



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA

CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS

COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

VANESSA SOUZA SAMPAIO

**ENTRE TRILHOS E DELÍRIOS: DESCONTINUIDADE NO TRATAMENTO EM
SAÚDE MENTAL**

Cachoeira - Ba

Abril, 2018

VANESSA SOUZA SAMPAIO

**ENTRE TRILHOS E DELÍRIOS: DESCONTINUIDADE NO TRATAMENTO EM
SAÚDE MENTAL**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvia de Oliveira Pereira

Co- Orientadora: Prof.^a Dr.^a Helení Duarte Dantas de Ávila

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Serviço Social da
UFRB como requisito parcial para
obtenção do título de bacharel em Serviço
Social.

Cachoeira - Ba

Abril, 2018

VANESSA SOUZA SAMPAIO

**ENTRE TRILHOS E DELÍRIOS: DESCONTINUIDADE NO TRATAMENTO EM
SAÚDE MENTAL**

Cachoeira – BA, aprovado em 04 de abril de 2018


BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Silvia de Oliveira Pereira
Presidente da Banca Examinadora



Prof.ª Dra. Heleni Duarte Dantas de Ávila (coorientadora)
Membro da Banca Examinadora



Prof.ª Ms. Queli Nascimento Santos
Membro da Banca Examinadora

*Aos usuários do CAPS I,
protagonistas deste trabalho.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela presença constante e por me fortalecer em todos os momentos dessa caminhada. E por ter colocado anjos que me acompanharam nessa trajetória.

À minha mãe Rita, minha amiga, meu porto seguro, sempre disposta a me ajudar. Obrigada por tudo, pois sem você nada disso seria possível.

Ao meu filho, Lucas, que desde tão pequeno, soube compreender as minhas ausências. Obrigada pelo amor e paciência.

À Camilla, minha irmã, agradeço pelos conselhos, por sua leveza, pelas palavras de incentivo e constantes trocas de saberes.

À minha amiga Leninha, pelo carinho, pela amizade e por apostar sempre em mim.

À minha querida Orientadora, Silvia Pereira, minha eterna gratidão pelo acolhimento, orientação, apoio inestimável nos momentos de angústia e incerteza. Te agradeço pela delicadeza de suas palavras e por levantar minha auto estima! Obrigada pela dedicação, responsabilidade e carinho ao qual conduziu todo o processo de avaliação deste trabalho.

À minha adorável Co-orientadora, Helení Ávila, serei eternamente grata pela sua generosidade. Pelo brilhantismo na carreira acadêmica e pelo brilho nos olhos pelo que faz. Obrigada pelo conhecimento compartilhado.

À Érika e a Maria da Graça (Gal), agradeço pela convivência, troca de saberes e pelo apoio em todas as ideias que juntas compartilhamos.

Aos profissionais e familiares que aceitaram participar das entrevistas e me receberam tão bem em todos os momentos.

Aos usuários deste CAPS, que me acolheram e me acolhem com tanto carinho e admiração.

Enfim, agradeço a todos que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

“A loucura, longe de ser uma anomalia, é a condição normal humana. Não ter consciência dela, e ela não ser grande, é ser homem normal. Não ter consciência dela e ela ser grande, é ser louco. Ter consciência dela e ela ser pequena é ser desiludido. Ter consciência dela e ela ser grande é ser gênio.”

Fernando Pessoa

RESUMO

O tratamento em saúde mental no modelo psico social requer a formação de vínculos relativamente estáveis entre usuários e equipe dos serviços. O presente trabalho aborda a descontinuidade do atendimento em um serviço de saúde mental e foi guiado pela pergunta: Quais as implicações da descontinuidade do tratamento da saúde mental para os usuários do CAPS I? Objetivou-se discutir as implicações da interrupção do acompanhamento de saúde mental em um CAPS, de tipo I, localizado em um município do Recôncavo baiano. A pesquisa traçou um perfil dos usuários intensivos e realizou entrevistas semi estruturadas com profissionais e familiares. Utilizou-se também revisão bibliográfica e análise de dados secundários referidos ao CAPS I pesquisado. Concluiu-se que o tratamento contínuo no CAPS é de extrema relevância para os usuários e seus familiares, porém ocorrem interrupções por motivos que vão desde a precarização dos vínculos de trabalho até a falta de material. A interrupção no tratamento vai de encontro aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional de Saúde Mental, que propõe a substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços.

Palavras-chave: saúde mental, tratamento e vínculo.

ABSTRACT

Mental health treatment in the social psycho model requires the formation of relatively stable links between users and service staff. The present study addresses the discontinuity of care in a mental health service and was guided by the question: What are the implications of discontinuation of mental health treatment for CAPS I users? The objective of this study was to discuss the implications of discontinuation of mental health care in a CAPS, type I, located in a municipality of the Bahia Recôncavo. The research traced a profile of the intensive users and conducted semi structured interviews with professionals and family members. We also used bibliographic review and analysis of secondary data referred to CAPS I. It was concluded that the continuous treatment in the CAPS is of extreme relevance for the users and their relatives, but interruptions occur for reasons ranging from the precariousness of the work links to the lack of material. The interruption in treatment is in line with the principles of the Brazilian Psychiatric Reform and the National Mental Health Policy, which proposes to replace psychiatric hospitals with a service network.

Keywords: mental health, treatment and linkage.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

BPC – BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CEBES – CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

CPPII – CENTRO PSIQUIÁTRICO PEDRO II

DINSAM – DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

MTSM – MOVIMENTO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL

NAPS – NÚCLEO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

PACS – PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

PSF – PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RAS – REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE

RAPS – REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

SNS – SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

STR – SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TCC – TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

UFRB – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA

LISTA DE TABELA, QUADRO E FIGURA

GRÁFICO 1 – Número de CAPS por tipo no estado da Bahia	32
FIGURA 1 – Componentes da RAPS	37
QUADRO 1 – Leis e Portarias em Saúde Mental a partir de 1999	38

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2.POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO SUS.....	17
2.1 Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica: Direitos e Movimentos Sociais.....	17
2.2 A Reforma Psiquiátrica: o anúncio de um novo modelo.....	24
2.3 Reforma Psiquiátrica na Bahia.....	28
3. ENTRE TRILHOS: OS DESAFIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DA RAPS.....	34
3.1. Rede de Atenção em Saúde Mental	34
3.2. Os CAPS na Rede de Atenção à Saúde Mental.....	40
4. OS DELÍRIOS: SAÚDE MENTAL NO RECÔNCAVO DA BAHIA.....	43
4.1. O CAPS de uma cidade do Recôncavo.....	43
4.2. A pesquisa de campo.....	45
4.2.1. CAPS: o novo lugar social do cuidado	47
4.2.2. Participação da família	48
4.2.3. Precarização do vínculo trabalhista	49
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICES	

1. INTRODUÇÃO

O tratamento em saúde mental no interior do modelo de atenção psicossocial requer, entre outros elementos, a consolidação de vínculos dos cidadãos com as equipes e com a comunidade. Apesar de muitos estudos abordarem essa característica do modelo de atenção em saúde mental na perspectiva antimanicomial, existem poucos estudos a respeito das consequências causadas pela interrupção do tratamento de saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O presente estudo aborda esse cenário silencioso da interrupção do tratamento em um CAPS, e das suas possíveis consequências. Trata-se de compreender os “trilhos” do modelo de atenção e verificar os seus “delírios” nas interrupções por diferentes motivos. Os objetivos são discutir as implicações causadas pela descontinuidade do tratamento de saúde mental, caracterizar o CAPS como parte do modelo de atenção em saúde mental vigente no SUS, além de identificar as modalidades das interrupções do tratamento na ótica dos usuários e familiares.

O presente trabalho teve como pergunta de investigação: **Quais as implicações da descontinuidade do tratamento da saúde mental para os usuários do CAPS I, localizado no Recôncavo da Bahia?**

Esta pergunta resulta da inquietação inicial da autora/discente durante o seu processo de estágio supervisionado da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), a partir da vivência, do acolhimento e do contato semanal com os usuários de um CAPS num município do Recôncavo. A observação no cotidiano do estágio permitiu notar que o atendimento foi se reduzindo aos poucos. Primeiro ocorreram dispensas dos usuários, por não ter materiais para a realização das oficinas terapêuticas. Em outro momento a alimentação foi contingenciada. As medicações foram acabando, sem previsão de reposição.

Foi observado que as profissionais conviviam com as ameaças de desmonte da equipe, em decorrência dos modos como são construídos os vínculos trabalhistas com os mesmos, que os expõe a situações de fragilidade e a dúvida quanto a permanência no serviço. Em decorrência da precarização desses vínculos, ocorreram afastamento da equipe.

Durante a pesquisa de campo para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), novas interrupções ocorreram.

A noção de continuidade de cuidados implica na necessidade dos serviços serem abrangentes, indicando existência de serviços para intervenção em crises, consoante com o que preconiza a Política Nacional de Saúde Mental e os princípios da Reforma Psiquiátrica.

A atual política de saúde mental no Brasil, alinhado aos pressupostos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, propõe a progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços de atenção em saúde mental, constituída por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios de saúde mental, residências terapêuticas, centros de convivência e cultura, serviços de saúde mental e emergências psiquiátricas.

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial formado por familiares e usuários dos serviços de saúde mental, trabalhadores, entidades formadores, sindicatos, associações de moradores, conselhos profissionais da área de saúde, parlamentares, artistas e todos aqueles que encarnassem em luta, tinha como objetivo o fim dos hospitais psiquiátricos pelo gasto inútil de verbas públicas e forma de atenção ultrapassada, sem resolutividade, excludente e violenta. Sua proposta era a criação de serviços substitutivos em saúde mental, tais como: CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), NAPS (Núcleo de Apoio Psicossocial), Hospital-dia, Ambulatórios, Unidades Básicas de Saúde com Equipes Mínimas (1 psiquiatra, 1 psicólogo, 1 assistente social), Emergência Psiquiátrica, Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral, Centro de Convivência, bem como outras formas de atenção com conteúdo não manicomial (BRASIL, 2004).

O CAPS foi criado, no final da década de 80, substituindo o modelo asilar, e com a finalidade de prestar atendimento clínico diário no intuito de diminuir a incidência de internações nos hospitais e dar suporte terapêutico aos usuários em situação de sofrimento psíquico bem como aos seus familiares.

A portaria de nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011, dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Considerando a necessidade de garantir recursos financeiros para consolidar a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), visando o acesso integral as ações de saúde mental, álcool e outras drogas e qualificar os serviços. Em seu artigo 1º, fica instituído recurso financeiro fixo para os CAPS credenciados pelo Ministério da Saúde, destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial realizadas, por tipo de serviço (BRASIL, 2011).

Para alcançar os objetivos propostos, o estudo teve abordagem predominantemente qualitativa, utilizando revisão bibliográfica (livros, artigos, teses e dissertações relacionados a área de saúde mental, vínculo e cuidado); análise de dados secundários referentes ao CAPS I pesquisado; e entrevistas semi-estruturadas.

A proposta inicial era realizar entrevistas com 4 usuários ativos e intensivos, 4 familiares desses usuários entrevistados e 4 profissionais de nível superior, que tivesse maior vínculo e cuidado com esses sujeitos.

No período da pesquisa, os usuários não estavam frequentando o CAPS, pois as oficinas terapêuticas tinham sido suspensas, não sendo possível o contato com eles. Houve dificuldades também de acesso aos profissionais e familiares de modo que as entrevistas foram realizadas com dois profissionais e dois familiares. O critério para a seleção dos familiares foi ter vivenciado o período de interrupção do tratamento no CAPS.

O trabalho se apresenta estruturado da seguinte forma:

Além desta **Introdução**, o trabalho conta com três capítulos e considerações finais.

O primeiro capítulo, intitulado **Política de Saúde Mental no SUS** apresenta uma retrospectiva histórica da assistência psiquiátrica no Brasil, e aborda também o Estado da Bahia. São discutidos os Movimentos Sociais, como atores principais que culminaram na construção de outro modelo de cuidado aos sujeitos em sofrimento mental, substitutivo ao modelo hospitalocêntrico, trazendo os conceitos de Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial.

O capítulo seguinte, **Entre trilhos: os desafios para a implantação da RAPS**, traz o conceito de Rede de Atenção em Saúde Mental, os exemplos e as modalidades além dos desafios encontradas na implantação dessa rede. Esse capítulo traz o objeto de estudo, o CAPS, com sua trajetória e suas modalidades.

No terceiro capítulo, **Os Delírios: Saúde mental no Recôncavo da Bahia**, acontece a descrição do campo de pesquisa: a instituição pesquisada, o perfil dos usuários, o método utilizado para a coleta de dados, a análise e discussão para a construção do trabalho.

Por último foram tecidas as considerações finais, a partir da retomada dos objetivos e dos principais resultados discutidos, dentro de uma abordagem crítica e de possibilidades reais desse trabalho.

Identificou-se como limite do trabalho, a impossibilidade concreta de realização de entrevistas com usuários devido a interrupção do tratamento durante a pesquisa de campo o que pode ter comprometido o alcance de alguns objetivos, contudo tal interrupção é também um dado relevante da pesquisa.

Espera-se que este estudo contribua para a garantia de direitos de usuários, familiares e profissionais no sentido de cumprimento do que preconiza a legislação e os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, particularmente no atual cenário de desmontes de políticas

sociais e do retorno à práticas conservadoras e manicomiais, que se apresenta fortemente pelo menos desde 2012.

2. POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO SUS

Neste capítulo será realizado um resgate histórico dos movimentos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica Brasileira, que ocorreram no final da década de 1970, do século 20. Para tanto, é importante enfatizar, a mobilização dos movimentos sociais, que foram os sujeitos principais dessas Reformas, denunciando os maus-tratos a que os doentes mentais eram submetidos em hospitais psiquiátricos e as precárias condições de trabalho dos profissionais de saúde. O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental teve um papel estratégico de mobilizar a sociedade civil na empreitada de denunciar a atenção asilar em saúde mental.

