralidade também muitas vezes por oferecerem tratamentos e serviços mais de forma grupal do que individual, deixando os que possuem necessidades específicas de lado.

4.7 Análise da Efetividade da Inclusão Social dos Usuários de Saúde Mental no DF

Os coordenadores de modo geral acreditam que o movimento da luta antimanicomial no DF é muito fraco se comparado aos outros estados, mas que conseguiu dar uma reaquecida com a “ocupação fora Valencius”. Na visão deles o movimento é muito desorganizado e está pouco fortalecido, porque falta uma boa comunicação entre os participantes, o que faz com que as informações sejam passadas erradas ou pela metade; as pessoas não possuem compromisso, faltam reuniões e assembleias importantes, etc. Esse movimento enfraquecido contribui para que a luta pelos direitos e cidadania dos usuários ande lentamente. A rede internúcleos de luta antimanicomial (RENILA) é composta por organizações autônomas e militantes de portadores de transtorno mental que lutam por uma sociedade sem manicômios. O movimento pró saúde mental do DF faz parte dessa rede e atualmente é melhor articulado que o movimento da luta antimanicomial em si.

Os serviços como os CAPS de modo geral desenvolvem atividades eficientes de oficinas terapêuticas e produção de renda e economia solidária, porém essa renda não fica

para os usuários, a renda fica para o serviço conseguir se manter e ajudar nas reformas necessárias dos CAPS. São só alguns CAPS que oferecem oficinas de geração de renda e as estratégias encontradas em alguns deles para reinserção social são realizadas por iniciativa dos CAPS, e não como política institucional da SES. Existe na feira da torre um box de um dos CAPS com as produções de roupas, mosaicos, bijuterias entre outros produtos produzidos nas oficinas do CAPS pelos próprios pacientes.

Os coordenadores entrevistados disseram que a DISAM está tentando montar um projeto de lei de emprego e renda no DF junto com a secretaria de desenvolvimento social do trabalho para usuários de saúde mental, já que eles ainda não possuem um plano próprio de emprego e renda, eles estão inseridos na política nacional de deficientes mentais. Assim, por mais que existam projetos que favoreçam a inclusão dos usuários no mercado de trabalho, não existe no DF ainda um projeto de lei de inclusão social específico e exclusivo para eles, mas que está em processo para ser criado.

A conquista da cidadania dos doentes mentais por mais que tenha avançado, ainda são poucas. Uma das coordenadoras disse:

“A gente é muito menos organizado que o movimento de deficiência, e estamos sempre na rabeira de políticas para pessoas com deficiência. Por exemplo, existem vários benefícios para eles e nenhum para saúde mental. Estamos sempre implorando para incluir nossos usuários em direitos de outros grupos, e eles pela própria característica do transtorno possuem dificuldade de mobilização.”

A sociedade de forma geral ainda possui muito preconceito e pouca tolerância com relação aos doentes mentais, muitos acreditam que a doença mental está ligada à falta de caráter. Isso se dá também devido a falta de publicidade com relação à doença, que é discutida já por muitos anos em vários congressos e conferências, mas que até hoje não conseguiu realizar uma publicidade real e responsável em pró-saúde mental por não ser um grupo alvo de foco para os políticos. As comunicações que existem referentes ao tema ainda são muito romantizadas, o que é um fator ruim para diminuir os estigmas criados com relação ao problema. Se for ver a questão da AIDS se percebe que foi feita uma forte publicidade para combatê-la e diminuir o preconceito.

A fala aos doentes mentais é negada desde o princípio, são poucos CAPS no DF que conseguem fazer assembleias com os usuários para ouvir suas demandas e suas queixas. Nos CAPS que existem essas assembleias é preciso tomar cuidado para que elas não virem um palco de achismos em que só o profissional que conduz a assembleia fique falando e os usuários não falem nada.

4.8 Análise da Efetividade da Rede de Atenção Psicossocial do DF

A rede de atenção psicossocial do DF se encontra parcialmente articulada, pouco estruturada e com unidades em quantidade insuficientes.

