

A implementação da política de saúde mental em município de pequeno porte – o caso de São José do Calçado/ ES - Brasil*

The implementation of mental health policies in small towns – the case of São José do Calçado / ES - Brazil

Mirella Souza ALVARENGA**

Maria Lúcia Teixeira GARCIA***

Resumo: Este artigo analisa como o município de São José do Calçado (Espírito Santo), implantou o CAPs I em 2000 e estruturou, entre 2001 e 2007, sua rede de atenção à saúde mental. Utilizou-se uma abordagem qualitativa e, como método, o estudo de caso. Foi realizada pesquisa documental e visita ao município para contatos com o gestor municipal de saúde e coordenador do CAPs. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas com cinco informantes-chaves sobre a política municipal de saúde mental. Para análise utilizou-se análise de conteúdo. A implantação do CAPs no município de São José do Calçado aconteceu em decorrência da constatação do alto índice de internações em Hospital Psiquiátrico (HP), motivadas tanto por transtornos mentais quanto por uso abusivo de substâncias psicoativas. Esses números chamavam a atenção dos técnicos da saúde pelo fluxo de usuários do Ambulatório de Saúde Mental existente em 1999 na cidade. Alguns atores políticos participaram desse processo: os atores governamentais (técnicos), e a comunidade (expressa na reação dos familiares ao tratamento dispensado pela Clínica a seus membros quando lá internados). O CAPs foi implantado e mantido com recursos da Prefeitura Municipal de São José do Calçado durante cinco anos, de 2000 até 2005, e a partir daí passou a contar com repasse do Ministério da Saúde para organização da rede municipal em saúde mental (sendo o CAPs responsável pela referência e contrarreferência em saúde mental). O estudo conclui que o CAPs vem buscando uma interação com outros serviços de saúde – especialmente os serviços de atenção primária – e também com outras secretarias da rede municipal, como a secretaria de Educação e a secretaria de Assistência Social. Isso nos permite dizer que há nesse percurso uma reafirmação da necessidade do trabalho intersetorial. Entretanto, essa prática intersetorial delega ao PSF um papel marginal de busca ativa, não assumindo a direção de apoio matricial proposto pelo MS.

Palavras-chave: Política pública. Política de saúde mental. Centros de Atenção Psicossocial (CAPs).

* Projeto de Pesquisa aprovado no Edital de Humanas e Sociais Aplicadas (061/2005 – proc. nº 400728/2006-0) e no edital FAPES/PPSUS/MS (termo de outorga 37501992/2007).

** Graduada de Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo, bolsista do CNPq. E-mail mirellaalvarenga@yahoo.com.br

*** Professora Doutora DSS/UFES, coordenadora adjunta do Programa de Pós-Graduação em Política Social (UFES), coordenadora do Grupo Fênix, pesquisadora do CNPq. E-mail: lucia-garcia@uol.com.br ou lucia.garcia@pesquisador.cnpq.br

Abstract: This research analyzes how the district of São José do Calçado, ES created the Attention Center of Mental Health (CAPs) in 2000 and structured between 2001 and 2007 its network of mental health care. The methods employed were a qualitative approach along with a case study utilizing documental research. The research also included visiting the city and contacting the municipal health manager and coordinator of the CAPs. Semi-structured interviews were held with five informants on the municipal mental health policy. Content analysis was chosen as a method to analyze the data. The CAPs were implemented in the district of São José do Calçado due to the finding of a high rate of hospitalizations in Psychiatric Hospitals (HP), motivated both by mental disorders and abuse of psychoactive substances. These numbers caught the attention of health professional due to the flow of users of Mental Health Outpatient Facilities in the city during the year of 1999. Some political actors took part in this process: the governmental actors (health professionals), and the community (expressed in the reaction of the patients' relatives to their treatment while hospitalized at the Center). The CAPs was established and maintained with funds from the district of São José do Calçado for five years (2000 to 2005) and in 2006 the district received support by Ministry of Health to organize the mental health network (the CAPs remaining responsible for the organization of the mental health patients' flow). The study concludes that the CAPs is seeking to interact with other health services – especially primary health services – and also with other departments of the municipal network, such as the Education department and the Social Assistance department. Therefore, this trajectory can be interpreted as a reaffirmation of the need for intersectoral work. However, these intersectorial practices delegate a marginal role of active search to the Family Health Program, which fails to assume the role of supportive matrix proposed by Ministry of Health.

Keywords: Public policy. Mental health policy. Psychosocial center suport.

Recebido em: 26/01/2009. Aceito em: 24/09/2009.

1 Introdução

A Política de Saúde Mental no Brasil vem passando por transformações que visam efetivar a cidadania dos sujeitos com transtorno mental. O Estado do Espírito Santo se insere na luta anti-manicomial em fins da década de 1980, seguindo a proposta de municipalização ditada pela gestão federal. Os serviços extra-hospitalares implantados se concentravam (e ainda se concentram) na região metropolitana da Grande Vitória. Outro aspecto é o tamanho dos municípios capixabas – dos 78, 42 são municípios de pequeno porte. A Portaria (Pt) GM/MS nº 336/2002, que estabelece as modalidades de Centro de Atenção Psicossocial (CAPs), discorre que para implantação desse dispositivo o município deve abrigar entre 20 mil e 70 mil habitantes.

Por isso, nos chamou a atenção o município de São José do Calçado, que implantou em seu território o CAPs I no ano de 2000. Nossa curiosidade surge de algumas constatações: 1º – a diversidade de recursos: ambulatório de saúde mental, CAPs I, leitos em Hospital Geral (HG);¹ 2º – a localização na Macrorregião Cachoeiro, que, segundo Plano Diretor Regional (PDR/2003), lidera o número de encaminhamento para internações em Hospital Psiquiátrico (HP); 3º – o fato de, paralelamente ao número considerável de

1 Dos 78 municípios do Estado, 46 possuem algum tipo de serviço em saúde mental. Destes, 24 são considerados de pequeno porte (menos de 20 mil hab.) e oferecem serviço na atenção básica através de equipes mínimas de saúde mental. (GARCIA et al., 2008).

encaminhamentos para internações nos HP do município de Cachoeiro do Itapemirim, São José do Calçado não apresentar dados de coeficiente de internação no que diz respeito a transtornos mentais; 4^o – a localização em região limítrofe com o Estado do Rio de Janeiro, que dá a esse município capixaba maior proximidade com os dispositivos de internação em Hospital Psiquiátrico do Estado vizinho.

Diante dessas considerações, este artigo tem como objetivo a análise do processo de implementação da política municipal de saúde mental de São José do Calçado – buscando identificar quais atores governamentais e não governamentais participaram do processo de formulação da Política de Saúde Mental e da implementação desta – e de como a demanda entrou na agenda política do município. Para alcançar tal objetivo, o texto inicialmente faz uma reflexão sobre a reforma psiquiátrica brasileira ocorrida entre as décadas de 1980 e o presente.