2.1 Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica: Direitos e Movimentos Sociais

A saúde é um direito que se estrutura não só como reconhecimento da sobrevivência individual e coletiva, mas como direito ao bem-estar completo e complexo, implicando as condições de vida articuladas biológica, cultural, social, psicológica e ambientalmente, conforme a definição da OMS – Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2006). Embora a OMS, não situe a saúde no âmbito político, esta passou a ser reconhecida no Brasil como direito fundamental social, constituindo-se num direito de todos e dever do Estado, independentemente da condição econômica da pessoa ou se esta é contribuinte ou não da previdência social (BRASIL, 1988).

O direito a saúde no Brasil nem sempre foi considerado como um direito universal e esta visão sempre esteve sob ameaça. Hoje ainda é possível dizer que o direito à saúde pertence ao rol dos direitos sociais, e que se afirma enquanto política, com as dimensões de garantias de acesso universal, qualidade, hierarquização, conforme estabelece na Constituição Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988. Trata-se da consolidação de lutas de diferentes sujeitos sociais.

O reconhecimento da saúde como bem-estar, satisfação, bem coletivo e direito, configura um paradigma civilizatório da humanidade, construído num processo de embates de concepções e de pressões dos movimentos sociais por estabelecerem uma ruptura com as desigualdades e as iniquidades das relações sociais, numa perspectiva emancipatória, levando-se em conta, evidentemente, as diferentes culturas e formas de cuidado do ser humano (BRASIL, 2006).

A história da atenção a saúde mental no Brasil é marcada pela perspectiva asilar, baseada na negação do ser humano como sujeito, no sentido da sua hospitalização e medicalização.

No Brasil, o hospício se encontrava em mãos de uma administração leiga, isto é, não médica, e nele prescindia-se de assistência psiquiátrica, o que causava polêmicas de todo tipo, menos as que pudessem provocar debates dentro do campo da psiquiatria. Dessa forma, a teoria psiquiátrica no Brasil se mantém a margem do processo de autocritica por que passava na Europa até meados do século XIX. Tal processo intensificava-se com os dados da experiência asilar, por meio dos quais a psiquiatria vinha renovando seus princípios, sempre na tentativa de se posicionar como uma ciência médica, aprofundando seu saber no campo da objetividade científica (PORTOCARRERO, 2002).

A internação nos manicômios naquela época ocorria não somente pelo sujeito que possuísse algum tipo de transtorno mental, mas também por sujeitos que tivessem algum tipo de comportamento que causasse incômodo a alguém. O projeto do hospício era de isolamento, no qual o tratamento exclui a pessoa da vida social, se completa por uma organização interna e pela distribuição dos indivíduos de modo que a vida do hospício seja regular.

Resende (1990), ao retratar a origem de classe da população psiquiátrica, no modelo hospitalocêntrico brasileiro, confirma que a criação do hospício se coaduna com a forma como a questão social era abordada no período da inauguração desse dispositivo – como caso de polícia – como um assunto ilegal, subversivo e, portanto, tratado como crime e desordem e, por isso, reprimido. Seus agentes eram detidos e reclusos em cadeias públicas, excluídos do cenário social. A função principal do hospício, nessa fase, segundo o mesmo autor, era a de remover, excluir e sanear a cidade de um segmento que potencialmente era considerado desordeiro/perigoso, improdutivo para o capital.

O hospital psiquiátrico era visto pela sociedade como o único espaço de tratamento das pessoas em sofrimento mental, cujo modelo de atenção reforçava a necessidade da exclusão e isolamento. Em razão disso, era visualizada uma relação de opressão e violência entre os doentes mentais e equipe de trabalho, onde o poder e o saber médico eram embasados no aniquilamento do indivíduo enquanto sujeito social.

A forma como pensava-se resolver a questão da “doença” mental, tirando as pessoas do seu convívio social e submetendo-os a tratamentos desumanos, revelava um caráter contraditório de tratar e curar. Não há possibilidade de cura em um espaço onde existe a negação dos desejos, das ações e a perda da liberdade. Ao passo que, tudo isso era necessário

para fornecer também a sociedade em geral uma proteção contra a “má conduta moral” das pessoas em sofrimento mental (MACHADO, 2011).

No contexto de maus tratos, exclusão e violação dos direitos humanos intensificaram por todo o mundo as discussões e mudanças na forma de tratar o “doente” mental com experiências como a da psicoterapia institucional, da comunidade terapêutica, da psiquiatria territorial, da desinstitucionalização, entre outras. Essas abordagens partiam do pressuposto de que o problema do louco não era tanto da doença em si, mas, sobretudo, das relações que se estabelecia com ela (AMARANTE, 1996; BASAGLIA, 1991).

No Brasil, os anos 1970 do século 20 marcam a emergência dos movimentos sociais, que nasceram nas periferias das grandes metrópoles e sobretudo, da necessidade de sobrevivências cotidianas, como a saúde, a educação e a moradia. As pessoas se identificavam e se reconheciam através de interesses comuns. A relação cotidiana dos bairros e a organização coletiva possibilitaram o surgimento, na cena política, de novos sujeitos históricos, os quais foram se afirmando como essenciais interlocutores no processo de reconstrução da cidadania (GOHN, 2010).

Esses movimentos surgiram em momentos históricos marcados pela opressão em que os canais de manifestações estavam emudecidos ou eliminados pelo regime autoritário. Apontavam uma oposição ao Estado, e buscavam assegurar a incorporação e a consolidação dos direitos sociais, tornando-se sinônimo de movimentos urbanos. Segundo Gohn (2010), naquela década, os movimentos lutavam para ter ‘direito a ter direitos’, e embora não tivessem ainda a circulação e espaço nacionais e transnacionais que se tem hoje, eles não eram voltados apenas para si próprios, olhavam para o outro, até para poderem construir a própria identidade.

É, sobretudo, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que passa a denunciar a violência nos manicômios, a mercantilização da loucura, à hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência as pessoas com transtornos mentais. Diante das mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica, muda-se a apreciação ao hospital psiquiátrico como local ideal de intervenção, e já, na década de 80, surgem as primeiras transformações neste setor, com a criação de serviços de saúde voltados para a atenção diária às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes (AMARANTE, 1996).

Os movimentos sociais dos anos pré-constituição, na área da saúde, visavam a um novo paradigma e a uma nova forma de considerar a questão da saúde da população, coletiva e individualmente, como direito e como questão de todos, sobre a qual os sujeitos implicados

tomam decisões. A participação é essa nova articulação dos atores passivos em sujeitos ativos, dos atores individuais em atores coletivos (BRASIL, 2006).

O movimento social, enquanto um sujeito social coletivo, não pode ser pensado fora de seu contexto histórico e conjuntural. As identidades são móveis, variam segundo a conjuntura. Há um processo de socialização da identidade que vai sendo construída.

Os sujeitos dos movimentos sociais saberão fazer leituras de mundo, identificar projetos diferentes ou convergentes se participarem integralmente das ações coletivas, desde seu início, geradas por uma demanda socioeconômica ou cultural-relativa ao não pelo simples reconhecimento no plano dos valores ou da moral (GOHN, 2010).

No começo da década de 1960 se difundiu, nos Estados Unidos, um modelo preventivista de atenção a saúde que pretendia mudar a prática médica pela inclusão da prevenção, mas sem alterar a forma liberal de organização da atenção a saúde. Para Escorel, no mesmo período, no Brasil, os departamentos de medicina preventiva criados pelo próprio regime militar, desenvolvem experiências alternativas as quais congregavam elementos da medicina preventiva e da medicina comunitária. Essas experiências foram estimuladas por organismos internacionais como OPAS, Fundação Kellogg, Fundação Ford e outras. Mesmo o governo ditatorial via em tais experiências a possibilidade de atender a crescente pressão por assistência a saúde (ESCOREL, 2008).

Como os problemas sociais e de saúde agravaram-se e a resolução por parte do Ministério da Saúde é lenta e insignificante, cresce a insatisfação da sociedade e um clima propício para o surgimento dos movimentos sociais. Esses movimentos denunciam a ineficiência das estruturas de saúde pública e previdenciária, reivindicam serviços de saúde e lutam por melhores condições de vida da população menos favorecida (AGUIAR, 2015).

Neste contexto iniciou-se um movimento pela transformação das condições de saúde da população, o movimento pela Reforma Sanitária.

Constata-se assim, que o movimento social pela reforma da assistência a saúde mental tem forte laços com o movimento da Reforma Sanitária, que culminou na Constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), e que se constitui fator decisivo para a concretização de dispositivos de assistência propostos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica em substituição ao manicômio.

Segundo Paim (2009), o movimento pela Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 70. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação as mudanças e transformações necessárias na área

da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população.

Portanto, a Reforma Sanitária refere-se ao projeto articulado ao longo dos anos 70 e 80 no Brasil, na perspectiva de reformulação do sistema de saúde que aprofundou no período do regime militar a sua característica de assistência médica curativa fortemente vinculada ao setor privado e lucrativo, eminentemente excludente, curativo, pouco resolutivo e dispendioso. Este projeto preconizava a criação de um Sistema Único de Saúde, acabando com o duplo comando do Ministério da Saúde e o INAMPS que executavam ações de saúde em perspectivas antagônicas (AGUIAR, 2015).

As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito a saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS representou sem dúvida alguma, o projeto mais avançado nessa direção, por capitalizar mais imediatamente o acúmulo de forças das lutas pela redemocratização e pela existência de um movimento sanitário bem estruturado, que mobilizou e direcionou a sua implementação (VASCONCELOS, 2016).

Representantes de diversos segmentos da sociedade, articulados em torno da crítica ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) e às limitações do modelo preventivista, conformam mais nitidamente o movimento pela Reforma Sanitária. Em 1976 é criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que, inspirado num pensamento médico-social, age como uma espécie de aglutinador de estudantes e profissionais em torno da construção de um projeto político para a saúde, que se colocava como participante e assessor em todo e qualquer espaço de saúde dentro do qual lograsse ter entrada. É nessa época também que alguns dos militantes do movimento pela Reforma Sanitária começam a ganhar espaço na arena política, bem como em instituições de Governo (AGUIAR, 2015).

No Brasil do pós-64 um novo quadro se configura quando torna-se notória a ideologia privatista da assistência em saúde no país, que, utilizando razões de ordem econômica, e no caso específico da saúde mental, argumentando a precariedade dos hospitais psiquiátricos da rede pública, e tendo a incipiente rede ambulatorial funcionando como malha de captação, dá início a uma onda de contratação de leitos que terá como resultado o que ficou conhecido como a “indústria da loucura”, e o início da psiquiatria de massa (AMARANTE, 1998; RESENDE, 2001).

No contexto brasileiro, o processo de Reforma Psiquiátrica constituiu o caráter de movimentos sociais integrado as lutas pela redemocratização, contra as violações dos direitos humanos e por políticas sociais universais, mas, mais particularmente, tem sido um

movimento orgânico à emergência e desenvolvimento do movimento sanitário (FLEURY, 2008).

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo e tem como foco as mudanças na atenção psiquiátrica, caracterizando-se pela crítica ao paradigma psiquiátrico tradicional, centrado no modelo biomédico, na hospitalização e no asilamento (BRASIL, 2005).

Segundo Vasconcelos (2016), a Reforma Psiquiátrica significa, em um primeiro nível, substituir a assistência centrada em instituições totais, fechadas e em procedimentos involuntários, muitas delas promovendo internações de médio e longo prazos, marcadas por violações regulares dos direitos humanos mais fundamentais, e muitas similares a campos de concentração (BARROS, 1994; ARBEX, 2013).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) entra em cena em 1978, surgindo com uma série de denúncias de violações de direitos de sujeitos em sofrimentos psíquicos, feitas por jovens psiquiatras sobre a situação de abandono e maltrato e más condições de trabalho dentro de um hospital público no Rio de Janeiro. Após uma série de demissões, uma marcante greve do setor assinalou sua entrada na arena política, sendo logo acompanhado de outros grupos que erguiam a bandeira de redemocratização do país e da transformação da saúde como via de transformação do Estado. Convencionou-se tomar este como o marco do atual movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, que sofre influência maior não do modelo das comunidades terapêuticas nem da psiquiatria comunitária, mas da psiquiatria democratiana (BORGES, 2007).

Esse movimento evolui em 1980 para Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que constrói para além das reivindicações trabalhistas e denúncias da atual situação do cuidado baseado em práticas de tortura, uma estratégia que culminaria em uma mudança de paradigma, ao propor a construção de outro lugar social para a loucura. Encarando, a partir de então, esse processo como sendo o de responsabilidade coletiva e de respeito as singularidades em jogo, trazendo para as discussões governo federal, estadual e municipal, universidades, escolas, familiares, trabalhadores da saúde mental e a sociedade em geral (VIEIRA, 2014).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Reforma Sanitária, foram dois movimentos em favor da redemocratização da saúde no país, que buscavam a mudança dos modelos de atenção e gestão, nas práticas de saúde, com superação do modelo hospitalocêntrico, culminando no processo de elaboração de um novo modelo assistencial que garantisse os direitos dos cidadãos (AMARANTE, 1994).

Neste contexto, no Brasil, ao final dos anos 1970, o MTSM passa a protagonizar os desejos e as iniciativas pela reforma da assistência psiquiátrica nacional. Este movimento, em favor da mudança do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, é o propulsor no país da luta por melhores condições de se tratar o doente mental (BRASIL, 2005).