Além do não investimento na ampliação da RAPS no DF, contamos ainda com a existência do Hospital São Vicente de Paula que funciona ilegalmente desde 1999, conforme inciso 2º do art 3º da Lei nº 975 de 12 de dezembro de 1995, Lei Distrital de Reforma Psiquiátrica. Conforme esta lei, o HSPV já deveria ter sido substituído por uma rede de serviços abertos e comunitários mais condizentes com a desinstitucionalização. Segundo avaliação dos coordenadores o HSPV ainda não foi fechado devido ao movimento dinâmico da população crescendo, e a insuficiência da rede com os CAPS e os hospitais gerais conseguirem atender a demanda de pacientes. Assim, muitos pacientes são encaminhados para o HSPV sem necessidade de internação, mas por não terem outra opção de acolhimento.

A DISAM é responsável e possui papel central na implementação dos serviços na rede. É ela quem idealiza desde onde vai ser implementado aquele serviço até a organização da equipe. Ela faz a compra ou aluguel do espaço, a construção, a lotação dos profissionais e por fim discute os processos de trabalho, isso tudo não é suficiente como deveria ser, mas ela esta em todos os níveis de implementação e manutenção de um serviço. Uma das coordenadoras disse:

“Nosso papel é exatamente tentar articular com outros atores para que a implementação de um serviço ocorra. A gente faz desde a execução orçamentaria, atesta o pagamento de aluguel dos serviços, dos lugares que estão sendo alugados para funcionar, até a criação do projeto de implementação e a condução disso.”

A coordenação relatou que a inexistência de residências terapêuticas no DF se dá pela falta de recursos e pelas dificuldades burocráticas de comprar um terreno ou alugar um imóvel. Para construir uma residência essa construção precisar ser em um terreno escriturado e Brasília possui muitos terrenos sem escritura, o que dificulta essa construção, pois o GDF não pode adquirir terrenos assim. As residências precisam ter caráter permanente, se fosse alugar um imóvel correria o risco de o aluguel vencer sem possibilidade de renovação, o que teria que remanejar os pacientes para outro lugar indefinido. Uma questão interessante que foi também relatada por um dos coordenadores é devido o preconceito dos vizinhos em conviverem com pessoas que possuem transtorno mental:

“Para um serviço desses ser implementado a gente tem que mobilizar toda a vizinhança e aqui a gente tem muita dificuldade de ter uma comunidade que dê esse tipo de apoio. Não é todo bairro que vai aceitar uma residência com pessoas que possuem algum tipo de transtorno para ser seu vizinho, não é um serviço de saúde

que fecha como a maioria dos CAPS, ele faz parte da comunidade o tempo todo. A gente sabe que é uma população que não é desejada, Brasília tem essas peculiaridades que a gente está tentando vencer.”

Alguns entrevistados acreditam que os Centros de Convivência não foram implantados por falta de apoio do governo em querer construí-los, pois o governo acredita que esse tipo de serviço é desnecessário e recursos orçamentários não precisam ser gastos com sua construção e manutenção.

O matriciamento segundo (ATHIÉ, 2013; FORTES, 2013; DELGADO, 2013) é um procedimento o qual os serviços especializados passam a dar suporte para que os profissionais que estão na atenção básica atendam aos pacientes com transtornos mentais ali, aumentando a capacidade resolutiva da unidade básica de saúde. O problema levantado pelos coordenadores que ocorre na RAPS do DF é a questão de que esse procedimento, como capacitação da unidade básica, não conseguiu ser implantado em todas as unidades.

A RAPS do DF além de contar com os CAPS possui também as unidades complexas como o Adolescento, Centro de Orientação Médico Psicopedagógica (COMPP) e o Instituto de Saúde Mental (ISM) que não são caracterizados como CAPS por possuírem serviços de saúde diferenciados em saúde mental para a população. O adolescente acolhe os adolescentes com transtorno mental ou vítima de violência doméstica e/ou abuso sexual, já o COMPP presta atendimento a crianças e adolescentes na área de fonoaudiologia, neurologia, nutrição, psicologia, psiquiatria e terapia ocupacional, o Instituto de Saúde Mental se encontra localizado em um grande terreno no Riacho Fundo II e possui um CAPS I, uma Casa de Passagem, um ambulatório, uma farmácia viva, uma farmácia comum e um prédio administrativo. A casa de passagem localizada dentro do ISM funciona como moradia para pessoas que não possuem mais o vínculo familiar assim como para os egressos do sistema penitenciário.

