

ARTIGO

Estudo da demanda de um Centro de Atenção Psicossocial de uma cidade de médio porte: imagens dos desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira¹**Study of the demand of a Psychosocial Care Center of a midsize city: images of the challenges of the Brazilian Psychiatric Reform**

Cátia Batista Tavares dos Santos
Thaissa Fernanda Kratochwill de Oliveira
Lilian Miranda

¹ Trabalho apresentado no II Congresso IGT de Gestalt-Terapia, 01 de junho de 2013 como palestra tema livre: "Estudo de uma rede de saúde mental: desafios para a efetivação da reforma psiquiátrica".

² Este trabalho é fruto de uma pesquisa denominada *Estudo da rede de saúde mental de uma cidade da Baixada Fluminense: uma interlocução entre saúde mental, saúde coletiva e psicopatologia psicanalítica*. Seu desenvolvimento contou com os seguintes financiamentos: Auxílio Instalação, concedido pela FAPERJ, bolsa de Iniciação Científica, concedida pela FAPERJ e bolsa de Iniciação Científica PROIC/UFRRJ.

RESUMO:

O presente trabalho é parte de uma pesquisa que estuda o funcionamento da rede de saúde mental de uma cidade da baixada fluminense. Os objetivos são compreender e caracterizar a demanda atendida pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) num período de 16 meses e discutir os desafios para a implementação de uma atenção qualificada e regida por princípios da Reforma Psiquiátrica. Utilizou-se o método qualitativo e a estratégia metodológica de análise documental. Resultados: A equipe recebe um número excessivo de pacientes, mantendo o do modelo de atenção médico centrada e ausência de trabalho conjunto com a atenção primária. Conclusão Existem importantes desafios a serem enfrentados pela rede de saúde, como a destinação de qualquer expressão de sofrimento psíquico ao CAPS. A efetivação da Reforma Psiquiátrica exige que a problemática da doença mental seja rediscutida nos vários setores da sociedade no que diz respeito à produção e ao enfrentamento do sofrimento psíquico.

Palavras Chaves: Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica, Centro de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT:

The present study is part of a research which studies the functioning of the mental health care network in a city belonging to the Baixada Fluminense region. The objectives are to understand and characterize the demand being met by the Psychosocial Care Center (CAPS) in a 16 months period and to discuss the challenges of implementing qualified assistance directed by the Psychiatric Reform principles. A qualitative method was used with a methodological strategy of document analysis. Results: The team receives an excessive number of new patients, preserves the doctor centered attention model and shows no joint work with the primary attention system. Conclusion: There are important challenges to be faced by the health network, such as the referral of any kind of psychic suffering to CAPS. The Reforma Psiquiátrica's effective implementation demands mental health issues to be rediscussed in various society sectors regarding the production and confrontation of psychic suffering.

Keywords: Mental Health; Psychiatric Reform; Psychosocial Care Center.

I - Introdução

1.1 – A Reforma psiquiátrica: breve revisão teórica.

O século XX foi marcado por novos olhares sobre a atenção em saúde mental, o que desencadeou um processo de transformação da assistência em vários países do mundo. Neste período surgiram diversas propostas de reforma psiquiátrica, dentre as quais se destacaram a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor, que se originaram na França, a Comunidade Terapêutica e a Antipsiquiatria, com origens na Inglaterra, a Psiquiatria Preventiva americana e a Psiquiatria Democrática Italiana (Amarante, 2007 & Ribeiro, 2004). Foi esta última, também conhecida como movimento de desinstitucionalização, que inspirou a Reforma Psiquiátrica brasileira (RPB) na década de 1970 (Camatta & Schneider, 2009).

Em relação ao Brasil, Pitta (2011) relata que os anos 70 foram marcados pelo modelo hegemônico asilo-manicomial na assistência aos doentes mentais. Em plena ditadura militar, também conhecida como era da "indústria da loucura", foram construídos grandes manicômios privados sustentados por recursos públicos, já que, considerando não possuir hospitais suficientes, o governo brasileiro pagava pela internação em leitos privados da população que contribuía com a previdência. Em 1978 esses leitos já ultrapassavam 70 mil: a exclusão da loucura veio a se tornar uma grande indústria, pois a internação, financiada pelo Estado e entendida como principal recurso terapêutico, configurou-se como grande fonte de lucro para donos de hospitais.

Nesse período, a maioria dos hospitais internava grandes contingentes de pessoas, mas sem condições estruturais, técnicas e de recursos humanos para manter as pessoas internadas de forma adequada. Consequentemente, os pacientes ficavam por longos períodos instalados em ambientes extremamente precários, sem suporte terapêutico, chegando a sofrer maus tratos. Numa de suas visitas ao Brasil, Franco Basaglia, consultor da Organização Mundial da Saúde, psiquiatra italiano e importante protagonista da Reforma Psiquiátrica da Itália, chegou a comparar um dos hospitais que visitara a um campo de concentração. Esse cenário impulsionou um grupo de trabalhadores de saúde mental, associados e familiares de pacientes, a começarem a lutar, de maneira quase clandestina, por mudanças (Amarante, 2007).

Tais lutas se configuraram, a partir dos anos 80, nos movimentos pelas reformas na assistência em saúde e em saúde mental, cujos militantes (profissionais, familiares, usuários e associações civis) conseguiram se reunir e acumular força e experiência, constituindo o movimento pela RPB. Para Amarante (2007) a RPB, apoiada nos princípios da experiência italiana de reformulação da assistência em saúde mental - a Psiquiatria Democrática Italiana - compreende que a superação do paradigma psiquiátrico envolve não somente o desmonte dos hospitais, mas de todas as relações de poder no entorno do objeto doença, que podem estar até mesmo nos serviços que se estruturam de modo diferente do manicômio. Nesse sentido, é necessário "pensar no campo da saúde mental e da atenção psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo que é social; e um processo social que é complexo" (Rotelli et al.1990, apud Amarante, 2017, p. 63), envolvendo as dimensões teórico- conceitual, técnico- assistencial, jurídico- política e sociocultural. Esta é a proposta de Franco Rotelli, sucessor de Basaglia e uma

das mais importantes expressões da Reforma Psiquiátrica italiana.