2 A implementação da política de saúde mental: entre tramas e redes

O Movimento pela Reforma Psiquiátrica (MRP), por ter sido consentâneo à luta pela redemocratização, teve como marca distintiva e fundamental o reclame pela cidadania do chamado “louco”.² (TENÓRIO, 2002). Esse movimento defendia como um de seus princípios a garantia da participação do usuário como sujeito ativo do processo de constituição do seu tratamento. (GULJOR, 2003). Contrapunha-se, assim, a uma concepção medicalizada e excludente da loucura. A reorientação da assistência psiquiátrica no Brasil, assim como a proposta italiana de Franco Basaglia,³ não se limita à desinstitucionalização, tendo como fim a construção de uma ação positiva da sociedade em relação ao “louco”. Para os analistas do MRP, somente com a mudança

de paradigma o movimento pela reforma psiquiátrica conseguiria enfrentar a resistência de grupos sociais ao fim dos manicômios, tornando possível a construção de um novo modo de lidar com o sofrimento mental, acolhendo e cuidando efetivamente dos sujeitos. (AMARANTE, 2007). No entanto, para serem formuladas e implementadas, as mudanças implicaram (e implicam ainda) o enfrentamento de resistências. Isso porque havia (e ainda há) grupos a favor da manutenção do antigo modelo, como empresários hospitalares e psiquiatras. Estamos em uma arena na qual não há consenso e que é atravessada por múltiplos e diferentes interesses.

Foi no ano de 1978 que os segmentos organizados da sociedade civil brasileira iniciaram a luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, liderada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). O MTSM passa a denunciar o quadro de violência que perpassa o cotidiano dos manicômios, a mercantilização da loucura e a hegemonia constituída pela rede privada de assistência. O movimento busca construir um processo coletivo de crítica contundente ao chamado “saber psiquiátrico” e ao modelo hospitalocêntrico adotado na assistência às pessoas com transtornos mentais. (MELLO, MELLO, KOHN, 2007). É nesse contexto que surgirão propostas e ações para a reorientação da assistência em saúde mental no país, que culminou na aprovação da lei nº 10.216/2001 e em inúmeras portarias que orientam a implantação e organização dos novos serviços – como as que regulamentam os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Atenção Psicossocial e os Programas de Volta para Casa.

O processo de desinstitucionalização como parte da reforma psiquiátrica, no entanto, não depende só de medidas normativas, pressupondo também transformações culturais, uma vez que deve garantir a reintegração das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes na comunidade. (AMARANTE, 2007). Depois do longo período de exclusão, controle e violência daqueles que sofrem de transtorno mental, surge uma das tarefas mais difíceis para a nova política de saúde mental: reabilitar o “louco” para conviver em comunidade e reeducar a comunidade para conviver com o “louco”. Assim, entre o movimen-

2 Louco aqui é utilizado para criticar a palavra usualmente utilizada para referir-se àqueles indivíduos considerados pela sociedade como não normais.

3 Franco Basaglia, psiquiatra, foi um dos líderes do movimento Psiquiatria Democrática Italiana, surgido na década de 1960. Esse movimento foi responsável por uma das mais radicais transformações no campo da psiquiatria e dos saberes sociais, principalmente no que tange às instituições asilares, reorientadas pela lei conhecida como *Legge Basaglia*. (AMARANTE, 1994).

to pela Reforma Psiquiátrica (não esgotado) e a sua inclusão na agenda política brasileira um longo caminho vem sendo percorrido. A reforma psiquiátrica ainda precisa enfrentar uma diversidade de entraves, dentre eles, o processo de descentralização administrativa e o financiamento para a execução das políticas de saúde. Partindo dessas reflexões, nos propomos neste artigo a analisar como São José do Calçado, um município de pequeno porte no interior do Estado do Espírito Santo (com pouco mais de 10 mil habitantes), implanta o CAPs I, a despeito das normatizações do Ministério da Saúde. O município de São José do Calçado apresenta particularidades que nos possibilitam entender o movimento contraditório de luta e resistência à implantação/implementação das diretrizes da política nacional, estadual e municipal de saúde mental. A aparente implementação da Política de Saúde Mental no município de São José do Calçado aponta uma realidade instigante. Como município de pequeno porte, São José do Calçado apresenta um dos mais antigos CAPs do ES (3º CAPs criado no Estado, em 2000). Na tentativa de entender como se deu a implantação do CAPs nesse município, é preciso que se apreenda como a temática entrou na sua agenda política e, também, o modo como vem acontecendo a implementação de tal serviço substitutivo, no que tange ao financiamento, aos recursos humanos, ao projeto terapêutico, aos índices de internação, entre outros.

3 Metodologia

Trata-se de uma abordagem qualitativa que tem como método o estudo de caso. Inicialmente, realizamos uma revisão teórica tendo como categorias centrais: a análise de políticas públicas e suas etapas de formulação e implementação; a Reforma Psiquiátrica; e a atual Política de Saúde Mental proposta pelos governos federal, estadual e municipal de São José do Calçado. O município foi visitado e entramos em contato com o gestor municipal de saúde e coordenador do CAPs, conduzindo cinco entrevistas com informantes-chaves, que foram gravadas e transcritas. Levantamos também documentos sobre o processo de formulação da Política Municipal de Saúde Mental, além de verificarmos

quais foram os sujeitos envolvidos no processo de formulação da Política e como surgiu a proposta de implantação do CAPs no município, identificando os argumentos favoráveis e contrários à sua implantação. Para análise dos dados, utilizamos a técnica de análise de conteúdo do tipo categorial. (BARDIN, 1977).

Para as entrevistas, solicitamos a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (assinado por cada participante). Garantimos também que cada participante poderia pedir qualquer informação sobre a pesquisa assim como não responder às questões que julgasse impróprias ou prejudiciais. Os dados de identificação dos entrevistados foram suprimidos e substituídos pela letra (E) e números (de 1 a 5).

4 Resultados

A implantação do CAPs no município de São José do Calçado data de 2000. Essa implantação no município aconteceu em decorrência da constatação do alto índice de internações em HP, motivadas por transtornos mentais. Esses números chamavam a atenção do município por conta do fluxo de usuários destinados ao ambulatório de saúde mental.

“[...] Havia um número grande de demanda para o ambulatório, com bastante demanda de internação, reinternação, recaídas [...] (E1)”.

O entrevistado utiliza quatro palavras para destacar esse processo: uma para a intensidade do problema – bastante – e três para o evento cíclico resultante da internação – internação, reinternação e o seu extremo do insucesso: a recaída. No entanto, é importante ressaltar que, apesar do destaque dado pelos entrevistados e dos documentos do município consultados, não conseguimos acessar na SESA e tampouco no DATASUS informações que nos permitissem confirmar o fluxo de internações psiquiátricas oriundas de São José do Calçado. Até a data de inauguração do CAPs, São José do Calçado tinha um ambulatório de saúde mental que, segundo a Pt nº 224/1992, deveria ser composto por uma equipe multiprofissional (psiquiatra, médico clínico geral, psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo,

neurologista e pessoal auxiliar, a ser formado pelo gestor local), devendo oferecer atendimentos individuais e grupais, realizar visitas domiciliares e desenvolver atividades comunitárias na região. (BRASIL, 2005). Contudo, em 1999 esse dispositivo se restringia aos atendimentos individuais, com três psiquiatras e, quando necessário, encaminhamento para atendimento com a assistente social da Secretaria Municipal de Assistência Social. Os usuários desse serviço em geral eram encaminhados para os hospitais psiquiátricos do município de Cachoeiro do Itapeiririm – Clínica Santa Isabel e/ou CAPAAC – e, principalmente, para o município de Bom Jesus do Itabapoana, no Estado do Rio de Janeiro – Clínica de Repouso Itabapoana (dados contidos no Relatório elaborado pela equipe do CAPs em 2004). É importante ressaltar que, à época, a regulação de porta de entrada não era efetiva, resultando em internações que sequer passavam pelo ambulatório. O dispositivo hospitalar era acessado tanto pelo ambulatório de saúde mental quanto pelas famílias das pessoas com transtorno mental, ou ainda pelos próprios HPs, que contavam com um pronto atendimento. Ao retornarem ao município de São José do Calçado, os pacientes oriundos dessas internações não recebiam acompanhamento especializado, o que ocasionava reincidência. O ambulatório existente no município possuía uma limitação clara – não conseguia atender à demanda – e as atividades prestadas não contemplavam a principal diretriz do MRP: a substituição dos manicômios pelos serviços extra-hospitalares de base comunitária e territorial. (BRASIL, 2005). Os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde explicitaram em seus discursos que estavam cientes desse quadro e da necessidade de que algo precisava ser feito.