Apesar das dificuldades presentes no funcionamento da rede, o ISM se encontra em um lugar arborizado, agradável, espaçoso e tem se mostrado eficiente no tratamento dos seus pacientes, já que possui os mesmos princípios de tratamentos realizados nos CAPS. O Programa de Volta para Casa também tem se mostrado um programa que funciona adequadamente.

A coordenação da DISAM é composta por dez funcionários mais o diretor. Cada técnico, psicólogo, assistente social, psiquiatra e administrador da coordenação é responsável por uma região de saúde do DF. Eles consideram que o número de servidores é insuficiente e que o ideal seria que tivessem 20 profissionais no mínimo atuando na equipe, pois assim seria

possível que duas pessoas fossem responsáveis por cada região, o que daria um suporte melhor nos serviços lá na ponta. Eles acreditam que o nível técnico e a capacitação dos profissionais da DISAM são excelentes, mas o problema é justamente a sobrecarga de trabalho e múltiplas funções que os servidores precisam exercer para resolverem as demandas e os problemas da rede.

Outro problema levantado pelos coordenadores são as questões das tecnologias, pois não existem prontuários eletrônicos, os computadores da SES são ruins, o que dificulta a criação de sistemas que permitam um melhor fluxo de informações dentro da RAPS. Um dos entrevistados disse:

“Hoje a gente está vivendo um momento que não temos uma impressora boa para responder os ofícios advindos do ministério, o que acaba atrasando o tempo de resposta. Os computadores são ruins, lentos, rede de internet ruim para fazer pesquisas... Para mostrar que uma política pública é efetiva você tem que mostrar dados, o que diversas vezes não ocorre. A gente não dá conta de alimentar o sistema, a tecnologia regrediu muito e dificulta o bom andamento da rede.”

Avaliando essas questões levantadas pelos coordenadores da DISAM se percebe que o Plano Diretor de 2011-2015 foi só parcialmente executado e a RAPS do DF não é eficiente por não possuir unidades suficientes, pelos recursos destinados à rede serem escassos, pela falta de recursos humanos dificultarem a capacidade de atendimento qualificado aos usuários de saúde mental, pela alta burocratização na compra de terrenos e imóveis, pela falta de tecnologia atrapalhar o fluxo de informações, etc.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o século XIV as pessoas que possuíam transtornos mentais e eram consideradas pessoas perigosas para conviver em comunidade deveriam ser afastadas do convívio social. A partir de Foucault foi possível perceber que essas pessoas já eram afastadas da sociedade antes mesmo do surgimento dos hospitais psiquiátricos, e que eles surgiram mais como um local de exclusão do que de tratamento (FOUCAULT, 1978).

Pinel foi um importante psiquiatra francês que trouxe a medicalização da loucura a partir do século XVIII, adotando novas formas de tratamento baseado principalmente no controle e na vigilância das instituições. Sua influência foi importante para mudar alguns conceitos referentes ao doente mental, porém não foi suficiente para acabar com os tratamentos precários e a exclusão social aos quais esses pacientes ficavam submetidos.

Somente após 1960 com a inspiração de Franco Basaglia é que começaram a surgir movimentos espalhados pelo mundo que buscavam uma maior democratização dos hospitais,

uma maior humanização nos tratamentos e uma maior reinserção social dos pacientes. Nos anos 70 esse movimento se difundiu pelo Brasil e se uniu com o movimento da reforma sanitária visando uma redemocratização nacional na saúde brasileira. O movimento contava com trabalhadores da saúde mental e ficou conhecido como o movimento da reforma psiquiátrica, que mais tarde constituiu o movimento da luta antimanicomial.

A reforma psiquiátrica tinha como princípios básicos a desinstitucionalização, que é muito mais do que simplesmente fechar os hospitais psiquiátricos, é repensar as relações com os usuários em saúde mental, que não devem ser vistos mais como pessoas perigosas e incapazes de conviverem em sociedade.

Novas formas de relações foram surgindo e serviços substitutivos aos manicômios começaram a ser implantados. Os pacientes aos poucos foram reconstruindo sua história, sua autonomia, suas relações com seus familiares e se sentindo cada vez mais cidadãos.