Amarante (2007) ressalta que todos os avanços já conquistados pela sociedade só foram possíveis devido à ajuda dos diversos atores sociais que, interessados, se uniram para transformar o mundo na qual viviam. É através desta perspectiva que ele pensa a real implantação do modelo psicossocial de atenção em saúde mental. Este modelo diz respeito, então, à reflexão acerca do lugar social do louco e à transformação de antigos ideais e conceitos sobre a loucura. Diz respeito, portanto, à inclusão social, reabilitação psicossocial, resgate de autonomia, empoderamento e garantia de direitos aos sujeitos em sofrimento psíquico, os quais, embora sejam cidadãos como nós, perderam seus direitos civis durante anos de enclausuramento no manicômio.

1.2 – A atenção em saúde mental hoje: conquistas e desafios

Nos anos oitenta, concomitantemente ao Movimento Sanitário, que impulsionou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o movimento da RPB conseguiu mobilizar grande contingente de intelectuais, trabalhadores e familiares de pacientes. Novas concepções de doença e tratamento passaram a ser discutidas na academia, nos eventos científicos e no interior dos ambulatórios de saúde mental, de modo que práticas diferentes começaram a ser experimentadas. Nesse contexto, desenvolveram-se algumas experiências, ainda que locais, de reforma da assistência psiquiátrica, como a criação de um Centro de Atenção Psicossocial, na cidade de São Paulo, destinado ao atendimento integral e não hospitalar de pessoas que vivem graves sofrimentos psíquicos, e ao trabalho de reinserção social das mesmas. Outra importante experiência foi a transformação da rede de assistência em saúde mental da cidade de Santos (SP), possibilitada a partir do desmonte do Hospital Anchieta e da criação de uma rede de cuidados fincada no território de vida dos pacientes (Tenório, 2002).

Tais experiências e o acúmulo de discussões e saberes que dela derivaram, associadas à força dos movimentos sociais, permitiram que o governo brasileiro fosse reestruturando a política oficial de saúde mental. Para tanto, foi imprescindível a aprovação da Lei Federal 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica e das Leis Estaduais de reforma, que trouxeram visibilidade e direitos aos sujeitos em sofrimento psíquico.

A partir da institucionalização desses marcos legais, o Ministério da Saúde iniciou um processo de redirecionamento dos investimentos em saúde, passando a distribuir uma parte maior de recursos em saúde mental para serviços substitutivos ao manicômio e estruturados no território onde vivem os pacientes, ao mesmo tempo em que implementou um processo de avaliação da assistência oferecida pelos hospitais psiquiátricos e fechamento de leitos excedentes ou responsáveis por tratamento inadequado (Tenório, 2002). Schrank & Olchowsky (2008) afirmam que estes investimentos geraram a criação de programas e serviços de atenção substitutivos aos centrados no hospital, como os Centros de atenção psicossocial (CAPS), Residências terapêuticas, leitos de atenção integral à saúde mental em hospitais gerais, Centros de convivência e arte, Oficinas de trabalho protegido e Consultórios de rua. Todos eles visam à desinstitucionalização, à ressocialização e o resgate da cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico.

O principal dispositivo de atenção e promoção de saúde mental do SUS é o CAPS. Atualmente no Brasil existem 788 unidades de CAPS I; 424 unidades de CAPS II; 56

unidades de CAPS III; 268 unidades de CAPSad; 134 unidades CAPSi² Totalizando 1.770 Centros de Atenção de saúde mental no país. Quanto aos Serviços Residenciais Terapêuticos são 596 casas com 3.236 moradores, e o Programa de Volta para Casa já atinge 537 municípios, contabilizando 3.832 beneficiários no país, além de Centros de Convivência e Oficinas de Trabalho (Ministério da Saúde, 2013).

Os CAPS ocupam um lugar estratégico na rede de saúde, devendo oferecer suporte para ações da Atenção Básica à Saúde (ABS) e regular o fluxo de atendimentos dos outros serviços de saúde mental de sua área de abrangência (BRASIL, 2004). Segundo Onocko et al. (2009), trata-se de um dispositivo de saúde mental que faz parte do campo da saúde coletiva, e como tal, deve promover o acesso, a integralidade e a resolutividade na assistência prestada. O modelo de ação desejado para o CAPS inclui a parceria entre níveis primário, secundário e terciário de atenção na mesma unidade, procurando sempre promover reflexões para os envolvidos com o serviço acerca do modelo assistencial que está sendo utilizado.

O objetivo dos CAPS é atender à população oferecendo o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários. Esta reinserção deverá ser o resultado de intervenções que primem por promover o acesso dos usuários a alguma forma de trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários no contexto social do próprio usuário (BRASIL, 2004). A proposta do Ministério da Saúde é de que os CAPS sejam dispositivos substitutivos e não complementares aos Hospitais Psiquiátricos. Além disso, os CAPS devem ter funções específicas como a responsabilidade pela regulação da porta de entrada da rede de saúde mental em sua área de atuação específica, suporte ao atendimento de demandas de atuação na atenção básica e organização da rede de atenção em saúde mental de seu município. Devem possuir uma dinâmica própria de funcionamento, diferente de outros serviços que também atendam demandas de saúde mental. Esta dinâmica consiste no acolhimento e atendimento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes; atendimento clínico em caráter de atenção diária; política de evitação dos encaminhamentos para internações em Hospitais Psiquiátricos e desenvolvimento de atividades que visem à reinserção social dos usuários (BRASIL, 2004). Em situações de crise psicossocial, se os pacientes precisarem de internação, esta deve ser feita nos leitos de acolhimento noturno dos CAPSIII ou nos leitos de atenção integral dos hospitais gerais, sempre com acompanhamento dos profissionais do CAPS e participação dos familiares ou figuras importantes da rede social.