“[...] tinha paciente que **chegava aqui dopado**, com aquele tanto de remédio. **Quando não tava internado, tava dopado**, não conseguia nem andar. Então **isso não é uma vida social**, como das outras pessoas [...]” (E4).

Ao mesmo tempo, alguns familiares procuravam a Secretaria e os técnicos do ambulatório de saúde mental com queixas sobre os manicômios, diante da recusa insistente do usuário em ser internado.

“[...] a mãe dela chegava aqui e chorava, **não queria mandar ela pra Clínica** [leia-se Clínica de Repouso Itabapoana]. Mas ninguém aceitava, **a comunidade não aceitava ela**. Então tinha que internar [...]” (E4).

Configuram-se aqui alguns atores políticos nesse processo: os atores governamentais (técnicos) e a comunidade (expressa na reação dos familiares ao tratamento dispensado pela Clínica aos seus membros quando lá internados). Para E1, a participação dos familiares influenciou na implantação do CAPs.

“Sempre existia uma **cobrança de ter um apoio, um local mais específico** pra que **evitasse que ocorresse essas internações** [...]” (E1).

Constatava-se a ausência de um serviço extra-hospitalar no município que de fato assistisse ao sujeito sem resultar em encaminhamento para internação em HP. Em 1998, o município carioca de Bom Jesus do Itabapoana implantava o seu primeiro CAPs. E a coordenação de saúde mental do município constatou que a Clínica de Repouso Itabapoana (CRI) recebia muitos usuários vindos de São José do Calçado.⁴ São José do Calçado se localiza em uma região limítrofe (entre o Estado do Espírito Santo, do qual é parte, e o Estado do Rio de Janeiro, no qual está localizado o dispositivo de internação psiquiátrica mais próximo, a CRI). Assim sendo, os técnicos de saúde do município de Bom Jesus do Itabapoana perceberam que, para reduzir os leitos do HP local, era necessário realizar um trabalho com os municípios vizinhos que utilizavam aquele serviço. Portanto, resolveram incentivar a estruturação de uma política de saúde mental no município de São José do Calçado que fosse efetiva e priorizasse a não institucionalização. Caracterizava-se aqui que pensar em gestão local em região limítrofe entre Estados da federação requer um planejamento interestadual.

Neste mesmo período, o Estado do Espírito Santo enfrentava a “crise” que o colocou no cenário nacional, devido aos diversos casos de

4 Este HP recebeu por muitas vezes e por longos anos os usuários calçadenses, alguns em situação de “moradia”.

violência, escândalos de lavagem de dinheiro e a virtual ligação de políticos com o narcotráfico e o crime organizado. Apesar de toda essa crise, a Coordenação Estadual de Saúde Mental buscava efetivar a política ditada pela gestão federal, e a elaboração da Política Estadual de Saúde Mental (PESM) foi exemplo disso. Esse documento direcionou a política estadual de saúde mental rumo à ampliação da atenção extra-hospitalar no Espírito Santo, seja garantindo o orçamento, seja reafirmando princípios e diretrizes que deveriam nortear as políticas municipais de saúde mental. As diretrizes da PESH, assim como as da PSM, propunham a substituição do tratamento centrado nos HP pelos Centros/ Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPs/ NAPs). O documento adotou como meta a descentralização política administrativa, a implantação de uma rede de serviços descentralizada – hierarquizada de forma integrada e articulada –, estabelecendo, também, a necessidade de um protocolo que garantisse a efetivação de um sistema de referência e contrarreferência. Todo esse trabalho no setor saúde mental deveria estar articulado aos demais programas e projetos, com ênfase à Estratégia Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde. (ESPÍRITO SANTO, 2000).

A ideia do CAPs se tornou latente, sendo efetivada em 2000, fruto de um trabalho conjunto, com uma atuação da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Calçado, de alguns técnicos do ambulatório de SM, da Coordenação Estadual de Saúde Mental, da Coordenação de Saúde Mental de Bom Jesus do Itabapoana, e dos familiares de usuários. Todavia, mudar a ordem estabelecida não foi fácil, e houve inúmeras resistências. Em São José do Calçado não foi diferente. Precisou-se enfrentar a oposição de pessoas da própria gestão municipal e também do Conselho Municipal de Saúde, principalmente porque, no início, o município seria responsável por financiar tal dispositivo.

“[...] Teve muita gente que falou isso pra mim. **Que o CAPs ia dar prejuízo pro município, sabe!** [...] O Conselho Municipal de Saúde achou meio complicado na época, como implantar uma coisa assim? **‘A gente não tem estrutura pra isso’** [...]” (E4).

Apesar de a descentralização ser efetivada pela CF/1988 e reafirmada pelas Normas

Operacionais Básicas, à época da criação do CAPs ainda não havia incentivo financeiro para a implantação de novos serviços de atenção à saúde mental nos municípios de pequeno porte, como no caso de São José do Calçado. Tal fato implicava a responsabilidade do município em questão em arcar com as despesas do dispositivo. Isso se caracterizava como uma descentralização administrativa, no sentido de que as obrigações eram repassadas aos municípios – atenção integral à saúde de seus munícipes – sem o correspondente repasse de recursos.

Houve também resistência de profissionais da saúde.

“[...] Que pra eles, achavam assim, **o negócio era receita, remédio e tchau** [...]” (E4).

O papel estereotipado do médico – emissão de receitas, prescrição de medicamento – revela a visão preconceituosa tradicionalmente aceita. Era necessário não só buscar o rompimento com a tradição do manicômio, mas também superar o saber da psiquiatria tradicional, que sobrepõe a medicalização à assistência ao sujeito em sua totalidade. E4 também apresenta o interesse da indústria farmacêutica, que tenta incutir a ideia de que o medicamento é central no tratamento dos transtornos mentais. Percebemos ainda, por fim, um processo contraditório incutido na configuração da agenda política – os profissionais de saúde são tidos ao mesmo tempo como impulsionadores da mudança e de resistência às mudanças.

A implantação do CAPs ainda enfrentou a oposição da comunidade

“[...] nós alugamos uma casa. Aí o **pessoal daquela rua ali foi lá no prefeito falar que não podia colocar casa de doido ali**. Porque **aquela rua é de família** [...]” (E4).

É fundamental que, além da ampliação de serviços extra-hospitalares, o município busque meios de incentivar dentro da comunidade trabalhos com o objetivo de desconstruir este estereótipo do louco, desmitificar a necessidade de exclusão como meio único e eficaz de tratar os sujeitos com algum transtorno mental. Assim, os mesmos técnicos e comunidade que lutaram por

novas alternativas de tratamento na área também foram os que apresentaram resistências àquilo que se configurava como novo – a não exclusão do “louco” do convívio social.