Aos poucos, especialmente com as pressões do movimento da luta antimanicomial, o Estado passou a dar uma atenção maior para o desenvolvimento de políticas de saúde mental. Em 1989 foi criado o Projeto de Lei de Paulo Delgado, que ficou em trâmite durante 12 anos no congresso até virar e ser aprovada a Lei 10.216 de 2001, Lei da Reforma Psiquiátrica, que defende os direitos e a cidadania dos usuários em saúde mental. O projeto de lei passou por inúmeras transformações e a Lei 10.216 é bem diferente do seu projeto proposto inicialmente. É interessante perceber que esse processo da construção da lei foi demorado e complexo devido às pressões de um lado dos usuários, trabalhadores e familiares, e de outro lado das clínicas e dos hospitais psiquiátricos que continuavam querendo a privatização desses locais para continuar recebendo os seus lucros.

Passados 15 anos da lei se percebe que até hoje ela não conseguiu extinguir todos os hospitais psiquiátricos como previsto em seu projeto original, mas vêm garantindo os direitos dos usuários e melhorando a rede de atenção psicossocial com a construção de novos serviços substitutivos.

Sempre me interessei por assuntos de transtorno mental e poder conciliar este tema com gestão de políticas públicas foi de extrema importância para compreender melhor a questão do preconceito que existe até hoje com relação às pessoas que possuem algum tipo de transtorno mental, conhecer melhor o movimento da reforma, o surgimento dos novos serviços substitutivos e a criação da Lei 10.216, de 2001.

A partir deste trabalho pude conhecer de verdade como funciona um movimento social e o quanto de dificuldades ele enfrenta para se articular com o Estado. Percebi também a partir das entrevistas realizadas com os participantes do Movimento da Luta Antimanicomial

que no DF o movimento ainda não é forte e fortalecido como nos outros estados, devido principalmente a falta de organização e vontade dos representantes do movimento (psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais) em realizarem reuniões e se articularem direito em prol do que eles e os usuários realmente querem. Os usuários do movimento ainda se encontram em menor quantidade do que os profissionais de saúde, o que faz com que a maioria ainda não se sinta seguro para expor os seus medos e desejos. Ou seja, essa maioria ainda não se sente parte do processo da construção da cidadania, eles acreditam que os trabalhadores e o movimento lhes oferecem ela, mas que eles ainda não possuem autonomia e liberdade dentro do movimento para serem também atores políticos.

Analisando os serviços substitutivos implantados no DF, principalmente os CAPS, identifiquei que a efetividade deles ainda é baixa com muitos problemas relatados, principalmente pela falta de profissionais qualificados, pelo número insuficiente de profissionais contratados, pelo número insuficiente de CAPS construídos devido à falta de recursos ou sua má gestão, pelos entraves burocráticos para aquisição de imóveis e aluguéis, etc. Porém, apesar de todas essas dificuldades, os CAPS surgiram sim como um serviço que dispõe de tratamentos mais dignos e promove uma maior reinserção social entre os familiares, usuários e comunidade. Nos CAPS ocorrem oficinas terapêuticas, que contribuem também para uma economia solidária e que diversas vezes gera algum tipo de renda.

Acredito que um dos principais problemas para efetivação dos CAPS e da rede de atenção psicossocial no DF é que a questão da saúde mental não é foco das agendas governamentais e dos políticos, que em sua maioria continuam com uma cabeça fechada e enraizada de preconceitos. Assim, eles acreditam que os doentes mentais não são forças produtivas que podem contribuir com a economia da sociedade, e que assim não necessitam de atenção.

Percebo que os CAPS para serem também mais efetivos necessitam de ações para fora, para que eles não funcionem como mini manicômios e os usuários não se sintam sempre presos lá dentro. A partir das entrevistas realizadas percebi que alguns coordenadores da DISAM apoiam a ideia de que poderia ser criado um plano terapêutico ampliado em que é incluído o vínculo a um esporte e que em umas duas vezes por semana, por exemplo, os usuários saíssem de dentro dos CAPS para locais abertos, com quadras de esportes, piscinas, etc. Alguns CAPS já realizam saídas para parques, museus, peças de teatros, mas deveria existir um plano mensal de que todos os CAPS devessem realizar saídas desse tipo uma vez por mês.