De acordo com Amarante (2007), os CAPS são um serviço de atenção à saúde mental que rompe com o antigo modelo asilo-manicomial e possui funcionamento baseado nos princípios de humanização, propostos pela Reforma Psiquiátrica. Portanto, “devem ter uma estrutura bastante flexível para que não se tornem

² CAPS I – Serviço de atenção a saúde mental em municípios com população: de 20 mil até 70 mil habitantes. Funcionam de segunda à sexta-feira, das oito às dezessete horas; CAPS II – Serviço de atenção a saúde mental em municípios com população: 70 mil a 200 mil habitantes. Funcionam de segunda à sexta-feira, das oito às dezessete horas, podendo estender o funcionamento para as dezenove horas e os sábados ; CAPS III – Serviço de atenção a saúde mental em municípios com população: 200 mil habitantes. Funcionam de segunda a segunda-feira, 24 horas ao dia, estando estruturados para o acolhimento de usuários em crise; CAPS ad – Serviço especializado para usuários de álcool e drogas em municípios com população: 70 mil a 200 habitantes; CAPS i – Serviço especializado para crianças, adolescentes e jovens (até 25 anos). Deve ser montado, prioritariamente em municípios que possuem mais de 200 mil habitantes (Ministério da Saúde, 2013. – consulta feita em 03/08/2013).

espaços burocratizados, repetitivos, pois tais atitudes representam que estariam deixando de lidar com pessoas e sim com as doenças” (pág. 83).

Como vimos, os CAPS ocupam um lugar estratégico na rede de saúde, devendo oferecer suporte para ações da ABS e regular o fluxo de atendimentos dos outros serviços de saúde mental de sua área de abrangência (BRASIL, 2004). Pesquisas indicam a eficácia dos CAPS no processo de desospitalização e o acolhimento dos pacientes psicóticos, favorecendo o trabalho subjetivo dos mesmos (Kantorski et al., 2009). Porém, dentre seus problemas de funcionamento estão a dificuldade de relação com outros serviços da rede e o excessivo número de usuários que, além de sobrecarregar os profissionais, compromete a qualidade da atenção prestada, acarretando o risco de produção de práticas desvinculadas do território de vida dos pacientes (Cavalcanti, Dah, Carvalho, & Valencia, 2009).

Ao fazer um balanço da reforma psiquiátrica brasileira, Pitta (2011) acredita que a desativação dos leitos de hospitais psiquiátricos no Brasil não foi acompanhada da implantação de um número suficiente de CAPS com funcionamento 24h e estrutura adequada para acolher os pacientes em situações de crise, em função das quais, décadas anteriores, seriam internados em manicômios. A autora atribuiu essa deficiência aos altos custos com pessoal, inerentes a serviços de funcionamento 24h ao dia, mas enfatiza que a carência desse tipo de instituição é um dos desafios com que nos deparamos atualmente. Segundo a autora “o sucesso da reforma reside na percepção da necessidade da construção de um amplo espectro de cuidados para sustentar a existência de pessoas/usuários/pacientes que, sem isso, estariam condenados a perambular pelas ruas abandonados, ou, a vegetar em manicômios em longas internações” (p. 4588). Tal como a autora ressalta, a existência dessas pessoas costuma ser marcada por sofridos episódios de crise, que não têm hora certa para acontecer.

Para tratar dos problemas hoje enfrentados pelo CAPS, Onocko et. al. (2011) consideram fundamental uma discussão acerca da aproximação entre saúde mental e atenção primária. Vários sistemas de saúde a nível mundial demonstram dificuldades em relação a esta aproximação, com problemas referentes à falta de capacitação dos profissionais de saúde e a medicalização exacerbada. Ainda segundo os autores, estudos demonstram que uma das causas mais frequentes de procura de atendimento na Atenção Primária é de ordem psíquica. No Brasil, esse cenário não se mostra diferente, uma vez que os CAPS têm apresentado dificuldade de estabelecer relações sólidas com as equipes de Estratégia de Saúde da Família, o que é um dos fatores que contribuem para seu elevado número de pacientes e para a dificuldade de construção de práticas de (re)inserção social dos mesmos.

Supõe-se que problemas como esses assumem uma figuração particular nas cidades de pequeno e médio porte, onde o CAPS é o único serviço de saúde mental, não costuma haver disposição política para incluir discussões sobre atenção psicossocial no contexto geral de atenção em saúde e a medicalização do sofrimento tende ser a estratégia exclusiva de cuidado (Luzio & L'abbate, 2009). Considerando essa problemática, o presente trabalho é oriundo da pesquisa *Estudo da rede de saúde mental de uma cidade da Baixada Fluminense: uma interlocução entre saúde mental, saúde coletiva e psicopatologia psicanalítica*. Neste texto, apresentamos um recorte da referida pesquisa, sendo nosso **objetivo geral** descrever a demanda de atendimento do serviço de referência em saúde mental da cidade, relacionando-a com as repercussões para a qualidade da assistência

prestada e, indiretamente, para a efetivação da RPB.