Não houve registro inicial de resistência explícita e direta dos HP. Entretanto, essa resistência surge na manutenção de internações sem um encaminhamento dos serviços de saúde mental. A cultura hospitalocêntrica configurava-se como um entrave. O CAPs ainda não tinha se firmado como central no atendimento [e ainda não se firmou] e os profissionais de saúde mental continuavam optando pela representação de ordem biológica e organicista da doença mental. O processo saúde-doença carregado pelos princípios que concebem a doença como o resultado da perturbação da regularidade e do equilíbrio biológico sobrepenha-se a um novo olhar, que inclui o meio em que os sujeitos vivem e as inúmeras representações da questão social que o perpassam. Desse modo, a falta de clareza dos profissionais de saúde e da comunidade diante das propostas da gestão federal ou do jogo de interesses – na perspectiva não só da desospitalização –, faz com que os profissionais continuem responsabilizando as famílias pela internação. Apesar das muitas tentativas e debates teóricos no sentido de fomentar um novo modelo de assistência em saúde mental, no final dos anos 1990, a prática ainda estava impregnada pelo modelo tradicional, que busca a causa da doença primeiramente na dimensão biológica e a cura através da intervenção medicamentosa.

O novo dispositivo, ao contrário do ambulatório de saúde mental, já trazia em si uma ideia de substituição dos HP, e não apenas mais uma opção de tratamento. Como já visto, os Centros de Atenção Psicossocial propostos são dispositivos que trazem em si a negação ao modelo hospitalocêntrico. Além disso, nas palavras de E1, a gestão municipal pensava o CAPs como:

“[...] um ponto de acolhimento dessas pessoas que normalmente internavam e voltavam sem ter um local de apoio [...]” (E1).

A gestão municipal atribuía ao dispositivo extra-hospitalar criado o papel de acolher os pacientes, inclusive nos momentos de crise, reduzindo tanto as internações quanto as reincidências

dessas internações. A implantação do CAPs despontou no município um novo modo de assistir àqueles com transtorno mental, em consonância com a orientação da política nacional e estadual de saúde mental (PSM e PESM). Entendemos ainda que o objetivo inicialmente traçado respondia à pressão das gestões nacional e estadual, dos técnicos e da comunidade para a criação de um local de apoio àqueles que se encontravam círculo de internação/reinternação. Em 2000, logo que foi implantado, o CAPs assistia a uma média de 35 pacientes. Porém, como já sabemos, quando há oferta de serviço de saúde novas demandas aparecem. Assim, cinco meses depois da inauguração do CAPs, teve início a implantação do Programa de Saúde da Família no município e, por meio deste novo dispositivo, houve aumento da procura do CAPs. A partir do PSF, o que se vê é o aparecimento dos sujeitos que estavam fora do circuito ambulatório-hospital psiquiátrico, mostrando que existia uma demanda que jamais havia buscado os serviços de saúde mental. Assim, atualmente, segundo os entrevistados, todos os pacientes do CAPs consistem em demanda referenciada, seja pelo ambulatório de saúde mental seja pelo PSF.

Passados oito anos desde a implantação deste serviço substitutivo, entre os municípios da região, 188 estão em acompanhamento no CAPs (número superior ao que apontava os documentos analisados – 165 pacientes em tratamento). Destes, 100 são do sexo feminino e 88 são do sexo masculino. É importante salientar que em todas as entrevistas e documentos, foi destacada a presença de usuários com transtornos mentais decorrentes do uso de substância psicoativa, principalmente de bebidas alcoólicas. Todavia, de acordo com os dados obtidos, apenas 16 usuários estão em tratamento para esse tipo de transtorno no CAPs do município (9,1%). O CAPs presta atendimentos “Intensivos”, “Semi-intensivos” e “Não intensivos”. Essas noções de atendimentos foram criadas para caracterizarem os projetos terapêuticos de cada paciente, ou seja, estão vinculadas aos cuidados clínicos e projetos terapêuticos dos pacientes, e não aos turnos. (BRASIL, 2005). No CAPs I de São José do Calçado, 45% de seus usuários recebem atendimento não intensivo (o usuário comparece quinzenalmente ou mensalmente

ao acompanhamento terapêutico, ou ainda até três vezes no mês). Dentro do atendimento intensivo (cuidado diário) encontram-se 13% dos usuários, enquanto 25% recebem atendimento semi-intensivo, 11% dos usuários receberam alta do tratamento e 6% estão em lista de espera. A existência de fila de espera nos permite concluir que a demanda ultrapassa a capacidade do serviço, o que implica a necessidade de ampliar os serviços substitutivos nesse município.

“A **gente atende mais aqueles necessitados mesmos**. São aqueles pacientes assim, que tomam medicamentos, são os alcoólatras que a gente tenta trazer pra cá. Fazer um tratamento melhor com eles [...]” (E2).

Reafirma-se aqui o caráter de inclusão excludente que marca a política social brasileira – aqui anunciada pela expressão **mais** necessitados. Ficam de fora, portanto, os considerados pelos técnicos como **menos** necessitados. Quanto à alta, não podemos afirmar que ela seja motivada pela estabilidade do tratamento. Durante as entrevistas, tivemos informações que, em casos de desistência, o paciente recebe alta do CAPs, até mesmo pela existência da fila de espera. Porém, não tivemos informações suficientes para afirmarmos que as altas apresentadas são positivas.

“[...] o paciente não pega o medicamento, aí eu passo pro psiquiatra. O psiquiatra vê o que vai fazer, se vai dar alta, né! Por que aí a gente tenta comunicar com o paciente, **se ele não quer fazer o tratamento mais**, abandona, entendeu? **Então o psiquiatra dá alta pra esse paciente**, pra tá entrando outro no lugar dele. **Isso aí é coisa que ocorre bastante**” (E2).

Além disso, pelos dados informados, não pudemos identificar se houve ou não encaminhamentos para internação em HP nesse período.

A utilização da internação está prevista na PSM, na PESM e na própria política municipal, porém, essas primam pela internação em leitos psiquiátricos inseridos em hospital geral. No caso de São José do Calçado, o leito no HG ainda não consiste em um serviço efetivo disponível na “rede” de saúde mental do município. À época do credenciamento, foi informado ao MS que o município solicitou três leitos ao Hospital São José. Durante as entrevistas, alguns sujeitos referiram

que havia um leito no HG; todavia, segundo a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) do ES não há leitos psiquiátricos cadastrados no Hospital São José. Assim, apesar de o Plano Municipal de Saúde apresentar a existência de três médicos psiquiatras no Hospital São José, isso não foi suficiente para efetivar o credenciamento dos leitos psiquiátricos no município. Segundo E5 (com o gravador já desligado), há muitas resistências por parte dos profissionais do hospital quanto à utilização dos leitos. No que tange à internação em HP, tivemos dificuldades para obter informações mais precisas. Primeiro, os entrevistados disseram não saber quantos pacientes estavam internados em HP. Tanto porque no dia esse dado estava desatualizado, quanto porque já houve ocasiões em que HP não respeitou o órgão regulador.

“[...] **A família chega lá** (HP), consegue e entra, entendeu! E **consegue internar o paciente na boa** [...]” (E2).