Eles apoiam também que a qualificação dos servidores dos CAPS deveria contar com cursos de capacitações que desenvolvesse esses outros lados mais criativos dos profissionais. Poderiam ser contratados para atuar nos serviços substitutivos educadores físicos e artistas para ensinar atividades físicas e criar e desenvolver melhor as oficinas teatrais. CAPS fortalecidos com esses tipos de ações e pessoas de cabeça aberta trabalhando juntamente contribuem para melhor efetividade do serviço.

A RAPS do DF apresenta as mesmas dificuldades dos CAPS, com a falta de profissionais qualificados, falta de tecnologias fundamentais nos processos de informações, número insuficiente de trabalhadores contratados tanto na DISAM quanto nos serviços substitutivos, falta de recursos orçamentários e entraves burocráticos para a construção de residências terapêuticas, falta de vontade política para a construção dos Centros de Convivência, inexistência até hoje de um plano específico de geração de renda para que os doentes mentais sejam reinseridos no mercado de trabalho, etc.

Assim, percebe-se que existem ainda muitas dificuldades para que a reforma psiquiátrica, a rede de atenção psicossocial e os CAPS no DF sejam realmente efetivos. Porém, com a criação da Lei 10.216 foi possível de alguma forma que transformações ocorressem e que a cidadania dos usuários em saúde mental fosse assegurada. A partir deste trabalho foram encontrados indícios de que devido a pouca mobilização social dos familiares e usuários, do movimento da luta Antimanicomial no DF enfraquecido e da falta de vontade política junto com uma cultura manicomial ainda presente na cabeça de gestores, profissionais, familiares, sociedade e até dos usuários dificultam os avanços na reforma e nos serviços. É necessário que existam ações que consigam atingir a sociedade como um todo, em que as pessoas compreendam melhor como aceitar um doente mental novamente no convívio social. Se existisse uma vontade política de realmente investir em uma publicidade com alcance igual à questão da AIDS, por exemplo, os preconceitos começariam a diminuir e a própria população se uniria para cobrar serviços de saúde mental mais efetivos.

Infelizmente, o escopo do trabalho de conclusão de curso não é suficiente para abrangência que o estudo merece. Foi escolhida uma abordagem que associou a compreensão sobre a dinâmica do jogo social o qual possibilitou a criação de uma política pública de grande dimensão, tanto ideológica, quanto técnica para poder entender melhor o papel do dispositivo proposto para realizar o serviço público necessário a inserção do cidadão acometido de transtornos mentais na sociedade de forma produtiva e desprovida de preconceitos, ou seja, com a cidadania plena. Assim, encerro este trabalho com uma melhor compressão sobre saúde mental, sobre movimento social e o quanto ele é importante na luta

pelos direitos de cidadania em uma sociedade, com novas percepções e aprendizados que me estimulam a continuar investigando o tema, como por exemplo, descobrir quantos serviços da rede de atenção psicossocial deveriam ser implementados para que a rede do DF conseguisse atender de forma eficiente toda sua demanda, quais serviços em sua integralidade a rede de atenção psicossocial deveria conseguir ofertar aos pacientes de acordo com suas queixas, etc.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Uma aventura no manicômio: A trajetória de Franco Basaglia.** História, Ciências, Saúde : Manguinhos, I (1): 61-77, jul-oct, 1994.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela Vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Coleção Panorama/SDE/ENSP. et alii. 1995.
- AMARANTE, Paulo. **Rumo ao fim dos Manicômios.** Revista Viver mente e Cérebro, 164, 9, 3. 2006
- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** 4ª edição Revista e Ampliada, Editora: Rio de Janeiro Fiocruz, 2013
- AMARAL, M.C.M. **Narrativas de Cidadania no Contexto da Reforma Psiquiátrica em Brasília. Dissertação de mestrado** – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil 2006
- ANDRADE, R.L.P; PEDRÃO, L.J. **Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica.** Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 737-742, set./out. 2005.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro – Vida, Genocídio e 60 Mil Mortes no Maior Hospício do Brasil.** Ed Geração, 2013.
- ATHIÉ, K; FORTES, S; DELGADO, P.G.G. **Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010).** Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(26):64-74
- BAUER, M.W; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. In: Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** Vozes, 2010.
- BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 (2001).**
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS: As novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Consolidação do Modelo Territorial de Atenção, Intersetorialidade Drogas & Vulnerabilidade, Formação e Produção de Conhecimento para a Saúde Mental Pública.** Relatório de Gestão 2007- 2010. Janeiro de 2011
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção:** Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, 2007.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS : Os Centros de Atenção Psicossocial.** 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Promoção da saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México**. Brasília, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental em Dados - 12**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010 – **portaria nº 4.279**, de 30/12/2010).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, **portaria nº 3.088**, de 23/12/2011