II – Material e Métodos

Este é um estudo qualitativo, derivado de uma pesquisa ampla, realizada entre março de 2012 a junho de 2013, que se utilizou de diferentes estratégias metodológicas, como entrevistas e grupos focais, tendo como referencial teórico discussões do campo da saúde coletiva e da saúde mental acerca da Reforma Psiquiátrica e das políticas públicas de saúde mental brasileiras. O material apresentado no presente trabalho é descritivo e foi obtido através de análise documental.

2.1 – Questões éticas

A presente pesquisa realizou todos os procedimentos éticos exigidos pela Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde: o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ) e obteve autorização do diretor clínico do serviço estudado. Todos os participantes da referida pesquisa receberam as informações acerca das fases da investigação e seus objetivos. Logo em seguida, assinaram um Termo de Consentimento Livre-Esclarecido, tendo garantidos os seus direitos em relação a sigilo, preservação da identidade e interrupção da participação no estudo, se assim o desejassem.

2.2 – Estratégia de construção do material de pesquisa

Para as informações aqui apresentadas, o principal material pesquisado foram dois “Livros de Acolhimento”, nos quais são registradas todas as informações acerca dos pacientes recebidos pelo CAPS e dos primeiros encaminhamentos realizados. Segundo a coordenação do serviço, este é o único documento de registro da recepção dos pacientes. Realizou-se uma leitura exaustiva de todos os registros efetuados no livro no período de novembro de 2010 a março de 2012. Em seguida, identificou-se que as informações poderiam ser organizadas em 06 categorias: (1) idade do paciente; (2) procedência; (3) queixas principais; (4) uso de medicação psicotrópica; (5) conduta; (6) vivências associadas ao desencadeamento do problema psíquico. Tendo identificado tais categorias, fizemos nova leitura para associar as informações com cada uma delas. Esses dados categorizados nos permitiram desenvolver um quadro descritivo da demanda por atendimento do CAPS, o qual apresentamos no formato de gráficos, tabelas e textos. Estudaram-se ainda os prontuários dos pacientes, porém, estes apresentavam apenas a prescrição medicamentosa.

Foram realizadas duas reuniões com a coordenadora do CAPS para apresentação dos resultados preliminares.

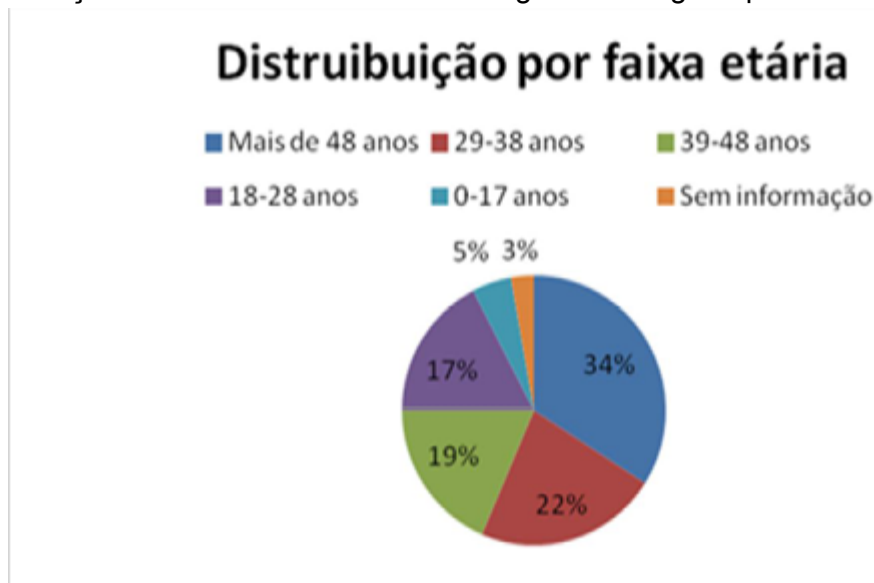
2.3 – Descrição do campo da pesquisa

O site oficial do município estudado informa que sua rede de saúde é composta por 19 postos de saúde (3 desses com atendimento 24 horas), 1 hospital maternidade, 1 CAPS I, 1 CAPSi, 1 Residência terapêutica com 8 moradores e 1 serviço móvel de emergência (SAMU). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, trata-se de um município com 78.186 habitantes (IBGE, 2010), situado

na baixada fluminense, região que vem passando por significativo crescimento no setor de serviços, mas que apresenta os menores índices de desenvolvimento humano do estado do Rio de Janeiro, além de evidente precariedade de saneamento básico, transporte público, habitação, segurança e saúde.

III – Resultados e Discussão

No período estudado, o CAPS recebeu 645 casos, realizando uma média de 40 atendimentos de novos pacientes por mês. A faixa etária de maior incidência foi a de mais de 48 anos, seguida das demais faixas etárias de adultos, as quais apresentaram distribuições próximas. Apresentou-se baixo apenas o número de crianças e adolescentes recebidos. O gráfico a seguir apresenta essas informações



Fonte: Pesquisa Estudo da rede de saúde mental de uma cidade da Baixada Fluminense

A baixa procura de atendimentos para crianças e adolescentes é esperada, já que esse público deve ser tratado, preferencialmente na ABS ou em CAPSi. O que gera certa preocupação é a grande incidência de pacientes com mais de 48 anos, sobretudo quando se sabe que o município não possui uma política específica para promoção de saúde de idosos. Os dados acerca das principais queixas, apresentados mais adiante, acentuam tal preocupação, na medida em que mostram que grande parte da demanda se relaciona a vivências depressivas e ansiosas, próprias ao que se convencionou chamar de “transtorno mental comum” (Maragno, Goldbaum, Gianini, Novaes, & Cesar, 2006), é bastante prevalente em fases da vida que requerem mudanças não apenas de hábito, mas também de autoimagem e auto avaliação.