Segundo, a CRI para a qual são encaminhados os usuários calçadenses não nos atendeu sequer por telefone. Com relação a esse HP, desde 2001, a Comissão de Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro assumiu uma postura de efetivação da PSM, primando pela redução dos leitos em HP. Assim como outras instituições psiquiátricas, a CRI teve redução mensal do valor pago pelo SUS. O valor foi realocado para a criação de CAPs e residências terapêuticas na região norte do Estado do Rio de Janeiro. Dando continuidade à aplicação da diretriz da desinstitucionalização, a portaria nº 315 de julho de 2004, que regulamenta a reclassificação dos HP após o ajuste do número de leitos, classifica a CRI como classe VI. (BRASIL, 2005). Essa nova classificação, pactuada entre gestores estaduais, municipais e prestadores de serviço, teve como objetivo a redução em trinta leitos, contabilizando, ao final, 380 leitos psiquiátricos, 320 leitos/SUS e sessenta leitos particulares. Ao ser questionado a respeito da Clínica de Repouso Itabapoana, E2 relata:

“[...] eu já visitei. **É muito boa**, eu não tenho do que reclamar não, entendeu! Tem um tratamento muito bom. Eles mesmo trocam os pacientes, tem leitos divididos, tem os pacientes mais agressivos que ficam em leitos separados. Tem leitos masculino e feminino [...] **E é assim enorme** [...] **é muito grande mesmo**” [E2].

O entrevistado diz que a clínica é muito boa, contudo, se restringe a enfatizar as características físicas – tem leitos divididos, é enorme. Quanto à qualidade do tratamento, ao contrário da interpretação de E2, o PNASH/psiquiatria 2005/2006 atribuiu à CRI nota inferior a 61%, nota mínima para o credenciamento no MS. Desse modo, a Pt nº 501 de setembro de 2007 determinou que o gestor local criasse medidas para a suspensão de novas internações e o seu descredenciamento. (BRASIL, 2005).

Pudemos assim entender o porquê de E1 e E2 dizerem que, no ano de 2007, a Central de Vagas do município de Itaperuna no Estado do Rio de Janeiro não estava aceitando mais os pacientes encaminhados pelo CAPs de São José do Calçado, mesmo havendo vagas.⁵ A fim de confirmar o motivo da recusa, contatamos a central de vagas responsável, que nos informou estar seguindo os procedimentos estipulados pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, porém não mencionou a Pt 501. A recusa do órgão regulador das vagas em encaminhar pacientes de São José do Calçado para a CRI deveria redirecionar os usuários dos serviços de saúde mental desse município para as instituições localizadas no Estado do Espírito Santo, precisamente no município de Cachoeiro do Itapemirim. Nesse município localizam-se duas clínicas psiquiátricas, o CAPAAC⁶ e a Clínica

Santa Isabel.⁷ Segundo dados da Coordenação Municipal de Saúde Mental, há cinco pacientes de São José do Calçado internados na clínica de Bom Jesus do Itabapoana e um paciente internado numa clínica de Cachoeiro de Itapemirim. Esses dados nos levam a pensar que, ou a CRI não respeita o órgão regulador de vagas de Itaperuna, ou mantém a internação por um período acima de 45 dias; uma vez que, segundo informações do técnico do HP, a Clínica de Repouso não recebe municípios de São José do Calçado desde março de 2007. Tivemos inclusive a informação, mediante contato telefônico, de que não havia paciente algum deste município na mesma. Diante disso, podemos compreender a dimensão da resistência dos HP em efetivar as propostas ditadas pelo MS, e o tamanho esforço que os técnicos envolvidos com as propostas do MRP têm de fazer para efetivar a reorientação da assistência em saúde mental, seja na ordem da prestação de serviços, seja na perspectiva ideológica de repensar o “louco” e a “loucura”.

Nesse debate, evidenciam-se as necessidades postas para a organização/manutenção desse serviço: técnicos com diferentes formações, capacitação e infraestrutura física. Essas questões são apontadas como desafios para a implementação da Política de Saúde Mental. As entrevistas e os dados revelaram que a redução do índice de internação foi alcançada no município de São José do Calçado. Entretanto, os mesmos dados e depoimentos indicam também que há processos criativos que burlam a porta de entrada no HP e, ainda, que há um fracionamento entre o tratamento associado ao consumo de bebidas alcoólicas e o tratamento de transtornos mentais (psicoses).

5 Os profissionais do CAPs de São José do Calçado estavam cientes da existência das vagas na CRI porque há técnicos que trabalham concomitantemente nas duas instituições. Inclusive mencionaram que, às vezes, encaminham o paciente no horário de serviço de um desses técnicos na CRI. Em relação a essa última menção, E5 afirmou que o fato de esses técnicos do CAPs trabalharem na Clínica de Repouso Itabapoana se apresenta como um entrave para a ampliação da atenção aos sujeitos com transtorno mental decorrente do uso de substâncias psicoativas.

6 O CAPAAC é um hospital psiquiátrico público de gestão estadual que se apresenta como alternativa no que tange ao cuidado à saúde mental na região de Cachoeiro de Itapemirim, como nos apresentam Souza e Garcia (2007). Esta instituição passou por diversas transformações no decorrer dos anos posteriores ao MRP. Houve redução significativa dos leitos (atualmente 35) e do modo de condução do tratamento – além dos atendimentos médicos de rotina, com a orientação de medicamentos e apoio psicológico, os profissionais do hospital também desenvolvem outras atividades com os pacientes. Entre as oficinas, destacam-se a terapia ocupacional, arte terapia e atividades físicas. (ESPÍRITO SANTO, 2007).

7 A Clínica Santa Isabel é um HP privado conveniado ao SUS, que se configura como foco de resistência à implementação da PSM e às pressões da Coordenação de Saúde Mental da SESA, buscando romper com a lógica perversa na qual o lucro se sobrepõe ao cuidado na assistência à saúde. Durante esses anos de luta pela reforma psiquiátrica, a clínica reduziu em cinco o seu número de leitos. (SOUZA, GARCIA, 2007). Diante da oposição entre os interesses do Estado e dos proprietários dos HP – nesse caso, entre a clínica e a política nacional e estadual de saúde mental – o gestor estadual comunicou a deliberação ao MS para providências. (FERREIRA, 2005). Todavia, a clínica, junto à Federação Brasileira de Hospitais, entrou com recurso para manter o número de leitos conveniados ao SUS e, até onde se sabe, mantém seus quatrocentos leitos. (SOUZA, GARCIA, 2007).

“[...] às vezes a gente interna um ou dois pacientes, no caso de alcoolismo, mas transtorno mental a gente não tá internando mais paciente”. (E4).

No interior do debate da Reforma Psiquiátrica, colocava-se a necessidade de tornar o enfrentamento dos problemas oriundos do consumo indevido do álcool e de outras drogas uma questão de política pública. Essa direção reafirma a proposta de reorientação da assistência em saúde mental no país, à medida que oferecia aos usuários formas de tratamento em serviços extra-hospitalares. A partir da Pt nº 336/2002, surge um novo serviço, denominado CAPSad, para atenção aos sujeitos com transtornos mentais resultantes do abuso de substâncias psicoativas. (BRASIL, 2005). A instituição de um local específico para assistir às problemáticas provocadas pelo uso abusivo de substâncias psicoativas esbarrou no limite da existência desses serviços e na distribuição espacial destes. No país, existem 138 Caps dessa modalidade e, no Estado do Espírito Santo, esse número se reduz a três serviços, todos localizados na Grande Vitória.