A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria é a inspiradora do MTSM e tem a finalidade de transformar a relação da sociedade com a loucura, transformar a assistência em saúde mental, melhorar as condições de trabalho dos profissionais da área e criar uma rede de serviços extra-hospitalares substitutivas ao manicômio. Tudo isso a partir da desconstrução dos saberes e práticas centradas no modelo biomédico para criar um novo campo prático, orientado para a defesa de acesso aos direitos de cidadania de todos os atores envolvidos: usuários, familiares, trabalhadores e população em geral (AMARANTE, 1994).

Em 1989 é apresentado o projeto de lei nº 3.657 pelo deputado Paulo Delgado (BRASIL, 2009), que dispunha “sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”. A atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia. Isso implica em organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e formando redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura etc) (BRASIL, 2009).

No ano de 1999, uma denúncia tornou o Brasil em evidência e reforçou na mudança no tratamento da saúde mental, através do caso de nº 12.237, enviada a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, o Caso Damião Ximenes, um jovem que residia numa cidade no interior do Ceará. Por volta dos 17 anos de idade, este veio a desenvolver uma deficiência mental de origem orgânica, que iria ocasionar diversas internações num Hospital Psiquiátrico localizado em Sobral, município localizado a 225 KM da capital. Neste hospital, Damião foi vítima de maus tratos e agressões, que o levaram a óbito (COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2004). Segundo as declarações presentes nos autos processuais, no momento da morte de Damião Ximenes a unidade não dispunha de nenhum médico. O laudo concluiu que se tratava de “morte indeterminada” e os hematomas foram reconhecidos pelos peritos como marcas causadas por objetos contundentes. Em 14 de dezembro de 1999, a Comissão iniciou a tramitação da petição sob o nº 12.237, solicitando a manifestação do Brasil com relação ao conteúdo da denúncia.

Durante o processo, a enfática demonstração pelo Brasil dos avanços da Reforma Psiquiátrica, que tem um de seus pilares sedimentados no respeito aos direitos humanos e de cidadania dos portadores de transtornos mentais, e em sua crescente participação cidadã, conduziu o Estado brasileiro a não ocultar sua responsabilidade no presente caso, no que se refere aos aspectos de saúde (artigos 4 e 5). Assim, os representantes do Estado brasileiro no processo, em conformidade com decisão da Presidência da República, apresentam comunicado em que o país reconhece a responsabilidade estatal pela morte de Damião Ximenes Lopes, em virtude de o mesmo se encontrar à época sob cuidados hospitalares pelo SUS (audiência pública na Corte Interamericana, em São José, Costa Rica, outubro de 2005).

O Brasil foi condenado a indenizar os familiares de Damião Ximenes, garantir a celeridade na investigação e punição dos responsáveis pelo fato, além de garantir a não – repetição de casos semelhantes, através da consolidação da mudança do modelo de atenção a saúde mental no Brasil, já em curso, e com resultados reconhecidos pela Corte (BRASIL, 2007).

Desta experiência, e para que a morte de Damião Ximenes Lopes ressoe em nós como uma permanente advertência em nome da continuidade e ampliação dos princípios que norteiam a Reforma Psiquiátrica Brasileira, cabe buscar a intensificação ainda maior das medidas de proteção dos direitos humanos e de cidadania dos portadores de transtornos mentais no Brasil (BRASIL, 2007).

Com essa denúncia, juntamente com a luta popular dos MTSM, é aprovada no dia 06 de abril de 2001, o projeto de lei da Saúde Mental, que já tramitava a 12 anos no Congresso Nacional, intitulada como Lei Paulo Delgado, que propõem a extinção dos manicômios e a oficialização da assistência psiquiátrica comunitária no Brasil. Essa Lei, dispôs sobre o tratamento mais humanizado, a proteção às pessoas com transtornos psiquiátricos, a preferência pelos serviços comunitários sobre a internação, a implantação em todo o território nacional de serviços substitutivos, as bases de funcionamento desses serviços e a regulamentação das internações compulsórias (BRASIL, 2001).

2.2 A Reforma Psiquiátrica: o anúncio de um novo modelo

No decorrer da História, a relação entre loucura e sociedade passou por diversas modificações. Os manicômios, durante muito tempo, foram a solução social encontrada para a

gestão da loucura, caracterizada pela neutralização dos sujeitos, através do afastamento destes do convívio social (SILVA, 2007).

Segundo Portocarrero (2010), o hospício justifica-se, por isolar o louco da família a fim de romper os hábitos ligados à sua loucura, e no tocante ao tratamento, por possibilitar a intervenção terapêutica, dadas a sua posição geográfica nos limites da cidade, suas condições de ar puro, silêncio, tranqüilidade. Seu projeto de isolamento, no qual o tratamento exclui o doente da vida social, se completa por uma organização interna e pela distribuição dos indivíduos de modo que a vida do hospício seja regular. Essa distribuição, contudo, embora se dê como uma conseqüência das categorias teóricas, não corresponde à divisão da loucura tal como aparece no quadro nosográfico; seu critério não é nada médico: separa por sexo e por categorias tais como tranqüilos/agitados, sujos/limpos, e outras do gênero.

Os hospícios brasileiros se mostraram ineficientes, super povoados, não medicalizados, e os psiquiatras costumam a adquirir autoridade para exercer sua profissão de modo a poder produzir conhecimento científico. Ao contrário do que ocorreu na Europa, o nosso hospício não resulta de um processo intrínseco à ciência, conturbado por grandes debates, que, baseando-se no seu corpo teórico, prescreveu o isolamento do louco, num espaço especial. Nesse espaço o louco seria tratado como acometido por uma doença de tipo especial, não devendo por isso ser acolhido em hospital comum, nem tratado como criminoso nas prisões (PORTOCARRERO, 2002).

A Reforma Psiquiátrica traz ao cenário brasileiro uma nova ética para o viver cidadão, a qual prevê o respeito ao ser humano e as suas diferenças, retirando do foco a atenção hospitalar psiquiátrica institucional, valorizando os serviços territorializado. As mudanças provenientes deste processo vão além de alterações físicas e estruturais dos espaços, elas perpassam por efetivas transformações de condutas, do cuidado, que na sua essência preocupa-se com o ser humano e suas reais necessidades (AMARANTE, 1994).

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira tem como estopim a crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental. Essa crise é deflagrada a partir da denúncia realizada por três médicos bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), ao registrarem no livro de ocorrências do plantão do pronto-socorro as irregularidades da unidade hospitalar, trazendo a público a trágica situação existente naquele hospital (AMARANTE, 1995).

O MTSM denuncia a falta de recursos das unidades, a conseqüente precariedade das condições de trabalho refletida na assistência dispensada a população e seu atrelamento as políticas de saúde mental e trabalhista nacionais (AMARANTE, 1995).

A deflagração, logo em seguida, da greve dos médicos residentes fortalece o MTSM durante os seus primeiros meses. Mas, com o tempo, o movimento dos residentes se torna mais importante, tanto pelo fato de reunir um número muito maior de profissionais, quanto por paralisar serviços e atividades muito mais essenciais do que os psiquiátricos – cujo impacto, no que diz respeito à assistência médica, é praticamente insignificante (AMARANTE, 1995).

As principais lideranças do MTSM continuam atuando para evitar que o movimento desapareça definitivamente da pauta da imprensa ou das entidades. A realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 1978, traz a oportunidade para organizar nacionalmente esses eventos, que já estavam se desenvolvendo em alguns estados. Esse congresso é percebido como uma oportunidade para aglutinar, em reuniões paralelas as oficiais programadas pela comissão organizadora, os movimentos em saúde mental progressistas de todo o país, pois a crise do setor era vista como reflexo da situação política geral do Brasil (AMARANTE, 1995).

Em janeiro de 1979, é realizado no Instituto Sedes Sapientiae, em São Paulo, o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, colocando em pauta uma nova identidade profissional, começando a se organizar fora do Estado, no sentido de denunciar a prática dominante deste, ao mesmo tempo que preservar seus direitos no interior do mesmo (VENANCIO, 1990). Neste, depreende-se que a luta pela transformação do sistema de atenção á saúde está vinculada a luta dos demais setores sociais em busca da democracia plena e de uma organização mais justa da sociedade.

A crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos, como reduto dos marginalizados, é uma questão que surge neste Congresso. São discutidos também, os limites dos suportes teóricos de racionalização dos serviços e diretrizes legais para alterar-se a assistência psiquiátrica, num indício de que a solução política se faz necessária.

No decorrer do ano de 1979 e 1980, são realizados Congressos e encontros regionais dos Trabalhadores em Saúde Mental, em capitais como Belo Horizonte, Rio de Janeiro e Salvador, com a finalidade de debater em torno do levantamento da realidade assistencial, dos planos de reformulação propostos pelo governo e pelo INAMPS, além de discutir problemas sociais relacionados a doença mental, a Política Nacional de Saúde

Mental, as alternativas surgidas para os profissionais da área, suas condições de trabalho, a privatização da medicina e as denúncias ocorridas nas instituições psiquiátricas.

O processo de desinstitucionalização caracteriza-se como um empenho constante na tentativa de desconstruir práticas institucionalizadoras, condutas inflexíveis, percebidas como únicas e verdadeiras, e construir na pluralidade das relações que permeiam a pessoa em sofrimento mental e seus familiares uma experiência mais benéfica possível (REIS, 2010).

Com a desinstitucionalização precisa-se repensar novos modelos e criar uma nova história, mas, primeiramente, precisa-se descobrir o paradigma problema-solução, ou seja, a idéia da doença que precisa de cura, em torno da qual se legitima o isolamento, a medicalização, a tutela e a desqualificação do sujeito. O segundo passo da desinstitucionalização é o envolver e mobilizar neste processo estes mesmos sujeitos enquanto atores sociais, enquanto protagonistas de suas histórias (AMARANTE, 1996).

A partir desses pressupostos, em troca do manicômio é oferecida a pessoa em sofrimento mental a possibilidade de retorno ao seu ambiente familiar, sua comunidade ou até mesmo a experiência em residências de grupos. As proposições da desinstitucionalização têm sido um dos eixos da Reforma Psiquiátrica, embasando as práticas de saúde mental. A desinstitucionalização abre múltiplas possibilidades de análise, ilumina reflexões fundamentais para a produção de novos modos de pensar e fazer a saúde mental.

Dessa maneira, com o movimento da Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente a desinstitucionalização, iniciaram-se as reformulações do modelo assistencial da saúde mental, e, a partir da década de 1980, várias conquistas puderam ser visualizadas nos campos político, jurídico e técnico-assistencial. A partir desse período, o país assistiu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Constituição Federal de 1988, e sua regulamentação pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90. Neste novo contexto, a saúde passa a ser vista não somente pelo prisma das condições básicas de vida como alimentação, habitação, trabalho, entre outros, mas também, com direitos ligados ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, a fim de garantir qualidade de vida as pessoas (BRASIL, 1988,1990a, 1990b).

O lançamento em 1989 do Projeto de Lei Paulo Delgado, propondo a extinção e a substituição gradativa dos serviços do tipo manicomial; a realização em 1990 da Conferência de Caracas, que cria um consenso entre os governos latino americanos em

torno da nova plataforma de Reforma Psiquiátrica; e o amplo processo de discussão da nova estratégia em nível municipal, estadual e federal no país, em conferências participativas que culminam na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, considerada um “marco na história da psiquiatria brasileira” e que abre um novo período de consolidação da Reforma Psiquiátrica no país (VASCONCELOS, 2010).

De acordo com a Lei 10.216, que entrou em vigor em 06 de abril de 2001, que se tornou a nova legislação brasileira de saúde mental, o sistema brasileiro passa a ter como princípio norteador a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por recursos extra-hospitalares, como por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Segundo esse preceito, o CAPS assume relevância no cenário das mudanças ocorridas na atenção à saúde mental, configurando-se como um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico e um dispositivo estratégico na reorganização da Rede de Atenção em Saúde Mental (RASM) (BRASIL, 2005). Entretanto, o CAPS e os demais serviços de saúde necessitam estar articulados com a rede de saúde que faz parte do SUS, como também com outras redes sociais, a fim de cumprir os preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Em 1987 foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do país, o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo (Goldberg, 1994), e em 1989 iniciou-se em Santos (SP) a construção de um sistema psiquiátrico envolvendo diversos dispositivos de cuidado, trabalho, moradia e inserção social. Santos foi a primeira cidade brasileira e quarta do mundo a construir uma rede psiquiátrica inteiramente substitutiva ao modelo hospitalar (NICACIO, 1994). Santos vivenciou um amplo processo de desinstitucionalização, a partir da intervenção do poder público municipal em um grande asilo particular e a concomitante criação de dispositivos substitutivos ao manicômio: os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e toda uma rede de serviços que configuram um sistema inteiramente substitutivo ao modelo manicomial.

2.3 Reforma Psiquiátrica na Bahia

Embora não tenha sido a primeira, “a filial mais importante da Misericórdia no Brasil era a da Bahia” provavelmente em função de ter sido criada juntamente com a fundação da primeira capital da Colônia. Desde o período colonial até o início do 2º Império, os loucos oriundos das “classes abastadas” tinham uma assistência basicamente familiar, sendo levados para o campo sob os cuidados de empregados, ou, se furiosos, ficavam retidos em cômodos fechados. Aqueles oriundos das “classes desvalidas” e mesmo alguns oriundos dos setores

hegemônicos (aqueles que, em geral, eram muito violentos ou representavam riscos para a propriedade familiar) foram vítimas, inicialmente, do confinamento indiferenciado, tanto nas prisões junto com os criminosos e vagabundos, quanto nas enfermarias dos Hospitais da Santa Casa de Misericórdia. Os loucos pobres considerados “mansos” ficavam perambulando pelas ruas e ruelas nas cidades, vilas e povoados (CAMPOS, 1943).