Em relação ao motivo pelo qual procuram o CAPS, constatamos que a maioria dos pacientes chega ao serviço por demanda espontânea, enquanto que é pequeno o número de pacientes que encaminhados por outros serviços de saúde, como demonstra a tabela a seguir:

Distribuição dos serviços que encaminharam os pacientes ao CAPS.

Serviços que encaminharam	No.	%
Sem informação, sem especificação, demanda espontânea (SE/SI/DE)	405	63%
Instituição Psiquiátrica (IP)	124	19%
Atenção Básica (AB)	70	11%
Serviços de Saúde de Seropédica e UFRRJ (SSS/UFRRJ)	31	5%
Serviços de Saúde de Outras Cidades/Outros (SSO/OU)	15	2%
Total	645	100%

Fonte: Pesquisa Estudo da rede de saúde mental de uma cidade da Baixada Fluminense

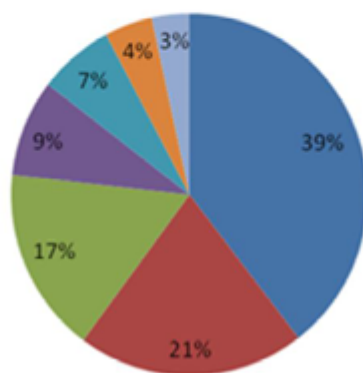
Ao avaliar a chegada dos pacientes ao CAPS, pudemos perceber que o mesmo tem cumprido um de seus papéis, o de garantir o acesso à população, o que se verifica pelo grande contingente de novos pacientes recebidos mensalmente. Não podemos deixar de reconhecer que esta é uma qualidade. As pessoas estão sendo recebidas e acompanhadas por um serviço inserido na cidade, que se propõe substitutivo ao manicômio. Ainda que tal inserção apresente alguns limites, podemos supor que o serviço é conhecido, tem visibilidade e promove o acesso. Deve-se ressaltar que tal visibilidade permite que os pacientes saibam da existência do CAPS e o procurem espontaneamente. Entretanto, é de se interrogar os motivos subjacentes ao baixo índice de encaminhamentos feitos por outros serviços de saúde, sobretudo pela ABS. Os pacientes estariam indo diretamente ao CAPS, sem passar por essas instituições? Ou estaria havendo alguma dificuldade de diagnóstico em tais serviços? Ou, ainda, existira problemas de relação entre serviços, o que geraria certa repressão do encaminhamento?

A análise do livro de acolhimento não nos permite responder essas questões, mas a literatura científica nos ajuda a elucidá-las, apontando que um dos grandes entraves ao trabalho do CAPS hoje é sua dificuldade de relação com outros serviços de saúde e, especificamente, com a ABS (Onocko et al, 2009; Onocko et al, 2011). Assim, supomos que a ausência de um trabalho em rede estaria dificultando que encaminhamentos das outras instituições ao CAPS, assim como deste para elas.

Em relação ao agrupamento de queixas, verificou-se que a maior parte das pessoas relatavam vivências descritas pela equipe como depressivas e ansiosas, enquanto que outra parte significativa possui problemas ligados a uso e/ou dependência de substâncias psicoativas ou apenas solicita atestados ou receitas médicas. Uma parte menor dos pacientes expressa sintomas que sugerem quadros psicóticos ou síndromes orgânicas ou demenciais. Houve ainda queixas relativas a problemas de comportamento ou dificuldades de aprendizagem de crianças. O gráfico abaixo apresenta esses dados:

Distribuição dos agrupamentos de queixas/demandas do pacientes

■ Sínd. Depressivas/ ansiosas ■ Dep. Química ■ Receitas/atestados/Outra
 ■ Sínd. Psicóticas ■ Problemas orgânicos ■ SI
 ■ Sínd. Infância



Fonte: Pesquisa Estudo da rede de saúde mental de uma cidade da Baixada Fluminense

Esses resultados corroboram as afirmações de Maragno et. al. (2006), que, através de dados estatísticos demonstram que grande parte da demanda de saúde mental atendida no Brasil diz respeito a transtornos não psicóticos, ou ao referido Transtorno Mental Comum (TMC), que em nossa pesquisa foi categorizado como “síndromes depressivas/ ansiosas”. Seu estudo afirma que as estatísticas do Brasil a esse respeito são semelhantes às de outros países do mundo. Aponta também a presença de correlação entre o TMC e algumas variáveis sócio-demográficas, como sexo (prevalência maior nas mulheres), escolaridade e renda (relação inversamente proporcional entre estas variáveis e a prevalência de tal transtorno). Quanto à idade, os estudos apresentam resultados diversos. Na presente pesquisa, não fizemos estudos de correlação.

No nosso estudo, verificamos ainda que 21% dos pacientes já se encontravam em uso de medicação psicotrópica quando procuraram o CAPS e outros 21% já haviam feito uso desse tipo de remédio em algum período da vida.

A alta incidência de TMC entre as pessoas que procuram o CAPS, bem como o fato de 42% delas fazerem ou já terem feito uso de medicação aponta para outra característica de nossa sociedade, denominada por alguns autores como “medicalização do sofrimento humano”. Entende-se que a psiquiatria organicista e os manuais de classificação psiquiátrica mais difundidos atualmente (DSM IV e CID X) têm contribuído para que toda expressão de sofrimento humano seja nomeada a partir de signos psiquiátricos e encontrem na medicação psicotrópica sua principal resposta. Consequentemente, situamo-nos numa sociedade em que a medicina e a classificação psiquiátrica têm hegemonia sobre a produção de sentido acerca de todas as formas de sofrimento (Russo & Venâncio, 2006).