Para o enfrentamento dessa realidade, a Pt nº 384 de julho de 2005 autorizou o CAPs I a prestar atendimento aos usuários de álcool e outras drogas. Todavia, é explícito que o município de São José do Calçado não contempla a atenção a esses sujeitos, mantendo a antiga ordem de internação em HP, cujo tempo médio de internação é superior a seis meses. Pudemos perceber nas entrevistas que os técnicos conhecem a Pt 384/05 e estão cientes da responsabilidade que o Centro de Atenção Psicossocial I tem em oferecer assistência aos sujeitos que apresentam transtornos mentais decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas, no caso de São José do Calçado, do uso abusivo de álcool.⁸

“Hoje, o CAPs I pode fazer esse trabalho, **existe uma portaria**, que eu não me lembro agora, que dá esse respaldo ao CAPs I de tá inserindo no seu trabalho o álcool e drogas, entendeu! [...] **A gente pode tá fazendo esse trabalho sim**”. (E3).

Mas entre o saber e o fazer existe uma distância considerável, tanto que, apesar de saberem que podem e devem realizar atividades direcionadas para tal clientela, não há relatos de atividades específicas para esses usuários.

“Não, **não existe** (atividades voltadas para pacientes alcoolistas) [...] **Se afastam**, porque geralmente **eles querem a parte profissionalizante**. Eles gostam de mexer no jardim, capinar, mexer com madeira [...]” (E5).

Procuramos saber se na microrregião Guaçuí existe alguma discussão sobre a criação de um CAPs ad, mas o assunto não está na pauta de debate desta microrregião de saúde. Quanto à região macro sul, lembramos que a gestão estadual aprovou em outubro de 2007 a criação de um CAPs dessa modalidade no município de Cachoeiro do Itapemirim, no qual se localiza a clínica psiquiátrica que mais recebe usuários para tratamento de transtornos mentais e de comportamento ocasionados pelo consumo excessivo de substâncias psicoativas.

O documento Instrumento de Monitoramento CAPs – 2006 considerou completa a equipe técnica do CAPs. Porém, este mesmo documento considerou a equipe insuficiente, quando consideradas as atividades oferecidas por tal serviço. (ESPÍRITO SANTO, 2006). Em 2000, o CAPs tinha uma equipe composta por médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem, artesãos e auxiliar de serviços gerais. Esse quadro de funcionários não contemplava a legislação vigente, pois, segundo a Pt SNAS nº 224/1992 (BRASIL, 2005), além de médico psiquiatra e enfermeiro eram necessários mais quatro profissionais de nível superior que pudessem colaborar com o desenvolvimento de projetos terapêuticos. Além disso, essa portaria também afirma a necessidade de outros profissionais que contribuíssem para o bom funcionamento do serviço – e podemos perceber que, em face das variadas ações a serem desenvolvidas, havia demanda de profissionais de nível técnico.

No ano de 2002, em substituição à Pt 224 foi criada a Pt GM/MS nº 336, que definiu nova direção para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Tomando como referência a Pt 336/02, no decorrer dos anos de 2000

8 Dezesseis em acompanhamento no CAPs e seis em acompanhamento em HP.

a 2005 houve avanço no que tange à contratação de profissionais para os CAPs de São José do Calçado, todavia, o número de profissionais permaneceu insuficiente. No ano de 2005, faltava um profissional de nível superior que pudesse contribuir para elaboração do projeto terapêutico. Já em nível técnico, apesar de completa, a equipe se mostrava insuficiente para a realização de todas as atividades, principalmente de caráter administrativo. No que diz respeito aos profissionais de nível fundamental, o dispositivo vai além das exigências da norma que regulamentava este serviço extra-hospitalar. A equipe de profissionais em exercício no ano de 2007 está de acordo com a legislação vigente. Entretanto, dos técnicos de nível superior, somente o médico é efetivo, sendo os demais profissionais contratados temporariamente, o que compromete a continuidade do trabalho. Em comparação ao ano de 2005, houve aumento de um profissional de nível superior (fonoaudiólogo). Contudo, os entrevistados demandam um profissional de serviço social dentro da equipe, pois o serviço conta com um “apoio” da assistente social do município (da secretaria de Assistência Social), que não consegue responder às demandas dos usuários dos CAPs, entre elas, a instituição do Programa de Volta para Casa (PVC).

“[...] aqui em Calçado não temos PVC [...] pacientes que têm mais de dois anos de internação aí é, **internações prolongadas existem alguns casos**, bastante casos, mas [...] esse de volta para casa tem que trabalhar muito com o serviço social, e o **serviço social daqui é ainda precário** [...]” (E1).

O CAPs ainda conta com a participação de um profissional de nutrição da Secretaria Municipal de Educação, que elabora o cardápio diário dos CAPs. Houve solicitação também de um educador físico para ampliar as atividades oferecidas. Essa negociação aconteceu na reunião do Conselho Municipal de Saúde no ano de 2006, e foi atendida pela Secretaria de Educação, que cedeu o profissional. Foi agregado à equipe de nível técnico um responsável pelo serviço administrativo, suprimindo a necessidade apresentada anteriormente. No ano de 2006, juntaram-se à equipe do CAPs mais dois técnicos educacionais,

cedidos pela Secretaria Municipal de Educação, que ministram oficinas de alfabetização.

Durante a visita, E2 relatou que os profissionais necessitam de capacitação, porque a maioria deles não tinha contato com a temática antes de iniciar o trabalho nos CAPs. Em relação à educação permanente dos profissionais de saúde, encontramos apenas um documento, que cita um Curso de Capacitação em Saúde Mental, ocorrido em fevereiro de 2002. Também encontramos um documento que informa a realização do I Simpósio de Serviços Substitutivos em Saúde Mental do Sul Capixaba, ocorrido no mês de março de 2002. Esse evento foi organizado pela equipe de profissionais dos CAPs, contando em sua programação com profissionais de saúde mental dos municípios vizinhos Bom Jesus do Itabapoana e Itaperuna, ambos do Estado do Rio de Janeiro, e de profissionais da SESA e de instituições de ensino – FIOCRUZ e UFF.

Todas as atividades desses profissionais dos CAPs deveriam ser documentadas no Projeto Terapêutico, tanto coletivo quanto individual. Todavia, dos documentos analisados, apenas um discorria sobre o projeto terapêutico, o Instrumento de Monitoramento CAPs – 2006, realizado pela Coordenação Estadual de Saúde Mental. Segundo esse documento, o projeto terapêutico coletivo apresentado pela instituição não correspondia à prática institucional, dada a inexistência de atendimentos aos familiares, reuniões de equipe e visitas domiciliares.

De acordo com as entrevistas realizadas em 2007, havia um projeto terapêutico, porém não tivemos acesso ao documento. Um dos entrevistados apenas citou as atividades do grupo operativo, que se reúne uma vez por semana e é conduzido pelos profissionais de psicologia, fonoaudiologia e enfermagem. O serviço engloba atendimentos individuais com psicólogo, enfermeiro, psiquiatra e fonoaudiólogo; atendimento coletivo com nutricionista e terapeuta ocupacional; oficinas terapêuticas de música, de artesanato e de alfabetização. As atividades oferecidas pelo serviço não contemplam a Pt 336/02 em sua totalidade, o documento prevê que o CAPs I deve realizar atividades como atendimento individual, atendimento em grupo, oficinas terapêuticas, visita domiciliar, atendimento à família, atividades comunitárias e oferecer refeições diárias. Entre os atendimentos

individuais, fomos informados de que foi contratado um farmacêutico para fazer a dispensa dos medicamentos na farmácia do CAPs. Até o mês de maio de 2008, esses medicamentos eram entregues por qualquer um dos técnicos do serviço; agora, o usuário do CAPs passa a receber orientações individuais por um profissional da área. Por outro lado, fomos informados de que o serviço sofre com a falta de medicamentos.