Depois de uma primeira Câmara de “tosca armação”, feita na chegada de Tomé de Souza, a segunda, em 1551, recebeu a denominação de “Casa da Cadeia e Câmara”. Mesmo sendo de parede de taipa e de tijolos, a construção não oferecia a menor segurança, sendo substituída por outra com “parede de pedra bruta”.

A nova penitenciária, separada da Câmara, só foi construída no século seguinte, no ano de 1834. Vagando pelas ruas, recusados pela Santa Casa, eram os loucos recolhidos à essa “Casa de Correção”, onde ficavam encerrados “com os criminosos pelo inaudito crime de terem perdido a razão!” (Tourinho, 1872:24). Essa prática de aprisionar loucos tem uma permanência histórica, pois até nossos dias essa violência ainda ocorre, principalmente no interior do estado.

O hospital da Cidade do Salvador foi criado em 1549-50, primeiro em instalações provisórias, precárias, como local de abrigo de doentes, inválidos e outros desvalidos, e depois, numa construção mais sólida, quando passou a ser chamado de Hospital de Nossa Senhora das Candeias (Russell-Wood, 1981:65-66). No final do século XVII, em 1682, esse nosocômio administrado pela Santa Casa, único hospital geral da Bahia durante todo o período colonial, passou a ser chamado de Hospital de São Cristóvão (Ott, 1960:51; Russell-Wood, 1981:205). No início do século XVIII, esse hospital da rua da Misericórdia passou por reformas, quando foram construídas três enfermarias, uma para homens, outra para mulheres e um grupo de quartinhos conhecidos como “casinhas dos doidos”, tendo como encarregados dessas celas “os guardiães sem treinamento e sem salários” (Russell-Wood, 1981:217).

Em meados do século XIX, assim como acontecera na Capital do Império, os médicos iniciaram um debate sobre a necessidade de se criar na Província da Bahia um asilo de alienados. Sob a influência do alienismo francês e fortalecidos pela inauguração do Hospício de D. Pedro II, em dezembro de 1852, os médicos passaram a ganhar apoio contra as práticas de reclusão inespecífica do louco, seja junto aos criminosos na Casa da Cadeia seja junto aos doentes “sifilíticos” e “bexiguentos” no hospital da Santa Casa. Além disso, os profissionais alegavam ainda que esses locais não ofereciam as condições propícias para o desenvolvimento de uma prática e um saber sobre a loucura no interior da Medicina (BORGES, 2007).

Apesar da existência dessa transferência para a Corte, a maioria dos loucos permanecia não só nas prisões do interior, como refere acima o Presidente da Província, mas na Casa de Correção da própria Capital e também nos porões da SCM, que não foram esvaziados. Contra essa situação lutaram médicos, políticos e filantrópos. Uma referência nessa luta que levou à abertura do hospício, foi o protesto datado de 18 de outubro de 1858 contra as condições em que se encontravam os insanos no Hospital de Caridade da Santa Casa. Dr. José de Góes Sequeira, na qualidade de “inspetor de Saúde Pública”, dirigiu um ofício ao Provedor da Santa Casa, o Barão de Cotegipe, denunciando as condições dos alienados naquele hospital e propondo reformas ‘urgentemente reclamadas’, para que aquele hospital pudesse corresponder a ‘seus fins altamente humanitários’(SIQUEIRA, 1866: 30).

Os melhoramentos realizados no Hospital de Caridade foram considerados insuficientes, o que levou a novos protestos dos que advogavam a solução alienista para os problemas da loucura.

A Bahia ganha, em 1870, seu primeiro hospital psiquiátrico, localizado em Salvador, direcionado ao tratamento da loucura, pois, o pensamento dominante no século XIX era de que a hospitalização e a privação, pura e simples, do contato social do alienado teriam um fim curativo (VERAS, 2010).

Assim, Salvador investe em seu primeiro hospital psiquiátrico, conhecido com Asylo João de Deus, localizado no Solar da Boa Vista, instalado na antiga residência do poeta Castro Alves, hoje Hospital Juliano Moreira (VERAS, 2010).

Os “loucos” considerados socialmente mais tranquilos, viviam em companhia de seus familiares, que impunham seu modo de tratamento, recorrendo a rezas, banhos, chás, reclusão, ou circular livre pelas praças. Os considerados violentos, que não se adaptavam às regras sociais, eram a eles imputada a cadeia pública ou os porões das Santas Casas.

No final do século XIX e início do século XX, os internos do Asylo João de Deus, se encontravam em péssimas condições de assistência, sendo esse local apenas um depósito de humanos, a mortalidade entre os pacientes por beribéri era elevadíssima, a degradação do espaço e dos internos fez com que surgissem discussões que, em 1982, levou à construção de novas instalações para o Asylo (VERAS, 2010).

A nova sede para a loucura foi construída no bairro de Narandiba, que na década de 1980 era pouco povoado e afastado do centro, escolha para manter o louco afastado do centro, escolha para manter o louco afastado do convívio social, ou seja, esconder a loucura da sociedade. O Asylo passou a ser chamado Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira em

homenagem ao médico psiquiatra baiano, que dedicou parte de sua vida a estudos e discussões sobre a loucura (VIEIRA, 2014).

É notável que a Bahia não se comprometeu com a prática antimanicomial que já circulava na década de 1980, pois, enquanto os outros estados estavam impulsionados com as discussões pela Reforma Psiquiátrica e sobre a implantação do novo serviço substitutivo, a Bahia investia em uma nova sede para o Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, com as mesmas características dos hospitais tradicionais.

É importante ressaltar que existia uma dicotomia de interesse na Bahia. De um lado, a Bahia sediava a construção e manutenção de um hospital psiquiátrico, ao mesmo tempo colocava-se como palco do II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1980. A Bahia também recebeu o I Encontro Nacional de Luta Antimanicomial, em 1993 com a presença de 480 participantes, sendo 25% desses participantes usuários e 34 familiares com a ideia de compor um coletivo (PACHECO, 2009; SCARCELLI, 2011).

Naquela época na Bahia, não havia disposição do poder público, de alguns familiares e dos trabalhadores em avançar na direção dessa política de desinstitucionalização. A indústria da loucura mantinha seu poder sobre as decisões relacionadas à loucura e a manutenção dos leitos psiquiátricos na Bahia. A loucura, naquele período, em terras baianas, continuava a ser vista como uma aberração biológica, psicológica e social pelos olhos de uma psiquiatria baiana comparada em muitos traços em sua prática à psiquiatria alemã nazista (VERAS, 2010).

Enquanto estados, a exemplo de Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, São Paulo, Sergipe, Ceará e Rio Grande do Norte investem nas discussões e reconhecimento dos direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico, e alguns na implantação de serviços substitutivos a leitos psiquiátricos, aguardando apenas a aprovação da Lei 10.216/01 para oficializar esses novos serviços, a Bahia se mantinha fora desse circuito, mantendo o hospital psiquiátrico como único recurso de tratamento para a loucura (VIEIRA, 2014).

Apenas em 2004 é que a Bahia começa a organizar seus dispositivos substitutivos em saúde mental no território, após a decisão do Ministério da Saúde em intervir judicialmente em 10 hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS, após denúncias de movimentos organizados (Comissão de Direitos Humanos, da Ordem dos Advogados do Brasil, Conselho Federal de Psicologia, Movimento da Luta Antimanicomial e movimentos locais de familiares e de pacientes), que pediam providências quanto aos maus tratos nas instituições psiquiátricas (FORNAZIER, 2011; DELGADO, 2011).

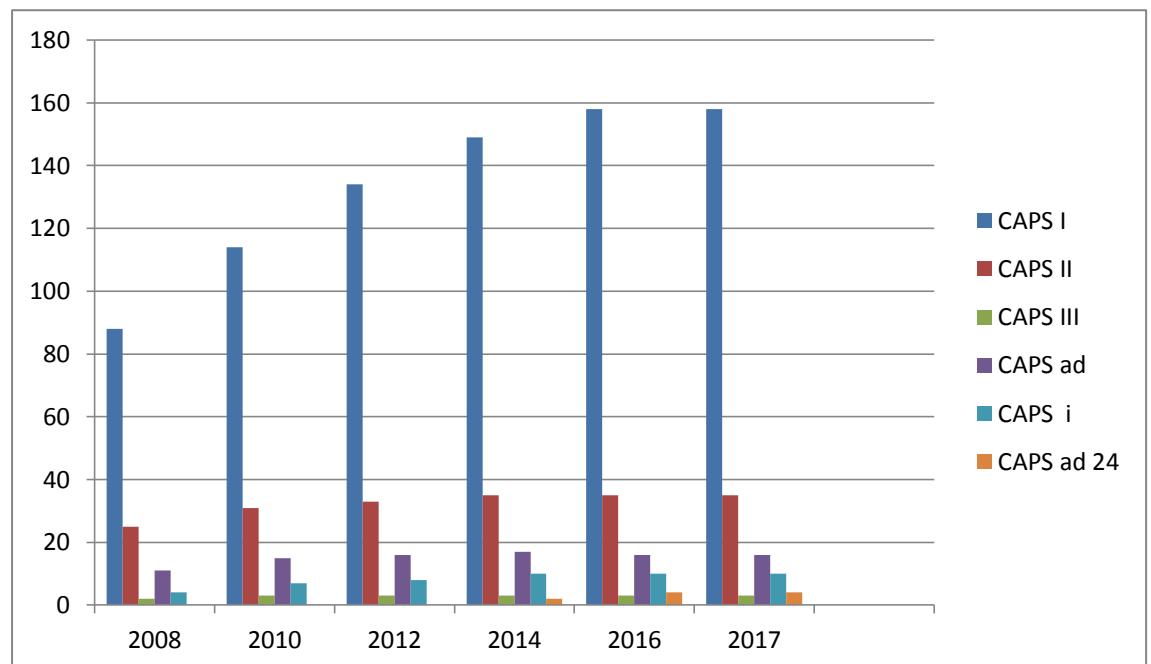
A intervenção na Bahia aconteceu a partir do fechamento de três dos dez hospitais psiquiátricos baianos, sendo dois na capital (Sanatório Ana Nery e Sanatório Bahia) e um no interior, no município de Ilhéus (Sanatório São Jorge), após ordem judicial. A Bahia contava na época, com 2.504 leitos psiquiátricos atendendo em condições desumanas (VIEIRA, 2014).

Nesse período intensificam-se os movimentos sociais na Bahia que questionam as relações manicomiais e reivindicam a implantação e manutenção de serviços substitutivos de saúde mental, que priorizem o cuidar em liberdade e a promoção da inserção social de sujeitos que vivenciam a loucura.

Atualmente, o estado da Bahia, com 15.276.566 habitantes, possui 226 serviços substitutivos, CAPS, divididos em suas diferentes modalidades quais sejam CAPS I, II, III, i, ad e ad 24 h.

O gráfico 1 mostra o aumento progressivo do número de CAPS no estado da Bahia no decorrer dos anos. Em 2008, possui 88 CAPS I, 25 CAPS II, 2 CAPS III, 11 CAPS ad, 4 CAPS i e nenhum CAPS ad 24 horas. Nove anos depois, em 2017, são 158 CAPS I, 35 CAPS II, 3 CAPS III, 16 CAPS ad, 10 CAPS i e 4 CAPS ad 24 horas.

Gráfico1. Número de CAPS por tipo no estado da Bahia



Fonte: DAPES/SAS/MS. Fevereiro, 2018.

Contudo, ainda estão em funcionamento na Bahia sete Hospitais Psiquiátricos e um Hospital de Custódia e Tratamento.

Nas instituições psiquiátricas da Bahia, ainda existem sujeitos em sofrimento psíquico que se tornaram moradores de longa permanência em alguns desses hospitais, e mesmo com todo movimento pela não manicomialização de sujeitos em sofrimento psíquico, essa ainda é uma realidade no contexto da saúde mental na Bahia (VIEIRA, 2014).

Nessa trajetória, por uma Reforma Psiquiátrica efetiva na Bahia, os dispositivos estão sendo implantados lentamente e com baixa sustentação, ainda perdura o modelo de internação psiquiátrica o que produz a manutenção dos leitos psiquiátricos. Não se iniciou na Bahia nenhuma escola de supervisão apoiada pelo SUS. A Bahia, desse modo, caminha a passos lentos em direção a uma rede substitutiva eficiente que promova de modo eficaz e necessário o fechamento progressivo de leitos psiquiátricos (BRASIL, 2010).

3. ENTRE TRILHOS: OS DESAFIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DA RAPS

Neste capítulo será apresentado o CAPS como serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos que deve estar articulado na rede de serviços de saúde mental. Esses dispositivos funcionam em territórios e tem como função promover a inserção social de usuários assistidos nesse serviço.

3.1 Rede de Atenção em Saúde Mental

A Rede de Atenção à Saúde Mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 90.

Buscando uma assistência psiquiátrica integral, contínua, com real participação da família e reinserção do doente na sociedade, essa rede de atenção psicossocial acaba com a hegemonia dos hospitais psiquiátricos, não descartando-os completamente, mas criando serviços que se somam a eles para alcançarem juntos a reabilitação psicossocial do sujeito, respeitando seus direitos humanos e civis (NAGAOKA, 2009).

O SUS regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual. São princípios do SUS o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (BRASIL, 2005).

A Rede de Atenção à Saúde Mental é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, e caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica.

Segundo Pinheiro (2010) , no cuidado em saúde mental para pessoas com problemas geralmente persistentes e graves, o desafio é o aumento de seu poder contratual, da

possibilidade de ampliar seu potencial de trocas sociais. O autor completa, dizendo que uma premissa de qualidade do cuidado é a incorporação permanente do papel de agenciador. É a negação do ato frequente de “encaminhar”. A equipe de cuidado e o serviço precisam estar prontos para acompanhar a trajetória do sujeito em sofrimento, sem compartimentalizá-lo por especificidades de demanda ou “repassá-lo”, ao se deparar com a complexidade das questões (PINHEIRO, 2006; MATTOS, 2006).