O modo como os serviços respondem aos pedidos de tratamento é crucial para a manutenção ou a transformação desse panorama. Por isso, a seguir passamos à descrição dos primeiros encaminhamentos que o CAPS oferece aos pacientes que o procuram. Verificou-se que quase metade dos usuários são orientados a procurar exclusivamente o médico psiquiatra, enquanto que uma menor parte deles é encaminhada para o psiquiatra e o psicólogo, e uma pequena parte é orientada a procurar apenas o psicólogo. Houve ainda orientação para a busca de outras alternativas terapêuticas, como práticas de exercícios físicos fora do CAPS ou de especialistas que não trabalham no serviço. Pequeno número de pacientes foi orientado a procurar especialistas fora do CAPS e, ao mesmo tempo, a iniciar acompanhamento com psiquiatra ou psicólogo do próprio serviço, ou foi encaminhado a serviços de suas cidades de origem. Destaca-se ainda que apenas 1% dos pacientes foi orientado a ficar no CAPS em regime de “atenção diária” e 1% é orientado a procurar unidades da ABS. A tabela a seguir sistematiza estes resultados:

Distribuição do tipo de encaminhamento feito aos pacientes recebidos no CAPS

Tipo de encaminhamento	No.	%
Psiquiatra (Pq)	285	44%
Psiquiatra e Psicólogo (Pq/Os)	118	18%
Psicólogo (Psico)	59	9%
Outras alternativas terapêuticas ou especialistas fora do CAPS	97	15%
Sem especificação (SE)	32	5%
Psiquiatra e Psicólogo do CAPS e profissionais de outros serviços	25	4%
Serviço de Referência da cidade de origem do paciente (CR)	18	3%
Atenção Básica	6	1%
Atenção Diária ou Dispositivos terapêuticos no CAPS (AD/DT)	5	1%
Total	645	100%

Fonte: Pesquisa Estudo da rede de saúde mental de uma cidade da Baixada Fluminense

Considerando-se a configuração da equipe do CAPS estudado, nota-se um número excessivo novos pacientes recebidos diariamente. A coordenadora do serviço mostrou-se surpresa com a organização dos dados da pesquisa, pois não tinha dimensionado o quão numerosa é a procura de atendimento. Mas, não podemos deixar de observar que a equipe apresenta como principal resposta o encaminhamento ao psiquiatra, associando-o, em alguns casos, à indicação da psicoterapia individual. Observou-se a manutenção do modelo de atenção médico centrada, marcada não apenas pela predominância da psiquiatria como principal recurso de tratamento, como também pela ausência de registros que denotassem preocupação com questões psicossociais, pela

desvalorização de alternativas terapêuticas interdisciplinares e grupais, ou pela quase inexistência de compartilhamento de casos entre diferentes serviços, ou de trabalho em conjunto com a atenção primária que, em tese, facilitaria o desenho de um tratamento que considera o território de vida dos pacientes e se põe em constante diálogo com ele.

Ainda que os atendimentos psiquiátricos e psicológicos individuais guardem sua eficácia, não podemos deixar de questionar o pequeno uso de outras alternativas assistenciais, como oficinas e acompanhamentos terapêuticos estruturados a partir da preocupação do sujeito em relação consigo e também com o meio que o circunda (Leal & Delgado, 2007). Podemos supor que esse quadro colabora com a tendência à medicalização do sofrimento e, conseqüentemente, à desconsideração da experiência social do sujeito e do seu modo de significar suas dores e se posicionar no mundo em que vive.

Nesse sentido, ainda que seja necessário considerarmos outros aspectos a serem explorados pela pesquisa de que este trabalho deriva, já podemos supor que, em certa medida, o trabalho do CAPS está desconsiderando algumas das dimensões preconizadas pelo movimento social da Reforma Psiquiátrica. Vale lembrar que este questiona o entendimento do sofrimento a partir de uma única matriz, a organicista, e critica organizações assistenciais centradas num entendimento de doença, o que desconsidera as outras dimensões do viver humano, sobretudo sua relação com a sociedade e a cultura.

Os registros do CAPS pesquisado, contam apenas com uma breve descrição das queixas e sintomas dos pacientes, não havendo nenhuma preocupação com os aspectos psicossociais e as possíveis significações dadas pelos próprios pacientes ao seu adoecimento. Isso demonstra a tendência à manutenção do modelo biomédico de assistência, pautado pela psiquiatria organicista descritiva e concretizado na CID – X e no DSM-IV, abundantemente utilizados pelos trabalhadores de saúde mental, não apenas psiquiatras (Leal, Serpa, Muñoz, Goldenstein & Delgado, 2006). É inevitável que a adoção desse modelo de entendimento impeça que a noção de saúde enquanto conceito amplo seja posta em prática. Não é priorizada então a proposta de promoção de saúde e, tampouco, a de proporcionar a ampliação das possibilidades de vida e significação para os sujeitos em sofrimento.

A consequência mais direta desse cenário são os limites das possibilidades terapêuticas que são oferecidas pelo CAPS, pois, se o trabalho da equipe é baseado em representações sobre o sofrimento humano calcado na psiquiatria organicista, qualquer expressão de desconforto psíquico ou emocional tende a ser entendida como objeto de tratamento exclusivamente medicamentoso. Assim, profissionais e pacientes, inseridos numa mesma cultura medicalizante, tendem a procurar no remédio a resposta mais rápida e certa para suas diferentes dores.

Novamente, reforçamos nosso alerta de que esse tipo de prática sinaliza a necessidade de continuarmos trabalhando em favor da reforma psiquiátrica, na medida em que suas dimensões epistemológicas e técnicas mostram-se pouco modificadas, num cenário em que, contrariando a famosa proposta basagliana (Amarante, 2007), o sujeito permanece entre parênteses, enquanto que o esquema sintomático é que recebe tratamento.