O que nos chama atenção em relação às oficinas propostas é o fato de, apesar de apontada como uma questão frequente em todas as entrevistas e nos documentos, não haver assistência voltada para os portadores de transtorno mental decorrente do uso de substâncias psicoativas – com destaque para o consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Praticamente desde a criação do CAPs, as demandas de internação em HP são para usuários alcoolistas. No entanto, em momento algum foi mencionada a existência de um planejamento para efetivar esse tipo de oficina.

As visitas domiciliares não se configuram como uma rotina do serviço

“[...] A gente faz as visitas também, quando há necessidade a gente faz [...] **não é periódica. Quando há necessidade mesmo de tá indo...** a gente às vezes tem um paciente aqui que tá com a situação meio precária e tal [...] **e quando a família mesmo pede**, quando o paciente não quer vim mais, entendeu! Aí a família vem pedir e a gente faz [...]” (E2)

E2 nos apresenta, por um lado, que a visita domiciliar não é vista pelos profissionais como uma atividade necessária para a assistência em saúde mental que deva fazer parte da rotina do CAPs. E, por outro, que a família também não está ciente do quanto ela é fundamental para o tratamento do sujeito com transtorno mental e para a inserção desses seus membros tanto na família quanto na sociedade. Além disso, os atendimentos à família destoam da proposição da PSM e da PESM:

“Tem a assistente social e o que a gente propõe geralmente é o seguinte, de fazer uma vez por mês [trabalho voltado para as famílias]. De vez em quando fica um tempo sem fazer e tal, mas agora já reativou, que é o almoço dos aniversariantes do mês. **Nesse almoço dos aniversariantes a gente convida a família**

pra participar. Mas tem a assistente social que ela deve fazer, mas eu acho que ela faz pouco”. (E5).

“Fazemos também [acompanhamento com a família]. **A família tá sempre vindo** entendeu! [...] Porque têm **muitos assim que não sabem conversar direito**, que **não entende direito o que o médico tá falando**. Então a gente sempre pede pra poder a família tá vindo [...] pra poder tá vindo acompanhar ele, saber o que está se passando o que não está se passando”. (E2).

As falas de E5 e E2 comprovam que a assistência à família não tem a mesma perspectiva do MS – esclarecer questões a respeito da doença mental e envolver a família no tratamento. Há uma contradição no que tange a essa atenção à família: os entrevistados falam da importância da assistência à família, da necessidade de a família ser assistida pelo CAPs, e, ao mesmo tempo, E2 restringe essa assistência ao repasse das informações da consulta com o psiquiatra, enquanto E5 delega a função exclusivamente ao serviço social. Essas informações nos levam a pensar que o foco da assistência às famílias não é o envolvimento destas no tratamento do sujeito portador de transtorno mental, mas sim a continuidade da tutela, a permanência do entendimento de que o sujeito com transtorno mental é incapaz de se constituir como um participante ativo no processo do próprio tratamento.

É importante notar que a perspectiva de trabalho na comunidade não enfoca a integração do paciente na mesma, muito menos sua inserção familiar e social. Por fim, quanto às refeições diárias o CAPs de São José do Calçado supera as perspectivas do MS e, como veremos adiante, também dispõe de transporte para os usuários.

Em relação à infraestrutura, a partir de outubro de 2007 o CAPs pôde contar com nova estrutura física para a execução de suas atividades, o que permitiu uma melhoria nas condições de desempenho das mesmas. Depois de funcionar em casas alugadas, o CAPs de São José do Calçado recebeu financiamento federal para a construção de sede própria. No período de quase oito anos que antecedeu a construção da sede, o CAPs foi sucessivamente instalado

em locais que não possibilitavam a execução das atividades propostas pelo MS – tanto em relação à Pt nº 224/1992 quanto à 336/2002. A Coordenação Estadual de Saúde Mental através do Instrumento de Monitoramento CAPs – 2006 considerou que o local onde o CAPs funcionava nesse período (no segundo local), não tinha o número de salas suficientes para a realização das atividades. E2 confirmou que a segunda casa alugada para o funcionamento do CAPs era

“[...] muito pequena [...] a farmácia funcionava junto com o consultório [...] era **muito embo-lado**”.

Neste segundo imóvel, um mesmo espaço era utilizado como refeitório e como sala para realização de oficinas. O CAPs possui hoje sede própria, e nela os usuários perderam a sala de repouso. Durante a visita, o técnico que nos atendeu disse que esse leito foi suprimido porque ele só era utilizado para o paciente dormir, não servindo para repouso ligado ao tratamento.

No que diz respeito ao financiamento, o CAPs foi implantado e mantido com recursos da Prefeitura Municipal de São José do Calçado durante cinco anos, de 2000 até 2005. Durante esse período, a gestão municipal arcou com as despesas de profissionais, medicamentos, alimentação, material para oficinas, aluguel do imóvel, enfim, todas as despesas do serviço.

Em 2005, com o retorno da equipe da gestão anterior (1997 – 2000), aqueles profissionais da Secretaria Municipal de Saúde que atuaram na implantação do CAPs voltaram a ocupar seus cargos e decidiram elaborar o projeto do CAPs I para pleitear o cadastramento no MS. O município procurou a SESA e recebeu incentivos para apresentar a proposta. O CAPs do município de São José do Calçado foi então regulamentado pelo Ministério da Saúde, passando a receber recursos federais. O financiamento federal está regulamentado pela Pt GM/MS nº 189, de 20 de março de 2002. (BRASIL, 2005). O repasse financeiro é realizado através de APAC (Autorização dos Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo), documento este destinado a autorizar a realização dos procedimentos ambulatoriais em alguma especialidade e de custo elevado, como no caso dos atendimentos realizados

nos CAPs. No município de São José do Calçado, esse recurso é destinado às despesas relativas à alimentação e ao material para as oficinas. Todavia, o município continua arcando com a despesa da maioria dos profissionais. Além disso, a verba enviada pelo MS também custeou a construção da sede própria do CAPs.

O município de São José do Calçado busca integrar as ações em saúde mental. No primeiro contato com o gestor municipal de saúde, fomos informados de que o município dispunha de um protocolo de atendimento de saúde mental, no entanto, o documento ao qual tivemos acesso não consistia em um protocolo, mas em uma ficha de identificação. Ou seja, no município não foi encontrado nenhum registro de protocolo de atendimento em saúde mental. A não formulação deste documento interfere diretamente no fluxo da rede, desorientando-o. Não se sabe, por exemplo, quem é a porta de entrada para o CAPs.

“No caso, os **PSF identificam** um paciente e encaminham **primeiro pro ambulatório**, o médico é o mesmo do CAPs e ele **identifica** se aquele paciente precisa ou não precisa **ser encaminhado ao CAPs**”. (E3).