Atualmente, no Brasil, a constituição e a consolidação de uma rede integral de cuidado em saúde mental, que assegure a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidades e cidades e ofereça cuidados com base nos recursos oferecidos pelas comunidades, colocam-se como um desafio. Este modelo é composto por serviços e equipamentos diversos que se dispõem a substituir efetiva e progressivamente as internações em hospitais psiquiátricos, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, o Programa de Volta para Casa e os Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental. Estes podem encontrar-se tanto em hospitais gerais, nos Centro de Atenção Psicossocial do tipo III, em emergências gerais, quanto em serviços hospitalares de referência para álcool e outras drogas.

Nessa proposta de conformação de uma Rede de Atenção Psicossocial, destaca-se, enquanto questões centrais e para além dos CAPS, a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, a formação e qualificação de recursos humanos, a promoção de direitos de usuários e familiares e o incentivo à sua participação no processo de cuidado (FORNAZIER, 2011; DELGADO, 2011).

A Rede de Atenção a Saúde (RAS) 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.PORTARIA, MS 4.279/2010).

A RAS institui redes temáticas, ou seja, redes que vão proporcionar serviços direcionados para determinadas demandas. São elas:

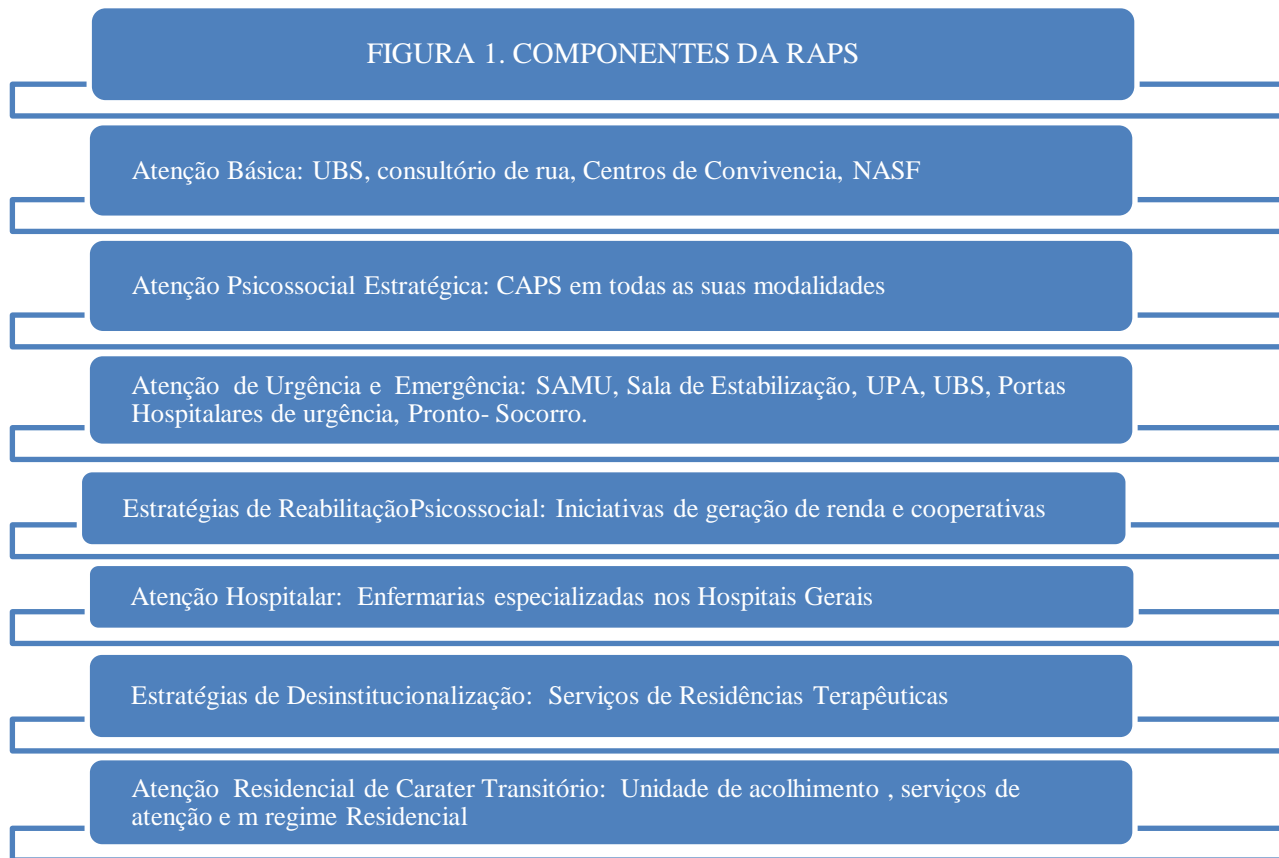
- Rede Cegonha;
- Rede de Urgência e Emergência;
- Rede de doenças Crônicas;
- Rede de cuidado a pessoa com deficiência;
- Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A portaria de nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento mental e com necessidade decorrentes do uso de

crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ela dispõe sobre 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.

As diretrizes que norteiam as suas ações estão associadas ao respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; o combate a estigmas e preconceitos; a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; a diversificação das estratégias de cuidado; o desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; a ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; a organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; a promoção de estratégias de educação permanente e o desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL. PORTARIA, MS 3088/2011).

É importante informar como a RAPS se constitui no território, com seus respectivos pontos de atenção citados na figura abaixo:



Fonte: Ministério da Saúde, fevereiro de 2018.

A RAPS estabelece então que, no componente Atenção Primária à Saúde, a Unidade Básica de Saúde tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011). Além disso, a Atenção Psicossocial (APS) é o centro da rede, sendo ordenador e coordenador do cuidado em saúde mental.

A RAPS marca um avanço na organização dos serviços em saúde mental ao instituir a importância de uma rede de base territorial com hospitais gerais atendendo os indivíduos dessa rede quando a internação é necessária (SOUSA, 2014).

O ponto de atenção na Rede de Atenção Psicossocial especializada é o CAPS, que é constituído por uma equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e as pessoas com necessidade decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas em sua área territorial (BRASIL, 2011).

O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2011).

A integralidade se institucionalizou num contexto específico, de criação do SUS, a partir do movimento de Reforma Sanitária e outros movimentos sociais voltados para grupos específicos – mulher, criança e idoso – há mais de 20 anos (PINHEIRO, 2006).

Weber ressalta que, o cuidado, como uma ação social, que se orienta pelas ações dos outros, as quais podem ser diferenciadas entre atividade nacional orientada para fins e atividade comunicacional mediada por símbolos (WEBER, 2001).

Quadro 1. Leis e Portarias em Saúde Mental a partir de 1999

PORTARIA	DATA DA PUBLICAÇÃO	ASSUNTO
Resolução nº 298 – CNS	02 de dezembro de 1999	Constituir a Comissão de Saúde Mental , com objetivo de assessorar o plenário do CNS na formulação de políticas na área de saúde mental.
PT nº 106	11 de fevereiro de 2000	Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.
Lei nº 10. 216	06 de abril de 2001	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
Portaria nº 336	19 de fevereiro de 2002	Regulamenta o funcionamento dos CAPS
Portaria nº 816	30 de abril de 2002	Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas
Lei nº 10. 708	31 de julho de 2003	De volta para Casa - institui o auxílio-reabilitação psicossocial para usuários egressos de internações.
Portaria nº 2.197	2004	Política Nacional a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas
Portaria nº 245	17 de fevereiro de 2005	Destina incentivo financeiro para implantação de CAPS
Portaria nº 3.089	23 de dezembro de 2011	Financiamento dos CAPS
Portaria 3.090	23 de dezembro de 2011	Altera a Portaria nº 106/2000 e dispõe sobre o repasso de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) .
Portaria 3.088	23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013	Institui a Rede de Atenção Psicossocial
Portaria 3.099	23 de dezembro de 2011	Estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade referentes

		ao novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) .
Portaria n° 2.840	29 de dezembro de 2014	Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) , no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio.

Fonte: Ministério da Saúde. Construção própria deste estudo. 2018.

A mudança da política pública para o atendimento psiquiátrico não representou a concretização do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil nem em termos legislativos e ainda menos para a adaptação dos envolvidos no cotidiano do tratamento psiquiátrico (BARROSO; SILVA, 2011).

No ano de 1999, através da Resolução n° 298, passa a ser constituída a Comissão de Saúde Mental, com o objetivo de assessorar o plenário do Conselho Nacional de Saúde na formulação de políticas na área de saúde mental (BRASIL. RESOLUÇÃO/1999).

Em 2000, por meio da portaria 106/2000, criou-se outro importante serviço substitutivo, as residências terapêuticas, para abrigar pacientes psiquiátricos desospitalizados que, por algum motivo, não pudessem voltar para suas famílias (BRASIL, 2000). Com o desenvolvimento dos serviços substitutivos e a demora da tramitação do projeto de lei de Reforma Psiquiátrica, o movimento dos profissionais de saúde e as manifestações sociais se intensificaram.

Como a oficialização da reforma era continuamente postergada, o próprio Ministério da Saúde passou a criar portarias exigindo a existência de equipes multiprofissionais, acomodações adequadas, espaços para recreação e terapias complementares para o tratamento dos pacientes institucionalizados. Passou também a controlar as internações fixando seu tempo máximo em 60 dias (RIBEIRO; MARTINS; OLIVEIRA, 2009). Definiu, ainda, que os NAPS e os ambulatórios de saúde mental oferecessem atendimento familiar e comunitário, visando à (re) inserção social das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 1991).

Após 12 anos de tramitação e acompanhada por um caminho de mobilização científica, política e social, por um lado, e de resistências por outro, em 06 de abril de 2001 foi promulgada a Lei Federal 10.216, também conhecida como Lei Paulo Delgado. Essa Lei, que oficializou o atendimento psiquiátrico comunitário no Brasil, dispôs sobre o tratamento mais humanizado, a proteção às pessoas com transtornos psiquiátricos, a preferência pelos serviços comunitários sobre a internação, a implantação em todo o território nacional de

serviços substitutivos, as bases de funcionamento desses serviços e a regulamentação das internações compulsórias (BARROSO; SILVA, 2011).

3.2 Os CAPS na Rede de Atenção à Saúde Mental

Diante da situação na qual eram tratados as pessoas com transtorno mental, e depois das denúncias decorridas pelos movimentos dos trabalhadores de saúde mental e familiares, iniciou-se a elaboração de estratégias de mudanças na assistência psiquiátrica tradicional.

Por meio da Portaria GM 224, o Ministério da Saúde oficializou no ano de 1992, a criação de serviços substitutivos ao modelo asilar, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS foram regulamentados pela portaria GM 336, de 19 de fevereiro de 2002, que os incluiu no Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a complexidade dos serviços prestados e a sua amplitude de atuação, considerando tanto o território no qual se encontra quanto na busca pela substituição do modelo hospitalocêntrico de atenção a saúde (Portaria 336/GM, 2002).

A partir de então ficam instituídos os CAPS como serviços substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos. Em contrapartida, progressivamente iniciaram os fechamentos dos leitos psiquiátricos e o descredenciamento de leitos financiados pelo SUS, e hospitais psiquiátricos particulares.

Com a implantação do CAPS, a diferença no cuidado ofertado passou a ter como base a concepção de saúde mental e de ser humano como sujeito que deve ser atendido minimamente em seus direitos básicos e em sua condição de cidadão.

Nesse sentido, os CAPS não são pensados para incluir pura e simplesmente, mas para questionar a exclusão e inventar caminhos que produzam outra representação social para a loucura, que não seja a da insensatez, periculosidade, desrazão, inutilidade (VIEIRA, 2014). Um sujeito pode ser excluído de relações sociais, pelo simples fato de apresentar sofrimento psíquico, sem necessariamente passar por internações psiquiátricas. O que se propõe, é um novo lugar social para a loucura, ou seja, a construção de um novo paradigma para a loucura, uma nova inscrição desse fenômeno da sociedade.

Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos e comunitários, os quais foram pensados e concebidos a partir da Reforma Psiquiátrica, visando a substituição das internações em Hospitais Psiquiátricos, também chamados de Manicômios. Com este novo modelo de substituição, o cuidado com as pessoas com sofrimentos mentais seria deslocado

para fora do Hospital, em direção à comunidade, com o intuito de aproximá-la dos usuários e, por sua vez, estes de seus direitos e de seus familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986 na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desse CAPS e de tantos outros, com nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O CAPS oferece, portanto, atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis como o direito à vida, à liberdade perante a lei e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Os CAPS visam prestar atendimento diário, gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico e personalizado, promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, tem a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território, dar suporte e supervisionar a atenção a saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Esses Centros de atenção também visam regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área, coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território além de manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Segundo a portaria nº 336/GM de fevereiro de 2002, os CAPS se diferenciam de acordo com as necessidades de cada território. Assim esses serviços são divididos por tamanho e público alvo, em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS ad. O CAPS I é para municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes, funcionam de segunda à sexta em tempo integral, com equipe mínima para atuação, sendo composta por um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, 3 profissionais de nível superior podendo ser assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e 4 profissionais de nível médio. O CAPS II para municípios com 70 a 200 mil habitantes, funcionando em turno diurno, podendo ter um terceiro turno, funcionando

até as 21 horas. CAPS III acima de 200 mil habitantes, são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo a população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. O CAPS i é para atender crianças e adolescentes e a população também deve ser acima de 200 mil habitantes e o CAPS ad, que atendem indivíduos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas para municípios com população acima de 100 mil habitantes (BRASIL, 2002).