Conforme apontamos acima, outro fator que dificulta a integralidade da atenção a ser oferecida é ausência de uma rede de trabalho comum entre CAPS e ABS, bem como às dificuldades da última em se responsabilizar por ações de atenção psicossocial (Onocko et al., 2011). Assim, como afirma Cavalcanti et al.(2009), os resultados da pesquisa que aqui apresentamos apontam que apenas a implantação de serviços como CAPS não garante a efetivação de uma assistência integral, que reconhece o sujeito na sua singularidade, oferecendo-lhe opções terapêuticas interdisciplinares e capazes de se adaptar ao complexo quadro composto por suas diferentes necessidades e seus diversificados recursos.

Sobre a referida assistência integral, vale lembrar que o movimento da RPB propõe a adoção do modelo de atenção psicossocial, no qual é levado em consideração o sofrimento psíquico do indivíduo, sendo que este deve ser envolvido, juntamente com seus familiares, no planejamento do seu próprio tratamento, mantendo também a participação em seu meio social. Este modelo de atenção propõe, ainda, a assistência realizada por uma equipe multidisciplinar que planeje ações a serem desenvolvidas em ambientes diversificados, baseadas no propósito de promover a reabilitação psicossocial e a reintegração sociocultural dos sujeitos (Camatta & Schneider, 2009).

No que diz respeito aos psicólogos, importantes componentes da equipe do CAPS, vale ressaltar que, frequentemente, esses profissionais enfrentam dificuldades para operar práticas clínicas coerentes com as propostas da RPB e com as necessidades específicas das instituições públicas de saúde. É comum que tentem reproduzir nesses contextos o modelo da clínica privada, tendo pouco sucesso terapêutico e se defrontando com enormes filas de espera de pacientes. Nesse sentido, vários autores têm ressaltado que a formação acadêmica ainda prepara pouco os estudantes para trabalhar no campo da saúde pública, havendo predomínio da formação clínica tradicional, desconectada da psicologia social e das discussões acerca das dimensões sociocultural e econômica, inerentes às experiências de sofrimento psíquico e também às práticas terapêuticas exitosas (Spink, 2010; Jimenez, 2009). Podemos supor que este é mais um dos fatores que ainda precisa ser transformado no processo de RPB.

Outro aspecto importante que deve fazer parte da implementação da RPB é proporcionar estratégias de cuidado, que priorizem as atividades grupais, a parceria com as famílias e o trabalho no território de vida dos pacientes. A família, além de ser vista como parceira deve também ser ouvida e acolhida pela equipe do CAPS, tendo suas necessidades atendidas e sendo incorporada ao projeto terapêutico de cada usuário (Assis, Silva, Claudino e Oliveira, 2010). Como vimos, os registros de recepção dos pacientes do campo estudado indicam que algumas transformações ainda se fazem necessárias para que essas propostas sejam efetivadas, dentre as quais deve-se destacar a investigação e consideração do saber que os próprios familiares e pacientes possuem sobre seu sofrimento e o modo como ele fora produzido. Tal saber deve ser útil para a construção dos projetos terapêuticos.

Assim, a partir do material aqui estudado, não podemos deixar de indicar que o “Livro de Acolhimento” possa abrigar outras dimensões da vida dos pacientes, além do sintoma. Espera-se que os profissionais responsáveis pela recepção dos pacientes estejam sensíveis ao modo como esses expressam suas dores, seu modo de se colocar e se ver no mundo, suas relações familiares e sociais, suas

dificuldades e fragilidades e também aquilo que lhes confere alguma potência. É importante que o que pode ser ouvido a partir dessa sensibilidade fique registrado, para que possa ser discutido e revisto, no momento de avaliação do tratamento dos pacientes. Num contexto em que o número de pessoas que procuram o serviço é enorme, essas indicações não deixam de ser um desafio. Mas, é preciso começar por reconhecê-lo.

IV- Conclusão

A assistência integral aos pacientes que sofrem de problemas psíquicos requer um trabalho interdisciplinar que, ainda que protagonizado pelo CAPS, deve estar sustentado numa rede de serviços em constante comunicação e compartilhamento de ações. Para tanto, é preciso capacitação técnica dos profissionais de saúde, bem como disposição política para inclusão da saúde mental na agenda das discussões em saúde. Se não trabalharmos nesse sentido, corremos o risco de reproduzir antigos modelos de tratamento que já foram há muito tempo superados teoricamente, dentre eles a medicalização inadequada e exacerbada dos usuários, o assistencialismo e o modelo médico-centrado. A manutenção destas práticas como modelo de cuidado representa uma trajetória na direção contrária a do movimento da RPB e de todas as conquistas que já foram alcançadas no campo da saúde mental.

O estudo indica importantes desafios a serem enfrentados pela rede de saúde pesquisada. A destinação de qualquer expressão de sofrimento psíquico ao CAPS, associada à centralidade do modelo médico de atenção, tende a tornar as pessoas mais dependentes do serviço e pouco capazes de desenvolver recursos para cuidar de si. A transformação dessa realidade exige um trabalho conjunto entre os profissionais do CAPS, da ABS e de outros setores da cidade.

Consideramos que toda realidade é complexa e, assim sendo, os problemas por elas apresentados são multifacetados. As dificuldades enfrentadas pelo CAPS estudado nos parecem advir de um emaranhado de fatores, dentre os quais destacamos: desconexão entre formação acadêmica e necessidades concretas dos serviços públicos; falta de educação permanente nos serviços, bem como de espaços coletivos, que permitam que profissionais analisem o próprio trabalho (como ocorre nas supervisões clínico-institucionais, praticadas em vários CAPS); carência de instâncias de gestão capazes de construir parcerias entre serviços; pobreza de recursos culturais e educacionais disponibilizados ao CAPS; instabilidade de vínculos empregatícios e desvalorização dos trabalhadores de saúde; e, finalmente, perpetuação de uma cultura medicalizante e pouco capaz de conviver com a diferença e de tolerar o sofrimento.