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil. O longo Caminho**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CAÇAPAVA, R.J; COLVERO, A.L. PEREIRA, B.T.M.I. **A Interface entre as Políticas Públicas de Saúde Mental e Promoção da Saúde**. Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.3, p.446-455, 2009

COSTA-ROSA A. **O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar**. In: Amarante P, organizador. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p.141-168

DISTRITO FEDERAL. **Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2011 a 2015**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2010.

FOUCAULT, Michel. **A microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir. O nascimento da Prisão**. Tradução de Raquel Ramalhe. Petrópolis: Ed Vozes, 1987.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, A. M. & SENA, R. R. de. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família**. Rev.Latino-Am Enfermagem, 9(2):48-55, 2001

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg et al. **O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001)**. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 274-282, 2010.

JUNIOR, Rubens Correia; VENTURA, Carla Arena. **O tratamento dos portadores de transtorno mental no Brasil: da legalização da exclusão à dignidade humana / The treatment of patients with mental disorders in Brazil: from the legalization of exclusion to human dignity.** Rev. direito sanit; 15(1):40-60, 2014

LOBATO. L.V.C. **Reforma sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços (Tese de Doutorado).** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

KOGA, Dirce. **Medidas de cidades entre territórios de vida e territórios vividos.** São Paulo: Cortez, 2003.

MACHADO, D. M. **A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental.** Dissertação de mestrado – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.2006

MATUS, Carlos. **Teoria do Jogo Social.** São Paulo: Fundap, 2005

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa.** São Paulo: Editora Atlas, 2002.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da Qualidade em Saúde.** Qualitymark Editoria, Rio de Janeiro, 1994.

OLIVEIRA, Kátia Cristine Santos de; COSTA, Jamille Coutinho. **Direito à saúde: Da (in)efetividade das políticas públicas à sua judicialização como forma de garantir o mínimo existencial.** Revista de Direito Brasileiro, p. 77-97, 2011.

RESENDE, H. **Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica.** In Tundis, A. S. & Costa, N. R. do (Org.). Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2001.

RIBEIRO, P. R. M. **Saúde Mental no Brasil.** São Paulo: Arte & Ciência, 1999.

RUA, M. G. **Políticas públicas / Maria das Graças Rua.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009. 130p. : il.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos.** São Paulo: Cengage Learning, 2010. 133

SOUZA, Celina. **Políticas públicas: uma revisão da literatura.** Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45

DAPES/SAS/MSM. Disponível em: <www.sage.saude.gov.br> Acesso em 03 mai.2016.

DISAM. Disponível em: <www.saude.df.gov.br/programas/536-diretoria-de-saude-mental-disam.html> Acesso em 07 mai.2016.

APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro de entrevista para os participantes do movimento da luta antimanicomial

1 – Qual sua idade?

2- Qual sua profissão?

3 – Desde quando o senhor (a) atua no Movimento da Luta Antimanicomial?

() Ano () Não Conhece

4- Caso o senhor (a) tenha respondido sim na questão anterior, como o senhor (a) teve conhecimento sobre o Movimento da Luta Antimanicomial?

5- O senhor (a) fez/faz parte de alguma instituição ou organização do Movimento da luta Antimanicomial?

() Sim () Não

6- Caso o senhor (a) tenha respondido sim na questão anterior, o que o motivou a fazer parte do Movimento? E como o senhor (a) percebe este movimento?

7- O senhor pensa que há relação entre movimento social e cidadania? Explicar.