O perfil populacional dos municípios é sem dúvida um dos principais critérios para o planejamento da Rede de Atenção à Saúde Mental nas cidades, e para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial. O critério populacional, no entanto, deveria ser compreendido de modo observar a demanda de cada município, e não só pelo quantitativo populacional.

O artigo 5º, da referida Portaria, estabelece que os CAPS I, II, III, CAPS i e CAPS ad deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

No campo da política de saúde mental, na década de 2000, houve avanços significativos, dada a articulação e pressão do movimento antimanicomial, na diversificação da agenda e na ampliação do número de serviços de atenção psicossocial (VASCONCELOS, 2016).

Contudo, o cenário político da época, produziu acentuada rotatividade dos trabalhadores, uma forte institucionalização das práticas e um número baixo de serviços efetivamente substitutivos, como o CAPS III, serviços residenciais e bolsas do programa *De Volta pra Casa*. A difusão do *crack* e as demandas por novos tipos de serviços adequados a complexidade do problema, após um período curtíssimo de entrada da saúde no campo das drogas, geraram uma onda de práticas manicomiais de internação forçada ou de internação em comunidades terapêuticas de cunho filantrópico, religioso ou mesmo lucrativo, que, mesmo quando voluntárias, são antagônicas aos ideais antimanicomiais (VASCONCELOS, 2016).

4. OS DELÍRIOS: SAÚDE MENTAL NO RECÔNCAVO DA BAHIA

Neste capítulo serão abordados os resultados da pesquisa. Inicialmente, será apresentado o CAPS I, localizado em um município do Recôncavo Baiano, como está organizado, a dinâmica do funcionamento, o quadro de profissionais dentre outros aspectos. Posteriormente, será delineado o perfil socioeconômico dos usuários da instituição considerando a amostra da pesquisa.

Em seguida, serão analisadas as implicações causadas pela interrupção do tratamento no CAPS, na percepção das profissionais e familiares dos usuários, que é o objeto de estudo deste trabalho.

4.1 O CAPS de uma cidade do Recôncavo

A região do Recôncavo da Bahia passou a ser conhecida a partir do século XVI e engloba uma faixa de terra formada por mangues, baixios e tabuleiros que contornam a Baía de Todos os Santos. Em termos administrativos, reúne 35 municípios, em uma área de 10.400 quilômetros quadrados de extensão (BAHIA, 2009).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) pesquisado, está localizado em um desses municípios do Recôncavo, possui uma população de mais de 30.000 habitantes, segundo dados do IBGE. Esse CAPS foi um dos primeiros a ser implantado no interior da Bahia, no ano de 2006.

Classificado como CAPS I, de acordo com o quarto artigo da portaria 336/02, se caracteriza por ser um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes.

O CAPS tem o papel de inserir os pacientes no seu convívio familiar e na sociedade rompendo preconceitos em relação ao portador de transtorno mental. Funciona de segunda a sexta-feira, das 08h às 16 horas, com livre acesso de entrada e saída dos usuários, de maneira que os pacientes e seus familiares tenham liberdade no acesso a este centro de atendimento.

Quanto a estrutura, esse CAPS possui uma recepção, dois consultórios individuais, uma sala para as oficinas terapêuticas, um banheiro para funcionários e dois banheiros para os usuários, um refeitório e uma cozinha, uma enfermaria, e a sala da coordenação.

A equipe técnica do referido CAPS é composta por sete profissionais de nível superior, sendo estes: uma médica com formação em saúde mental, uma assistente social, uma

psicóloga, uma enfermeira, uma pedagoga, uma educadora física e uma coordenadora. A equipe de apoio, é composta por uma recepcionista, um segurança, uma auxiliar de serviços gerais e uma copeira. O trabalho desta equipe deve ser multidisciplinar, de caráter interdisciplinar, que promova trocas importantes necessárias ao melhor plano terapêutico e reabilitação psicossocial estabelecido (BRASIL, 2004).

O CAPS deve possuir um ambiente acolhedor e terapêutico, incluindo pessoas em situação de crise, que se apresentem muito desestruturadas, na medida em que lhes possa oferecer assistência. O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, atendendo aos transtornos psíquicos graves e evitando as internações hospitalares (BRASIL, 2004).

Conhecer o perfil dos usuários deste serviço, é imprescindível para oferecer uma assistência especializada e individualizada, bem como aperfeiçoar a assistência prestada e promover o desenvolvimento dos serviços de saúde mental. Para isso, foi traçado um perfil sociodemográfico para a coleta dos dados, na qual realizou-se uma pesquisa documental com abordagem quantitativa, de natureza explanatória. Foram utilizados alguns critérios de inclusão para definir os participantes que iriam compor o cenário da pesquisa, como: os usuários que frequentam estes serviços de forma intensiva, maiores de 18 anos, que tenha mais de 5 anos de atendimento neste CAPS e que vivenciaram um momento de interrupção de tratamento neste Centro de atendimento. Foram obtidas informações sobre: número do prontuário, data do início do tratamento, gênero, idade, endereço, estado civil, ocupação, renda, existência de internação psiquiátrica, escolaridade, etnia e o CID da doença de 16 prontuários de usuários do CAPS I.

Entre os prontuários pesquisados, (69%) é do sexo masculino, e (31%) do sexo feminino. A demanda maior desse serviço é representada por usuários de idade entre 46 a 60 anos, seguida por usuários de 36 a 45 anos. Percebe-se assim que o transtorno mental vem atingindo a população economicamente ativa. Outras questões podem ser inferidas com os dados de faixa etária. Uma delas é a difícil aceitação do tratamento por parte da juventude.

Destes pacientes, (82%) residem na sede do município e (18%) na zona rural. Todos os usuários são solteiros. A etnia predominante é negra (62,5 %), seguida de pardo com (37,5%).

Em relação a renda destes pacientes, (93%) recebem Benefício de Prestação Continuada (BPC), e somente (7%) recebe aposentadoria por invalidez, demonstrando que estes sujeitos pertencem a uma população extremamente pobre, pois um dos requisitos para o

BPC é possuir renda de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo por pessoa, além de serem pessoas com comprometimento porque tem o impedimento para o trabalho.

A partir das iniciativas de desinstitucionalização o número de internações psiquiátricas vem diminuindo a cada ano. (69%) dos usuários do CAPS I já estiveram internados em hospital psiquiátrico, (31%) nunca passaram por internações. O surgimento desses serviços mostra-se como de grandes importância para as comunidades, pois atendem à demanda de saúde mental que não necessariamente necessita de internação psiquiátrica, além de promover a reinserção social de indivíduos com transtorno mental (PINHEIRO, et al., 2009).

As doenças diagnosticadas entre os usuários intensivos deste CAPS, é em sua maioria a esquizofrenia Cid F20, pois (37,50%) possuem esse diagnóstico. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a esquizofrenia é um transtorno mental grave que afeta mais de 21 milhões de pessoas em todo o mundo. Caracteriza-se por uma distorção do pensamento, percepções, emoções, linguagem, autoconsciência e comportamento. Em segundo lugar, os transtornos mentais devido ao uso de álcool e drogas CID F10, com (25%) dos usuários; 18,75% com depressão, CID F32; (6,25%) com retardo mental grave, CID F72; (6,25%) possui retardo mental moderado CID F71 e (6,25%) possui transtorno mental orgânico.

O conhecimento do perfil do usuário permite repensar a atenção psicossocial, verificando se a proposta da reforma psiquiátrica está sendo efetivada nos serviços substitutivos. Essa proposta é um contínuo processo de pensar as práticas e recriá-las.

4.2 Os delírios: a pesquisa de campo

O levantamento dos dados se deu considerando em seu processo a observação participante, registro dos diário de campo e em entrevistas semi estruturadas individuais. Esse momento caracterizou-se por uma conversa, o que possibilitou a exposição de discursos mais livres.

Desse modo, se fez confirmar que a entrevista semiestruturada permite a descrição, explicação e compreensão global de um fenômeno pesquisado, possibilitando gerar uma interface de comunicação entre o pesquisador e o informante do estudo acerca de um tema específico (MINAYO, 2010; TRIVINÓS, 2009).

Após a realização das entrevistas, foi iniciado o processo de transcrição das gravações. Esse trabalho foi realizado de forma detalhada, considerando seu material na íntegra. As respostas foram armazenadas com um gravador de som no celular após autorização dos

entrevistados, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndices A e B).

O vínculo com a instituição de saúde mental, se deu a partir do período do estágio supervisionado, no qual foram sendo criados laços e neste período se foi falado sobre a intenção de realizar a pesquisa nesse campo. A aceitação da pesquisa ocorreu de modo agradável pela equipe de profissionais e usuários.

As entrevistas semi estruturadas aconteceram de janeiro à março de 2018, guiada pelo roteiro, no qual tinham perguntas abertas que direcionavam ao assunto, com os usuários, familiares e profissionais cadastrados no serviço, (Apêndices D, E, F).

Durante esse período de pesquisa e análise dos dados, foi observado que os usuários não estavam frequentando o CAPS.

O início das entrevistas se deu a partir da disponibilidade dos profissionais. A priori, foi idealizado selecionar 4 usuários, 4 familiares e 4 profissionais. A seleção foi determinada da forma que, os profissionais de nível superior escolhidos são aqueles que possuem maior contato (vínculo) com os usuários. Os critérios de seleção dos usuários foram: identificar dentre os 16 intensivos, aqueles que possuíssem condições de responder a entrevista tanto no sentido de não estar em momento de crise (surto), quanto em aceitar a entrevista. Os familiares selecionados, foram os dos mesmos usuários.

No período da coleta dos dados, entre janeiro a março, houve um desencontro com os usuários, pois naquele momento estava havendo uma interrupção no atendimento mais uma vez. Por esse motivo, estes usuários não foram entrevistados e devido à interrupção também não foi possível substituí-los. Pelo mesmo motivo, houve dificuldade de localizar os seus familiares, sendo localizadas apenas duas familiares, que foram entrevistadas.

No decorrer da pesquisa, foi notório que duas das profissionais selecionadas, se recusaram participar da pesquisa, de uma forma indireta, mas sempre evitando e protelando a entrevista. Respeitando a livre adesão como parâmetro ético da pesquisa, optou-se por não insistir.

É possível inferir, também com base na observação participante, que a precarização do vínculo de trabalho com regime regido por contrato municipal e por se tratar de uma cidade pequena, esses profissionais podem ter ficado com receios em responder a pesquisa.

Após o fim das transcrições, iniciou-se o momento de análise do discurso dos entrevistados considerando as possibilidades de pensar então as categorias de análise.

Durante a exposição dos resultados e discussão dos dados, os discursos dos entrevistados aparecem identificados pela letra “P”, que corresponde ao significante

profissional, e pela letra “F”, que corresponde ao familiar, e seguindo uma numeração variando entre um e dois, correspondentes ao número de profissionais e familiares entrevistados.

4.2.1 CAPS: o novo lugar social do cuidado

O CAPS opera nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolvem a vida cotidiana de usuários e de familiares (BRASIL, 2005) e constituem-se como um “lugar” na comunidade. Lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares (BRASIL, 2015).

Uma vez que o cuidado integral ofertado nos Centros de Atenção Psicossocial não é apenas psiquiátrico e medicamentoso, mas pretende ser humanizado, político e transversal, apresenta especificidades que devem ser levadas em consideração.

Os CAPS foram implementados em vários municípios do país e consolidaram-se como dispositivos estratégicos para a superação do modelo asilar no contexto da Reforma Psiquiátrica, e para a criação de um novo lugar social para as pessoas com a experiência de sofrimento, decorrentes de transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e de outras drogas (BRASIL, 2015).

O conceito de modelo assistencial, implica a construção de novas formas de intervenção, de relações, de conceitos, na medida que “não se trata mais de uma clínica do olhar, mas da escuta, ou do “olhar” que vê além do sintoma (COSTA-ROSA et al., 2003:30).

“ E de repente vieram os surtos... e naquela época não existia CAPS. O que existia era sanatório. Ai não tinha jeito...A gente tinha que levar ele pra lá, pra ele ser tratado.. ele pagou todos os procedimentos dele com o salário dele, porque ele ganhava bem. E assim.. ele passou por vários hospitais. E mesmo a gente não aceitando o modo que se dava o tratamento, a gente não tinha opção de levar pra outro lugar, e ele precisava melhorar”
(F 2)

O principal elemento estratégico da substituição, é perceber o CAPS não como lugar, como serviço, mas como um “conceito operacional”. Conceito operacional para que ele não se cristalice e não se cronifique; para que se atualize tempo todo, na medida em que a

contemporaneidade dos conhecimentos possa influir sobre sua própria dinâmica e, ainda, para que a incorporação de potencialidades comunitárias e sociais possa interferir de tal forma em seu funcionamento, que permita mudar inclusive seu perfil (ALVES, 2006; GULJOR, 2006).

Desse modo, pode-se afirmar que o abandono do tratamento, ou ao que se atribui como sucesso em um determinado caso, está intimamente relacionado as expectativas, possibilidades e aos horizontes estabelecidos em cada caso por familiares, usuários e profissionais (PAZ, 2015).

Em um sentido mais amplo, o abandono corresponderia à descontinuidade do tratamento antes do que foi planejado pela equipe terapêutica.

Sendo assim,

“Muitos abandonaram o tratamento, até porque, tinha uma referência da equipe daqui, teve a falta de medicação, teve a falta das orientações, do atendimento médico, do serviço social, da psicóloga, da enfermeira. Isso fez com que os pacientes se afastassem, parassem de tomar suas medicações, casos de abandono mesmo” (P 1)

4.2.2 A participação da família

A parceria do CAPS com a família requer uma ação permanente e em constante movimento, no qual os atores envolvidos: a equipe, o usuário, sua família e rede social articulem interesses, valores e ideias de vida que devem ser negociados. Desse modo, configuram-se numa prática inovadora, um espaço social que através da inter-relação, entendida como fundamental, produza novos conceitos para lidar com o sofrimento psíquico.

A inserção da família no serviço, além de possibilitar um trabalho conjunto com a equipe, pode evidenciar interesse e segurança ao usuário, pois esse relacionamento com a família destrói a ideia do isolamento do espaço social. Essa participação efetiva-se de diferentes modos: na presença, na fala, na escuta, no afeto, nos conflitos surgidos nessa relação que deve reconhecer as diferentes expressões dessa realidade.

Nesse contexto,

“A família é a nossa ponte entre o CAPS e o usuário, né. Ela tem que sinalizar qualquer mudança no comportamento, agressividade, se tá sem dormir, se tá recusando tomar medicação... se aquela medicação fez algum efeito colateral né,... a gente tem que ta substituindo. Então a família tem

esse papel fundamental no tratamento. Quando a família não ta preparada, não tem aquela aceitação, sensibilização que aquilo é uma doença, que ele precisa de ajuda, então fica muito mais difícil” (P 1)

“Quando passou a ter o CAPS aqui, ficou melhor. Porque ele vai, ele chama a gente pra ir lá, ver ele. Quando tem alguma coisa lá, ele fica chamando a gente toda hora pra ir ver, e fica danado se a gente não for. Com o CAPS aqui, é fácil localizar a família, quando tem alguma coisa, algum problema. A gente vai lá, é perto, para saber como ele tá. A equipe procura a gente . A gente procura o CAPS. Porque tem que ser um trabalho de CAPS e familia. Tem que ser junto pra funcionar. E com ele ta funcionando muito” (F 2).

A participação da família nos serviços substitutivos passou a ser fundamental para o cuidado do usuário, restabelecendo vínculos rompidos ou desgastados, resultados de uma assistência hegemônica excludente e estigmatizadora que afastou a família do tratamento.

“O CAPS foi muito importante na vida da gente. Porque antes a gente tinha que levar ele pra se internar, pra se tratar. Não podia ficar acompanhante, e a visita era de 15 em 15, de mês em mês.. a gente gastava muito dinheiro, pra ir visitar. Quando passou a ter o CAPS aqui, ficou melhor” (F 2).

A família configura-se como necessária para a concretização do tratamento do usuário, pois sua participação pode ser entendida como preocupação, interesse e valorização do usuário, refletindo positivamente no tratamento.

4.2.3 A precarização do vínculo trabalhista

Os discursos a seguir apontam a precarização do trabalho em saúde como um problema na gestão do trabalho em saúde mental, expressa na flexibilização das relações, a qual representa causa de insatisfação dos trabalhadores.

“Não existe equiparação salarial. As pessoas tem profissões, mais elas não são valorizadas pelas suas profissões, pelo que elas exercem. Cada um tem um salário que oferecem. Mais não é o salário justo. Outro fator agravante é essa questão do salário, não ser o que a gente deseja, o que a gente merece, o que a gente precisa. Então, mesmo trabalhando aqui, a gente tem que trabalhar em outros locais , porque o valor é baixo. A gente precisa, faz concursos, espera esses resultados, tem

bons resultados, é chamado para outro lugar, que paga mais e agente vai. Então a equipe vai indo embora, vai mudando, entende? (P 2)

“Imagine uma equipe cuidando de você por um longo tempo, já conhece os fatores que te trouxeram aqui, já conhecem as patologias, as medicações que você toma, já te conhece um pouco, já tem aquela questão da amizade que foi construída ao longo do tempo né,... dos acordos e essa pessoa de repente é demitida, porque mudou a gestão, ou porque acabou o dinheiro, e lá vão outros fatores, que você vem em busca dessa pessoa e quando vê a notícia que foi despedida toda a equipe, que mudou a gestão....” (P 2)

Estando enlaçados nesse modo de organização do trabalho e assombrados com o fantasma de demissão, os trabalhadores da saúde mental vêm escapar seu poder reivindicador e transformador, se dispondo a submissão de vontades desconstruídas com as atuais políticas públicas de saúde (VIEIRA, 2014).

Apesar da necessidade de lutar por seus direitos trabalhistas e por melhores condições de trabalho, entre os trabalhadores predomina o receio de perder o emprego em virtude da instabilidade, manifestado na expressão “querer lutar por nossos direitos e não poder”.

“Ali (o CAPS) tem que ter um concurso, tem que ser quem nem agente comunitário, tem que ser fixo porque a gente cria o vínculo com as pessoas. E as pessoas já conhece a gente. Então fica mais fácil né.” (F 2)

Consoante essas afirmações, deve-se considerar que a política neoliberal de flexibilização da inserção do trabalhador no mundo do trabalho, intensificada na década de 1990, a qual foi adotada pelo governo federal, e seguida, em boa medida, pelos governos estaduais e municipais, produziu efeitos deletérios no SUS – pois nas instituições verifica-se um grande volume de contratações de serviços por meio da terceirização. Dessa forma, o processo de trabalho e o mundo do trabalho estão se transformando de forma significativa, alterando a modalidade de inserção e os vínculos empregatícios, a forma de remuneração e, muito fortemente, os modos de organização do trabalho, configurando-se em arenas competitivas, individualizadas. Enfim, em ambientes pouco saudáveis (MACHADO, 2005).

Quando ocorre interrupção no tratamento de saúde mental no CAPS, não por parte do paciente, mais por parte da gestão, com limitações ao acesso a medicação, seja, na ausência das oficinas terapêuticas, ou quando a alimentação fora contingenciada, além da precarização

dos vínculos empregatícios, causaram impactos na vida dos usuários, dos familiares e dos profissionais.

“Eu senti que muitos pacientes estavam desequilibrados, precisando ser acolhido novamente, começar o tratamento do zero, estimulando o tempo todo eles a sua autonomia, que a gente tá aqui, mais que eles precisam estar fazendo o uso da sua medicação, que tem os feriados e recessos, eles tem que ter essa autonomia de estar gerindo a sua vida, de tá construindo, saber que aquela medicação ele tem que tomar, que não pode deixar de tomar aqui, ele tem que vir a unidade, que ele precisa fazer todo o tratamento.” (P 1)

“Falta muitas vezes um apoio desse sujeito, para enfrentar, essas questões que são difíceis, questões dele próprio, de confusões mentais, de auto estima baixa, então todas essas barreiras, ele tem que percorrer com apoio, com suporte profissional, um apoio psicológico, uma psicoterapia, as vezes essa questão de vaga, de tempo, de interrupção é um problema, um obstáculo. Você tem uma sessão de terapia hoje, aí você tem que marcar as vezes para o outro mês, ou para o outro. Uma demanda muito grande ambulatorial, de repente a gente abre as nossas forças para o ambulatório e o CAPS fica um pouco descoberto nesse olhar, nesse tratar... não pode ser assim, porque senão dessa forma a gente está pecando. E as consequências são grandes nesse tratamento e desses usuários.” (P 2)

“É muito ruim quando isso acontece, sabe porquê? Porque ele bebe o dia todo.. fica sem ter o que fazer, eu fico preocupada. Ele mora só, não gosta de tomar o remédio. É muito ruim. Eu fico imaginando essas pessoas que não tem esse dinheirinho pra comprar o remédio, faz o quê? Esse pessoal precisa muito. Eu fico preocupada demais com ele, porque quando ele tá lá, ele fica só de manhã por causa do “carro”, mais pelo menos, nesse horário ele não tá bebendo. E quando o CAPS tá fechado, ele fica o dia todo se acabando na bebida...” (F 1)

“No CAPS ele tem a autonomia dele. Ele tem a rotina de ir todos os dias. Não sai a noite, não demora na rua, porque no outro dia ele quer chegar cedo no CAPS. Ele vai, e lá ele se sente a vontade de entrar e sair. Se sente dono da própria vida sabe. Isso é importante pra quem sempre teve sua liberdade. Quando o CAPS tá parado, pra eles é ruim. Quando falta a medicação principalmente, porque aí aperta no bolso né?” (F 2)

Diversos fatores foram apontados na pesquisa como influenciadores para o abandono do tratamento em serviços de saúde mental. Entretanto, observa-se uma considerável divergência não só no que diz respeito ao conceito de abandono, mas também sobre quais seriam os elementos influenciadores.

É imprescindível salientar que esses fatores isoladamente, não são determinantes para a ocorrência do abandono, mas nos fornece um ponto de partida para a realização de novos estudos e reflexões sobre as práticas de cuidado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na cidade, que foi cenário de realização dessa pesquisa, é visível a presença da Política Nacional de Saúde Mental, centrada em sua maior parte no CAPS. Mesmo havendo esforços da equipe, em estarem desenvolvendo atividades e investindo em vínculos com os usuários e outros serviços da comunidade, o estudo identificou diferentes modalidades de interrupção do tratamento.

Pode-se classificar as interrupções em dois grandes grupos: as interrupções parciais e as interrupções totais. As parciais foram as que houve ausência de material ou condições objetivas para realização das oficinas ou a falta parcial de medicação. Nestes casos, não houve fechamento do CAPS, mas houve descontinuidade do tratamento afetando a relação vínculo e cuidado no modelo preconizado pela Política de Saúde Mental. Não foi possível identificar o número exato de interrupções pois as fontes consultadas (prontuário e pessoas em entrevista) não ofereceram esta informação com precisão, contudo há registros de mais de uma vez ao longo da existência do CAPS. Esta discente/pesquisadora vivenciou dois episódios.

A segunda modalidade de interrupção, a total, implica em fechamento do serviço e ausência de atendimento por algum período. Trata-se de uma fase, em geral na época de mudança de gestão quando há desligamento de profissionais cujo vínculo é precário. A mais recente foi entre 2016 e 2017.

Evidenciou-se também a existência de abandono do tratamento por parte dos usuários, mas não é possível afirmar se tem relação com as interrupções. Os elementos associados ao abandono do tratamento são diversos e complexos, e podem tanto estar relacionados ao usuário, quanto a operacionalização da assistência de saúde por parte da gestão local.

Em relação aos impactos, registra-se que o vínculo e o acolhimento são essenciais para assegurar a continuidade do tratamento e fazem parte da construção da cidadania dos usuários e familiares. Assim, verificou-se que as interrupções trazem implicações para os usuários e familiares classificados como: agravamento do quadro, gerando crises com as quais a família não sabe lidar, angústia dos familiares, insegurança sobre a continuidade, tempo ocioso, quebra de rotina.

Em relação aos profissionais identificou-se: angústia em relação a possibilidade de desmonte da equipe, frustração em relação ao trabalho planejado, desejo de melhorar a qualidade, inovar e recriar limitados pelas condições objetivas, atendimento de demandas para além da sua configuração, a exemplo de atendimento de usuários de substâncias psicoativas

frustrado. Salário baixos que exigem a busca de outros vínculos e gera esgotamento físico e emocional dos trabalhadores.

Buscando melhorar a qualidade do cuidado a saúde oferecido no âmbito do CAPS, é fundamental que o conjunto usuários, trabalhadores e familiares avaliem as consequências da interrupção do tratamento de saúde mental entre indivíduos assistidos nesses centros, e que tal avaliação seja periódica, qualitativa e tenham ecos para além do serviço, alcançando diálogos com a gestão. Com base nesta visão, pode-se compreender os problemas que causam a interrupção do atendimento nos CAPS aos usuários, e a partir da identificação dos problemas, estimular a elaboração e implementação junto aos gestores de ações que minimizem esse índice.

É importante destacar que no serviço estudado verificou-se “amarras” simbólicas exatamente nos sujeitos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, trabalhadores, familiares e usuários. Isso permite afirmar que persistem modelos de gestão que contribuem para fragilizar os vínculos e comprometer o cuidado em saúde mental na sua perspectiva emancipatória.

É esperado que este estudo contribua, de alguma forma, para o aprimoramento das ações nos CAPS e ambulatorios de saúde mental, mas especialmente para os modelos de gestão, pois estes devem caminhar rumo a uma prática em saúde mental baseada nos preceitos da Reforma Psiquiátrica, ampliando as atividades clínicas, vendo o indivíduo como um ser biopsicossocial, fazendo um resgate de sua autonomia, proporcionando sua reinserção social, fazendo valer seus direitos de cidadania a partir de uma assistência especializada e individualizada.

O vínculo precisa ser fortalecido neste modelo e não haver fragilidades tais como as interrupções.

REFERÊNCIAS

- ALVES, D. S. e GULJOR, A.P. O cuidado em saúde mental. In PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004, p. 221-240.
- AGUIAR, Z.N. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2.ed. São Paulo: Martinaria, 2015.
- AMARANTE, P. **Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil**. In: AMARANTE, P.(org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. 1ª d. 3ª Reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.
- _____, P. **O Homem e a Serpente. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- _____, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- _____, P. **Asilos, alienados e alienistas. Pequena história da psiquiatria no Brasil**. In: Amarante, P.D. (org) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. 1ª impressão, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998 (p. 73-84).
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro. Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração editorial, 2013.
- BARROS, D. D. **Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste**. São Paulo, EDUSP e Lemos Editorial, 1994.
- BASÁGLIA, F. **A instituição negada**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Edições Geral, 1991.
- BRASIL. Presidência da República. **Constituição de 1988, de 5 de outubro de 1988**. Brasília.
- _____. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 3657/1989. **Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória e dá outras providências**. Brasília, 1989.
- _____. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 189, de 11 de dezembro de 1991. Dispõe sobre o atendimento à Saúde Mental no Brasil. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 11 dez. 1991. Seção 1, p.28495.

_____. Presidência da República. Lei 10.216 ,de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Brasília.

_____. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** 2ª ed. Brasília; 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Secretária de Atenção a saúde.** Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil.** Brasília, DF: OPAS, 2005. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde –SUS.** Brasília: DF. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica.** Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011. **Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).** Brasília, DF, 23 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios : orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL, E. G. M. **Cuidado em saúde mental: representações sociais dos usuários, Familiares e trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial.**Fortaleza, 2007.

BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia.** Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo Jan.-Jun. 2011, Vol. 12, No. 1, pp. 66-78.

CAMPOS, Ernesto de Souza. **Santa Casa de Misericórdia da Bahia; origem e aspectos de seu funcionamento.** *Revista do Instituto Histórico e Geográfico da Bahia*, nº 69, 1943, p. 213-252.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Processo internacional, contestação,** Brasil, 2005.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Demanda em el Caso Damião Ximenes Lopes(caso nº12.237) contra la República Federativa del Brasil,** 2004.

COSTA-ROSA. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Amarante, P. (coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: NAU, 2003, p.13-44.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 385-434.

FLEURY, S. et al. **Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária.** Rio de Janeiro, CEBES, 2008.

FORNAZIER, Mônica Lorencetti. DELGADO, Rose das Chagas. **Reforma Psiquiátrica na Bahia: desafios e (des) caminhos.** Revista Baiana de Saúde Pública. 2011.

GOHN, Maria da Gloria. **Movimentos sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo.**Petrópolis, Vozes, 2010 a.

GOLDBERG, Jairo Idel. Reabilitação como processo no Centro de Atenção Psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes. **Reabilitação psicossocial no Brasil.** (org) 2ª edição. São Paulo. Hucitec, 1996.

GULJOR, A. P. F. **Os centros de atenção psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental.** 197 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

JACOBINA, R. R. **A prática psiquiátrica na Bahia (1874-1947): Estudo histórico do Asilo São João de Deus/ Hospital Juliano Moreira.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

MACHADO, Juliana Costa. **Rede de Atenção à Saúde Mental: Representações dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família no contexto da Reforma Psiquiátrica.** Dissertação [Mestrado] – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, Jequié, Bahia. 2011.150 pgs.

MACHADO, MH. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 257-284.

MATTOS, R. A. **Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade**. In: PINHEIRO, R.: MATTOS, R. A. (Org). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como um valor**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. P. 369-383.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

NAGAOKA, Ana Paula. **Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e suas vivências com a doença mental**. Ribeirão Preto, 2009.

OTT, Carlos. **A Santa Casa de Misericórdia da Cidade de Salvador**. Rio de Janeiro: Publicações do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional, nº 21, 1960.

NICÁCIO, Fernanda; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura**. Dissertação (mestrado em Ciências Sociais). Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1994.

PACHECO, Juliana, Garcia. **Reforma Psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência**. Curitiba: Juruá, 2009.

PAIM, J. S. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

PINHEIRO, R., et al. **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/ LAPPIS: ABRASCO, 2007.

PORTOCARRERO, V. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

REIS, H.F.T. **Famílias de pessoas em sofrimento mental: um olhar fenomenológico sobre as relações de convivência**. [Dissertação] de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde-Jequié, Bahia. UESB, 2010. 155f.

RESENDE, Heitor. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica**. In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, co-edição ABRASCO, 2001. p. 15-73.

RIBEIRO, M.B.S.; MARTINS, S.T.F.; OLIVEIRA, L.R. **Familiares de usuários vivenciando a transformação do modelo assistencial psiquiátrico**. Estudos de Psicologia, v.14, n.2, p.133-140, 2009.

RUSSEL-WOOD, AJR. **Fidalgos e Filantrópos. A Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1755**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981.

SCARCELLI, Ianni Regia. **Entre o hospício e a cidade: dilemas no campo da saúde mental.** São Paulo: Zagodoni, 2011.

SEQUEIRA, J. G. **Considerações gerais sobre os hospitais de alienados: necessidade da criação de um asilo, a eles especialmente destinado, em nossa província.** *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, 1(2):14-16, jul, 1886; 1(3):29-31, ago. 1866.

SILVA, Marcus Vinícius. **Loucura, Psicose e ressonâncias sociais.** In: *Rev. In-Tensa. Ex-Tensa*, Salvador-Ba: UFBA, Ano I, n. I, p. 52-69, 2007.

SOUSA, Elyana. **Os nós da atuação do núcleo de apoio a saúde da família na rede de atenção psicossocial.** Florianópolis, SC, 2014.

TOURINHO, D. C. **Breves considerações sobre a fundação do Asilo de alienados, na Quinta da Boa Vista, denominado S. João de Deus.** *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, 6(122):23-7, ago. 1872; 6(123):40-5, set. 1872.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais.** 1 ed. São Paulo: ed. Atlas S. A. 2009.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade** / Lucia Cristina dos Santos Rosa, Ivana Carla Garcia Pereira, Jose August Bisneto; Eduardo Mourão Vasconcelos (org). – 5. Ed. – São paulo: Cortez, 2010.

_____, E. M. **Reforma Psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social.** Campinas: Papel Social, 2016.

VENANCIO, A.T.. **Sobre a “Nova Psiquiatria” no Brasil: um estudo de caso do Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria, 1990.** Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

VERAS, Marcelo. **A loucura entre nós: uma experiência lacaniana no país da saúde mental.** Fapex, Salvador, Bahia; 2010.

VIEIRA, A. S. **Perspectivas CAPSciosas de inserção social de sujeitos em sofrimento psíquico: o caso provoca-dor do CAPS I Ana Nery.** 122 páginas. 2014. Dissertação – mestrado. Departamento de Ciências Sociais. Centro de Artes, Humanidades e Letras (CAHL) –Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Cachoeira/BA.

APÊNDICE



APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS FAMILIARES DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I.

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “ENTRE TRILHOS E DELÍRIOS: DESCONTINUIDADE NO TRATAMENTO DA SAÚDE MENTAL”, que tem como objetivo compreender os transtornos causados aos usuários do CAPS, com a interrupção/ abandono no tratamento. Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa para responder a uma entrevista sobre o tratamento do seu familiar no CAPS para conversar sobre o atendimento nos serviços de saúde mental que poderá ser realizada no próprio local de acompanhamento. Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo no acompanhamento do seu familiar no CAPS independente da sua opinião sobre o tema.

Estou ciente de que a sua participação, que está sob minha responsabilidade será registrada através da aplicação de uma entrevista. Tomo ciência de que a pesquisa terá alguns riscos, dentre eles: risco de ferir a privacidade do paciente, risco de compreensão equivocada do que o familiar quis dizer, e risco de um desconforto mental ocasionado por lembranças e/ou perguntas.

Nas entrevistas, todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr (a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa. Os resultados do estudo serão divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral, além de retornar para o CAPS I por meio de uma cópia do trabalho final.

Como benefício direto para os usuários, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim

solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa. Contatos com a graduanda em Serviço Social Vanessa Souza Sampaio, ou com as orientadoras Profa. Dra. Silvia de Oliveira Pereira e Profa. Dra. Heleni Duarte Dantas de Ávila.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo da pesquisadora.

Eu, _____ tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Cachoeira- Ba, ____/____/2018.

Participante

Vanessa Souza Sampaio



APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I.

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “ ENTRE TRILHOS E DELÍRIOS: DESCONTINUIDADE NO TRATAMENTO DA SAÚDE MENTAL”, que tem como objetivo compreender os transtornos causados aos usuários do CAPS, com a interrupção/abandono no tratamento. Serão utilizadas as técnicas de observação sistemática do dia a dia dos serviços, entrevista semiestruturada com questões abertas sobre as causas do abandono do tratamento e o seu posicionamento a respeito desse abandono, e também sobre sua experiência em saúde mental. Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo uma entrevista sobre o tema relacionado. Solicitamos sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo no seu vínculo com o serviço ou com o usuário independente da sua opinião sobre o tema. Nas entrevistas, todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa. Os resultados do estudo serão divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral, além de retornar para o CAPS I por meio de uma cópia do trabalho final.

Como benefício direto para os profissionais, usuários e familiares, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para desistirem quando assim não acharem mais conveniente. Contatos com a graduanda Vanessa Souza Sampaio ou com as orientadoras Prof^a. Dra. Silvia de Oliveira Pereira e a Profa. Dra. Heleni Duarte Dantas de Ávila.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo da pesquisadora.

Eu, _____ tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Cachoeira- Ba, ____/____/2018.

Participante

Vanessa Souza Sampaio



APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I.

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “ENTRE TRILHOS E DELÍRIOS: DESCONTINUIDADE NO TRATAMENTO DA SAÚDE MENTAL”, que tem como objetivo compreender os transtornos causados aos usuários do CAPS, com a interrupção/ abandono no tratamento. Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa para responder a uma entrevista sobre seu tratamento no CAPS para conversar sobre seu atendimento nos serviços de saúde mental que poderá ser realizada no próprio local de acompanhamento. Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo no seu acompanhamento no CAPS independente da sua opinião sobre o tema.

Estou ciente de que a participação do paciente que está sob minha responsabilidade será registrada através da aplicação de uma entrevista. Tomo ciência de que a pesquisa terá alguns riscos, dentre eles: risco de ferir a privacidade do paciente, risco de compreensão equivocada do que o paciente quis dizer, e risco de um desconforto mental ocasionado por lembranças e/ou perguntas.

Nas entrevistas, todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr (a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa. Os resultados do estudo serão divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral, além de retornar para o CAPS I por meio de uma cópia do trabalho final.

Como benefício direto para os usuários, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim

solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa. Contatos com a graduanda em Serviço Social Vanessa Souza Sampaio, ou com as orientadoras Profa. Dra. Silvia de Oliveira Pereira e Profa. Dra. Heleni Duarte Dantas de Ávila.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo da pesquisadora.

Eu, _____ tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Cachoeira- Ba, ____/____/2018.

Participante

Vanessa Souza Sampaio



APÊNDICE D - ENTREVISTA COM FAMILIAR

Endereço: _____ Número do prontuário: _____

Sexo: Masculino Feminino Idade: _____

Estado civil: Casado Solteiro União Estável Divorciado Separado

Raça/Cor: Branca Parda Negra Amarela Indígena

Escolaridade: Analfabeto Fundamental Incompleto Fundamental Completo

Médio Completo Médio Incompleto Superior Incompleto Superior Completo

Pós-graduação

Grau de parentesco: _____

Tempo de atendimento no CAPS: _____

Data do início do tratamento ___/___/___

Exerce atividade remunerada? SIM NÃO

Possui renda própria? SIM NÃO

Qual o tipo da renda, caso possua?

Aposentadoria BPC Pensão Auxílio Doença Salário Renda variável

Roteiro da Entrevista

1. Fale um pouco, como iniciou o tratamento do seu familiar no CAPS, e o que o levou a procurar por esse serviço.
2. Qual a importância que o CAPS tem para você?
3. No período que o CAPS não estava funcionando (Outubro de 2016 a Janeiro de 2017), como se comportou o seu familiar?
4. O que você teria a falar sobre esse período de interrupção do tratamento?



APÊNDICE E – ENTREVISTA COM PROFISSIONAL

1. Sexo: Masculino Feminino
2. Idade: _____ anos
3. Etnia: Branco Preto Parda Amarela Indígena Outro
4. Estado civil: Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) Viúvo(a)
5. Escolaridade: Fundamental Completo Fundamental Incompleto Médio Completo (
 Médio Incompleto Superior Completo Superior Incompleto Pós Graduação
6. Há quanto tempo trabalha em saúde mental:
 - . Mais de 10 anos
 - . Entre 6 a 10 anos
 - . Entre 1 a 5 anos
7. Possui outro vínculo empregatício? Sim Não

Roteiro de Entrevista com Profissional

1. Fale um pouco sobre o percurso profissional de vocês e como tem sido a experiência de trabalhar neste CAPS.
2. Acontecem casos de abandono/ interrupção do tratamento com recorrência neste serviço?
3. Para você, quais motivos contribuem para o abandono/ interrupção do tratamento de saúde mental neste CAPS?
4. Como a equipe multiprofissional e a instituição se posiciona a respeito desses abandonos de tratamento?
5. O que você acha que poderia ser feito para evitar os casos de abandono?
6. Na sua opinião, quais as consequências que causam na vida dos usuários a interrupção do tratamento no CAPS?



APÊNDICE F – ENTREVISTA COM USUÁRIO

Endereço: _____ Número do prontuário: _____

Data de início do tratamento: ____ / ____ / ____ Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____

Estado civil: () Casado () Solteiro () União Estável () Divorciado () Separado () Viúvo

Raça/Cor: () Branca () Parda () Negra () Amarela () Indígena

Escolaridade: () Analfabeto () Fundamental Incompleto () Fundamental Completo () Médio Completo () Médio Incompleto () Superior Incompleto () Superior Completo

Acompanhamento: () CAPS () PSF () Ambos

Profissão / Ocupação:

Exerce atividade remunerada? () SIM () NÃO

Possui renda própria? () SIM () NÃO

Qual tipo de renda?

() Aposentadoria () BPC () Pensão () Auxílio- doença () Salário () Renda variável

Modalidade: () Intensiva () Semi-intensiva () Semi-intensiva

Internação Psiquiátrica:

() Sim. Local: _____

() Não

Relações familiares:

() Rompida () Não Boa () Mantida () Boa () Conflituosa () Muito Boa () Ruim () Ótima

Roteiro da Entrevista com usuários

1. Fale um pouco do motivo que te fez iniciar o tratamento no CAPS Ana Nery.
2. Qual a importância que o serviço do CAPS tem para você?
3. No período que o CAPS não estava funcionando (Outubro de 2016 a Janeiro de 2017), mudou alguma coisa para você? O que?
4. O que você teria a falar sobre esse período de interrupção do tratamento?