Nesse contexto, compreendemos que, assim como todas as conquistas já alcançadas pelo movimento da RPB, as próximas só virão com o apoio de diversos atores, e não só dos profissionais de saúde. A efetivação da Reforma Psiquiátrica enquanto processo social complexo exige que a problemática da doença mental seja rediscutida nos vários setores da sociedade, de modo que facetas sociais, culturais, econômicas, dentre outras, sejam reconhecidas no que diz respeito à produção e ao enfrentamento do sofrimento psíquico.

Enquanto sujeitos políticos, atuando a partir do campo universitário, esperamos que os dados e a discussão aqui elaborados colaborem para que os profissionais de

saúde mental pensem sobre suas realidades, problematizando-as desde o momento da recepção dos pacientes e daquilo que se registra desse trabalho, o qual, a princípio, já se coloca como um ato clínico. Cabe-nos esclarecer, porém, que o presente estudo se depara com alguns limites: como parte de uma pesquisa maior, deixa de considerar outras dimensões do fenômeno estudado, as quais foram investigadas através de entrevistas e grupos focais com profissionais e pacientes dos serviços, mas não couberam nos limites deste texto. Além disso, algumas das interrogações advindas dos nossos dados devem servir como instrumento para o alargamento de futuras pesquisas e auto avaliação dos serviços. Assim, esperamos que nossas elaborações se configurem como um “início de conversa”, a ser continuada não apenas a partir a análise de outras construções de nosso campo empírico, mas, principalmente, com inquietações, experiências e contra-argumentos que elas despertem e coloquem em diálogo.

V- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amarante, P.(2007). **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Assis, A. D., Silva, P.P, Claudino, T.X., & Oliveira, A.G.B. (2010). **Grupo de familiares na prática de ensino de graduação em enfermagem**. Rev. Esc. Enf. USP, 44(3) 833-838.

BRASIL (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, p. 84.

Camatta, M. W., & Schneider, J. F. (2009). **O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família**. Rev. Esc. Enf. USP, 43(2), 393-400.

Cavalcanti, M. T., Dah, C. M., Carvalho, M. C. A., & Valencia, E. (2009). **Critérios de admissão e continuidade do cuidado em Centros de Atenção Psicossocial**. Revista de Saúde Pública, 43(1), 23-28.

Jimenez, L. (2011). **Psicologia na Atenção Básica à saúde**. Psicologia & Sociedade, 23(n. espe.), 129-139.

IBGE (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Consulta feita em 02 de agosto, 2013.
<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=33&dados=21>

Kantorski, L. P., Jardim, V. R., Wetzel, C., Olschowsky, A., Schneider, J. F., Heck, R. M., Bielemann, V. L., Schwartz, E., Coimbra, V. C. C., Quevedo, A. L. A., & Saraiva, S. S.(2009). **Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil**. Revista de Saúde Pública, 43(1), 29-35.

Leal, E. M., & Delgado, P. G. G.(2007). **Clínica e cotidiano. O Caps como dispositivo de desinstitucionalização**. In: R. Pinheiro., A. Guljor., A. Gomes., Jr., & R. Mattos (Orgs.). **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO.

Leal, E.M., Serpa Jr., O.D., Muñoz, N.M., Goldenstein, N., Delgado, P.G.(2006) **Psicopatologia da autonomia: a importância do conhecimento psicopatológico nos novos dispositivos de assistência psiquiátrica.** Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 9(3), 433-447.

Luzio, C. A., & L'Abbate, S. (2009) **A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio porte: ressonâncias da reforma psiquiátrica.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(1), 105-116.

Maragno, L., Goldbaum, M., Gianini, R. J., Novaes, H. M. D., & Cesar, C. L. G. (2006). **Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, 22(8), 1639-1648.

Ministério da Saúde (2013). Portal de informações. Consulta feita 03 de agosto, 2013.
<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=2032&codModuloArea=301&chamada=Mais-sobre-os-servicos-disponiveis-em-Saude-Mental>

Onocko, C. R. T., Furtado, J. P., Passos, E., Ferrer, A. L., Miranda, L., & Gama, C. A. P. (2009). **Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental.** Revista de Saúde Pública, 43(1), 16-22.

Onocko, C. R. T., Gama, C. A., Ferrer, A. L., Santos, D. V. D., Stefanello, S., Trapé, T. L., & Porto, K.(2011). **Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira.** Ciências & Saúde Coletiva, 16(12), 4643-4652.

Pitta, A. M. F. (2011). **Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas.** Ciências & Saúde Coletiva, 16(12), 4579-4589.

Ribeiro, S. L. (2004). **A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo.** Psicologia Ciência e Profissão, 24(3), 92-99.

Russo, J., & Venâncio, A. T. (2006). **Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSMIII.** Latinoamericana de psicopatologia fundamental, 9(3), 460-83.

Schrank, G., & Olschowsky, A. (2008). **O Centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família.** Rev. Esc. Enf. USP, 42(1), 127-134.

Tenório, F.(2002). **A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos.** História, Ciência e Saúde. Manguinhos, 9(1), 25-59.

Spink, M.J.P. (org). (2010). **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica.** São Paulo: Casa do psicólogo.

Endereço para correspondência

Cátia Batista Tavares dos Santos

E-mail: catiabts@gmail.com**Endereço para correspondência**

Thaissa Fernanda Kratochwill de Oliveira

E-mail: thaissa_psycho@hotmail.com**Endereço para correspondência**

Lilian Miranda

E-mail: limiranda78@hotmail.com

Recebido em: 05/08/2013

Aprovado em: 25/12/2013