() Sim () Não Descreva essa relação

8 – Como o senhor (a) avalia a Reforma Psiquiátrica Brasileira em termos da participação social?

() Não houve () Houve de forma pontual () a participação ocorreu fora das vias institucionais () ocorreu somente por vias institucionais () foi intensa e envolvia mobilizações fora e através das vias institucionais

Comentário:

9- Quem foram os atores que participaram da Reforma Psiquiátrica Brasileira?

() Entidades de Classe – Médicos Psiquiátricos () Entidades de Classe – Psicólogos
() Cebes () Abrasco () Pesquisadores () Pacientes () Parentes ()
profissionais de saúde () Parlamentares () gestores públicos () gestores privados ()
outros:

10- Na sua visão, acredita que houve reais mudanças no exercício da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais após a reforma psiquiátrica? Quais?

11 - Como o senhor (a) avalia a Política Nacional de Saúde Mental em relação a garantia da cidadania ao usuário?

() Péssima e restritiva da cidadania () ainda estão inadequada para possibilitar a cidadania ()
melhorando significativamente a cidadania () boas iniciativas estão em curso que
viabilizarão a conquistada da cidadania () políticas apropriadas foram realizadas e a cidadania

está sendo conquistada no campo da saúde () precisando de inovações que ampliem a cidadania para outras áreas sociais
Ela tem sido implementada de que modo?

12- Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) constituem a principal estratégia do processo da reforma psiquiátrica.

Nota de 1 a 10 para as premissas

Os CAPS estão sendo efetivo no acolhimento dos usuários com transtornos mentais ?

Os CAPS são instituições que, estimulam sua integração social e familiar?

Os CAPS são instituições que, apoiam os usuários em suas iniciativas de busca da autonomia?

Os CAPS são instituições que oferecem atendimento médico e psicológico necessários aos pacientes?

Os CAPS são instituições que garantem integralidade da atenção aos pacientes?

Os CAPS são instituições que possibilitam a cidadania para os usuários em outros campo além da saúde?

Em sua opinião, o senhor (a) sugere alguma mudança nesses novos modelos de assistência à Saúde Mental que pudesse incorporar para possibilitar maior inclusão social e mais cidadania aos doentes mentais? Explicar

13 – Que desafios o senhor (a) enxerga que ainda existem para a consolidação dos CAPS? E que mudanças o senhor (a) poderia propor?

14 - De que forma a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho, para a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde poderá influenciar a Política Nacional de Saúde Mental, a trajetória dos movimentos pela Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial no Brasil?

Apêndice B – Roteiro de entrevista para os Coordenadores da DISAM

- 1- Qual sua Formação? Qual o seu cargo? A quanto tempo ocupa o cargo?
- 2- Qual a sua atribuição na área de saúde mental?
- 3- Há quanto tempo existe a área de saúde mental na SES?
- 4- Em que nível hierárquico na SES encontra-se a área de saúde mental?
- 5- Quantos profissionais fazem parte de sua estrutura na coordenação central?
- 6- Quais as profissões desses profissionais?
- 7- Quais tipos de vínculo profissional desses trabalhadores?
- 8- Quantos deles passaram por algum tipo de qualificação no tema saúde mental?
 - a- Este ano
 - b- Em 1 anos ou 2 anos
 - c- A mais de 2 anos
 - d- Não passaram
- 9- Como o Sr. Avalia a **capacidade** técnica disponível no nível central
 - a- (1-2) não suficiente (3-4) suficiente (5) excesso
- 10- Pontue de 1 a 5 a **disponibilidade** de capacidade técnica atual:
 - a- Capacidade de comunicação externa ()
 - b- Poder de decisão autônoma da coordenação
 - c- As tecnologias necessárias ao desempenho da equipe do nível central ()
 - d- Quantidade de pessoas atuando na equipe ()
 - e- Nível de conhecimento técnico da equipe ()
 - f- Recursos financeiros para as ações planejadas ()
 - g- Capacidade de mobilizar parceiros ()
- 11- Pontue de 1 a 5 a **necessidade** de capacidade técnica para a coordenação:
 - a- Capacidade de comunicação externa ()
 - b- Poder de decisão autônoma da coordenação ()
 - c- As tecnologias necessárias ao desempenho da equipe do nível central ()
 - d- Quantidade de pessoas atuando na equipe ()
 - e- Nível de conhecimento técnico da equipe ()
 - f- Recursos financeiros para as ações planejadas ()

g- Capacidade de mobilizar parceiros ()

12- O sr conhece o movimento de luta antimaniconial?