O discurso de E3 nos permite entender que o protocolo segue a ordem UBS/ESF, Ambulatório de SM e posteriormente CAPs. Todavia, a fala de E2 contradiz o protocolo apresentado por E3, pois E2 afirma que os PSF também encaminham para o CAPs. E3 também nos faz pensar na função que o PSF assume na “rede” de atenção à saúde mental e confirma o apontamento de Figueiredo (2006): a inserção da saúde mental na UBS e na ESF se deu com recursos humanos que não tinham conhecimento do papel que deveriam exercer. O resultado disso é que o novo modelo não foi capaz de romper com o antigo modelo psiquiátrico. A desorientação da rede continua quando se trata da internação em HP.

“**Todos podem encaminhar** [CAPs, ambulatório de saúde mental, HG e PSF podem encaminhar para a internação].” (E2).

Mais uma vez é explícito que não houve ruptura entre o **velho** e o **novo**, e que a mudança não depende apenas da criação de serviços substitutivos, mas também de ações na esfera

ideopolítica. A rede de atenção no município foi inicialmente organizada com as quatro Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), com a Unidade Central de Saúde (US II) – que segundo os entrevistados, funciona como um Pronto-Socorro (PS) –, com o Ambulatório em Saúde Mental, com os CAPs I e com os Hospitais Psiquiátricos (HP). Mais tarde, foi integrado o Hospital Geral (HG) do município e o Centro de Especialidades Odontológicas. A assistência ao portador de transtorno mental no município tem no centro de sua organização o CAPs I. Esse serviço substitutivo, desde sua criação, é (ou pelo menos, deveria ser) o regulador do setor Saúde Mental, ou seja, o CAPs deve ser o responsável pela referência e contrarreferência nesse setor, de acordo com a Pt 224/1992. O CAPs recebe encaminhamentos da UBSF e do ambulatório de SM. Também podemos perceber que há interação entre outros serviços de saúde.

5 Considerações Finais

Entre encantos e desencantos, o processo de pesquisa requer que agora respondamos à pergunta inicialmente formulada. E a primeira resposta é a constatação do processo contraditório inscrito nos dados analisados. Em meio às práticas políticas marcadas por centralismo político e patrimonialismo, existe um movimento no município que busca efetivar novas práticas na atenção à saúde mental. No entanto, não podemos desconsiderar os entraves que se colocam frente à implementação das políticas no setor conforme normatizada pelo Ministério da Saúde e aspirada pelo MRP.

O CAPs vem buscando uma interação com outros serviços de saúde – os PSF e o CEO I – e também com outras secretarias da rede municipal, como a secretaria de Educação e a secretaria de Assistência Social. Isso nos permite dizer que há nesse percurso uma reafirmação da necessidade do trabalho intersectorial. Entretanto, essa prática delega ao PSF um papel marginal de busca ativa, não assumindo a direção de apoio matricial proposto pelo MS. Quanto à articulação com a comunidade, embora tenha sido identificada nas entrevistas, ela se dá de modo bastante restrito. Os profissionais demonstram

entender a importância da inserção do sujeito portador de transtornos mentais nos espaços comuns, todavia, a postura que assumem não almeja romper com a ótica da institucionalização. Essa postura se repete com mais intensidade em relação àqueles sujeitos com transtorno mental ocasionado por uso abusivo de substâncias psicoativas. Os relatos dos profissionais e os documentos analisados nos apresentam que o fato de os profissionais e gestores entenderem que o CAPs I deve assistir essa clientela não significa que eles busquem superar essa realidade.

Sabemos que para efetivar a Política de Saúde Mental é preciso que o trabalho esteja organizado em rede. No município de São José do Calçado, a “rede” não está concretizada. E, embora alguns técnicos tenham questionado essa não efetividade da rede, não houve referência à produção de um protocolo de atendimentos em saúde mental. É importante lembrar também que na “rede” de atenção à saúde mental do município não constam leitos em hospital geral, ainda que o município seja sede de um HG de gestão estadual, com três profissionais especializados em psiquiatria. Outra questão presente neste estudo é a capacitação. Dos documentos aos quais tivemos acesso, apenas um trata dessa temática. Nele, há informação de dois eventos ligados à educação permanente ocorridos no ano de 2002. Porém, como os técnicos de nível superior do CAPs são vinculados ao serviço por contrato temporário, somente dois dos profissionais que atuam no serviço participaram dessas atividades, sendo que um deles é o único profissional efetivo do grupo.

Por mais que a temática da saúde mental permaneça na agenda política do município, tal debate não tem apontado os avanços que precisam ser operacionalizados: eliminação da lista de espera, construção de projetos terapêuticos, efetivação e diversificação dos profissionais e das abordagens terapêuticas, entre outros. Outro aspecto é o financiamento das ações do CAPs. Por fim, as questões aqui identificadas no processo de implementação da política municipal de saúde mental apontam o longo caminho existente no Brasil entre as etapas de formulação e implementação das políticas públicas. Este estudo, partindo de um caso – o município de São

José do Calçado – aponta para uma realidade que exige políticas que incorporem ações sistêmicas de formação, capacitação, organização para o exercício do controle democrático e do acesso aos direitos sociais garantidos por lei, para que a população possa usufruir do exercício pleno da cidadania. As políticas públicas – e, em particular, a política de saúde mental – são produtos derivados de um processo que envolve as relações de poder inscritas e a via de resolução de conflitos e pressões exercidas por diferentes grupos de interesse. Vimos que tanto os técnicos quanto a comunidade exerceram um papel central ao inscrever a questão da saúde mental na agenda política municipal, ora contestando as proposições, ora pressionando por mudanças. A ação dos HP transparece na construção de mecanismos cada vez mais perversos de inviabilizar as mudanças pretendidas. Esse movimento identificado em SJC nos lembra que o processo decisório de toda política traz em seu interior o conflito presente, dada a multiplicidade de interesses em jogo. Assim, o desafio é pensar esse processo inscrito em sua realidade microrregional, macrorregional e interestadual, com particularidades que devem ser incorporadas à agenda política da SESA (do ES e do RJ).

6 Referências

- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Sistema de legislação da saúde**, 2005. Disponível em: <<http://bvsm.sau.gov.br/html/pt/legislacao/portarias.html>>. Acesso em: 20 nov. 2007.
- ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde. **Política estadual de saúde mental**. Vitória, 2000.
- _____. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório de gestão 2006**. Vitória, 2007.
- FIGUEREDO, Mariana Dorsa. **Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas (SP): uma rede ou em emaranhado?** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2006. Disponível em: [HTTP://www.fcm.unicamp.br/grupos/saude_mental/artigos/teses/mestrado_mariana.pdf](http://www.fcm.unicamp.br/grupos/saude_mental/artigos/teses/mestrado_mariana.pdf)> Acesso em: 25 mar. 2008.
- GULJOR, A. P. Os Centros de Atenção Psicossocial: um estudo das transformações do modelo assistencial em Saúde Mental. In: JORNADA CIENTÍFICA DE PÓS GRADUAÇÃO DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 6, 2000, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 51.
- MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F.; KOHN, R.F. **Epidemiologia da saúde mental**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.
- SOUZA, J.S.; GARCIA, M.L.T. **Resistindo à reforma psiquiátrica brasileira**: um estudo de caso de uma clínica psiquiátrica privada/ES. Artigo aceito para publicação na revista Textos e Contextos.
- TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências e Saúde**. v. 9, n.1, p.25-59, jan./abr. 2002. Manguinhos. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2007.