13- O sr. já participou de alguma atividade promovida pela entidades do movimento da reforma psiquiátrica ?

- a- A mais de 2 anos
- b- A menos de 2 anos
- c- Nos últimos meses
- d- nunca

14- Tem conhecimento sobre a participação de algum dos seus colegas nesse tipo de atividade?

- a- Todos
- b- Alguns
- c- Nenhum
- d- Um

15- Cite alguns dos princípios do movimento da reforma psiquiátrica

16- Qual o papel da Coordenação de Saúde Mental na implementação dos serviços substitutivos? Como ocorre a relação com os outros atores do processo para ocorrer a implementação?

17- Na sua avaliação, as equipes que trabalham nos serviços substitutivos necessitam ter informações referentes ao movimento da reforma psiquiátrica?

Sim () Não ()

18- Na sua avaliação, quais as informações referentes ao movimento da reforma psiquiátrica são necessárias para apoio às equipes que trabalham nos serviços substitutivos?

19- Quais destas informações a coordenação disponibiliza para às equipes que trabalham nos serviços substitutivos?

- a- Política Nacional de Saúde Mental e suas diretrizes,
- b- Lei 10.216/ 2001,
- c- funcionamento da coordenação de SM,
- d- protocolos,
- e- manuais,
- f- outros?
- g- Nenhuma

O senhor (a) acredita que os trabalhadores dos serviços substitutivos possuem conhecimento real sobre elas?

☐ sim ☐ não ☐ não sei

20- São realizadas capacitações para as equipes nos serviços substitutivos?

☐ temos um plano de Educação Permanente ☐ Atividades periódicas ☐ não rotineira ☐ atende demanda dos trabalhadores ☐ não temos

21- Como elas são realizadas?

22- Como o usuário da saúde mental está inserido em processo da construção da cidadania?

23- Quais atividades dos serviços substitutivos são realizadas para promover a reinserção social dos usuários novamente na sociedade?

24- Qual a composição e quantidades de unidades da Rede de Atenção Psicossocial no DF?

25- Existem problemas na consolidação do funcionamento da RAPS?

☐ Sim ☐ Não

Quais?

26- Qual sua avaliação a respeito do impacto da comunicação no conhecimento e interesse da sociedade por parte do problema da saúde mental? Como é feita essa comunicação? Pontue de 1 a 10

27- Atualmente, existe no DF relação da PNSM com outras políticas sociais?

Sim ☐ não ☐

28- Com quais as políticas sociais criou-se intersectorialidade?

- a- de moradia, de habitação,
- b- educação,
- c- lazer,
- d- de inclusão no campo da cultura,
- e- Trabalho
- f- Outras? Quais?

29- Qual a implantação dos CAPS quanto a adequação de sua quantidade e sua distribuição? Pontue de 1 a 10.

30- Quais estratégias estão em curso para diminuir o tempo de internação dos usuários?
Essas estratégias estão conseguindo reduzir a hospitalização? Pontue 0 a 10

31- Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) constituem a principal estratégia do processo da reforma psiquiátrica.

Nota de 1 a 10 para as premissas

Os CAPS estão sendo efetivo no acolhimento dos usuários com transtornos mentais ?

Os CAPS são instituições que, estimulam sua integração social e familiar?

Os CAPS são instituições que, apoiam os usuários em suas iniciativas de busca da autonomia?

Os CAPS são instituições que oferecem atendimento médico e psicológico necessários aos pacientes?

Os CAPS são instituições que garantem integralidade da atenção aos pacientes?

Os CAPS são instituições que possibilitam a cidadania para os usuários em outros campo além da saúde?

Em sua opinião, o senhor (a) sugere alguma mudança nesses novos modelos de assistência à Saúde Mental que pudesse incorporar para possibilitar maior inclusão social e mais cidadania aos doentes mentais? Explicar

ANEXOS

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

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

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

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

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

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

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

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

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

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

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant