

SANARE

Revista de Políticas Públicas de Sobral/CE
v.6, n.2, p.1-92, jul./dez. 2005/2007

Tornar sã, em latim, **SANARE** é uma revista do município de Sobral/Ceará que divulga toda e qualquer experiência, prática e teórica, em políticas públicas. Isto é, propostas sociais que transformam positivamente a vida das populações.

PREFEITURA

José Leônidas de Menezes Cristino
Prefeito Municipal

José Clodoveu de Arruda Coelho Neto
Vice-Prefeito

Arnaldo Ribeiro Costa Lima
Secretário da Saúde e Ação Social

Carlos Hilton Albuquerque Soares
Secretário Adjunto da Saúde e Ação Social

Osmany Mendes Parente
Secretário da Agricultura e Pecuária

José Sérgio de Araújo Cavalcante
Secretário de Cidadania e Segurança

Rejane Reinaldo
Secretária da Cultura e Turismo

Júlio César da Costa Alexandre
Secretário da Educação

Antônio Gilvan Silva Paiva
Secretário do Esporte e Juventude

Ramiro César de Paula Barroso
Secretário da Gestão

Luís Edésio Solon
Secretário de Governo

Maria Juraci Neves Duarte
Secretária da Habitação e Saneamento Ambiental

Raimundo Irismar de Azevedo Filho
Secretário da Infra-Estrutura

Antônio Carlos Campelo Costa
Secretário de Planejamento e Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente

Pedro Josino Pontes
Secretário da Tecnologia e Desenvolvimento Econômico

José Clito Carneiro
Procurador Geral do Município

ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA

Maria Socorro de Araújo Dias
Diretora Presidente

Maristela Inês Osawa Chagas
Diretora Administrativa Financeira

José Reginaldo Feijão Parente
Diretor de Ensino e Pesquisa

EDITOR GERAL

Arnaldo Ribeiro Costa Lima
acostalima@uol.com.br

EDITOR CONVIDADO

Luís Fernando Tófoli
luisfernandotofoli@gmail.com

CONSELHO EDITORIAL

Carlos Hilton Albuquerque Soares
chilton@sobral.ce.gov.br

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas
cibellyaliny@yahoo.com.br

Edson Holanda Teixeira
edsonlec@gmail.com

Geison Vasconcelos Lira
geisonlira@terra.com.br

Gerardo Cristino Filho
gerardocristino@uol.com.br

Ivana Cristina Holanda Cunha Barreto
ivana_saude_sobral@yahoo.com.br

Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque
bele@sobral.org

José Reginaldo Feijão Parente
reginaldo.fp@hotmail.com

Luís Fernando Tófoli
luisfernandotofoli@gmail.com

Luiz Odorico Monteiro de Andrade
odorico@sms.fortaleza.ce.gov.br

Maria Socorro de Araújo Dias
socorroad@gmail.com

Maristela Inês Osawa Chagas
miosawa@gmail.com

Mirna Marques Bezerra Brayner
mirnabrayner@gmail.com

Vicente de Paulo Teixeira Pinto
pintovicente@gmail.com

PRODUÇÃO

Nucleo.Com - Núcleo de Comunicação e Arte da EFSFVS/IDETSF

Peter Richard Hall
Inglês (tradução)

Maria Edinete Tomás
Revisão de Português

Antonio Felipe de Vasconcelos Neto
Diagramação

Wesley Linhares Braga
Versão Eletrônica

Ariane Parente Paiva - MTE: CE 01180 JP
Jornalista Responsável

Expressão Gráfica
Impressão

Tiragem - 1.000 exemplares

Acrílicas sobre tela dos artistas:

1	2	3
4	5	6
7	8	9

- 1 - José Valmir Alves Torres
 - 2 - Juscivaldo Alexandre Macedo
 - 3 - Antônio do Carmo Silva
 - 4 - Wellington Ponte Aragão
 - 5 - Lusanir Albuquerque Viana
 - 6 - Edson de Sousa Lima
 - 7 - Robério Paiva Marques
 - 8 - José Estevão Ferreira Moreno
 - 9 - José Wilson Sousa Apolinário
- Capa*

S A N A R E, Revista de Políticas Públicas Vol. 6, n.2, jul./dez. 2005/2007 - Sobral [CE]:Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2005/2007. Semestral ISSN 1676-8019 1. Políticas Públicas - Sobral. 2. Políticas Públicas - Periódicos CDD: 362.1098131

É permitida a reprodução do material publicado, desde que citada a fonte.

Assinaturas e números anteriores:
Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia
Av. John Sanford, 1320 - Bairro Junco - Sobral/CE
CEP 62030-000 - Fone/Fax: (88) 3614.5570 / 3614.5520
e-mail: esf@sobral.org
www.sobral.ce.gov.br/sec/saude
www.esf.org.br

SUMÁRIO

Editorial

Relatos de Experiência

REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL DE SOBRAL-CE: PLANEJAMENTO, SUPERVISÃO E REFLEXÕES CRÍTICAS
INTEGRAL MENTAL HEALTH CARE NETWORK IN SOBRAL, CE – BRAZIL: PLANNING, SUPERVISION AND CRITICAL ANALYSIS

7

José Jackson Coelho Sampaio
Cleide Carneiro

.....

SAÚDE MENTAL EM SOBRAL-CE: ATENÇÃO COM HUMANIZAÇÃO E INCLUSÃO SOCIAL
MENTAL HEALTH IN SOBRAL, CE – BRAZIL: HUMAN CARE AND SOCIAL INCLUSION

26

Roberta Araújo Rocha Sá
Márcia Maria Mont´Alverne de Barros
Maria Suely Alves Costa

.....

APOIO MATRICIAL DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE SOBRAL, CE: O RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA
MENTAL HEALTH MATRIX SUPPORT FOR PRIMARY HEALTH CARE IN SOBRAL, CE - BRAZIL: A CASE REPORT

34

Luís Fernando Tófoli
Sandra Fortes

.....

Artigos Originais

SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO DE SOBRAL – CE: UM DISPOSITIVO DE INCLUSÃO SOCIAL
THERAPEUTIC RESIDENTIAL SERVICE FROM SOBRAL, CE – BRAZIL: A SOCIAL INCLUSION DEVICE

43

Sérgio Rodrigues Duarte
Eliany Nazaré de Oliveira

.....

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: UM ENFOQUE DESSA PRÁTICA NA REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL DE SOBRAL-CE
PSYCHOSOCIAL REHABILITATION: A FOCUS ON THIS PRACTICE IN THE INTEGRAL MENTAL HEALTH CARE NETWORK IN SOBRAL, CE – BRAZIL

49

Roberta Araújo Rocha Sá
Eliany Nazaré de Oliveira

.....

PERCEPÇÃO DE LIBERDADE NO LAZER DOS CLIENTES DO CAPS-SOBRAL COM TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DE HUMOR
THE PERCEPTION OF FREEDOM IN LEISURE OF CLIENTS FROM THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER (SOBRAL, CE – BRAZIL) WITH ANXIETY AND MOOD DISORDERS

56

Roselane da Conceição Lomeo
Israel Rocha Brandão
Kátia Euclides Lima Borges

.....

ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CLIENTES DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS-AD) DE SOBRAL-CE
EPIDEMIOLOGICAL PROFILE ANALYSIS OF PATIENTS FROM THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER FOR ALCOHOL AND DRUG MISUSE (CAPS – AD) IN SOBRAL, CE – BRAZIL

62

Paulo Henrique Dias Quinderé
Luís Fernando Tófoli

.....

CONCEPÇÕES DOS FAMILIARES DE DEPENDENTES QUÍMICOS ATENDIDOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS – AD) DE SOBRAL - CE
CONCEPTIONS FROM RELATIVES OF CHEMICAL DEPENDENTS FROM THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER FOR ALCOHOL AND DRUG MISUSE (CAPS-AD) IN SOBRAL, CE – BRAZIL

67

Cezar Augusto Ferreira da Silva
Eliany Nazaré de Oliveira
Maria Suely Alves Costa

.....

CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS DE PACIENTES INTENSIVOS ATENDIDOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS – AD) DE SOBRAL - CE
CHARACTERISTICS OF THE FAMILIES OF INTENSIVE PATIENTS FROM THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER FOR ALCOHOL AND DRUG MISUSE (CAPS-AD) IN SOBRAL, CE – BRAZIL

77

Karen Loren Chaves Rossas
Maria Socorro de Araújo Dias
Maristela Inês Osawa Chagas
Giovanni Grangeiro de Araújo

.....

DETERMINANTES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DAS INTERNAÇÕES DE DEPENDENTES QUÍMICOS EM UNIDADE PSIQUIÁTRICA DE HOSPITAL GERAL
SOCIAL-DEMOGRAPHIC AND CLINICAL ASPECTS OF SUBSTANCE DEPENDENCE ADMISSION AT THE PSYCHIATRIC UNIT OF THE GENERAL HOSPITAL IN SOBRAL, CE – BRAZIL

86

Fernando Sérgio Pereira de Sousa
Eliany Nazaré Oliveira
Olindina Ferreira Melo



EDITORIAL

Este volume especial de atualização da SANARE (2005/2007), do qual tenho o contentamento de participar como editor convidado, tem duas importantes missões. Uma delas é assegurar a regularização da periodicidade da revista, que a partir deste número passará a ser semestral. A SANARE, com o enfoque em políticas públicas municipais, em especial no âmbito da Saúde, vem cumprindo um papel de importância crescente na produção de um tipo de conhecimento onde o regional e o universal se intercomunicam e se fertilizam de forma particularmente interessante. A outra importante missão é fazer uma homenagem ao premiado sistema público de saúde mental do município de Sobral-CE, através da publicação de um número voltado para suas conquistas e sua produção científica.

Este sistema, que recebe desde o ano 2000 o nome oficial de Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral (RAISM), tomou força para ser criado devido a um incidente sinistro que tomou repercussão internacional. Como é relatado neste volume, em outubro de 1999 o cidadão Damião Ximenes Lopes faleceu durante uma internação no manicômio que ora havia em Sobral-CE. As circunstâncias estranhas de sua morte e o desnudamento das péssimas condições de cuidado que havia no serviço levaram ao seu descredenciamento e a uma pequena revolução local na atenção à Saúde Mental.

A RAISM já recebeu alguns prêmios desde a sua fundação, sendo reconhecida por premiações promovidas pelo Ministério da Saúde, a indústria farmacêutica e a imprensa especializada em saúde. Ao longo desse período, a rede sobralense de saúde mental foi cenário de estudos científicos destinados à elaboração de monografias de conclusão de diversos cursos: graduação em Enfermagem, Educação Física e Ciências Sociais na Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), e especializações em Saúde da Família e Saúde Mental, realizadas em conjunto pela UVA e a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.

Os artigos desta edição principiam com três relatos de experiência. O primeiro resume o conhecimento acumulado ao longo da supervisão institucional da RAISM. O segundo relato dá conta brevemente da história e da estruturação da Rede, explicando seus princípios norteadores e ações. O terceiro registra um dos aspectos mais inovadores da RAISM, que é a sua interação com a atenção primária através do apoio matricial de saúde mental. Os três relatos deixam explícito como o princípio da integralidade é valorizado e buscado na prática cotidiana da Rede.

Os artigos originais deste volume são compostos em grande parte pela produção dos alunos do curso de especialização em Saúde Mental, realizado no período de 2005 a 2006, que foi promovido com o financiamento do Ministério da Saúde. A produção original abrange as três esferas de cuidados à saúde – primários, secundários e terciários – e uma variada gama de ações da RAISM, incluindo os cuidados a portadores de transtornos ligados ao uso de substâncias psicoativas e seus familiares, ações de promoção de saúde e prevenção de transtornos mentais, a reabilitação psicossocial, o lazer de portadores de transtorno mental e a internação psiquiátrica em hospital geral.

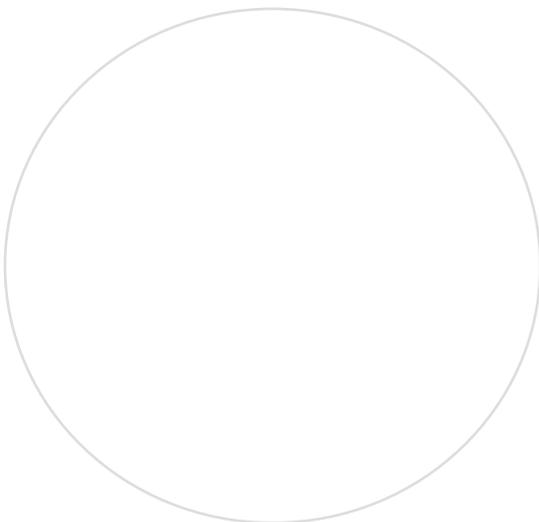
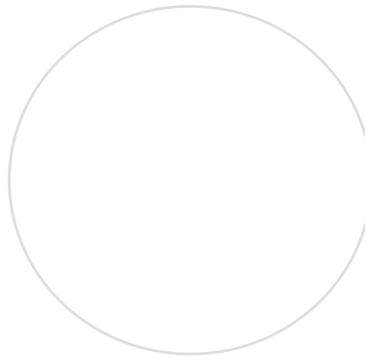
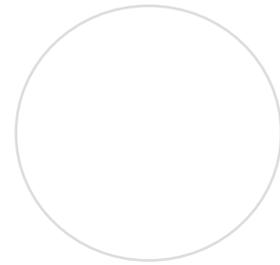
Infelizmente, por razões de espaço e escopo editorial, nem toda a produção científica elaborada no seio da RAISM – composta por mais de vinte estudos – pôde ser incluída nessa coletânea, na qual consta somente uma monografia de conclusão de curso. Tamanhas visibilidade e importância como foco do interesse acadêmico nos faz suscitar algumas perguntas importantes que a literatura científica ainda não pôde responder: a reforma dos serviços de saúde mental tendo como foco o respeito, a cidadania e a integração social são capazes de produzir quais mudanças na sociedade onde esta é implantada?

Não obstante haver somente evidências anedóticas de que a saúde mental de Sobral está se

transformando também na imaginação de seus habitantes, estamos convencidos de que as ações de saúde e a produção acadêmica sobre o tema fazem circular o ideário da RAISM, primeiro nas mentes dos estudantes e profissionais de saúde da cidade, depois em toda a coletividade, que é, em última análise, o destino de todas as ações desta Rede. Assim, é com grande satisfação e diante do anseio de que não se cesse jamais o questionamento e o exame minucioso das práticas da Saúde Mental no município de Sobral-CE, tendo sempre como metas a geração de cidadania e a luta contra o estigma, que eu lhes convido a ler as páginas da *Sanare* que se seguem.

Luís Fernando Tófoli

Psiquiatra. Professor da Faculdade de Medicina de Sobral-CE
Universidade Federal do Ceará (UFC)



REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL DE SOBRAL-CE: PLANEJAMENTO, SUPERVISÃO E REFLEXÕES CRÍTICAS

INTEGRAL MENTAL HEALTH CARE NETWORK IN SOBRAL, CE – BRAZIL:
PLANNING, SUPERVISION AND CRITICAL ANALYSIS

José Jackson Coelho Sampaio ¹

Cleide Carneiro ²

RESUMO

A construção da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental-RAISM de Sobral é apresentada, tendo a supervisão institucional como ferramenta de planejamento e avaliação. O contexto é o da reforma psiquiátrica do Ceará e o estudo se apóia na análise de 12 documentos produzidos entre 1998-2006. A orientação é dada por concepção dinâmica do processo saúde/doença mental, atualizando princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade e humanização do cuidado. O modo como o poder público responde às demandas sociais demonstra a qualidade da consciência política e da prática democrática, em campo sensível a ideologias, preconceitos, discriminações e violências. A rede de cuidados incorpora, como método, atenção, assistência e reinserção em práticas sociais de domínio da vida cotidiana, pois autonomia, atenção integral e inserção comunitária permitem a produção de saúde e de sujeitos. A supervisão institucional adequa-se à satisfação do trabalhador, em processo de trabalho coletivo e de habilitação psicossocial comunitária.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica; Saúde Mental; Supervisão Intitucional

ABSTRACT

The construction of the Integral Mental Health Care Network of Sobral is presented through the perspective of using its institutional supervision as a tool for planning and evaluation. The context is the Psychiatric Reform of Ceará and this study is based on the analyses of twelve documents written from 1998 – 2006. The orientation is given by a dynamic conception of mental health/illness process, while updating the SUS principles: universality, integrality, equity and humanization of care. The ways the public power replies to social demands displays political quality and democratic practice, in field which is sensitive to ideology, prejudice, discrimination and violence. The care network includes, as methodology, care, assistance and reinsertion in social practices of daily life domain, since autonomy, integral care and community inclusion facilitate health and subject production. The institutional supervision adjusts to the worker's satisfaction, in a process of collective work and psychosocial habilitation of the community.

Keywords: Psychiatric Reform; Mental Health; Institutional Supervision

1 - Médico Psiquiatra – FM/UFC. Mestre em Medicina Social – IMS/UERJ. Doutor em Medicina Preventiva – FMRP/USP. Professor Titular em Saúde Pública – CCS/UECE.

2 - Assistente Social – ITE/Bauru. Mestre e Doutora em Serviço Social – UNESP/Franca. Professora Adjunto em Capital Humano – CESA/UECE.

1. INTRODUÇÃO

A história da assistência psiquiátrica no Ceará apresenta alguns marcos muito importantes, entre os quais se destaca a implantação da Reforma Psiquiátrica no município de Sobral, a partir de 1997, quando Cid Gomes assumiu a Prefeitura Municipal e deu posse a Luiz Odorico Monteiro de Andrade como titular da Secretaria da Saúde e Assistência Social.

O estado do Ceará apresenta dinâmica própria de desenvolvimento, com condições sociais persistentemente precárias, secas cíclicas, ocupação econômica retardatária e dependente, além dos turnos de monocultura na maioria das vezes extrativista (pecuária, algodão, cera de carnaúba, lagosta), o que determina e caracteriza quadros político-econômicos e sócio-sanitários bastante específicos.

A consulta a várias fontes permite traçar um quadro geral de nossa história, acompanhando a lógica da periodização significativa. Para fins práticos, a história do Ceará começa em 1603, expandi-se no século XIX e adquire as características de modernidade internacionalizada na segunda metade do século XX (SAMPAIO, SANTOS & SILVA, 2001; MONTESUMA, FÉ, GOMES, FERNANDES & SAMPAIO, 2006). Mas, para efeito de análise da assistência psiquiátrica, o quadro é simples e precário até a década de 1970, passando a assumir posição avançada, de vanguarda, a partir de 1991. Vejamos, em vôo de águia, os principais marcos desta história, acompanhando a literatura específica (SAMPAIO, 1996; SAMPAIO, SANTOS & ANDRADE, 1998; SAMPAIO & SANTOS, 2001; SAMPAIO & BARROSO, 2002; SAMPAIO, 2005; MOURA-FÉ, 2007):

1603 (início do processo colonial) – 1886 (inauguração do Asilo de São Vicente de Paula-ASVP, bem no final do período Imperial) – Nenhuma iniciativa formal de assistência psiquiátrica. Os lugares do louco eram a rua, a cadeia e os movimentos messiânicos.

A história da assistência psiquiátrica no Ceará apresenta alguns marcos muito importantes, entre os quais se destaca a implantação da Reforma Psiquiátrica no município de Sobral, a partir de 1997, ...

1886 – 1962 (inauguração do Hospital de Saúde Mental de Messejana-HSMM, público, bem no final do período Republicano Populista). O ASVP, de característica asilar clássica, dependência da Santa Casa de Misericórdia, foi seguido, em 1935, por um hospital particular, a Casa de Saúde São Gerardo, e em 1962, pelo primeiro hospital psiquiátrico público, o Hospital de saúde Mental de Messejana-HSMM. O crescimento, neste setor, foi muito lento, com três hospitais em 76 anos, fiéis à lógica da “grande internação”, mas com instituições de pequeno porte e tardias em relação aos modelos de origem.

1962 – 1991 (inauguração do Centro de Atenção Psicossocial de Iguatu-CAPS/Iguatu, em plena consolidação do projeto liberal-modernizador do período do Ceará dos Empresários). A Ditadura Militar brasileira desencadeou uma política de criação de hospitais privados e o Ceará acompanhou o processo, inaugurando um Manicômio Judiciário e nove hospitais psiquiátricos privados, estes conveniados com a Previdência Pública, inclusive o Hospital Guararapes, de Sobral. Outras influências, sobretudo norte-americanas, derivadas da *Mental Health Law*, geraram experiências ambulatoriais e treinamento, em Psiquiatria, de médicos generalistas, via Programa Integrado de Saúde Mental-PISAM. Paralelamente a estes dois processos, desenvolve-se, no Ceará, uma linha autônoma do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica que vai resultar numa grande experiência de reforma do HSMM, na criação do CAPS da cidade de Iguatu e no início da tramitação da Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica, nomeada pelo deputado que a apresentou à Assembléia Legislativa Estadual, a Lei “Mário Mamede”.

1991 – 2007 (tempo atual). Estes últimos 16 anos acompanharam a implantação do Sistema Único de Saúde-SUS, iniciado em 1986, com grande pioneirismo cearense. O Ceará antecipa o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS, o Programa de Saúde da Família-PSF e o Planejamento Estratégico com Programação Pactuada Integrada-PPI e criação de três macrorregiões de saúde, contendo 21 microrregiões de saúde. Para melhor visibilidade, convém discriminar este período, em três fases:

a) 1ª fase - de 1991 a 1998. Aprovação da Lei “Mário Mamede”, em 1992, nove anos antes da aprovação da Lei Brasileira, a Lei “Paulo Delgado”, e criação de projetos-piloto, alternativos, bem sucedidos, que foram os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS de Iguatu, Canindé, Quixadá, Icó, Juazeiro do Norte, Cascavel, Aracati e Fortaleza SER III. O município de Quixadá estabelece um modelo de CAPS que supervisiona ações de saúde mental na atenção primária por meio do PSF, serve de retaguarda

para internações em leitos psiquiátricos de hospital geral regional, promove reabilitação psicossocial com apoio das políticas de inclusão social do município e fornece tratamento ambulatorial, com instrumentos terapêuticos diversificados.

b) 2ª fase - de 1999 a 2005, adoção do modelo de CAPS por mais 30 municípios, aceitação pelo governo estadual de incluir um CAPS em cada sede de microrregião de saúde (n=21), aceitação pelo governo municipal de Fortaleza de incluir um CAPS em cada Secretaria Executiva Regional da cidade (n=6) e realização do I Encontro Estadual de CAPS, promovido pela Universidade Estadual do Ceará-UECE. A capital, Fortaleza, não avança e desqualifica os indicadores gerais do estado, mas o governo estadual passa a induzir o real crescimento da rede de CAPS pelas microrregiões de saúde, com financiamento do governo federal, e o município de Sobral oferece um modelo de reforma psiquiátrica para municípios de médio porte, criando sua Rede de Atenção Integral em Saúde Mental-RAISM, a despeito da trágica experiência da morte do cliente Damião, nas dependências do Hospital Guararapes.

c) 3ª fase - de 2005 a 2007 - Criação de mais 10 CAPS no interior do Ceará. O município de Fortaleza, sob a gestão da prefeita Luizianne Lins, e tendo como Secretário de Saúde Luiz Odorico Monteiro de Andrade, assume o protagonismo do processo e instala sua Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, iniciando com 14 CAPS.

Uma síntese da história da assistência psiquiátrica no Ceará encontra-se sistematizada no Quadro I.

Quadro I: Marcos Históricos da Assistência Psiquiátrica no Ceará.

Data/Período	Evento/Comentário
1886	Inauguração do Asilo para Alienados São Vicente de Paula.
1935	Inauguração da Casa de Saúde São Gerardo.
1963	Inauguração do Hospital de Saúde Mental de Messejana.
Década 1970	Inauguração de nove hospitais psiquiátricos privados, inclusive dois no interior do estado, em Crato e Sobral.
1977/1979	Adesão do Ceará ao Plano Integrado de Saúde Mental-PISAM, da Divisão Nacional de Saúde Mental-DINSAM. Dinamismo da Sociedade Cearense de Psiquiatria-SOCEP, marcado pela criação das Jornadas Cearenses de Psiquiatria, anuais. Criação da Residência Médica em Psiquiatria do HSMM.
1991/1998	Criação e implantação dos CAPS de Iguatu, de Canindé e de Quixadá, seguidos de mais cinco. Aprovação da Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica do Ceará, a Lei "Mário Mamede".
1999/2005	Criação de 30 CAPS municipais. Elaboração do Plano Municipal de Saúde Mental de Sobral. Emergência do Caso Damião. Criação e implantação da Rede de Atenção Integrada à Saúde Mental de Sobral-RAISM Sobral.
2006/2007	Criação de 10 CAPS municipais. Criação e implantação da Rede Assistencial em Saúde Mental de Fortaleza-RASM Fortaleza

Fonte: SAMPAIO; SANTOS; SILVA (2001)

2. CRIAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA RAISM SOBRAL

2.1. O Plano da Política de Saúde Mental de Sobral

As principais mudanças na assistência psiquiátrica, no município de Sobral, com abrangência para a macrorregião de saúde, comparando o momento imediatamente anterior ao caso Damião e o atual momento, podem ser identificadas pela comparação do Quadro 2 com o Quadro 3.

Quadro 2: Serviços de Assistência Psiquiátrica de Sobral, capacidades e coberturas, em 1999.

Serviço	Unidade	Capacidade	Cobertura
Pronto-atendimento	Pronto Atendimento Médico	100 consultas/mês	Sobral e macrorregião
Ambulatório	Santa Casa de Misericórdia de Sobral	120 consultas/mês	Sobral e macrorregião
Hospital (internação prolongada)	Hospital Guararapes	80 leitos	Sobral e macrorregião
Hospital (internação-dia)	Hospital Guararapes	30 leitos	Sobral
Emergência	Hospital Guararapes e Santa Casa de Misericórdia de Sobral	Demanda espontânea	Sobral e macrorregião

Fonte: Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, 1999.

Quadro 3: Serviços de Assistência Psiquiátrica de Sobral, capacidades e coberturas, em 2005.

Serviço	Unidade	Capacidade	Cobertura
Pronto-atendimento	Centro de Especialidades Médicas	240 consultas/mês	Macrorregião de saúde, sem Sobral
Hospital (internação prolongada)	Hospital Geral Dr. Estevam	17 leitos	Sobral e macrorregião
Emergência	Hospital Geral Dr. Estevam	Demanda espontânea	Sobral e macrorregião
Supervisão das ações de saúde mental comunitária	CAPS Geral	Demanda triada	Sobral
Ambulatório psicológico-psiquiátrico	CAPS Geral	900 atendimentos/mês	Sobral
Supervisão das internações	CAPS Geral	Demanda triada	Sobral
Reabilitação psicossocial	CAPS Geral	400 atendimentos/mês	Sobral
Atenção integral a álcool e drogas	CAPS AD	600 atendimentos/mês	Sobral
Atenção integral a crônicos egressos do ex-Hospital Guararapes	Residência Terapêutica	08 vagas	Sobral e macrorregião
Política Municipal de Saúde Mental			
Conferência Municipal de Saúde Mental			
Coordenação Municipal de Saúde Mental			
Supervisão Institucional			
Rede Integral de Serviços			

Fonte: Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, 2005.

O conjunto de ações desencadeados pelo esforço de realizar amplo processo de reforma da assistência psiquiátrica em Sobral, com a conseqüente implantação de uma Política Municipal de Saúde Mental, envolvendo princípios, diretrizes, tomada de decisão, plano, projetos, sistema, rede e serviços, dignos das conquistas teóricas e práticas da Psiquiatria, da Psicologia, da Psicanálise, do

Planejamento Estratégico e da Humanização da Gestão em Saúde fica fortemente evidenciado no Quadro 3: capacidade de cobertura universal, intersectorialidade, organização pública em rede, interdisciplinaridade, diversidade de oferta de dispositivos de cuidados e de projetos terapêuticos, apoio matricial aos cuidadores, com destaque para a existência de uma Política Municipal de Saúde Mental e da Supervisão Institucional.

O trabalho político também resultou num grande e consistente conjunto de documentos produzidos no período de 1999 a 2007, como se apresentam no Quadro 4.

Quadro 4: Documentos Produzidos pela RAISM Sobral ou com sua participação, no período 1999 a 2007.

Documento	Data
Política Municipal de Saúde Mental de Sobral (Seminário na Universidade Vale do Acaraú-UVA)	1999
Projeto de Lei de Reforma Psiquiátrica Municipal de Sobral	2000
Carta de Ytacaranha (Oficina do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Ceará-COSEMS/Ce)	2000
Relatório Final do 1º Seminário de Avaliação da RAISM Sobral	2000
Carta de Fortaleza (Congresso Estadual de CAPS do Ceará, na Universidade Estadual do Ceará-UECE)	2001
Manual de Organização de CAPS	1ª redação (Quixadá): 1996 2ª redação (Sobral): 2001
Carta de Quixeramobim (Jornada de Saúde Mental de Quixeramobim)	2003
Norma sobre APAC ao Conselho Municipal de Saúde de Sobral	2003
Relatório Final do 2º Seminário de Avaliação da RAISM Sobral	2003
Estatuto da Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental	2003
Relatório Final da Pesquisa Avaliativa do CAPS Sobral	2004
Relatório Final do 3º Seminário de Avaliação da RAISM Sobral	2006

Fonte: Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, 2007

O conjunto destes documentos fornece os elementos para os processos de avaliação e estabelece dois dispositivos de ação permanente: educação e supervisão. O Manual de Organização de CAPS consolida missão e organização de serviço e permite extrapolação para sistema ou rede, sobretudo em sua revisão de 2001, quando o Ceará já dispunha da experiência bandeirante do CAPS de Iguatu, da instalação do CAPS Quixadá que propunha modelo para município com população entre 40 e 120 mil habitantes (o Ceará tem 27 municípios deste porte) e da instalação da RAISM Sobral que propunha modelo para município com população entre 120 e 400 mil habitantes (o Ceará tem quatro municípios deste porte). Da experiência acumulada escapavam o problema Fortaleza, metrópole com mais de dois milhões e meio de habitantes, a

ser pensado em grande e complexa escala, e a miríade dos 152 municípios cearenses com população inferior a 40 mil habitantes, a serem pensados a partir das ações de saúde mental incorporadas à atenção primária e à estratégia de saúde da família.

3. A QUESTÃO DA SUPERVISÃO INSTITUCIONAL

3.1. A Organização do CAPS em Rede

A- O que é o CAPS?

O CAPS constitui serviço extra-hospitalar de assistência pública, estatal ou contratado, destinado ao atendimento dos problemas de saúde mental, individual e coletiva. Caracteriza-se por multiplicidade crítica de funções e técnicas, prática interdisciplinar e acessibilidade local. Por sua complexidade, assume a posição de unidade de atenção secundária especializada, coordena a política de saúde mental de município onde se instale e serve de referência a equipes mínimas de saúde mental em municípios de pequeno porte na região de cobertura. Nos municípios de grande população e nas zonas metropolitanas, deve compor rede de atenção integral à saúde mental.

B- Quais são os Objetivos do CAPS?

- Tratar transtornos, psicogênicos e/ou organogênicos, estruturados sob forma clinicamente reconhecida de doença mental.
- Oferecer contenção para crises psicológico/psiquiátricas e indicativos de crescimento pessoal a partir delas.
- Supervisionar atividades de saúde mental comunitária desenvolvidas na atenção primária.
- Oferecer retaguarda às internações em leitos psiquiátricos de hospital geral.

O CAPS constitui serviço extra-hospitalar de assistência pública, estatal ou contratado, destinado ao atendimento dos problemas de saúde mental, individual e coletiva.

- Prevenir hospitalismo, desamparo e outras formas de alheamento, garantindo permanência dos vínculos sociais.
- Prevenir rotulação, estigma e cronificação.
- Estimular redimensionamento crítico das relações com família, trabalho, vizinhança, sexualidade e política.
- Apoiar promoção da cidadania e construção coletiva da qualidade de vida.

C- Quais são as Características Organizacionais do CAPS?

- Integração a sistemas primários de atenção - O CAPS atende demandas espontâneas da população, do sistema de atenção primária (agentes de saúde, programas de saúde da família, unidades básicas) e de equipes mínimas de saúde mental em serviços regionalizados.
- Integração a sistemas secundários de atenção - O CAPS encaminha e recebe clientela de serviços ambulatoriais, hospitalares (preferencialmente de unidades psiquiátricas em hospital geral e serviços de internação parcial) e de oficinas protegidas/residências terapêuticas.

O CAPS é um serviço que contém, nele próprio, múltiplos níveis de atenção, devendo proporcionar alternativas terapêuticas e preventivas adequadas às diferentes demandas.

- Integração a sistemas de política social - O CAPS cria interface com as iniciativas governamentais e da sociedade civil que visem atender múltiplas carências sociais, desde as básicas (nutrição, educação, habitação, emprego etc) até as mais complexas de cidadania (cultura, autoexpressão, associatividade etc), passando por outras de natureza mais específica (educação especial para deficientes, recuperação de drogadictos, heteronomia da adolescência, desamparo da terceira idade etc).
- Integração a sistemas de urgência/emergência - O CAPS deve acolher pronto atendimento de seus próprios clientes, mas indicar serviços de urgência/emergência geral, em seu território, para acolher a emergência psiquiátrica.
- Acessibilidade local - Para garantir os direitos de cobertura universal e de equidade, o CAPS deve estar integrado a comunidade limitada geográfica e demograficamente. A experiência cearense de o CAPS para

cada município de 40 a 120 mil habitantes tem sido bastante proveitosa. Com relação aos grandes centros metropolitanos o dimensionamento muda de escala, passando a exigir redes muito mais complexas.

- Multiplicidade de funções e técnicas - O CAPS é um serviço que contém, nele próprio, múltiplos níveis de atenção, devendo proporcionar alternativas terapêuticas e preventivas adequadas às diferentes demandas. O CAPS não constitui serviço destinado exclusivamente a psicóticos agudos ou crônicos em fase aguda, como são os serviços hospitalares, mas aos variados processos psíquicos de sofrimento mental, perda de autonomia e impedimentos da vida como experiência satisfatória.

- Formação permanente dos trabalhadores e crítica das práticas - Alterações econômicas, políticas, sociais, culturais, demográficas e de perfil sanitário resultam em mudanças comportamentais, emocionais, intelectuais e representacionais. Para enfrentar as novas realidades, os trabalhadores precisam estar inseridos em processo continuado de formação. Para acompanhar a dinâmica da vida humana o CAPS necessita incorporar sistemático processo de pesquisa (epidemiologia, psicopatologia, representação social, saúde mental e trabalho, saúde mental e família, sexualidade etc) que instrumentalize cientificamente novas abordagens, técnicas e programas.

- Prática multiprofissional interdisciplinar - O trabalho em saúde está obrigado à constituição de equipes, sobretudo quando o campo é o da saúde mental, onde houve uma revolução organizacional, derivada da complexidade do conhecimento, da múltipla face do processo saúde/doença mental e dos cuidados para evitar as manipulações ideológicas e morais. Se a equipe é necessária e se seu objeto é complexo, ela própria passa a se constituir como um caso a ser cuidado, para preservar a força crítica do trabalho e a saúde mental dos próprios trabalhadores. A supervisão sistemática das atividades torna-se então necessária, pois o trabalho em equipe pode derivar para o espontaneísmo, o taylorismo ou a luta interna de pólos de poder, caso a multiprofissionalidade não busque a interdisciplinaridade garantida por eixo de princípios concordantes.

- Redução crítica da hierarquia interna - O combate ao taylorismo e ao autoritarismo passa pela redução da hierarquia interna na equipe, o que pode ser obtido através de variadas táticas: coordenação rotativa que não seja prerrogativa de alguma profissão; estabelecimento da prática do terapeuta emergente, não formalizada por profissão, capaz de reduzir as diferenças entre profissionais de nível superior; e estabelecimento do

rodízio de funções entre trabalhadores de nível médio, criando-se a figura do auxiliar de saúde mental.

- Redução crítica da hierarquia assistente/assistido - O demandante de cuidados psicológicos/psiquiátricos não representa uma outra espécie de ser, mas alguém que realiza uma possibilidade de todo ser humano. Para o combate à violência autoritária e às lógicas asilares convém aproximar assistentes e assistidos, enfatizando a fenomenologia do encontro, rompendo barreiras de intolerância e gerando campo comum de experiências. Todos compartilham espaços, quotidianos e possibilidades sociais reais.
- Centro dinâmico das políticas de saúde mental - Articulando-se com Secretaria de Saúde, Conselho de Saúde e Comissão de Saúde Mental, o CAPS propõe e coordena a política de saúde mental de município de porte médio a grande. Em relação às áreas metropolitanas o problema da coordenação política se torna mais complexo, transferindo a responsabilidade de centro dinâmico para uma Coordenação Coletiva ou um Conselho de CAPS.

D- Quais são as Funções do CAPS?

- Recepção - Existe um grande conjunto de sofrimentos psicológicos que expressam problemáticas orgânicas (neurológicas, endocrinológicas, toxicológicas etc), existenciais (rituais de passagem, paradoxos do amor e do desejo, crises de perda etc) e sócio-econômicas (trabalho alienado, desemprego, vivência de relações de opressão etc). A situação brasileira, caracterizada por difícil acesso a escolaridade, a cuidados de saúde, a renda possibilitadora de sobrevivência digna e a instâncias democráticas para o exercício da cidadania, multiplica os mal estares pessoais e impede a identificação da origem destes mal-estares. Existe, portanto, uma extraordinária demanda equivocada dos serviços psicológico/psiquiátricos, para a qual um bom sistema de triagem deve servir de barreira. O CAPS

...o atendimento domiciliar previne estigma (rotulação precoce) e hospitalismo (cronificação no uso do recurso hospital), além de fornecer à família e vizinhança uma "pedagogia do cuidado"...

não é panacéia universal. Por outro lado, os fenômenos psicológicos são sempre de grande complexidade, exigindo uma compreensão politicamente crítica e tecnicamente interdisciplinar para sua abordagem. Recomenda-se que a triagem seja feita em grupo de demandantes e por, no mínimo, dois técnicos especializados. Devido às interfaces orgânicas e aos manejos farmacológicos, convém que um dos profissionais seja sempre um psiquiatra.

- Ambulatório - A clientela acolhida poderá já se encontrar desenvolvendo algum quadro de transtorno mental. Após definição diagnóstica, o cliente deve ser encaminhado para um projeto terapêutico, seja em Farmacoterapia, Psicoterapia individual, Psicoterapia de grupo, Praxiterapia, Oficinas de Auto-expressão e Socioterapia. A definição do cuidado deve evitar, por um lado, o exclusivismo terapêutico, pois outras técnicas podem ser incorporadas como apoio, e, por outro lado, deve evitar o ecletismo indiscriminado, pois a clareza terapêutica previne novas dificuldades de identidade ao cliente, sobretudo previne iatrogenias. Considerando que o principal instrumento de trabalho na assistência psicológica/psiquiátrica seja o vínculo, convém observar com qual dos terapeutas o cliente mais se identifica para que seja designado a ele a coordenação do projeto terapêutico personalizado, com todos os outros profissionais a ele servindo de apoio.
- Visita Domiciliar - Esta tática de intervenção satisfaz a pelo menos quatro objetivos: conhecer a dinâmica concreta do universo familiar da clientela, estimular na comunidade o debate sobre promoção de saúde mental, realizar acompanhamento de cliente em recuperação pós-hospitalar e atender situações agudas de crise. Neste último caso, o atendimento domiciliar previne estigma (rotulação precoce) e hospitalismo (cronificação no uso do recurso hospital), além de fornecer à família e vizinhança uma "pedagogia do cuidado", incluindo táticas de abordagem e tolerância a desvios da norma comportamental prevista na cultura.
- Retaguarda à internação - Nos casos em que a internação, de preferência em leito psiquiátrico de hospital geral regional, se torne imperativa, a equipe do CAPS presta cobertura ao cliente, pedindo e fornecendo interconsulta às outras clínicas hospitalares. Quando a mesma equipe acompanha todas as fases do processo terapêutico, os erros de manipulação são residualizados e o cliente reage de modo mais rápido e positivo às intervenções, reduzindo também o tempo de permanência hospitalar.
- Assessoria - A equipe do CAPS constitui-se como equipe técnica de assessoramento à Secretaria Municipal

de Saúde, ao Conselho Municipal de Saúde, à Comissão Municipal de Saúde Mental e aos Programas de Saúde que lhe sejam afins (Saúde da Família, Prevenção de Dependência Química, Saúde do Trabalhador, Saúde do Idoso etc), tanto na definição das políticas de saúde, como na articulação estratégica dos planejamentos na área social. Sem esta função, as outras passam a correr o risco de perder a globalidade e tendem a ser pontuais, imediatistas, sintomáticas.

- **Formação** - Todo serviço de saúde deve incorporar processo de formação continuada, por meio de reuniões de discussão de casos, debate de textos, seminários de aprofundamento. O CAPS é serviço de nova natureza, porém integrado a sistema pré-existente, donde esta exigência se tornar uma urgência: os trabalhadores estão formados para atuação no sistema pré-existente e precisam re-inventar sua formação, simultaneamente com a criação e a prática do novo serviço.

- **Pesquisa** - Todo serviço de saúde deve dispor seu banco de dados de modo a permitir pesquisa quantitativa da produtividade, fornecendo subsídios às mudanças assistenciais necessárias. O CAPS, pela sua interface direta com a vida social, deve articular-se com o serviço de vigilância à saúde, enfatizando necessidades e especificidades da área, solicitando e fornecendo dados capazes de identificar a dinâmica psicossocial da comunidade: características urbanas, dinâmicas econômicas, indicadores de pobreza e desorganização social (migração, homicídio, suicídio, gravidez precoce, trabalho precoce, alcoolismo, retardo mental, demência senil e pré-senil etc). A incorporação da capacidade de pesquisa permite a reflexão crítica permanente sobre a própria prática e a percepção prévia de eventos sentinela, para postura pró-ativa.

- **Comunicação e Crítica Social** - O CAPS deve assumir, eventual e topicamente, a consultoria de veículos de comunicação de massa, sindicatos, igrejas, escolas, partidos políticos e clubes de serviço. Convém devolver criticamente demandas equivocadas, chamar atenção sobre os determinantes sócio-econômico-culturais dos fenômenos psicológicos, denunciar a lógica frequente da responsabilização individual, isto é, da "culpabilização da vítima", da "psicologização" de tudo o que seja da ordem do político e do econômico. O processo de ajuste indivíduo-sociedade é dialético, inclui a transformação do indivíduo para que este se adeque, mas também a transformação da sociedade visando justiça social e democracia.

- **Processo de Supervisão ou Apoio Matricial** - São necessárias três naturezas de supervisão: institucional, técnica, de projeto em parceria. A supervisão

Todo serviço de saúde deve incorporar processo de formação continuada, por meio de reuniões de discussão de casos, debate de textos, seminários de aprofundamento.

institucional deve ser exercida por um profissional externo, de reconhecida competência técnico-teórica, que sistematicamente auxilie a equipe na prática da autocrítica e da colocação de novos objetivos. Os problemas de uma equipe de saúde mental podem resultar de conflitos de variadas naturezas (políticas, econômicas, administrativas, entre níveis de formação, entre escolas teóricas, entre corporações profissionais, entre unidades da rede de cuidados, interpessoais) que podem se expressar umas pelas outras, de forma labiríntica e especular. A supervisão técnica é referente a problemas específicos, ligados ao exercício de técnicas terapêuticas ou à implantação de novos projetos, que podem sugerir a necessidade de contratação de supervisor específico, por tempo limitado, a partir de um acordo da equipe com o supervisor institucional. A supervisão de projeto em parceria é referente à co-operação de iniciativas e, neste caso, os profissionais da equipe de saúde mental exercem a supervisão das equipes mínimas de saúde mental alocadas na área de regionalização, a equipe do hospital geral de retaguarda, as equipes de saúde da família, as equipes da Ação Social ou da Educação Básica, etc.

3.2. As Propostas Teóricas de Supervisão

A partir de teorias de planejamento e avaliação em saúde (MATUS, 1993; TESTA, 1995) e a substantiva evolução do conceito e das práticas de supervisão institucional, que acompanham o campo da saúde mental nos últimos 60 anos (HOCHMANN, 1971; BOLMAN & BELLAK, 1972; FLEMING, 1976; SERRANO, 1982; LAPASSADE, 1983; REDLER, 1985; LAING, 1985; BASAGLIA, 1985; SAMPAIO, 1994; BASAGLIA, 1998), foi possível sistematizar as escolhas efetuadas em Sobral, desde a técnica da roda (CAMPOS, MEHRY & NUNES, 1994; CAMPOS, 2000) até a lógica da inclusão da supervisão no

fluxo do processo de educação e avaliação permanentes (SAMPAIO & VASCONCELOS-Fo, 2006).

Os grandes movimentos que surgiram no campo da Saúde Mental, nestes últimos 60 anos, embora com bases teóricas e políticas distintas, convergem na idéia de que as equipes de cuidado psicológico-psiquiátrico precisam, por sua vez, de cuidado de mesma natureza. A Psiquiatria de Setor (França), a Análise Institucional (França), a Comunidade Terapêutica (Inglaterra), a Antipsiquiatria (Inglaterra), a Psiquiatria Preventiva (Estados Unidos), a Psiquiatria Comunitária (Estados Unidos), a Psiquiatria Democrática (Itália), o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica e a Reforma da Assistência Psiquiátrica da Andaluzia (Espanha) convergem, indubitavelmente, neste ponto. Deste modo, o procedimento de avaliação e supervisão da RAISM Sobral revisou esta literatura e foi operacionalizado em grandes cortes trienais de avaliação, precedidos e sucedidos por avaliações anuais, supervisões mensais e rodas semanais da equipe dos serviços.

- O CAPS constitui interface com todas as iniciativas governamentais e da sociedade civil que visem atender carências sociais, desde as básicas (nutrição, educação, habitação, emprego), até as complexas de cidadania (cultura, autoexpressão, associatividade), passando por outras de natureza específica (educação especial para deficientes, recuperação de drogadictos, heteronomia da adolescência, desamparo da terceira idade).
- Para garantir os direitos da população de cobertura universal e equidade, o CAPS deve estar integrado a comunidade limitada geográfica e demograficamente, viabilizando universalidade e acessibilidade local plena, em território vivo, construído.
- O CAPS é serviço que contém múltiplos níveis de atenção, devendo proporcionar alternativas terapêuticas, preventivas e habilitadoras adequadas às diferentes demandas, necessitando incorporar multiplicidade de dispositivos, profissões, procedimentos e técnicas.
- A organização de o CAPS demanda crítica da formação dos trabalhadores e das práticas, pois alterações

*A lógica de o CAPS
exige combate ao
taylorismo, o que
passa pela redução da
hierarquia interna na
equipe...*

econômicas, políticas, sociais, culturais, demográficas e de perfil sanitário resultam em mudanças comportamentais, emocionais, intelectuais e representacionais, daí a imposição de educação permanente e de sistemático processo de pesquisa científica (epidemiologia, psicopatologia, representação social, saúde mental e trabalho, saúde mental e família, sexualidade) que instrumentalizem novas abordagens, programas e projetos.

- A lógica de o CAPS exige combate ao taylorismo, o que passa pela redução da hierarquia interna na equipe e pode ser obtido por vários meios: coordenação rotativa que não seja prerrogativa de alguma profissão; estabelecimento da prática do terapeuta emergente, não formalizada por profissão, capaz de reduzir as diferenças entre profissionais de nível superior; e estabelecimento do rodízio de funções entre trabalhadores de nível médio, criando-se a figura do auxiliar de saúde mental, não por especificidade profissional (auxiliar de enfermagem, de terapia ocupacional, de serviço social).
- A lógica de o CAPS exige combate à violência autoritária e às lógicas manicomial, asilares, que podem se reproduzir em qualquer serviço de saúde, dada a permanência do Estado burocrático-autoritário e da iníqua distribuição social das riquezas, então convém aproximar assistentes e assistidos, enfatizando a fenomenologia do encontro, rompendo barreiras de intolerância e gerando campo comum de experiências, pois todos compartilham espaços, quotidianos e possibilidades sociais reais.
- Finalmente, a lógica de o CAPS exige prática multiprofissional interdisciplinar, pois o trabalho em saúde, sobretudo em saúde mental, está obrigado à constituição de equipes. Se a equipe é complexa e necessária e seu objeto é complexo, transpassado de subjetividade e história, ela própria passa a se constituir como um caso a ser cuidado, preservando a força crítica do trabalho e a saúde mental dos próprios trabalhadores.
- A supervisão deve ser encarada como um processo permanente, de natureza institucional, exercida por um profissional externo, de reconhecida competência técnico-teórica, que sistematicamente auxilie a equipe na prática da autocrítica e da colocação de novos objetivos.
- Esta supervisão institucional não prescinde do acompanhamento técnico-tecnológico, pois problemas específicos, ligados ao exercício de técnicas para o manejo individual ou coletivo, ou à implantação de novos programas, podem sugerir a necessidade de contratação de formação específica, por tempo limitado, a partir de um acordo da equipe com o supervisor institucional.
- O próprio CAPS, por sua vez, também supervisiona os serviços ou ações, referidos ou articulados, como as

equipes mínimas de saúde mental alocadas em Centros de Saúde da área de regionalização do CAPS ou as ações de saúde comunitária da atenção primária.

Os problemas de uma equipe de atenção primária, de saúde da família, de saúde mental, de saúde do trabalhador, por exemplo, podem resultar de conflitos de variadas naturezas (político-ideológicas, econômico-financeiras, entre níveis hierárquicos, entre níveis de formação, inter-teóricas, inter-corporativas e inter-pessoais) e elas podem se expressar umas pelas outras, de forma labiríntica e especular. Portanto, as competências incorporadas nos serviços de saúde, na perspectiva da humanização, da integralidade, da universalidade e do acolhimento, são de múltiplas naturezas: Ética, Política, Cultural, Técnica e de Compreensão das Narrativas da Subjetividade.

3.3. Os Procedimentos e as Perspectivas da Avaliação/Supervisão

Na tarefa de supervisão, o Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio, teve o apoio da Profa. Dra. Cleide Carneiro e dos médicos psiquiatras Carlos Magno Cordeiro Barroso, Urico Gadelha de Oliveira Neto, Marcus Vinicius Ponte de Sousa e do Prof. Dr. Luís Fernando Tófoli. No período foram realizadas 217 rodas de equipe de serviço, 68 reuniões de supervisão institucional e três seminários de avaliação, compondo algo em torno de 1.500 de trabalho de reflexão. A apresentação dos relatórios finais destes seminários de avaliação explicita os temas recorrentes, a mudança da natureza dos problemas a serem enfrentados e as soluções, tanto encaminhadas como implantadas.

3.3.1. Seminário de Avaliação/Supervisão da RAISM Sobral em 2000

A - Triagem Grupal:

- Realizar piloto de triagem coletiva: visibilização de toda a demanda, rapidez no atendimento, compreensão da negativa às demandas equivocadas.
- Entender triagem coletiva como momento de resolubilidade, com alta capacidade técnica e desenvolver olhar clínico crítico pela equipe, para que a multiplicidade de olhares apure a observação da demanda.
- Criar, imediatamente: a) Recepção (acolhimento/sem agir burocrático) e b) Sala de espera (otimizar tempo de espera do cliente com filmes educativos sobre saúde mental).

Os problemas de uma equipe de atenção primária, de saúde da família, de saúde mental, de saúde do trabalhador, por exemplo, podem resultar de conflitos de variadas naturezas...

B – Organização e informatização dos prontuários do CAPS:

- Organizar prontuário a partir da seguinte definição: clientes atuais e arquivo morto (sem frequência ao serviço há mais de 12 meses). O prontuário deve caracterizar-se pela interdisciplinariedade e pelo fácil manuseio por todos os profissionais, pois é documento legal, clínico, base de dados para pesquisa e instrumento para elaboração de projetos terapêuticos.
- Proceder à informatização dos prontuários a partir de software específico;
- Estabelecer rotina, entre os psiquiatras, de avaliarem, mensalmente, prontuários dos outros colegas, para aprendizado e crescimento mútuo.

C – Prescrição e repetição de receitas pela Enfermagem:

- Propor à Secretaria de Saúde, portaria autorizando a prescrição e repetição de receitas pela Enfermagem da equipe de saúde mental.
- Criar comissão de ética (municipal e interdisciplinar), para retaguarda às prescrições não-médicas.

D – Coordenação do CAPS:

- Efetivar atual coordenação, composta de três membros;
- Planejamento e divisão de tarefas entre os coordenadores.

E – Lar Bom Samaritano:

- Realizar reunião com Diocese de Sobral, para discutir ações de saúde mental na instituição sob responsabilidade da Irmandade dos Vicentinos;
- Identificar moradores do Lar para transferência à Residência Terapêutica.

F – Moradores de rua:

- Mapear moradores de rua com transtorno mental para

... todos os membros da equipe devem passar pelas funções de coordenação, reduzindo a especialização burocrática, a rigidez de papéis entre chefes e subordinados...

criação de projeto de saúde mental de apoio aos sem teto.

G – Terapia Ocupacional:

- Orientar diversificação de atividades e de grupos, para sistematização das atividades e elaboração de cronograma.

H – Criação oficial da rede:

- Preparar portaria da Rede de Atenção Integral a Saúde Mental de Sobral;
- Elaborar portaria do Colegiado de Saúde Mental;
- Elaborar portaria da Coordenação Municipal de Saúde Mental;
- Elaborar Regimento da Comissão Municipal de Saúde Mental e Cidadania;
- Elaborar Projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica de Sobral.

I – Nova dinâmica das supervisões:

- Freqüência mensal, de 9 às 17h, a equipe almoçando junta.
- Preparação prévia da pauta em reunião semanal ordinária de equipe
- Manhã: avaliação das decisões tomadas na supervisão anterior.
- Tarde: assuntos novos.

J – Dinâmica das reuniões ordinárias da equipe de saúde mental:

- Freqüência semanal, de 14 às 17h.
- Uma reunião para discussão da organização de agenda e prontuários;
- Uma reunião para discussão de caso clínico, individual ou institucional;

- Uma reunião para leitura/debate de textos.
- Uma reunião para preparar a pauta da supervisão subsequente.

K – Coordenação do CAPS Geral:

- Gestão de um ano. Todos os membros da equipe devem passar pelas funções de coordenação, reduzindo a especialização burocrática, a rigidez de papéis entre chefes e subordinados e a perda de tempo mobilizando energias para o ganho de posições pessoais, a histerização das relações baseadas na cobrança, por um lado, e em queixas defensivas, por outro.
- A escolha dos coordenadores deve ocorrer em reunião de supervisão institucional;
- Coletivo de três coordenadores: assistencial, gerencial, político-social.

L – Coordenação Assistencial:

- Solicitar e apoiar elaboração de planejamento estratégico para o CAPS;
- Realizar, de forma contínua, capacitação técnica;
- Realizar e viabilizar participação do pessoal em seminários, oficinas, encontros, jornadas e congressos em Saúde Mental;
- Supervisionar os projetos terapêuticos individuais e coletivos;
- Dirigir as reuniões semanais de equipe.

M – Coordenação Gerencial:

- Viabilizar a reunião mensal de supervisão e semanal de equipe;
- Organizar escalas de atividades (triagem grupal, grupos, consultório, oficinas etc) e de trabalhadores (auxiliares de saúde mental, vigilantes, médicos e serviços gerais);
- Providenciar solicitação para o almoxarifado de gêneros alimentícios; produtos de limpeza; material para escritório e outros;
- Providenciar manutenção dos aparelhos ou material permanente do serviço e solicitação de medicamentos;
- Montar mapas de atendimento, acesso, primeiras consultas, retornos, para a discussão da equipe;
- Agilizar informatização dos prontuários e da gestão do serviço.

N – Coordenação Político-Social:

- Realizar levantamento da história da Saúde Mental em Sobral, com registro do processo de implantação da RAISM;
- Estabelecer parceria do CAPS Geral com escolas, igrejas, sindicatos, associações comunitárias, movimentos populares, jornais e rádios, por meio de palestras, aulas, reuniões

e oficinas, visando a desmistificação da loucura e da cultura manicomial e a divulgação da RAISM Sobral;

- Estabelecer parceria do CAPS com Ação Social, Casa de Cultura e outros, para implantação de oficinas de habilitação social, em serigrafia, carpintaria, marcenaria, reciclagem de papel e outras, objetivando a preparação dos clientes da RAISM Sobral para o mercado de trabalho;
- Solicitar à Secretaria da Saúde e Ação Social a garantia de recursos financeiros e técnicos para a implantação de projeto comunitário de saúde mental, na atenção primária, mediante a formação de terapeutas comunitários;
- Estabelecer parceria do CAPS com Secretaria de Educação e a Universidade Vale do Acaraú-UVA, objetivando o retorno voluntário dos clientes aos estudos, recusando formação de classes especiais;
- Manter parceria do CAPS com instituições como Senac, Sesc, Iva, Centec, Sine e outros, a fim de propiciar aos clientes a realização de cursos profissionalizantes,

Todos os profissionais de nível superior devem estar envolvidos no acolhimento. A equipe de acolhimento é constituída do técnico de acolhimento (não-médico) e um psiquiatra de retaguarda.

do Fundo de Amparo ao Trabalhador-FAT;

- Manter parceria do CAPS com Secretaria de Indústria e Comércio, objetivando garantia de espaço físico no Mercado Central para comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas;
- Concretizar proposta aprovada na Conferência Municipal de Saúde, que diz respeito à garantia de parcerias intersetoriais entre os setores públicos e privados, objetivando a oferta de trabalho/emprego, aos clientes da RAISM Sobral, aptos ao mercado de trabalho;
- Criar uma Associação de Amigos da RAISM Sobral.

3.3.2. Seminário de Avaliação/Supervisão da RAISM Sobral em 2003

A- Programa:

- Os profissionais da RAISM Sobral foram divididos em seis grupos, cada qual para debater um tema sorteado de um total de seis pré-definidos.
- Um relator, escolhido pelo grupo, toma nota do trabalho da equipe.
- Após o debate do tema, cada grupo pode fazer uma leitura coletiva e crítica dos temas dos outros grupos, para melhor desempenho da plenária.
- Cada grupo pode acrescentar novas diretrizes, por ocasião da plenária.
- Apresentação, pelos relatores, das conclusões de cada grupo referentes ao tema próprio, na plenária, com amplo debate.
- Elaboração de um conjunto de diretrizes para a RAISM Sobral, a partir do consenso dos participantes.

B- **Grupo 1** – Tema: Triagem.

1. A triagem será realizada três vezes por semana, com agendamento prévio de até dois dias, com seis clientes em cada grupo de triagem. O processo deve ser informado na reunião de gerentes de território de atenção primária, além de ser trabalhada nas preceptorias de saúde mental nos territórios, devendo-se esclarecer as missões diferentes dos CAPS Geral e AD.
2. Será permitida a entrada dos familiares ou acompanhantes à triagem grupal, se o cliente permitir. A entrada destes não será estimulada ou exigida. Clientes que se recusarem a participar da triagem grupal terão a possibilidade de triagem individual.
3. Casos leves a moderados, sem complicações, devem ser rotineiramente encaminhados às equipes do Programa Saúde da Família-PSF. Casos que necessitem de medicação só poderão ser encaminhados às equipes de PSF que estejam completas, com médico. Uma lista das equipes de PSF, incluindo preceptorias de saúde mental, atualizada mensalmente, sob a responsabilidade do coordenador gerencial, deve estar disponível.
4. Será elaborado um impresso específico de contra-referência de saúde mental, para o PSF. Nele deve constar impressão diagnóstica, proposta de conduta (medicamentos, encaminhamentos etc.), data de retorno, nome do preceptor de saúde mental do território de referência e contato do CAPS. Uma lista, de recursos de apoio comunitário ao cliente (grupos de auto-ajuda, reuniões comunitárias, recursos alternativos e, principalmente, terapias comunitárias e grupos psicoterapêuticos), atualizada mensalmente pelo coordenador político-social, deve estar disponível.
5. Qualquer técnico da equipe de saúde mental poderá fazer triagens nas áreas e encaminhar clientes ao CAPS

II, quando necessário, contanto que o encaminhamento seja feito por escrito, de preferência com contato telefônico prévio à consulta.

C- **Grupo 2** - Tema: Ação de Acolhimento (Recepção).

1. Todos os profissionais de nível superior devem estar envolvidos no acolhimento. A equipe de acolhimento é constituída do técnico de acolhimento (não-médico) e um psiquiatra de retaguarda.

As atividades de preceptores de saúde mental são: supervisão de casos de saúde mental, visitas domiciliares junto à equipe de saúde da família, capacitação e educação em saúde mental e visitas ao território...

2. Deve haver seleção dos casos que solicitem acolhimento. A prioridade de atendimento deve ser dada a egressos do hospital, desestabilização de quadro clínico, sintomatologia colateral, má-resposta ao tratamento e os que venham com encaminhamento do PSF.

3. Clientes que tiverem faltado às consultas, ou seja, que vierem ao serviço após a data marcada no cartão, sem justificativa adequada ou comunicação prévia, e que não sejam moradores de distritos ou de Forquilha, deverão ser atendidos à tarde. Clientes dos distritos, de Forquilha e em dias em que não houver atendimento à tarde, serão atendidos pela manhã, por último.

4. Após o horário padrão de acolhimento, salvo urgência, o cliente deve ser encaminhado ao período seguinte.

5. Se o psiquiatra assistente do cliente estiver presente, o caso pode ser discutido com ele, se o técnico do acolhimento julgar necessário e houver disponibilidade do psiquiatra assistente. As regras gerais, acordadas anteriormente, sobre a ordem e tipo de atendimento também deverão ser usadas nesta situação.

6. Será realizado mensalmente um levantamento do livro de acolhimento para avaliar o procedimento e os índices de adesão e de vinculação a projeto terapêutico específico.

D- **Grupo 3** – Tema: Atenção e Assistência.

1. A preceptoria de saúde mental no território será mantida, mesmo que às custas de diminuição do número de visitas às equipes de saúde da família. Todas as categorias profissionais, desde que possível, dentro do fluxo do serviço, devem realizar atividades fora do serviço. Os PSF precisam ter contato direto com o preceptor de saúde mental, e decidir, com ele, datas e formas de atendimento. Os preceptores psiquiatras só atenderão diretamente os casos nos PSF de distrito sem médico. As atividades de preceptores de saúde mental são: supervisão de casos de saúde mental, visitas domiciliares junto à equipe de saúde da família, capacitação e educação em saúde mental e visitas ao território.

2. Casos psiquiátricos pouco complicados, que apresentem bom vínculo social e resposta satisfatória à medicação deverão ser encaminhados para continuação e possível término da medicação no PSF de origem. Não há impedimento que o cliente se medique em sua área e ao mesmo tempo receba atenção psicoterápica ou de TO nos CAPS. O processo de encaminhamento envolverá (especialmente no caso de psicose) atendimentos pós-encaminhamento com a enfermagem, para verificar o grau de inserção e satisfação do cliente com o PSF de origem. O número destes atendimentos será variável, e, se for necessário, o cliente será re-encaminhado para medicação nos CAPS.

3. A RAISM Sobral se compromete em inserir os psicólogos ligados à Escola de Saúde da Família (preceptores e residentes) em grupos de atendimento nos diversos territórios (com prioridade de atendimentos aos quadros de queixa difusa e alcoolismo), de forma a estabelecer uma rede de atenção terapêutica alternativa ao CAPS e à terapia comunitária, e que haveria de se inserir em um grau intermediário de atenção entre a atenção secundária especializada e a primária de promoção/prevenção, ou seja, assistência à saúde mental na atenção primária.

4. Fica estabelecida que haverá matriciamento de equipe na responsabilização de casos intensivos, semi-intensivos e de habilitação psicossocial. Cada equipe manterá organizado o registro de quais pacientes estarão realizando qual tipo de atendimento e estabelecerá o critério de inclusão destes clientes em cada um dos sistemas de assistência, fornecendo à coordenação gerencial a lista de seus clientes. Essa equipe estará também responsável ainda, por elaborar, junto ao SAME os mapas diários de atendimentos dos clientes.

5. A assembléia de clientes será realizada semanalmente, com a participação de usuários intensivos, semi-intensivos e de habilitação social, e a equipe responsável pelo acompanhamento intensivo.

6. Todos os profissionais, inclusive psiquiatras, serão

***A formação
continuada deverá
ser incentivada.
Sugere-se a discussão
de mais temas
clínicos e menos
administrativos nas
reuniões de equipe.***

estimulados a realizar consultas grupais. A sala de grupo do CAPS deverá estar sempre, ou quase sempre, ocupada por um atendimento grupal, seja psicoterapêutico, informativo-educacional, psiquiátrico ou de habilitação.

7. Os espaços das oficinas terapêuticas poderiam ser complementados com grupos de discussão e atividades psicoterapêuticas. Na prática, isso significaria maior participação dos profissionais de TO e realização das oficinas terapêuticas.

E- Grupo 4 – Tema: Trabalho em equipe e capacitação.

1. Solicita-se ao supervisor a possibilidade de uma supervisão institucional sobre as relações de trabalho e problemas de comunicação nas equipes de saúde. Devem ser criados espaços de convivência extra-profissional para a equipe. Deverão ser respeitadas as etapas já acordadas para resolução de conflitos. Irá se tentar buscar alguém da Escola de Saúde da Família para acompanhar o funcionamento da roda da saúde mental.

2. A coordenação da Rede deve organizar encontros mensais da saúde mental com a saúde da família.

3. A presença aos coletivos é obrigatória, faz parte do processo de trabalho. A coordenação deverá ser informada das razões de ausência à reunião, sob pena de registro de falta no período.

4. Reuniões bilaterais entre gestores devem ser estimuladas.

5. A formação continuada deverá ser incentivada. Sugere-se a discussão de mais temas clínicos e menos administrativos nas reuniões de equipe. Representantes de outras instituições serão convidados para discutir temas específicos. A participação em congressos/encontros deverá ser incentivada, sempre que possível com auxílio da Secretaria de Saúde.

F- Grupo 5 – Tema: SAME e Sistema de Informações.

1. Todo usuário não cadastrado (ver adiante) deverá ter registrado, no mapa de atendimento, seu nome completo sem abreviação, data de nascimento e procedência. Após o atendimento, o prontuário desse cliente será separado, mas ainda não arquivado.

2. No início do período seguinte, os mapas de atendimento irão à digitação, onde o cliente será cadastrado e receberá um código de identificação. Este código de identificação será registrado na capa do prontuário e nas folhas de evolução do prontuário, e o prontuário, arquivado.

3. Após o usuário ter sido cadastrado não será mais necessário procurar todos estes dados no mapa de atendimento. Bastará informar o código de identificação do cliente e seu nome, que o computador registrará os dados restantes pelo cadastro do cliente.

4. Um novo impresso será elaborado para compor a folha de rosto dos prontuários dos CAPS. Dele constarão dados demográficos e administrativos importantes para análise epidemiológica e, se necessário, para geração de APAC. Caberá ao técnico preencher os dados faltantes e encaminhar, antes do arquivamento, o prontuário para o cadastramento das informações junto aos dados básicos já oferecidos pela equipe do SAME.

5. Após a abertura de um prontuário novo, estes e outros dados constantes da nova folha de rosto deverão ser preenchidos para cadastro. Após o cadastro e codificação do cliente, o prontuário novo poderá ser arquivado.

6. Os dados já levantados no livro de recadastramento, o levantamento psicossocial e os dados digitados da pesquisa de 2002 servirão também para alimentar este banco de dados.

7. Exames subsidiários, salvo indicações em contrário, ficarão em posse dos clientes, e os resultados anotados nos prontuários.

8. Rediscutir o sistema de arquivamento de documentos, proporcionando espaço para desenhos e utilizando outros tipos de pastas.

9. Provocar a discussão sobre horário de funcionamentos do CAPS

10. Solicitar o acesso aos prontuários da Casa de Saúde Guararapes.

G- Grupo 6 – Tema: Relação com a Unidade de Internação.

1. No caso de internação de um cliente dos CAPS, o serviço que assiste ao cliente deverá ser informado o mais rápido possível. Os cuidadores deverão fazer ao menos uma visita ao cliente durante a internação, de forma a preparar a alta e o retorno ao vínculo terapêutico.

2. Na indicação de alta, a unidade de internação psiquiátrica comunicará ao CAPS onde o cliente for assistido, com antecedência, que este está saindo da internação.

3. Ao receberem alta, os clientes já atendidos nos CAPS, devem ser instruídos a comparecer ao acolhimento no dia de atendimento de seu profissional de referência. Em casos urgentes, poderá procurar o acolhimento no dia mais próximo possível. O dia de atendimento de seu técnico de referência poderá ser informado através do contato telefônico prévio.

4. Ao receberem alta, clientes que nunca foram atendidos nos CAPS deverão ser instruídos a comparecer ao acolhimento o mais rápido possível, de preferência no mesmo dia. O técnico de acolhimento fará a abordagem inicial do caso, com uma pequena história e planejamento dos agendamentos e encaminhamentos do caso dentro do serviço.

5. À alta do hospital, o cliente receberá o termo de alta em duas vias.

6. Os serviços que compõem a RAISM Sobral se comprometem a lutar por mais uma viatura, a fim de reiniciar, o mais rapidamente possível, as visitas domiciliares pós-alta e a incrementar as visitas domiciliares em geral.

3.3.3. Seminário de Avaliação/Supervisão da RAISM Sobral em 2006

A RAISM Sobral está completa e é composta por Centro de Atenção Psicossocial-CAPS Geral "Damião Ximenes Lopes", Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas-CAPS AD "Maria do Socorro Victor", Serviço Residencial Terapêutico-SRT "Lar Renascer", Unidade de Internação Psiquiátrica-UIPHG "Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade" do Hospital Geral Dr. Estevam e ambulatório psiquiátrico do Centro de Especialidades Médicas-CEM. Desde o início, contou com supervisão institucional.

Visando compor um quadro de princípios e diretrizes, foram apresentadas as dimensões básicas do cuidado em saúde, que se expressam nas quatro competências necessárias ao cuidador: técnica (clínica, psicossocial, comunitária), comunicacional (de narrativa, de linguagem, de história de vida), relacional (interdisciplinaridade, grupalidade, compromisso) e política (integração com lideranças e saberes populares, integração com a institucionalidade do Sistema Único de Saúde-SUS e seus dispositivos de controle social).

A Humanização da Atenção em Saúde não constitui

*Ao receberem alta,
clientes que nunca foram
atendidos nos CAPS
deverão ser instruídos
a comparecer ao
acolhimento o mais rápido
possível, de preferência
no mesmo dia.*

processo simples ou reducionista, de marketing ou de ocultamento de contradições reais, mas sim de sensibilização para a importância da qualificação profissional, para a necessidade de uma nova clínica e de desenvolvimento de uma capacidade de escuta ativa que possibilite a formação do vínculo entre cliente e trabalhador, pautado na cidadania e no respeito à história de vida dos clientes.

Em seguida foram apresentados e debatidos os níveis analíticos a serem integrados em política pública de saúde, são eles: ético (beneficência, não maleficência, autonomia, justiça e equidade), estético (infra-estrutura física, a partir da funcionalidade, do conforto, da ergonomia e a beleza), político (acesso universal, participação, controle social, direitos e deveres de cidadania e poder de contrato), cultural (respeito à diversidade, aos gostos, aos hábitos culturais e às crenças), econômico (relação custo/benefício, superada historicamente pela relação custo/utilidade, associada a transcendência social, e as formas de financiamento das ações), organizacional de sistema (territorialização, hierarquização, articulação em rede, referência e contra-referência), organizacional de serviço (planejamento estratégico, gestão participativa e estrutura organizacional horizontal, baseada nas unidades de serviço), técnico (competências específicas, trabalho interdisciplinar e condições tecnológicas) e psicossocial (acolhimento e competências comunicacionais e relacionais, baseadas em escuta ativa, solidariedade, respeito à dignidade do outro, valorização da subjetividade e protagonismo da clientela).

Após a apresentação dos princípios e do método da Política Nacional de Humanização de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde foi realizada uma análise dos objetivos e das ações do Plano Municipal de Saúde, presentes nos objetivos e nas ações da RAISM Sobral.

Emergiu da equipe da RAISM a insatisfação pela alta rotatividade de profissionais de nível superior. Possíveis determinantes do problema: vínculo empregatício precário, migração de profissionais para Fortaleza em decorrência do

movimento de reforma psiquiátrica iniciado na capital, situações pessoais. Como estratégia de enfrentamento foi mediado com o gestor a necessidade de, a curto prazo, ser realizado concurso público ou terceirização dos trabalhadores da saúde mental através de uma entidade não governamental que assegure os direitos trabalhistas.

Em seguida foi apresentada, e discutida, a dificuldade de conseguir médico psiquiatra para repor os profissionais que se desligaram, situação essa que prejudica as atividades assistenciais. Foi deliberada a realização imediata de concurso público para cinco vagas, 40h/semanais, para médico psiquiatra. Há reduzido número de profissionais com essa formação no estado do Ceará (+/- 150, para uma população de 7.500.000 habitantes), o estado que vem realizando ampla reformulação de suas práticas, com expansão dos serviços extra-hospitalares de saúde mental (+/- 47 CAPS já instalados), sem ter havido expansão de oferta de vagas na Residência em Psiquiatria, em proporção similar. Também foi proposta a criação de uma Residência em Psiquiatria no município, para incrementar a formação local, reduzindo a dependência de naturais de outros estados.

A educação permanente também foi discutida como uma necessidade dos trabalhadores da saúde mental.

A forma de financiamento de CAPS foi apresentada como dificuldade estrutural a ser enfrentada pelo serviço, pois atualmente não há financiamento para supervisão matricial, atividade considerada de suma importância para organização da assistência em saúde mental na atenção primária. Assim como há um número considerável de atendimentos não-intensivos de clientes estáveis que estão incluídos em atividades de habilitação social na comunidade e estes procedimentos são glosados. Vislumbrou-se a necessidade de elaborar proposta de financiamento a ser apresentada ao Ministério da Saúde, via Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde-CONASEMS. O momento é oportuno, em decorrência das mudanças de financiamento ocasionadas pela implantação do Pacto pela Saúde.

A educação permanente também foi discutida como

uma necessidade dos trabalhadores da saúde mental. O conceito foi explanado com a equipe e proposto uma melhor utilização das reuniões de equipe para aprimorar a formação dos profissionais, seguindo o modelo das supervisões institucionais, onde esse objetivo tem sido alcançado.

Os temas acima expostos foram trazidos pelos trabalhadores da RAISM, problematizados em conjunto com o supervisor e o gestor, deliberados encaminhamentos e instigado o senso crítico e o protagonismo da equipe. Este espaço também tem sido utilizado para negociação entre trabalhadores da saúde mental e o gestor municipal da saúde, mediado pelo supervisor, representando um espaço de discussão, negociação, planejamento e educação permanente.

Como não há possibilidade de mais de um encontro presencial mensal, a dinâmica da supervisão tem consistido numa recapitulação da supervisão anterior para verificar os encaminhamentos realizados, avaliar e encaminhar o que foi proposto e não foi executado, para, então, levantar novos problemas e novas possíveis soluções a serem testadas na prática. Passou-se, finalmente, para o planejamento das Ações da RAISM referentes ao biênio 2006/7, com questões organizadas segundo eixo temático:

A- Temas de Formação:

- Plano de capacitação: elevar em um degrau o nível de escolaridade de cada trabalhador;
- Capacitação receptiva dos novos trabalhadores;
- Capacitação específica para atenção psicossocial à criança;
- Capacitação específica em escuta terapêutica.

B- Temas da Política de Saúde:

- Baixa cobertura de assistência médica no PSF: das 42 equipes, 20 estão sem médico;
- Revisão do atendimento de Massapé e Forquilha pelo CAPS AD;
- Revisão do atendimento de Forquilha pelo CAPS Geral;
- Melhorar a articulação do CAPS Geral com a Saúde Mental Comunitária praticada nos territórios de atenção primária.

C- Temas Terapêuticos:

- Subutilização do prontuário para informação da equipe, documento de pesquisa, documento clínico e documento legal;
- Baixíssima proporção de altas;
- Problemática concepção de projeto terapêutico individual e de terapeuta emergente;

- Revisão do projeto técnico da Residência Terapêutica;
- Retomada das discussões clínicas sobre cuidado intensivo.

D- Temas Organizacionais:

- Enfrentamento imediato da falta de psiquiatras: melhorar articulação com atenção primária, criar núcleos de saúde integral/saúde mental comunitária e incluir profissional de nível superior não médico na preceptoria;
- Reduzir a alta rotatividade de cuidadores na Residência Terapêutica;
- Incipiência de material terapêutico, ludoterápico, de expediente e de limpeza;
- Falta de recursos financeiros para emergências, excepcionalidades e perecíveis;
- Mapa de distribuição dos serviços; ideal/existente/déficit/superávit.

E- Temas de Infra-estrutura e Equipamentos:

- Computador disponível para realização de projetos;
- Aquisição de transporte para visitas domiciliares, deixando o atual para o traslado de clientes intensivos, o que possibilitará participação no programa por parte de cliente que recusa por falta de transporte;
- Agilizar a criação do espaço de acolhimento no CAPS Geral;
- Providenciar a elaboração de espaço infantil no CAPS Geral .

F- Projetos Específicos:

- Resgatar a história da RAISM em parceria com o Curso de História/UVA;
- Estudar o caso de clientes judiciais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acompanhando o desenvolvimento das idéias, através da História, em perspectiva longitudinal; comparando a cada momento histórico, pelas classes, estamentos e grupos sociais, em corte transversal; ou observando o que acontece, em uma e em outra das perspectivas anteriores, pelas diferentes teorias, dentro do campo da produção de conhecimento, em corte transversal de nova feitura; percebem-se variadas visões, similares ou contraditórias, subseqüentes ou contemporâneas, do que seja saúde, doença, direito, dever, psiquismo, consciência, subjetividade, personalidade, identidade, criatividade, causa, determinação, trabalho, processo de trabalho,

equipe, multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, clínica, atenção comunitária, atenção psicossocial.

A RAISM Sobral incorpora a concepção dialética, em busca de compreender, historicamente, a emergência das concepções populares, religiosas, ético-morais, técnico-científicas e políticas que governos, trabalhadores e populações apresentam no enfrentamento cotidiano das Políticas de Saúde, das práticas de prevenção, de assistência e de habilitação psicossocial. O modo como as pessoas vivem suas experiências, a sociedade civil articula demandas e o poder público responde às pressões, demonstram a qualidade da consciência política e da prática democrática, sobretudo no campo da saúde mental, campo particularmente sensível a ideologias, preconceitos, estigmas, discriminações e violências, grosseiras ou sutis.

Nenhum ser vivo, senão o ser humano, realiza um arco existencial que vai da absoluta dependência real, ao nascer, para a absoluta ilusão de independência, na juventude. Nenhum ser vivo, senão o ser humano, é tão órfão de instintos, carente de um inefável e secundário mundo de indicadores, evidências e inferências fora do corpo, na cultura. Assim não devemos estranhar que a autonomia seja a utopia individual e coletiva mais buscada: do sujeito, da família, da cidade, do país, da civilização, do planeta. Queremos contar com o apoio do outro, sabemos que a vida é uma rede de interdependências, mas nos orgulhamos de participar da escolha das leis que regem nossa conduta, de pleitear o máximo de afazeres por conta própria, liberdade e privacidade para os atos fisiológicos básicos, liberdade e independência moral e intelectual.

Se deslocarmos o conceito de autonomia, do leito das atividades da vida diária, das microdecisões, dos direitos privados, para a dimensão política, veremos que o desdobramento inevitável nos leva ao conceito

A RAISM Sobral incorpora a concepção dialética, em busca de compreender, historicamente, a emergência das concepções populares, religiosas, ético-morais, técnico-científicas...

*...o processo não
pode ser reabilitador,
proposta que configura
uma ilusão ideológica,
mas habilitador de uma
nova pessoa, numa nova
circunstância.*

de cidadania, que não parece ser outra coisa senão liberdade, participação, pertinência, poder de escolha, auto-regência. Nenhum outro termo tem freqüentado tanto os programas político-partidários, os meios de comunicação especializados ou de massa e a conversação comum, que cidadão/cidadania, dos tempos da Independência Norte-americana, passando pela Revolução Francesa, até o doloroso processo de escape da Ditadura Militar, no Brasil de hoje. Somos moradores e senhores da cidade, do espaço público, da parceria política, habilitados ao gozo de direitos e ao desempenho de direitos, permanentemente construídos, conquistados, outorgados, perdidos, recuperados, avaliados, re-avaliados.

E assim, da autonomia individual, na esfera do privado, para a cidadania coletiva, na esfera do público, ou, metaforicamente, da cidadania privada à autonomia pública, chegamos à qualidade de vida, que torna implícitas três obnubilações ideológicas. Qual vida? A humana. Qual qualidade? A boa. O que é boa qualidade? Precisamos de um acordo a cada grupo/momento histórico. Se quantidade representa o conjunto de características ou atributos mensuráveis de um fenômeno e qualidade representa o conjunto das características ou atributos não mensuráveis, não é possível reduzir uma à outra, mas também não é possível isola-las laboratorialmente, mais ainda, não é possível falar em quantidade ou qualidade sem adjetivação, seja de medida (grande, pequeno, muito, pouco etc) ou de valor (bom, mau, bonito, feio etc). Qualidade de vida é, portanto, o conjunto das características ou atributos da vida que eu e meu grupo levamos, a exigir constantes acordos de qualificação e re-qualificação, na semovência histórica de necessidades, desejos, demandas e satisfações.

O desafio diante das pessoas que perderam, ou tiveram prejudicadas, habilidades profissionais, sociais, sexuais, domésticas e existenciais nos coloca

diante da ansiedade entre devolver, recuperar, fazer voltar, as habilidades perdidas ou tentar lidar com o novo sujeito surgido a partir da experiência de trauma, dor e perda, sujeito este que, no fluxo do viver, não voltará a ser como era antes. Portanto, o processo não pode ser reabilitador, proposta que configura uma ilusão ideológica, mas habilitador de uma nova pessoa, numa nova circunstância. O cotidiano das várias vidas possíveis de cada um muda com a mudança dos ângulos de visão e de experiência. O processo de habilitação proposto na RAISM Sobral incorpora, como método, atenção, assistência e reinserção em práticas sociais de autonomia e domínio da vida cotidiana. Tais métodos, facilmente desdobráveis em procedimentos, somente poderão adquirir sentido se, nos seus exercícios, desde o primeiro contato assistente/assistido, a habilitação social estiver funcionando como objetivo-síntese.

O conceito de atenção envolve níveis e universalidade. Os níveis são os clássicos das formulações apresentadas, pela saúde coletiva, e hierarquizados em primário (promoção de saúde, prevenção de agravos e doenças, educação em saúde, saneamento básico, vigilância sanitária e epidemiológica), secundário (consulta, ambulatório) e terciário (internação, hospital). Na universalidade, como também apresentada pela saúde coletiva, sobretudo no que diz respeito aos princípios do Sistema Único de Saúde-SUS em implantação no Brasil, cabem as acessibilidades geográficas, demográficas e políticas, voltadas para a cobertura de toda a população adstrita a um território.

Assistência implica na oferta diferencial de cuidados, insumos, apoios, amparos que, na perspectiva da igualdade

*O processo de habilitação
proposto na RAISM Sobral
incorpora, como método,
atenção, assistência e
reinserção em práticas sociais de
autonomia...*

de resultados, busca-se praticar com a equidade de oferta. Se há desemprego, ausência de renda ou existência de sub-renda, fome, desnutrição, habitação iníqua, analfabetismo e falência geral em relação às garantias da cidadania, urge oferecer mais, urge re-equilibrar o jogo das políticas econômicas excludentes, urge exigir mais recursos financeiros para o setor saúde e praticar a intersetorialidade de modo estrutural e estratégico. O igualitarismo de fins, qualidade de vida, por exemplo, sem a equidade de meios, torna-se vão exercício ideológico. A prática da assistência pode constituir

*Para a RAISM Sobral,
autonomia, atenção integral
e inserção comunitária
constituem ferramentas
adequadas à construção
da qualidade de vida e da
habilitação social crítica.*

tutela assistencialista, isolada da participação crítica da coletividade, se não incorporar a educação para a cidadania, a participação popular nas decisões, e não coordenar rede que atue nos interstícios, tornando-se, paradoxalmente, desinstitucionalizante.

O conceito de reinserção implica na capacidade de retomada de funções, papéis e atividades prejudicadas ou perdidas, tanto na dimensão da vida doméstica, ocupando espaço enquanto membro de uma família e tornando-se útil à economia das relações parentais; quanto na dimensão da vida social, conquistando trânsito, respeito e poder contratual junto às agências sociais (igreja, escola, trabalho, correio, sistema financeiro, clube, comércio etc). É impossível articular as dimensões doméstica e social, de modo concreto e crítico, sem conceber a reinserção na dimensão da vida economicamente produtiva, através da pertinência adequada a um mercado de trabalho, desafiando o mercado de trabalho a incorporar competências desiguais e a respeitar a diversidade estrutural das individualidades.

Para a RAISM Sobral, autonomia, atenção integral e inserção comunitária constituem ferramentas adequadas à construção da qualidade de vida e da habilitação social crítica. E a supervisão institucional constitui ferramenta adequada ao prazer do trabalho, em projeto de trabalho construído coletivamente, em processo de trabalho adequado à cidadania do trabalhador e do outro.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASAGLIA, F. A **Instituição Negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 326 p, 1985.

_____. **Conferenze Brasiliane**. Milão: Raffaello Cortina Editore, 261 p, 1998.

BOLMAN, W. M.; BELLAK, L. **Policy Aspects of Citizen Participation**: a concise handbook of community psychiatry and community mental health. New York: Grune and Stranton, 427 p, 1972.

CAMPOS, G. W. S. **Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 236 p, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; MEHRY, E. E.; NUNES E. D. **Planejamento sem Normas**. São Paulo: HUCITEC, 136 p, 1994.

FLEMING, M. **Ideologias e Práticas Psiquiátricas**. Porto: Afrontamento, 156 p, 1976.

HOCHMANN, J. **Pour une Psychiatrie Communautaire**. Paris: Les Editions du Seuil, 160 p, 1971.

LAING, R. D. **Wisdom, Madness & Folly**. London: MacMillan, 256 p, 1985.

LAPASSADE, G. **Grupos, Organizações e Instituições**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 199 p, 1983.

MATUS, C. **Política, Planejamento & Governo**. Brasília: IPEA, 2 vols., 591 p, 1993.

MONTESUMA, F. G.; FE, M. A. B. M.; GOMES, S. C. C.; et al. **Saúde Pública no Ceará**: uma sistematização histórica. Cadernos da Escola de Saúde Pública do Ceará, v. 02, pp. 05-19, 2006.

MOURA-FÉ, N. **A Implantação dos Centros de Atenção Psicossocial no Ceará**: relatório da Coordenação Estadual de Saúde Mental. Fortaleza: SESA/CE, brochura, 20 p., 2007.

REDLER, L. **Discovering our Way Home**: contribution to a volume celebrating the 12th anniversary of the founding of the Philadelphia Association. London: Tavistock Institute, 90 p., 1985.

SAMPAIO, J. J.C. **Hospital Psiquiátrico Público no Brasil**: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, 3 vols., 180 p., 1996.

_____. **Depoimento do Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio à Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos sobre o Caso da Morte de Damião Ximenes Lopes, em Sobral, Ceará, Brasil**. San José: CIDH/OEA, 10 p., 2005.

SAMPAIO, J. J.C.; SANTOS, A.W.G. A Experiência dos Centros de Atenção Psicossocial e o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica. In: **Reabilitação Psicossocial no Brasil**, organização de Ana Maria Fernandes Pitta. São Paulo: HUCITEC, pp 127-134, 158 p, 2001;

SAMPAIO, J.J.C.; BARROSO, C.M.C. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: diretrizes e experiências no Ceará. In: **Saúde Mental e Saúde da Família**, organização de Antônio Lancetti. São Paulo: HUCITEC, série Saúde Loucura No 7, pp 167-188, 188 p., 2002.

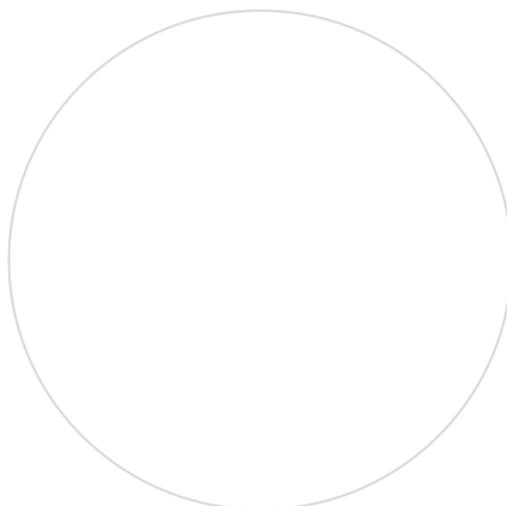
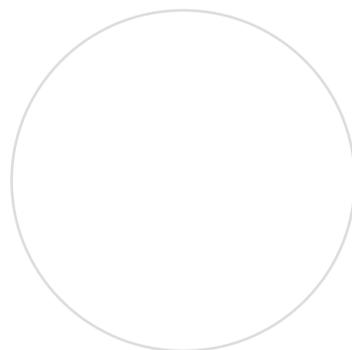
SAMPAIO, J.J.C.; VASCONCELOS, E.V. Política, Planejamento e administração em Saúde: um desafio técnico, político e psicossocial. In: **Acolher Cidadão: estratégia de aperfeiçoamento do SUS Quixadá**, organizado por Cleide Carneiro, Erasmo Miessa Ruiz, Lucyla Paes Landim e José Jackson Coelho Sampaio. Fortaleza: Editora da UECE, pp 35-56, 155 p, 2006.

SAMPAIO, J.J.C.; SANTOS, A.W.G.; ANDRADE, L.O.M. Saúde Mental e cidadania: um desafio local. In: **A Organização da Saúde no Nível Local**, organização de Eugênio Vilaça Mendes. São Paulo: HUCITEC, pp 267-280, 359 p., 1998.

SAMPAIO, J.J.C.; SANTOS, A.N.; SILVA, A.O. Periodização da História do Ceará: instrumento de apoio à análise de políticas de saúde. In: **Revista Humanidades e Ciências Sociais da Universidade Estadual do Ceará**, v. 3, No 2, pp 63-71, jul/dez 2001.

SERRANO, A.I. **O Que é Psiquiatria Alternativa?** São Paulo: Brasiliense, Série Primeiros Passos No 52, 107 p, 1982.

TESTA, M. **Pensamento Estratégico e Lógica da Programação: o caso da saúde.** São Paulo: HUCITEC, 306 p, 1995.



SAÚDE MENTAL EM SOBRAL-CE: ATENÇÃO COM HUMANIZAÇÃO E INCLUSÃO SOCIAL

MENTAL HEALTH IN SOBRAL, CE – BRAZIL: HUMAN CARE AND SOCIAL INCLUSION

Roberta Araújo Rocha Sá 1

Márcia Maria Mont'Alverne de Barros 2

Maria Suely Alves Costa 3

RESUMO

O presente artigo é um relato de caso que retrata o processo da Reforma Psiquiátrica em Sobral-CE. Esse processo representa um marco na história da psiquiatria do Ceará e do Brasil. Deu-se com o fechamento do hospital psiquiátrico, em julho de 2000, e a inauguração de uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM) no Município, constituída pelos seguintes dispositivos: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS Geral - CAPS AD), Serviço Residencial Terapêutico, Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral, Ambulatório de Psiquiatria Regionalizado e Estratégia Saúde da Família. A RAISM pauta-se na humanização do atendimento e inclusão social; suas ações são desenvolvidas na busca de promover a saúde e a habilitação social das pessoas com transtornos mentais. Esta atitude vem contribuindo para a transição da cultura em relação ao adoecimento psíquico, possibilitando o acolhimento e o respeito à diversidade, favorecendo uma melhoria na qualidade de vida da clientela assistida.

Palavras-chave: *Reforma psiquiátrica; Transtorno Mental; Inclusão Social.*

ABSTRACT

This article is a case report concerning about the Psychiatric Reform process implemented in Sobral – CE. This process is configured as a landmark in the history of psychiatry in Ceara and Brazil which started with the closing of the psychiatric hospital Casa de Repouso Guararapes, in July 2000, and the introduction of an Integral Mental Health Care Network of the Municipality, represented by the following devices: Psychosocial Care Centers (CAPS – General AD), Residential Therapeutic Service, Psychiatric Internment Unit in the general hospital, Regionalized Psychiatric Out-Patient Clinic and Family Health Strategy (ESF). The mental health network is marked out in the development of health promotion actions, psychosocial care and social habilitation for people with mental disorders and it has been contributing to changes in the people thought concerning to psychic illness, making possible the construction of a thought that respects the diversity of human manifestations.

Keywords: *Psychiatric Reform; Mental Disorder; Social Inclusion.*

1 - Assistente Social do CAPS Geral II de Sobral-Ceará. Coordenadora da Saúde Mental em Sobral-CE. Especialista em Saúde Mental pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

2 - Terapeuta Ocupacional do CAPS Geral II de Sobral-Ceará. Coordenadora do CAPS Geral II de Sobral- CE. Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

3 - Psicóloga do CAPS Geral de Sobral-CE. Especialista em Psicodiagnóstico pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

1. INTRODUÇÃO

Esse artigo é um relato de caso, cujos dados são discutidos com base em documentos institucionais, na observação participante e em algumas referências acadêmicas. Retrata a Reforma Psiquiátrica em Sobral-Ceará, que se destacou por romper com paradigmas obsoletos, mostrando ser possível uma sociedade sem manicômio, alicerçada em dispositivos de base comunitária e na inclusão social da pessoa com transtorno mental.

A reforma psiquiátrica brasileira inicia-se na segunda metade da década de 1970, visando não apenas melhorar ou humanizar os asilos, mas romper com o modelo manicomial e redirecionar a assistência à pessoa com transtorno mental. No início, esse movimento aconteceu de maneira sutil e não conseguiu atingir seus objetivos, restringindo-se à melhoria dos asilos e à implantação de ambulatórios.

Nesse período, o contexto político era marcado por um modelo autoritário, que subsidiava as instituições médicas e promovia a subsistência de uma visão hegemônica no sistema hospitalar ao favorecer um modelo de assistência médica privatista.

No final dos anos oitenta, estratégias de desconstrução do modelo manicomial são experimentadas com a criação de equipamentos substitutivos: os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS /Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS. Vale ressaltar que as primeiras experiências se deram sem o devido apoio material, pois que a portaria que regulamenta seu financiamento ser publicada somente em 1991.

Tenório (2001) afirma que a demanda não era mais aperfeiçoar os manicômios, mas criar dispositivos extra-hospitalares que assegurassem a cidadania da pessoa com transtorno mental e sua inclusão social.

A mobilização social teve um papel importante, criticou, instigou e proporcionou uma mudança na assistência psiquiátrica, conseguiu associar parceiros nessa luta, não apenas técnicos da saúde mental, mas usuários, familiares e outras parcelas da sociedade civil.

Amarante (1995) destaca algumas mobilizações sociais de suma importância: o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), iniciado em 1978 e com ápice no II Encontro dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em 1987; a I Conferência Nacional de Saúde Mental; as Conferências Estaduais e Municipais que a antecederam.

Nesse período, iniciaram-se as primeiras experiências

*A mobilização social
teve um papel importante,
criticou, instigou e
proporcionou uma
mudança na assistência
psiquiátrica,
conseguiu associar
parceiros nessa luta...*

de novos dispositivos como alternativa ao modelo hospitalar, os CAPS/ NAPS, mostrando-se um instrumento importante de assistência, ao considerar a subjetividade do indivíduo, reconhecer e buscar assegurar a cidadania da pessoa com transtorno mental, estabelecer contratos e projetos terapêuticos, propor a intersetorialidade e a interdisciplinaridade para melhor atender as demandas psicossociais de seus usuários.

O modelo manicomial no Brasil ainda não foi superado, mas a criação de dispositivos substitutivos tem aumentado consideravelmente e apresentado experiências exitosas e consistentes.

Em Sobral, predominava o modelo hospitalar manicomial, via Casa de Repouso Guararapes, criada em 1974, que foi palco de internamentos inadequados, guarda desqualificada de pacientes crônicos, compondo o cenário de uma triste página na história da psiquiatria do Estado. Seguiu, pois, os padrões de atendimento estabelecidos e prevalentes em instituições psiquiátricas clássicas no Brasil, caracterizados pelo isolamento familiar e social, internamentos inadequados, perda de direitos individuais e coletivos, cronificação de patologias, acima de tudo, maus tratos, exclusão social, configurando-se como um pseudo - equipamento terapêutico e um exímio seqüestrador de identidades, que condenava os internos a um doloroso processo de intensificação de sofrimento psíquico, trancafiando-lhes num degradante ostracismo existencial, o que resultava em malefícios nos mais variados aspectos de suas vidas.

A Reforma Sanitária e a reorganização da política de saúde em Sobral iniciaram-se em 1997. Até então o município não estava habilitado em nenhum sistema de gestão, tinha seus serviços centrados no modelo hospitalocêntrico na atenção curativa. Seus serviços eram, em geral, prestados em hospitais filantrópicos ou privados, através de convênio com SUS e essa realidade se estendia à saúde mental.

Segundo Andrade e Martins Jr. (1999), o modelo assistencial no município de Sobral, referência para toda a região, tinha um enfoque exclusivamente centrado na doença, tendo no espaço hospitalar seu centro de gravidade. Contudo, o movimento de organização e construção de uma política pública de saúde, baseada nos princípios doutrinários e organizativos do SUS, em 1998, surtia efeito e o município já estava habilitado em gestão plena.

No âmbito específico da saúde mental, a reforma psiquiátrica, iniciada em 1998 com um ambulatório, conservava ainda o caráter hegemônico do modelo manicomial ao oferecer assistência para uma macrorregional de saúde que não contava com outros dispositivos assistenciais.

Em outubro de 1999, a morte de um cliente (Damião Ximenes Lopes) na Casa de Repouso Guararapes suscitou sentimentos de revolta e denúncias públicas. Com o apoio do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial, da Comissão dos Direitos Humanos da Assembléia Legislativa do Ceará foram realizadas auditorias das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde.

Conforme dados documentais de Sobral (2001), o descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes ocorreu após a Coordenação Municipal de Controle e Avaliação de Sobral - CE instalar sindicância, em outubro de 1999, para apurar o fato acima mencionado. Após a confirmação das denúncias de maus-tratos, a instituição passou por uma intervenção, em março de 2000, quando se constatou a inviabilidade de mantê-la.

Sem o financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS, o maior contratante de seus serviços, o manicômio em questão fechou. Criou-se a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM). Antes, o município contava apenas com Centro de Atenção Psicossocial - CAPS seminal e o hospital psiquiátrico extinto. Então, foi implantado um Serviço Residencial Terapêutico-SRT, Internação Psiquiátrica em Hospital Geral -UIPHG e um ambulatório de psiquiatria para a

A RAISM tem uma atuação pautada na intersectorialidade, estabelecendo parcerias com dispositivos governamentais e não governamentais...

macrorregião de Sobral; Saúde Mental Comunitária; Equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF locais. Em 2002 foi implantado um CAPS – Álcool e Drogas – CAPS AD.

A RAISM de Sobral-CE fundamenta-se nos princípios gerais do movimento brasileiro de Reforma Psiquiátrica, destaca-se no cenário nacional pela implementação e criação de políticas e técnicas baseadas numa concepção não-manicomial das práticas terapêuticas, considerando primordialmente a questão da cidadania da pessoa com transtorno mental.

A reforma psiquiátrica está sendo considerada como um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural do subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995).

A RAISM tem uma atuação pautada na intersectorialidade, estabelecendo parcerias com dispositivos governamentais e não governamentais, visando à ampliação do acesso das pessoas com transtornos mentais a outras políticas públicas de inclusão social.

Destaca-se ainda como campo de pesquisa e estágio regular para profissionais da graduação (acadêmicos de medicina, enfermagem e educação física da Universidade Vale do Acaraú – UVA e Universidade Federal do Ceará – UFC) e pós-graduação (Residência em Psiquiatria do Hospital Saúde Mental de Messejana, Residência de Medicina de Família e Comunidade), e em experiências mais pontuais para estudantes de outros estados.

A RAISM de Sobral vem sendo premiada nos últimos anos, conquistando o reconhecimento a nível nacional. Em 2001, foi contemplada com o Prêmio David Capistrano da Costa Filho, promovido pelo Ministério da Saúde; em 2003, recebeu uma homenagem do Governo Federal pela Organização da Atenção em Saúde Mental e, em 2005, mereceu o Prêmio de Inclusão Social, na Categoria Clínica, promovido pela Associação Brasileira de Psiquiatria e Indústria Farmacêutica Lilly. Ainda em 2006, destacou-se como a grande vencedora do Prêmio Saúde É Vital, (Categoria Saúde Mental) promovido pela Editora Abril.

1.1. Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes – Um Dispositivo Terapêutico e de Inclusão Social

O CAPS Geral II estruturou-se a partir de 1998, com a

implantação de um ambulatório de psiquiatria com equipe multiprofissional, sendo inaugurado em novembro de 1999.

O CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes de Sobral-CE conta com uma equipe multidisciplinar, composta por psiquiatra, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, enfermeiro, educador físico, auxiliar de enfermagem, pedagogo, oficinheiro, dentre outros profissionais. Desenvolve um trabalho com abordagem interdisciplinar, onde se busca valorizar os diferentes saberes e práticas, visando também à elaboração de estratégias e ações para o desenvolvimento de uma prática crítica, transformadora, caracterizada principalmente por uma atenção humanizada e de qualidade, com um trabalho voltado também para a promoção da auto-estima, exercício de cidadania, e promoção da inclusão social da clientela assistida.

Segundo Rocha (2002), os CAPS desenvolvem um procedimento ambulatorial de alta complexidade e se constituem em serviços diferenciados numa rede de atenção em saúde mental. Implementam uma ética de trabalho em saúde mental com o compromisso de trabalhadores envolvidos com a escuta subjetiva, favorecem a mediação de laços sociais e a desburocratização das respostas por reconhecerem a urgência de determinadas intervenções frente à fragilidade social daquelas pessoas que precisam de uma atenção especializada.

Analisando-se o Projeto Técnico do CAPS de 2005, percebe-se que ele é fortemente inspirado pelo Manual de Organização dos Centros de Atenção Psicossocial de Sampaio e Barroso (2001). Sua política geral de atuação consiste na integração a sistemas primários e secundários de atenção e ao sistema de política social; na acessibilidade local; multiplicidade de funções e técnicas, prática multiprofissional interdisciplinar e questionamento continuado da formação dos trabalhadores e de suas práticas; na redução da hierarquia interna (coordenações por mandatos delimitados); na redução da hierarquia cliente/profissional;

O CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes de Sobral-CE conta com uma equipe multidisciplinar, composta por psiquiatra, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, enfermeiro, educador físico, auxiliar de enfermagem, pedagogo, oficinheiro, dentre outros profissionais.

na supervisão institucional; polarização das políticas de saúde mental, organizando a demanda no território atendido, sob coordenação do gestor local, regulando a porta de entrada e executando o cadastramento do uso de psicofármacos excepcionais.

Segundo Brasil (2004a), os CAPS deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento de redes sociais, cumprindo as suas funções na assistência direta, assim como na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando de maneira articulada com as equipes da ESF, promovendo a vida comunitária e a autonomia dos usuários, buscando também articular-se com os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc.

1.2. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD Maria do Socorro Victor

Criado em outubro de 2002, como parte integrante da Reforma Psiquiátrica e Sanitária em curso no município, trata-se de um serviço de atenção secundária. Tem como público-alvo pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Atende Sobral e dois municípios circunvizinhos, Forquilha e Massapé, permitindo assim a acessibilidade.

A política de atenção do serviço compreende o atendimento ambulatorial individual e grupal, organização da demanda e da rede de suporte psicossocial. Esta consiste na articulação com parceiros como: Conselho Municipal Anti-drogas-COMADE, Alcoólicos Anônimos, Justiça, Previdência Social, Conselho Tutelar, Educação, instituições de profissionalização e meios de comunicação. Essas atividades são realizadas por equipe multidisciplinar: assistente social, enfermeiro, médico clínico, psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional. Conta ainda com apoio dos técnicos de enfermagem e oficinheiro.

Outras funções desempenhadas pelo serviço são: realizar e manter atualizado o cadastro dos clientes que usam medicação excepcional; a supervisão e capacitação das equipes de atenção básica e os trabalhos de promoção à saúde na comunidade que visam à prevenção a dependência química ao uso e abuso de drogas.

Atende demandas espontâneas, bem como clientela encaminhada pela atenção primária e secundária ou

outras entidades, disponibilizando as seguintes atividades de assistência: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social; os clientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias; atendimento de desintoxicação (BRASIL, 2004a).

A assistência prestada tem contribuído para o resgate da cidadania e, sobretudo, para a inclusão social e comunitária das pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

1.3. Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral - UIPHG: Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade

A UIPHG Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade funciona no Hospital Geral Dr. Estevam Ponte. Trata-se de uma instituição privada, conveniada ao SUS, referência para a macrorregião e microrregião de Sobral. Atualmente conta com 17 leitos na UIPHG e mais cinco leitos flutuantes na clínica.

É referência para urgência, emergência, internação e pronto-atendimento psiquiátrico, após as dezoito horas e aos fins de semana e feriados quando os serviços extra-hospitalares CAPS, CAPS AD e CEM não estão em funcionamento.

Segundo Pereira e Andrade (2001), a UIPHG foi instituída em 2000, após o descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes. A criação deste dispositivo teve como objetivo garantir uma retaguarda diferenciada às pessoas com transtornos mentais, especialmente aos de outros municípios, que não contam ainda com equipamentos organizados de atenção.

A regulação das internações psiquiátricas da UIPHG é realizada pelos serviços extra-hospitalares: CAPS, CAPS AD e CEM, depois de esgotadas as possibilidades de tratamento ambulatorial.

O estabelecimento de leitos ou unidades psiquiátricas em hospital geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência (BRASIL, 2004a).

A assistência prestada tem contribuído para o resgate da cidadania e, sobretudo, para a inclusão social e comunitária...

A equipe é composta ainda por profissionais custeados pelo hospital: psicólogo e terapeuta ocupacional, auxiliares de enfermagem, médico clínico, psiquiatra, educadora física, assistente social, nutricionista.

Oferece atendimento individual, grupal e familiar através da equipe multidisciplinar supracitada. Na alta, os clientes são referenciados para dar continuidade ao tratamento em sistema extra-hospitalar.

A UIPHG trabalha articulada com os demais dispositivos da RAISM; tem um dos menores índices de número de dias de permanência no internamento, aproximadamente de 07 dias, em 2005, de acordo com dados do DATASUS - Departamento de Informática do SUS.

1.4. Ambulatório de Psiquiatria no Centro de Especialidades Médicas - CEM

Em decorrência do fechamento da Casa de Repouso Guararapes era necessário criar um dispositivo que atendesse à população da macrorregião de Sobral, pois na época, nenhuma das cinco microrregiões possuía serviços de saúde mental. Anteriormente, essa demanda era atendida pelo manicômio ou em consultórios particulares.

Era imprescindível que não se tratasse de um modelo hospitalocêntrico, mas que, sobretudo, regulasse a porta de entrada da internação psiquiátrica, propiciando às pessoas egressas de internação psiquiátrica, ou com demanda de tratamento em saúde mental, o acesso à atenção ambulatorial.

Nesta perspectiva, o ambulatório do CEM foi reestruturado para que funcionasse como porta de entrada da RAISM para os outros municípios que têm Sobral como referência, filtrando possíveis internações desnecessárias e dando seguimento ao tratamento (PEREIRA E ANDRADE, 2001).

A cidade de Sobral tem se preocupado em impulsionar a organização dos serviços de saúde mental da Região Norte e em incentivar a ampliação dos mesmos, para que os usuários possam usufruir de princípios assegurados pelo SUS como a acessibilidade e integralidade.

1.5. Serviço Residencial Terapêutico - SRT Lar Renascer

Após o fechamento da Casa de Repouso Guararapes, foi implantado o serviço de Residência Terapêutica, como tática de desospitalização, preservando o cuidado público à clientela cronicada no hospital, com baixa autonomia pessoal e vínculos familiares tênues ou inexistentes. Corresponde a uma possibilidade de proporcionar a esta clientela uma vida em casa comunitária, na perspectiva da cidadania, embora cheia de déficits, grandes expectativas e incertezas, para a equipe, para os clientes, futuros moradores, e para a vizinhança do serviço em instalação. Inicialmente, foi realizado um trabalho de desinstitucionalização progressiva dos clientes, quando ainda estavam em regime de internação, visando o desenvolvimento prévio de habilidades para a autonomia e o resgate da capacidade de desejar a autonomia (ALMEIDA, 2004).

O "Lar Renascer" (denominação eleita pelos próprios moradores) foi criado em 06 de Julho do ano de 2000. Foi o primeiro serviço residencial terapêutico do Ceará e de toda Região Nordeste e é também o primeiro de caráter público criado no Brasil após a publicação, pelo Ministério da Saúde, da Portaria nº. 106, de 11/02/2000 (PEREIRA E ANDRADE, 2001).

Numa rua do centro da cidade, sem placa de identificação, arquitetura tradicional das casas do sertão cearense, fica a Residência Terapêutica, perto de praças, igrejas e padarias. Na entrada, um portão, onde freqüentemente um ou mais dos moradores atuais, deixam-se ficar observando o movimento da rua. Garagem, sala de estar, sala de refeições, cozinha com despensa, cinco quartos, dos quais dois com banheiro próprio, um banheiro comunitário e um quintal gramado e com uma frutífera em crescimento, compõem o espaço físico do "Lar Renascer" (ALMEIDA, 2004).

Os moradores do SRT apresentam grave

Após o fechamento da Casa de Repouso Guararapes, foi implantado o serviço de Residência Terapêutica, como tática de desospitalização...

...ação matricial é definida como um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde ...

comprometimento psíquico, com histórico de longas internações psiquiátricas, que, infelizmente, os transformaram em vítimas de cronificação, com perdas de vínculos familiares e/ou sociais, com diversos prejuízos nos mais variados aspectos de suas vidas.

Essas pessoas estavam, há anos, segregadas numa instituição manicomial, privadas de um projeto terapêutico que visasse a sua habilitação social; tratava-se, na realidade, de um precário depositário de vidas humanas que ceifava os sonhos de uma cidadania possível.

Atendendo aos princípios e diretrizes do Ministério da Saúde, o Projeto Terapêutico do SRT caracteriza-se por estar centrado nas necessidades dos moradores, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação de sua inserção social; tem como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários (BRASIL, 2004b).

1.6. Ação Matricial em Saúde Mental

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), ação matricial é definida como um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população.

Em relação aos seus objetivos, destacam-se: o desenvolvimento de ações conjuntas, priorizando os casos de transtornos mentais severos e persistentes, o uso abusivo de álcool e outras drogas; discussão de casos identificados pelas equipes da atenção básica que necessitem de uma ampliação da clínica em relação às questões subjetivas; ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir

espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial (Conselho Tutelar, associação de bairro, grupos de auto – ajuda etc.).

Destaca-se ainda como elemento fundamental para a educação permanente dos profissionais da ESF, pois as sessões clínicas e a dinâmica assistencial propiciam a aquisição e atualização de conhecimentos na área de saúde mental.

Com a implementação da Reforma Psiquiátrica no município de Sobral e o surgimento de um modelo de atenção descentralizado e de base comunitária, houve uma aproximação do universo da saúde mental com a atenção básica, mediante o desenvolvimento de ações conjuntas e

**...Reforma
Psiquiátrica
implementada em Sobral-
CE, configura-se como
um movimento que se
constrói diariamente
com vontade política,
planejamento, ações
concretas, avaliação
permanente ...**

complementares, que ocasionam uma melhoria considerável na atenção geral à saúde mental da população.

Identifica-se na experiência de Sobral-CE que o trabalho articulado dos profissionais da saúde mental com a Equipe da Estratégia Saúde da Família revela-se fundamental para o estabelecimento e fortalecimento de vínculos entre o serviço especializado (CAPS Damião/CAPS AD) e a atenção básica (ESF), possibilitando a co-responsabilidade dos casos, ampliando a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local e favorecendo a atenção territorializada.

2. CONCLUSÕES

A criação da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral-CE representa o marco da Reforma Psiquiátrica no município que possibilitou a inversão do modelo hospitalocêntrico, marcado pela segregação e asilamento, para um modelo extra-hospitalar, comunitário e propiciador da inclusão social da pessoa com transtorno mental.

A consolidação do processo de Reforma Psiquiátrica

implementada em Sobral-CE, configura-se como um movimento que se constrói diariamente com vontade política, planejamento, ações concretas, avaliação permanente, atuação profissional autocrítica e competente, desenvolvimento de um trabalho humanizado, de qualidade, com base territorial e comunitária, fundamentado na valorização de diferentes saberes e prática da interdisciplinaridade.

Busca-se a habilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental e para isso torna-se fundamental a ampliação da capacidade de sociabilização do indivíduo com seus familiares e comunidade, sendo primordial o envolvimento permanente dos profissionais de saúde, assim como também da família e de toda a sociedade para a consolidação desse movimento em favor de uma melhoria na qualidade de vida para as pessoas com transtornos mentais.

Visando assegurar a qualidade da atenção prestada, os profissionais da saúde já incorporaram em seu cotidiano, o processo de educação permanente, revisando e atualizando suas práticas e saberes, mediante a realização de supervisões clínicas e institucionais, sessões temáticas, grupos de estudos e cursos de aperfeiçoamento.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L. O. M., MARTINS JUNIOR, T. Saúde da Família: Construindo um novo Modelo - A Experiência de Sobral. **SANARE**, Sobral, v. 1, p. 7-17, 1999.

ALMEIDA, P.C. Oficinas em saúde mental: relato de experiências em Quixadá e Sobral. In: COSTA, C. M; FIGUEIREDO, A. C. **Oficinas terapêuticas em saúde mental**: Sujeito, produção e cidadania. Contra Capa. Rio de Janeiro, 2004.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. SDE/ENSP. Rio de Janeiro, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004a.

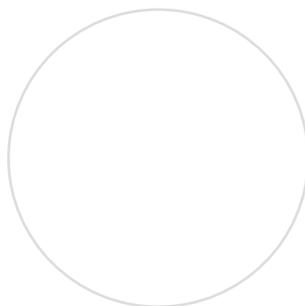
_____. Ministério da Saúde. Portaria SNAS Nº 224, de 29 de janeiro de 1992. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. Secretaria-Executiva e Secretaria de Atenção à Saúde. 5ª ed. Brasília, 2004b.

PEREIRA, A.A., ANDRADE, L. O. M. Rede Integral de Atenção à Saúde Mental de Sobral-CE. In: LANCETTI, A. **Saúde e Loucura**: saúde mental e saúde da família, 2ª ed. Hucitec. São Paulo, 2001.

ROCHA, E.C. Os Centros de Atenção Psicossocial e a Reforma Psiquiátrica. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Manual Para Profissionais de Saúde Mental**. 1ª ed. Brasília, 2002.

SAMPAIO, J.J.C., BARROSO, C.M.C. **Manual de organização de centro de atenção psicossocial generalista**. Sobral, 2001.

TENÓRIO, F. Psicanálise e Reforma Psiquiátrica, um trabalho necessário. In: FIGUEIREDO, A.C. **Psicanálise**: Pesquisa e Clínica. Rio de Janeiro. IPUB/CUCA, 2001.



APOIO MATRICIAL DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE SOBRAL, CE: O RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA

MENTAL HEALTH MATRIX SUPPORT FOR PRIMARY HEALTH CARE IN SOBRAL, CE - BRAZIL: A CASE REPORT

Luís Fernando Tófoli 1

Sandra Fortes 2

RESUMO

O Apoio Matricial pode ser entendido como um modelo de integração de especialistas na atenção primária à saúde. De acordo com este modelo, trabalhadores de diversas especialidades vão a unidades de atenção primária interagir com seus profissionais. O município de Sobral, CE, desenvolveu uma forma de apoio matricial em saúde mental à Estratégia de Saúde da Família que apresenta algumas características únicas, como grande integração com a rede de saúde mental e triagem na atenção primária. Este artigo se baseia em documentos oficiais, textos acadêmicos e experiências pessoais para relatar a cronologia do desenvolvimento deste modelo, aqui separada em quatro fases: implantação da Estratégia de Saúde da Família em Sobral; criação da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental e o início do matriciamento de saúde mental; expansão do apoio matricial e o início da triagem de saúde mental na atenção primária; e implantação dos Núcleos de Saúde Integral.

Palavras-chave: Apoio Matricial; Saúde Mental; Atenção Primária.

ABSTRACT

The Matrix Support model is a strategy for health specialists' integration into Primary Health Care. According to this model, workers from different health professions visit primary health units to interact with their professionals. The city of Sobral, Brazil, has developed a mental health matrix support to the Family Health Strategy that presents some unique characteristics, such as a comprehensive interaction with secondary mental health care and triage within primary care. This article is based on official documents, academic papers and personal experiences to report the chronology of this model's development, here separated in four periods: the beginning of Family Health Strategy in Sobral; the establishment of the Integral Mental Health Network and the beginning of mental health matrix support; mental health support expansion and beginning of mental health triage in primary care; and the implementation of the Nuclei of Integral Health.

Keywords: Matrix Support; Mental Health; Primary Health Care.

1 - Psiquiatra. Professor Adjunto do Curso de Medicina de Sobral (Universidade Federal do Ceará).

2 - Psiquiatra do Hospital dos Servidores do Estado (HSE/RJ/MS). Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas (Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

1. INTRODUÇÃO

A saúde mental na atenção primária à saúde (APS) tem sido um tema de interesse crescente em nosso país, de forma semelhante ao que aconteceu em outros países que reformaram seus modelos sanitários tendo como base cuidados primários universais, como o Canadá, a Espanha e, em especial, o Reino Unido, que já vem discutindo e desenvolvendo estratégias neste campo desde a década de sessenta (SHEPHERD et al., 1966). Sabe-se que a prevalência mundial e nacional de transtornos mentais na atenção primária é relevante, chegando a um terço da demanda. Se considerarmos a presença de sofrimento difuso com sintomas psiquiátricos subsindrômicos, este número alcança e até ultrapassa os 50% (FORTES, 2004). Ao longo do tempo, os estudiosos do tema têm defendido que a demanda de saúde mental na atenção primária tem características particulares, e que por isso merece um olhar específico que somente as visões clássicas da Psiquiatria ou Psicologia não dão conta de abarcar, e nem de cuidar (PEREIRA, 2006). García-Campayo e colaboradores (2001) listam, entre as especificidades da saúde mental na APS, sua nosologia, epidemiologia, diagnóstico, tratamento, prognóstico, formação e limitações de tempo.

A saúde mental na atenção primária à saúde (APS) tem sido um tema de interesse crescente em nosso país, de forma semelhante ao que aconteceu em outros países que reformaram seus modelos sanitários ...

Em nosso país, conceitos e práticas vêm se desenvolvendo com contribuições originais, ainda que tardiamente, para o âmbito da saúde mental na APS. Um dos conceitos norteadores nesse contexto é o da Integralidade, diante do qual o processo de implantação em nível nacional da Estratégia Saúde da Família (ESF) é o grande expediente pragmático (ANDRADE et al., 2004a; MATTOS, 2004). A tarefa de se agir integralmente não é fácil em um país cuja história tardia e recente de cuidados em saúde é representada pela atenção hospitalar, em um modelo de especialidades que é reproduzido na medicina privada e de grupo. Neste contexto, como harmonizar a visão do especialista com o trabalho na ESF, dentro do princípio da Integralidade?

Uma forma inventiva de se responder a esta pergunta foi apresentada através do modelo de Apoio Matricial (CAMPOS E DOMITTI, 2007). Essa proposta, quando aplicada à ESF, constitui-se de equipes especializadas de apoio que interagem com as equipes de saúde da família. Dentre as ações que as equipes de apoio matricial podem realizar estão consultorias técnico-pedagógicas, atendimentos conjuntos, e ações assistenciais específicas, que devem ser sempre dialogadas com a equipe de referência e, como uma regra geral, coletivas. A assistência individual também é possível, desde que, preferencialmente, seja temporalmente limitada.

A forma de definição das equipes matriciais não é rígida. Dependendo das circunstâncias locais, os profissionais que as compõem poderiam, por exemplo, estar 100% lotados no matriciamento, ou combinar as idas na atenção primária com alguma atividade em serviços de especialidade, por exemplo. Ainda, a própria composição profissional das equipes pode ter uma miríade de combinações, com ou sem médicos especialistas (psiquiatras, pediatras, ginecologistas etc.) e uma gama de profissionais de saúde (enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, educadores físicos, fisioterapeutas etc.). Evidentemente, o modelo gera uma série de questões que ainda precisam ser respondidas, entre elas a sua efetividade, a composição ideal do matriciamento, o tipo de interação inter- e intra-equipes, e outras.

É válido conceber que a saúde mental tenha um papel fundamental no apoio matricial à ESF. Isto se traduz não só pelo fato de que portadores de sofrimento mental podem adoecer fisicamente, quanto pelo fato que o adoecimento físico pode levar a sofrimento psicológico (BRASIL, 2003). A visão do problema se amplia quando se percebe que as competências de médicos generalistas em detectar e tratar transtornos mentais está mais ligada a habilidades de comunicação médico-paciente do que a conhecimentos teóricos de psiquiatria (BALLESTER et al., 2005; PEREIRA, 2006). No Brasil, o apoio matricial foi eleito pelo Ministério da Saúde como a estratégia oficial a guiar as ações de saúde mental na atenção primária (BRASIL, 2003), embora ainda não haja formas de financiamento efetivo para tal.

Neste artigo – que se trata de um relato de experiência – cuidaremos de retratar o modelo de apoio matricial de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família que se desenvolveu em Sobral (cidade de 170 mil habitantes da Zona Norte do Estado do Ceará), no período que vai do início de 1997 ao primeiro trimestre de 2007. Assim, nesse período de cerca de 10 anos, escolhemos dividir essa

história em quatro etapas: I. Implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) (1997-1999); II. Surgimento da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral (RAISM) e do matriciamento de saúde mental (2000-2004); III. Início da triagem de saúde mental na atenção primária (2004-2005); e IV. Implantação dos Núcleos de Saúde Integral (2005-2007). As fontes de informação para este histórico advêm de documentos oficiais do município, da produção acadêmica local associada ao tema, e do testemunho pessoal de seu primeiro autor.

1.1. Implantação da Estratégia Saúde da Família em Sobral-CE: 1997-1999

A história da implantação da ESF no município de Sobral é rica, da qual não cabe aqui fazer um relato de forma minuciosa. Para tal, recomendamos a leitura de uma edição especial da revista *Sanare* dedicada ao tema (ANDRADE, 2004). Mas, no sentido de compreendermos a influência deste processo na saúde mental do município, é necessário que tracemos seu panorama geral.

Previamente a 1997, o município de Sobral dispunha de um modelo de atenção à saúde centrado em serviços hospitalares, na demanda espontânea, e na figura do profissional médico. A nova proposta de gestão em saúde no município delineou como seus objetivos primordiais a inversão do modelo hospitalocêntrico para um modelo baseado na atenção integral à saúde; a opção pela ESF; e a adoção dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) (ANDRADE, 2004). Num horizonte muito rápido de tempo, Sobral passou a ter cobertura territorial de 100% pela ESF e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), embora a presença de equipes incompletas quanto a profissionais médicos seja um problema crônico – como, de fato, o é em todo o território nacional (VIANA E DAL POZ, 1998).

Na realidade, a reforma sanitária de Sobral não se ateve somente à atenção primária, mas a toda uma construção de importantes recursos de gestão em saúde pública, que incluiu, entre outras medidas, o estabelecimento local da vigilância epidemiológica, do serviço municipal de controle e avaliação, e da educação em saúde voltada para as necessidades municipais. Já em 1999, Sobral começou a desenvolver uma vocação para a formação, com a primeira turma de Especialização com caráter de Residência em Saúde da Família, um curso multiprofissional feito

A nova proposta de gestão em saúde no município delineou como seus objetivos primordiais a inversão do modelo hospitalocêntrico para um modelo baseado na atenção integral à saúde ...

em consórcio com a Universidade Estadual Vale do Acaraú — UVA (ANDRADE et al., 2004b). Este curso inicialmente destinou-se a médicos e enfermeiros, mas já em 2001 comportava médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde (PARENTE et al., 2006).

Durante esta etapa inicial também se gestou um plano municipal para a saúde mental, centrado principalmente em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que começou a funcionar no formato de um ambulatório de saúde mental, com uma equipe mínima, no Centro de Especialidades Médicas local (SOBRAL, 1997). Vale mencionar ainda que desde o seu desenho inicial o projeto para a Saúde Mental de Sobral previa ações na ESF (SOBRAL, 1997), conforme experiências prévias no Estado do Ceará (SAMPAIO E BARROSO, 2001).

De fato, a grande importância deste período para o matriciamento, que veio a posteriormente se desenvolver, foi na ampla implantação da Estratégia de Saúde da Família, e no planejamento da atenção à Saúde Mental nas ações futuras. Porém, foi um evento repentino que gerou a força motora para a rápida implantação de uma rede integral de cuidados à Saúde Mental no município, como veremos a seguir.

1.2. Criação da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental e o início do matriciamento de saúde mental: 2000-2004

Concomitante aos novos planos para a assistência municipal à Saúde Mental, funcionava em Sobral, desde a década de 1970, um hospital psiquiátrico com características asilares, que atendia a uma demanda regional conveniada ao SUS. Em outubro de 1999, uma denúncia, causada pela morte com sinais de violência de um paciente que lá estava internado, levou à criação de uma comissão sindicante municipal, que culminou numa intervenção municipal, em março de 2000, e no posterior descredenciamento e fechamento desse hospital, em julho de 2000 (PEREIRA E ANDRADE, 2001).

Ou seja, em um período de apenas nove meses, a

implantação de uma rede municipal de Saúde Mental teve que ser acelerada a partir de dois serviços – um ambulatório incipiente e um manicômio – para uma nova estrutura que fosse consoante com as conquistas sanitárias do município descritas no período anterior. Um grande número de transformações aconteceu durante o ano de 2000: o ambulatório se transformou em um CAPS, que recebeu sua primeira sede própria, seguindo os referenciais da Reforma Psiquiátrica no Ceará (SAMPAIO E BARROSO, 2001; SAMPAIO E SANTOS, 2001); a unidade de internação psiquiátrica passou a funcionar em um hospital geral local; foi criada uma residência terapêutica para os internos do hospital que, por diversas razões, não puderam voltar para suas casas; um ambulatório regional de psiquiatria tomou o lugar do serviço anterior, voltando-se para evitar a reinternação psiquiátricas dos moradores de municípios vizinhos que não tinham estruturado qualquer tipo de atenção secundária à saúde mental (PEREIRA E ANDRADE, 2001). Em 2002, a rede foi ampliada com o início do funcionamento de um CAPS voltado para a atenção a usuários de álcool e outras drogas (CAPS-AD) (MARINHO, 2004), e o serviço mais antigo posteriormente passou a ser chamado de CAPS Geral (CAPS-G).

...a unidade de internação psiquiátrica passou a funcionar em um hospital geral local; foi criada uma residência terapêutica para os internos do hospital que, por diversas razões, não puderam voltar para suas casas...

Foi também nesta fase, a partir de outubro de 2000, que o formato do matriciamento de Sobral foi tomando corpo, e se expandindo. Nesta época, os únicos profissionais de saúde mental que iam à APS eram os psiquiatras. Por conta da existência da Residência em Saúde da Família, e pelo caráter reconhecidamente pedagógico de suas ações, os especialistas que atuavam na ESF recebiam o título de preceptores de especialidade (SUCUPIRA E PEREIRA, 2004) – apesar de nem sempre estarem agindo em serviços em contato direto com residentes. As visitas dos psiquiatras à atenção primária eram, portanto, chamadas de Preceptorias de Saúde Mental (PEREIRA et al., 2001). Houve também durante este período as primeiras capacitações formais em saúde mental, no modelo presencial clássico de sala de

aula, para os profissionais da ESF e agentes comunitários de saúde (PEREIRA et al., 2001), coordenadas e realizadas na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.

A literatura internacional sugere que modelos colaborativos de interconsulta com a interação direta de trabalhadores de saúde mental e saúde da família – como o apoio matricial em saúde mental – têm evidências de resultados efetivos (BOWER E SIBBALD, 2000; BOWER E SIBBALD, 2005). Isso foi sendo notado anedoticamente pela equipe da RAISM, e foi uma tendência natural que mais horários de profissionais de psiquiatrias fossem sendo dedicados a essa função.

Algumas características do matriciamento de saúde mental em Sobral que se definiram neste período estendem-se até o momento atual. Desde então, seu funcionamento compreende visitas mensais ou quinzenais (a depender do número de equipes) a unidades de saúde da família. Durante a ação o visitante assume a posição de um consultor, realizando sensibilização sobre saúde mental (principalmente nas primeiras vezes), discutindo casos, efetuando visitas domiciliares e realizando consultas conjuntas. É importante frisar que o psiquiatra preceptor, a não ser em situações excepcionais, jamais realiza consultas sem a presença de profissionais da ESF, sempre os incentivando a conduzir as entrevistas. A prática foi indicando aos preceptores a importância de se manter uma postura pedagógica nas atividades conjuntas, nunca indicando o manejo do caso sem perguntar a opinião dos profissionais presentes, procurando induzir a busca de soluções pelos atores da APS.

A consulta conjunta é realizada, em grande parte das vezes, com a participação de um número considerável de pessoas, incluindo médicos e enfermeiros da ESF, agentes comunitários de saúde e estudantes de medicina e enfermagem que estejam estagiando na unidade ou na Saúde Mental. Neste sentido, é fundamental a solicitação de autorização do(s) cliente(s). Em nossa experiência, na maioria das vezes eles não se incomodam com um número grande de profissionais, e freqüentemente se sentem melhor cuidados por estarem sendo atendidos por uma equipe multiprofissional.

Desde o início do matriciamento de Saúde Mental em Sobral, os casos escolhidos para discussão são definidos pelos profissionais da ESF. Um padrão mais ou menos constante foi se apresentando nas diversas unidades que começaram a receber as visitas de matriciadores. No início, as equipes tinham uma tendência a selecionar casos que poderiam ser categorizados como “problemáticos”, desde portadores de doenças físicas cujos fatores emocionais

dificultavam o tratamento, passando por portadores de sintomas físicos inexplicáveis, pacientes com depressão e/ou ansiedade e, em menor monta, usuários acometidos de transtornos mentais severos e persistentes. Com o tempo, as equipes foram conseguindo desenvolver competências para lidar com casos cujo manejo pode ser realizado somente na atenção primária, e começaram a selecionar casos mais complexos e que muitas vezes exigem atenção em mais de um nível.

A esse respeito, vale mencionar também que o apoio matricial também vem, desde este período, servindo como um instrumento importante para que a APS possa acolher, de forma efetiva, pacientes provenientes dos CAPS que receberam alta parcial ou total para algum tipo de acompanhamento na ESF. Isso ocorre através de avaliação conjunta pelas duas equipes na APS, para que decisões compartilhadas sobre seu tratamento sejam realizadas.

... consulta conjunta é realizada, em grande parte das vezes, com a participação de um número considerável de pessoas, incluindo médicos e enfermeiros da ESF, agentes comunitários de saúde e estudantes de medicina e enfermagem que estejam estagiando na unidade ou na Saúde Mental...

Outro marco relevante no período 2000-2004 foi a implantação no município, a partir do ano de 2001, da Saúde Mental Comunitária, que se compõe da Terapia Comunitária (TC) e da Massoterapia. A TC é uma técnica de manejo grupal cujo objetivo é construir redes sociais e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades (TORQUATO et al., 2006). A Massoterapia consiste na utilização individual de diversas técnicas de origem orientais e ocidentais, exercidas por meio de massagem, com fins terapêuticos, especialmente o relaxamento. (SILVA, 2004). Ambos os recursos foram implantados em parte do território coberto pela APS, funcionando fisicamente nas unidades de saúde, no CAPS-G e

em dispositivos comunitários como templos religiosos e associações de moradores. O objetivo de implantação da Saúde Mental Comunitária em Sobral é trazer alternativas à medicalização dos sintomas mentais e proporcionar espaços de promoção de saúde na APS, tornando-se um recurso importante para demandas que exigem atenção psicossocial, mas sem gravidade que justifique o encaminhamento aos CAPS (SILVA, 2004; TORQUATO et al., 2006).

1.3. A expansão do apoio matricial e o início da triagem de saúde mental na atenção primária (2004-2005)

Desde a estruturação da RAISM (2000), a porta de entrada de casos eletivos (não emergenciais) nos serviços secundários (CAPS-G/CAPS-AD) é a ESF (PEREIRA E ANDRADE, 2001). Até 2004, a triagem era realizada somente no CAPS-G, através do agendamento telefônico que era feito pelas diversas unidades de Saúde da Família, a partir de pedidos de encaminhamento. Porém, durante o período de expansão da Preceptorial de Saúde Mental (2001-2004), notou-se que as unidades visitadas por psiquiatras encaminhavam casos mais adequados à atenção secundária, em comparação às outras unidades, cujos usuários tinham que ser mais frequentemente contra-referenciados. Embora essas contra-referências fossem preenchidas de forma detalhada, uma quantidade considerável de pacientes acabava retornando, posteriormente, à triagem do CAPS. Percebia-se também que somente a orientação explicitada na contra-referência não era suficiente para que os casos fossem manejados de forma adequada na ESF, no caso de ausência de apoio matricial em saúde mental.

Em meados de 2004, quando a equipe discutia as dificuldades no fluxo de pacientes no âmbito do diálogo APS-CAPS, surgiu a idéia de que as triagens de saúde mental fossem realizadas nas unidades de Saúde da Família. Uma das razões para esta proposta foi a constatação de que uma espécie informal de pré-triagem começara a acontecer espontaneamente nas equipes que já eram visitadas. Também se notou que a alta de pacientes estabilizados do CAPS para a APS era mais fácil nas unidades que recebiam matriciadores.

Procedeu-se então a um breve estudo de viabilidade. Para que todas as unidades de saúde da família do município passassem a receber preceptorias, seria necessário um remanejamento dos horários dos psiquiatras da RAISM. Isso se mostrou factível, particularmente com o auxílio de uma enfermeira especialista em Saúde Mental, que passou a participar do matriciamento e abriu a porta para profissionais da RAISM de outras categorias, a partir de 2006. E dessa

forma, em agosto de 2004, organizou-se o primeiro programa de saúde mental no Brasil de que temos notícia a realizar triagem para a atenção secundária inteiramente na atenção primária (TÓFOLI et al., 2005).

Na triagem – cujo formato se mantém pouco alterado desde então – se acolhe, de forma individual ou grupal, os casos com sofrimento psíquico cuja conduta não está clara para os profissionais da ESF, e que ainda não foram vistos no matriciamento. Casos já supervisionados pelo apoio matricial, nos quais se constatou o esgotamento das possibilidades de tratamento na APS, não passam, em geral, pela triagem, sendo vistos em um segundo momento da mesma visita, no modelo de matriciamento já exposto.

O relato anedótico sobre a mudança do local de triagem da saúde mental é satisfatório, tanto para os profissionais da RAISM, quanto para os da ESF. Além disso, um pequeno estudo foi feito com casos atendidos no CAPS-G, comparando os que chegaram nos meses finais da triagem realizada no CAPS com os que chegaram nos meses iniciais da triagem realizada na ESF. Houve uma redução de 46% no número de pacientes novos no CAPS após a modificação, sem diferenças significativas quanto ao tempo de espera para atendimento ou diagnóstico. A triagem na ESF trouxe casos mais jovens e aparentemente os médicos de família estavam conseguindo acompanhar mais pacientes na APS do que antes (TÓFOLI et al., 2005).

1.4. A implantação dos Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família (2005-2007)

Embora profissionais não-médicos da saúde mental tivessem aderido ao apoio matricial de Sobral, este se manteve basicamente como uma ação psiquiátrica, bastante voltado para casos de sofrimento psíquico e, principalmente, transtorno mental. A promoção em saúde mental ficou restrita à Terapia Comunitária, porém em um número limitado de territórios de saúde. Embora a Residência em Saúde da Família fosse multiprofissional, e desde 2001 já incluísse a figura do psicólogo e a discussão de seu papel (MORENO et al., 2004; PARENTE et al., 2006), outros profissionais lotados na APS não chegaram a configurar um papel importante no matriciamento, antes de 2005.

A triagem na ESF trouxe casos mais jovens e aparentemente os médicos de família estavam conseguindo acompanhar mais pacientes...

No início de 2005, houve a divulgação de uma minuta de portaria do Ministério da Saúde que iria instaurar uma linha de financiamento para os diversos tipos de ação matricial na atenção primária, incluindo a saúde mental, os então chamados Núcleos de Saúde Integral — NSI (BRASIL, 2005). Essa portaria, que era claramente inspirada no conceito de apoio matricial (CAMPOS E DOMITTI, 2007), jamais chegou a ter uma publicação efetiva, mas serviu, à época, como referência para a turma de residentes em Saúde da Família que começaria a atuar naquele ano. Os residentes – entre os quais não mais se incluíam médicos, pois uma residência em Medicina de Família e Comunidade fora concomitantemente credenciada – foram distribuídos em cinco NSI, sendo cada núcleo responsável por 9 ou 10 equipes de saúde da família, sem fixação definitivamente em nenhuma delas. Cada núcleo comportava uma modalidade de saúde mental, composta, no caso de Sobral, por psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais (PARENTE et al., 2006).

Assim, pode-se dizer que, no período de 2005 a 2007, Sobral passa a contar com uma espécie de duplo matriciamento em saúde mental: o da RAISM, com seus profissionais que visitam mensalmente as unidades para verificar casos mais próximos do transtorno mental; e o dos Núcleos de Saúde Integral, com visitas semanais, maior proximidade com os profissionais da ESF e ações também voltadas para a prevenção e promoção. A integração dos profissionais de saúde mental dos NSI dentro do apoio matricial da RAISM tornou-se corriqueira.

Para minimizar o risco de que presença dos profissionais dos núcleos passasse a impedir que os profissionais da atenção primária pudessem ampliar suas competências em saúde mental, alguns cuidados foram tomados. Os residentes dos NSI evitavam atender individualmente de forma contínua, e os casos deveriam ser sempre discutidos com as equipes de saúde da família antes de trazidos ao matriciamento da RAISM. Por outro lado, as ações grupais por parte dos residentes matriciadores infelizmente não se organizou de forma integrada, ficando ao critério e iniciativa de cada Núcleo. Isso levou a um resultado desigual nesse quesito.

A impressão subjetiva, mais uma vez, é a de que este modelo integrativo – que envolve a Estratégia de Saúde da Família, a Saúde Mental Comunitária, a modalidade de saúde mental dos NSI, e os matriciadores da rede de Saúde Mental do Município – se tornou ainda mais efetivo e consistente com um tipo de

cuidado baseado nos princípios do SUS. No sentido de proporcionar uma visão clara de todo o processo, uma cronologia com os anos e fases do matriciamento em saúde mental em Sobral está disposta na (Figura 1).

1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Cronologia
										<u>Redes de Atenção</u>
										Estratégia Saúde da Família
										Rede de Atenção Integral à Saúde Mental
										Saúde Mental Comunitária
										<u>Matriciamento em Saúde Mental</u>
										Consultas conjuntas, discussões de casos
										Triagem na APS
										<u>Residência em Saúde da Família</u>
										Multiprofissional - médicos e enfermeiros
										Multiprofissional - médicos, enfermeiros e outras profissões
Multiprofissional - Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Família										
Residência médica em Medicina de Família e Comunidade										
										Fases do Matriciamento

FIGURA 1: Cronologia do matriciamento em saúde mental em Sobral-Ce. I: implantação da Estratégia de Saúde da Família em Sobral; II: criação da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental e o início do matriciamento de saúde mental; III: expansão do apoio matricial e o início da triagem de saúde mental na atenção primária; IV: implantação dos Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família.

2. CONCLUSÕES

A estrutura do apoio matricial em saúde mental é muito diversa de outros municípios brasileiros que se destacam neste tema. Em Campinas, berço do conceito, ele é feito principalmente por psicólogos que, sediados em unidades de saúde, atendem matricialmente à sua unidade e às circunvizinhas (FIGUEIREDO, 2006). Em Recife ele é realizado por equipes volantes de saúde mental, incluindo psiquiatras, que não têm sede fixa (BRASIL, 2007). Em nossa opinião, há três grandes virtudes no matriciamento sobralense de saúde mental. A primeira é a excelente integração da saúde mental com a ESF, que se traduz na triagem eletiva na atenção primária. A segunda, que está vinculada à primeira, é o fato de que os profissionais de saúde mental que auxiliam a ESF a tomar decisões de fluxo também trabalham na saúde mental especializada (e, por vezes, hospitalar), o que lhes permite uma privilegiada visão de todo o sistema. Outro grande diferencial é a ênfase, no caso do matriciamento realizado através da Residência Multiprofissional, para que estes profissionais não ficassem sediados em uma unidade específica de ESF, mas acolhessem de uma maneira verdadeiramente matricial um conjunto de equipes. A literatura internacional indica que, quando estabelecidos em unidades, profissionais de saúde mental tendem a reproduzir o modelo de referência e contra-referência, sem trazer competências da saúde mental a seus companheiros de serviço (BOWER E SIBBALD, 2000).

Evidentemente, tais “virtudes” ainda estão por serem provadas em estudos avaliativos. Até que isto seja feito – inclusive em termos de viabilidade em municípios de

outros portes – elas se manterão hipotéticas. A propósito, a grande ausência, ao examinarmos a experiência do matriciamento em saúde mental de Sobral é a dos estudos avaliativos: seu sucesso foi compreendido quase que de forma puramente anedótica e não-sistemática. Embora este seja um problema corriqueiro no campo da saúde mental no Brasil, é necessário empenho para que estratégias de avaliação (quantitativas e qualitativas) sejam aplicadas para avaliar estes tipos de ação em nosso país e na Região Nordeste. No tocante a estudos de demanda existe somente um, limitado a um distrito distante, que apontou, através do instrumento PRIME-MD, a relevante prevalência de 60% de transtornos mentais em 294 usuários (8% da população local adstrita) que procuraram a ESF durante 4 meses (TIMBÓ, 2004). Embora este seja um dado relevante, ainda estamos aguardando por mais informações.

Ainda, a atuação de uma equipe de saúde mental – e em determinada fase, duas – na atenção primária compõe um modelo que, apesar de eficiente, é bastante complexo e pode ser considerado caro. É possível que, principalmente em municípios de grande porte, e problemas adicionais como a relação volátil com o território e a violência urbana, o sistema precise ser ainda mais complexo. Se considerarmos que, mesmo em Sobral, os NSI tiveram que ser descontinuados após o ano de 2007 por carência de financiamento à Residência Multiprofissional, pode-se imaginar as dificuldades envolvidas em cidades maiores. Tem-se, ainda, que levar em consideração que o gestor em saúde seja sensível para este tipo de projeto, o que pode não ser fácil num modelo inovador, com potencial muito baixo de dividendos eleitorais em curto prazo, e sem formas de financiamento claro. Porém, a esse respeito,

novamente um projeto de portaria ministerial acena, em 2007, com a possibilidade de financiamento para ações matriciais na APS, dessa vez exclusivamente para a ESF, recebendo o nome de Núcleos de Apoio à Saúde da Família — NASF (CONASEMS, 2007).

Em termos de perspectivas, um ponto importante a ser reforçado é o da formação em matriciamento. Os profissionais de saúde mental no Brasil não têm contato suficiente, em sua formação, com a APS ou a ESF. Nesse sentido, Sobral teria condições de se tornar um pólo de formação regional, e está no escopo da RAISM o estabelecimento no município de uma Residência de Psiquiatria e de uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Ao que tudo indica, a história do matriciamento em saúde mental de Sobral ainda trará novidades, assim como deverá acontecer em todo o Brasil.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L. O. M. (Ed.). 10 anos do Saúde da Família. **SANARE**, v.5, n.1, Jan./Fev./Mar., 186 p., 2004.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; GOYA, N.; et al. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. **SANARE**, v.5, n.1, p. 9-20, 2004a.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; MARTINS JR., T.; et al. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia: três anos construindo a tenda invertida e a educação permanente no SUS. **SANARE**, v.5, n.1, p. 33-40, 2004b.

BALLESTER, D. A.; FILIPPON, A. P.; BRAGA, C.; et al. **The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education.** São Paulo Med J, v.123, n.2, Mar 2, p. 72-6, 2005.

BOWER, P.; SIBBALD, B. **On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice.** Cochrane Database Syst Rev, n.3, p. CD000532, 2000.

_____. **Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base.** BMJ, n.330, p. 839-842, 2005.

BRASIL. **Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários.** Brasília, DF: Ministério da Saúde 2003.

_____. **Núcleos de Saúde Integral.** Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2005.

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

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Cad. Saúde Pública, v.23, n.2, fev., p. 399-407, 2007.

CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde). **Portaria: Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (minuta).** 2007. Disponível em < <http://www.conasems.org.br/files/NASF.pdf> >. Acesso em 21 Out. 2007.

FIGUEIREDO, M. D. **Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP).** 2006. Dissertação de mestrado. Pós-graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas.

FORTES, S. **Transtornos mentais na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis/Rio de Janeiro, Brasil.** 2004. 154 p. Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro.

GARCÍA-CAMPAYO, J.; CLARACO, L.; OROZCO, F.; et al. Programa de formación en salud mental para residentes de medicina de familia y comunitaria: el modelo Zaragoza. **Aten Primaria**, v.27, n.9, p. 667-72, 2001.

MARINHO, J. R. M. **Caracterização dos casos atendidos no CAPS-AD em seu primeiro ano de funcionamento, Sobral-CE: Setembro de 2002 a Agosto de 2003.** 2004. 90 p. Monografia. Residência em Saúde da Família, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia / Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, set-out, p. 1411-1416, 2004.

MORENO, G. M. B.; SOARES, M. T. Q. S.; PAGANI, R.; et al. Inserção da Psicologia na Estratégia Saúde da Família em Sobral/CE (relato de experiência). **SANARE**, v.5, n.1, p. 77-85, 2004.

PARENTE, J. R. F.; DIAS, M. S. A.; CHAGAS, M. I. O.; et al. A trajetória da residência multiprofissional em saúde da família de Sobral. In: HADDAD, A. E., et al (Ed.). **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2006. p. 81-96.

PEREIRA, A. A. **Propuesta educativa en salud mental para médicos e enfermeros de la Atención Primaria em Sobral, CE - Brasil**. 2006. Mestrado em Educação Médica, Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba / Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, La Habana / Sobral, CE.

PEREIRA, A. A.; ANDRADE, L. O. M. Rede Integral de Atenção à Saúde Mental, de Sobral, Ceará. In: JATENE, A.; LANCETTI, A. (Ed.). **Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família**. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 167-198.

PEREIRA, A. A.; OLIVEIRA, J. C.; COSTEIRA, A. Programa de saúde da família e saúde mental: a experiência de Sobral. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Ed.). **III Conferência Nacional de Saúde Mental - Caderno de Textos**. Brasília, 2001.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: Diretrizes e Experiências no Ceará. In: JATENE, A.; LANCETTI, A. (Ed.). **Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 199-219.

SAMPAIO, J. J. C.; SANTOS, W. G. S. A experiência dos centros de atenção psicossocial e o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica. In: PITTA, A. M. F. (Ed.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.127-134.

SHEPHERD, M.; COOPER, B.; BROWN, A. C.; KALTON, G. **Psychiatric illness in general practice**. Oxford University Press, 1966.

SILVA, R. N. N. **O brotar da Massoterapia em Sobral: uma experiência singular**. 2004. 57 p. Monografia. Especialização/Residência em Saúde da Família, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia / Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral.

SOBRAL. **Política de saúde mental de Sobral, CE**: proposta. Sobral, CE: Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social e Saúde (mimeo), 1997.

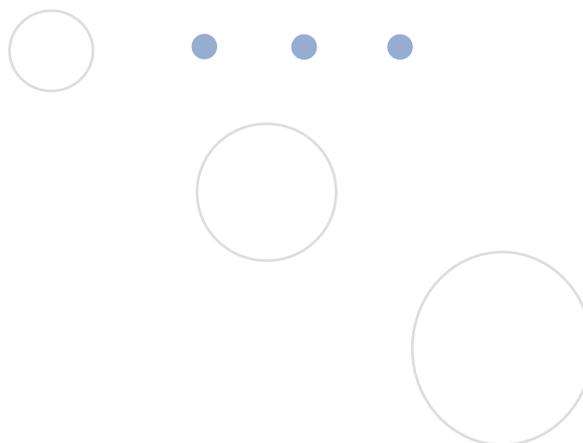
SUCUPIRA, A. C.; PEREIRA, A. A preceptorial na Residência em Saúde da Família. **SANARE: Revista de Políticas Públicas**, v.5, n.1, p. 47-53, 2004.

TIMBÓ, E. C. **Prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes que procuraram atendimento médico numa UBS de Sobral, CE**. 2004. Monografia. Especialização/Residência em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE.

TÓFOLI, L. F.; LUCENA, A. F.; TORQUATO, G. L.; et al. Estudo caso-controle de dois modelos de triagem em saúde mental segundo seu local de realização: atenção secundária versus atenção primária. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.27, p. S36, 2005.

TORQUATO, G. L.; AMANCIO, C. P.; AZEVEDO, N. A.; et al. Terapia comunitária em Sobral: aspectos históricos, avanços e perspectivas. **Anais do VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e XI Congresso Mundial de Saúde Pública (CD-ROM)**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, v.8, n.2, p. 11-48, 1998.



SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO DE SOBRAL - CE: UM DISPOSITIVO DE INCLUSÃO SOCIAL

THERAPEUTIC RESIDENTIAL SERVICE FROM SOBRAL, CE – BRAZIL:
A SOCIAL INCLUSION DEVICE

Sérgio Rodrigues Duarte ¹
Eliany Nazaré de Oliveira ²

RESUMO

O Serviço Residencial Terapêutico “Lar Renascer” de Sobral – CE é um dispositivo de inclusão social de pessoas com transtornos mentais. O objetivo deste estudo foi caracterizar este dispositivo. A coleta de dados aconteceu de março a julho de 2006. A implantação do Serviço Residencial Terapêutico ocorreu em outubro de 2000 e desde sua implantação foram realizadas 05 re-inclusões sociais. O acompanhamento dos moradores é feito por um enfermeiro e cinco cuidadores com formação escolar em nível médio. A residência abriga pessoas com transtornos mentais de moderado a grave, egressos da extinta Casa de Repouso Guararapes. Entre seus moradores, 3 são homens (idade entre 34 e 46 anos) e 4 são mulheres (idade entre 30 e 56 anos). A necessidade de abertura de serviços com essas características evidencia que no passado houve inadequações que devem ser reparadas e o Serviço Residencial Terapêutico nasce sob a égide da Reforma Psiquiátrica, tendo como função o resgate da cidadania e a habilitação psicossocial de seus moradores.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Residência Terapêutica; Inclusão Social.

ABSTRACT

The Therapeutic Residential Service “Lar Renascer”, in Sobral-CE is a social inclusion device for people with mental illness. The aim of this study was to present this device. Data were collected in March and July 2006. This device was created in October 2000 and since then 5 social inclusions were performed. The residents care is made by a nurse and 5 persons without academic degree. People who live in this home suffer from (moderate to severe) mental disorders and all them lived in the old Guararapes Rest Home (the former mental care model of Sobral). The residents are represented by 3 men (age 34 to 46 years) and 4 women (age 30 to 56 years). The need to open this kind of services shows that in the past there were mistakes which must be redressed. The Therapeutic Residential Service “Lar Renascer” was created under the aegis of the Psychiatric Reform and it has the function of redeeming citizenship and psychosocial habilitation of its residents.

Key-words: Psychiatric Reform; Therapeutic Residential Service; Social Inclusion.

1 - Enfermeiro da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral-CE. Coordenador do Serviço Residencial Terapêutico “Lar Renascer”. Especialista em Saúde Mental pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

2- Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

1. INTRODUÇÃO

Para se chegar ao que hoje chamamos de Reforma Psiquiátrica houve alguns erros e diversos acertos que contribuíram para que no despertar de um novo olhar surgisse o desejo de uma Reforma Psiquiátrica.

O atendimento especializado em psiquiatria de Sobral data do início da década de 1970, quando foi instalado um pequeno serviço particular. Em 1974, foi criada a Casa de Repouso Guararapes, que se consolidou como referência regional em atenção psiquiátrica até a perda de seu credenciamento em 10 de julho de 2000 (PEREIRA E ANDRADE, 2001).

Em outubro de 1999, a morte de um cliente na Casa de Repouso Guararapes ocasionou sentimentos de revolta e levou-a à denúncia pública por parte de parentes dos internos. Foram realizadas auditorias das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, com o apoio do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial e da Comissão de Direitos Humanos da Assembléia Legislativa do Ceará, que confirmaram as denúncias prestadas e culminou no desenrolar de um processo de reformulação na assistência psiquiátrica do Município.

...o município de Sobral vem se destacando com a política da Reforma Psiquiátrica, envolvendo, além da Rede Básica de Saúde, através da Estratégia Saúde da Família - ESF, diversos setores da sociedade nas questões da saúde mental...

Pereira e Andrade (2001) ressaltam que no relatório da comissão de sindicância constava a confirmação de denúncias de maus-tratos, espancamentos e abuso sexual, procedimentos apontados como rotineiros da instituição. Isto levou a Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral, com base em deliberação do Conselho Municipal de Saúde, a decretar a intervenção no sistema manicomial.

No processo de intervenção constatou-se na referida instituição um contexto caracterizado por déficit físico,

terapêutico e financeiro. A ausência de projetos terapêuticos era uma constante, detectando-se também péssimas condições sanitárias e de hospitalidade, além de dívidas fiscais, trabalhistas e comerciais. Após 120 dias de intervenção, a Secretaria de Desenvolvimento Social e de Saúde de Sobral invalidou o credenciamento da Casa de Repouso Guararapes junto ao Sistema Único de Saúde – SUS, o que culminou com o encerramento dos serviços do referido manicômio em 10 de julho de 2000. Esse acontecimento representa um marco da Reforma Psiquiátrica de Sobral – CE, pois foi a partir dele que se deu a instituição da Rede de Assistência Integral à Saúde Mental de Sobral – RAISM (PEREIRA E ANDRADE, 2001).

A partir do ano de 2000, o município de Sobral vem se destacando com a política da Reforma Psiquiátrica, envolvendo, além da Rede Básica de Saúde, através da Estratégia Saúde da Família - ESF, diversos setores da sociedade nas questões da saúde mental, rompendo com a equivocada crença de que a psiquiatria é objeto somente de especialistas (PEREIRA E ANDRADE, 2001).

Ainda, de acordo com Pereira e Andrade (2001), o processo de intervenção da Casa de Repouso do município de Sobral se iniciou com pacientes ainda em regime de internação, surgindo então a necessidade de implantação do Serviço Residencial Terapêutico (SRT). O SRT é uma das estratégias de ação inclusiva do novo modelo de atenção integral à saúde mental do Município, que assiste de maneira humanizada e qualificada pessoas com transtornos mentais, institucionalizados ou não, buscando uma relação inter-setorial com outros recursos existentes, para incluir essas pessoas em seu universo familiar e comunitário. É válido enfatizar que esse interesse pela reabilitação psicossocial surgiu a partir do novo modelo, que busca também o resgate da cidadania da pessoa portadora de transtornos mentais.

Em Sobral, a experiência do SRT foi implantada no dia 06 de julho de 2000, como o primeiro serviço residencial terapêutico do Ceará e de toda a Região Nordeste, sendo também o primeiro de caráter público criado no Brasil após a publicação, pelo Ministério da Saúde, da Portaria 106, de 11 de fevereiro de 2000 (PEREIRA E ANDRADE, 2001).

Nesse contexto, esta pesquisa teve como objetivo, resgatar o processo histórico-político do Serviço Residencial Terapêutico “Lar Renascer” de Sobral – CE, bem como sua origem e percurso de implantação, a trajetória de vida dos moradores e o contexto atual deste novo dispositivo de inclusão social, uma vez que, desde sua criação, poucos estudos têm explorado a sua essência.

2. METODOLOGIA

Esta pesquisa foi do tipo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa e caracterizando-se como estudo de caso. O estudo de caso requer uma investigação profunda e exaustiva, capaz de possibilitar amplo e detalhado conhecimento do objeto de curiosidade, revelando a qualidade do estudo e também sua essência (GIL, 1991).

O cenário do estudo foi o Serviço Residencial Terapêutico “Lar Renascer”, localizado na Rua Coronel Antônio Mendes Carneiro 544, bairro Centro, Sobral – CE, onde moram pessoas com comprometimento mental de moderado a grave.

O presente estudo incorporou os princípios éticos da resolução 196/96 que rege a pesquisa com seres humanos, conforme orientação do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). De fato, a execução do projeto de pesquisa deu-se após a aprovação do protocolo de pesquisa por parte do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú e permissão da Coordenação de Saúde Mental de Sobral – CE.

A coleta das informações aconteceu de março a julho de 2006 e foi realizada através dos seguintes instrumentos: documentos municipais que forneceram dados sobre a origem do objeto em estudo; observação participante do funcionamento e cotidiano da unidade-caso em questão, bem como suas contribuições para as inclusões sociais, através de documentos e arquivos do serviço.

Para a obtenção da história de vida neste estudo foi adotada a técnica de entrevistas abertas, que atende principalmente a finalidades exploratórias. A entrevista é bastante utilizada para detalhar questões e formular conceitos de modo mais preciso, a partir da coleta do maior número possível de informações sobre determinado tema, sob a visão do entrevistado.

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A origem e implantação do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) no município de Sobral – CE se deram a partir do processo de invalidação do credenciamento e posterior fechamento da Casa de Repouso Guararapes, antiga instituição asilar, em outubro de 2000.

Para a implantação deste novo espaço terapêutico foi realizado um processo preparatório de integração dos futuros moradores, que eram clientes da extinta Casa de Repouso Guararapes. Este momento fez-se necessário, pois alguns clientes do antigo serviço não estavam em condições de re-inserção familiar imediata, seja por

...no ano de 1999, foi enviado para o Ministério da Saúde o projeto de implantação do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) “Lar Renascer” de Sobral, sendo logo aprovado.

desconhecimento sobre o paradeiro de seus familiares, seja por agravantes que impossibilitaram a sua aceitação pela família, especialmente por história de homicídios contra os próprios familiares. Além disso, foi necessário também um processo habilitador para os profissionais que atuariam como cuidadores e co-terapeutas nesse espaço de sociabilização contínua, os quais deveriam estar cientes de suas competências junto aos moradores. Nesse contexto, realizou-se uma oficina de planejamento, coordenada por um médico psiquiatra e sanitarista, que representou um importante passo para a implantação da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental do Município, desde o início da intervenção oficial à Casa de Repouso Guararapes (JÚNIOR, 2000).

Os recursos despendidos para a implantação do SRT “Lar Renascer” de Sobral foram todos oriundos de fundos municipais, pois havia urgência em abrigar os clientes da extinta Casa de Repouso Guararapes, não havendo tempo hábil para aguardar a contrapartida do Ministério da Saúde naquele momento.

Ainda no ano de 1999, foi enviado para o Ministério da Saúde o projeto de implantação do Serviço Residencial Terapêutico “Lar Renascer” de Sobral, sendo logo aprovado. Este serviço é prestado na Residência Terapêutica, casa de classe média situada numa rua do centro da cidade, sem placa de identificação, perto de praças, igrejas e padarias (ALMEIDA et al, 2004). Pereira e Andrade (2001) relatam que uma moradora, ao tomar ciência de que seria vizinha de uma residência terapêutica, afirmou que lugar de doido era no manicômio, pois temia que os usuários agredissem-na. Contudo, a convivência está conseguindo mudar o pensamento das pessoas em relação aos portadores de transtorno mental e, atualmente, a referida moradora, participa, inclusive, de eventos sociais promovidos no “SRT Lar Renascer”.

Durante o percurso de implantação do serviço de saúde em questão houve erros e acertos, dificuldades, estigmas por parte da sociedade local e por parte também de alguns

profissionais de saúde, que por muitos anos se adaptaram à forma antiga de assistência às pessoas com transtornos mentais, pautada no isolamento em asilos. É primordial que a sociedade entenda que o SRT em hipótese alguma deve ser confundido com um manicômio. Este cumpriu o seu papel enquanto espaço cronificador e seqüestrador de identidades. O SRT constitui-se numa ferramenta terapêutica para o exercício de cidadania, habilitação psicossocial de seus moradores, configurando-se também como um espaço para a construção de vidas.

Este espaço terapêutico, além de oferecer moradia às pessoas excluídas pelo sistema manicomial, oferece também atenção integral de qualidade, obtendo uma visão da pessoa com transtorno mental como um ser humano dotado de desejos, vontades, dificuldades e que necessita de cuidado, respeito, exercício de cidadania e justo gozo de seus direitos sociais. Desta forma, na busca da sociabilização dessas pessoas, são realizadas atividades que transcendem o interior deste espaço terapêutico, incluindo-as na sociedade e/ou seio familiar.

Desde sua criação, o SRT “Lar Renascer” de Sobral tem contribuído sobremaneira para a desospitalização e descronificação de muitos clientes, tornando possíveis inclusões sociais e familiares que antes eram consideradas impossíveis. De fato, desde sua implantação foram realizadas 05 inclusões sociais e/ou familiares com sucesso.

O espaço físico do SRT “Lar Renascer” de Sobral compõe-se atualmente de garagem, sala de estar, sala de refeições, cozinha com despensa, quatro quartos, dos quais dois com banheiro próprio, banheiro comunitário e um quintal. Um profissional de saúde de nível superior (enfermeiro) coordena os trabalhos desenvolvidos por cinco cuidadores com formação escolar em nível médio, que se revezam diariamente no acompanhamento dos moradores durante os sete dias da semana. O serviço também conta com uma cozinheira.

O SRT “Lar Renascer” de Sobral abriga pessoas com transtornos mentais de moderado a grave, com acentuado grau de comprometimento psíquico, egressos

O SRT constitui-se numa ferramenta terapêutica para o exercício de cidadania, habilitação psicossocial de seus moradores...

de longa internação psiquiátrica na extinta Casa de Repouso Guararapes. É uma moradia mista na qual 03 de seus moradores são homens (com faixa etária entre 34 e 46 anos) e 04 são mulheres com idade entre 30 e 56 anos. Em relação às histórias de vida desses moradores, alguns fatores como abandono, exploração, rejeição, estigma, institucionalização, cronificação e isolamento contribuíram para o agravamento do quadro psíquico e social.

... o SRT “Lar Renascer” de Sobral tem contribuído sobremaneira para a desospitalização e descronificação de muitos clientes, tornando possíveis inclusões sociais e familiares que antes eram consideradas impossíveis.

A rotina dos cuidadores no SRT “Lar Renascer” de Sobral – CE segue uma escala organizada com cobertura integral nos três turnos, a saber: de segunda a sexta-feira (das 7 às 13h), dois cuidadores ajudam na execução de Atividades de Vida Diária – AVD (cuidados com higiene pessoal, alimentação, vestuário e locomoção) e atividades externas (consultas de retorno, acompanhamento individual e grupal, lazer). No turno seguinte (13 às 19h), apenas um cuidador acompanha os moradores, uma vez que as atividades supracitadas demandam maiores cuidados no período da manhã. Das 19 às 07h dois cuidadores revezam plantão assegurando a continuidade das atividades no “Lar Renascer”. A cozinheira trabalha oito horas por dia, de segunda a sexta-feira, de modo que nos feriados e finais de semana os cuidadores executam as atividades domésticas, auxiliando também na orientação dos moradores nas AVD. Assim como em toda residência existem normas e rotinas, na residência terapêutica em foco estas também são observadas.

Embora o SRT represente um espaço de vida, de realização da cidadania, de impacto na cultura discriminatória e intolerante da sociedade, ainda assim é o tipo de serviço que se espera, em futuro próximo, deixar de existir em Sobral, à medida que cada morador reconstrua suas vidas, realize seus projetos e re-constitua o seu próprio lar (PEREIRA E ANDRADE, 2001).

O processo de trabalho no SRT de Sobral não é uma

tarefa fácil. Existem muitos desafios a serem superados, necessitando, portanto de dedicação da equipe que compõe este serviço, do apoio imprescindível dos outros dispositivos de inclusão social e da singularidade de cada morador, pois cada um deles requer um projeto terapêutico diferenciado, porque cada um necessita de uma assistência adequada que atenda às suas limitações.

Quanto à equipe responsável por este serviço, há de se reforçar as iniciativas que procuram redefinir o papel dos profissionais e dos serviços de saúde, colocando a discussão sobre o significado do cuidado em Saúde Mental, sobre o sentido do processo de cura, nas parcerias interinstitucionais, além da criação de uma cultura de solidariedade e vivência de cidadania que garanta a inclusão social do indivíduo, sua autonomia e dignidade (ESPERIDIÃO, 2001).

Entretanto, talvez o maior desses desafios seja resgatar a autonomia de seus moradores que possuem muitas dificuldades, uma vez que quase todos foram institucionalizados pelo antigo sistema manicomial e apresentam grande comprometimento psíquico. Segundo Moraski (2005), pessoas com transtorno mental são carentes de cuidado, de aproximação interpessoal, de vínculo e, principalmente, de vida. Em toda instituição familiar se perpetua a idéia de que sua linhagem genética deve ser saudável, preparada para assumir papéis sociais e o mercado do trabalho. Ao ver frustrado esses papéis, tendo que assumir a responsabilidade de cuidar de um filho “anormal”, uma série de respostas é evidenciada, desde a anuência da doença até a completa negação desta vivência (MORASKI, 2005).

É consensual que atitudes como abandono, exploração, rejeição, estigma, institucionalização, cronificação e isolamento conduzem a pessoa com transtorno mental ao agravamento do quadro psíquico e social. Uma família apoiada e orientada tem condições de compartilhar seus problemas e pode ser percebida como uma estrutura que evita a institucionalização e promove a re-inserção social do indivíduo, tornando possível a reabilitação e integração da pessoa com transtorno mental na comunidade e fora dos muros (ESPERIDIÃO, 2001).

Atualmente vivemos o período de mudanças ideológicas, estruturais e políticas nas ações de saúde mental, mais especificamente em relação à institucionalização da assistência. Assim, a trajetória brasileira segue seu percurso na construção de um modelo de atendimento em saúde mental em consonância com os pressupostos do movimento antimanicomial e com as doutrinas e filosofia da política de saúde, do Sistema Único de Saúde (ESPERIDIÃO, 2001).

4. CONCLUSÕES

Desde a sua criação, o Serviço Residencial Terapêutico de Sobral – CE tem contribuído sobremaneira para evitar a hospitalização e a cronificação, tornando possíveis inclusões sociais que antes do modelo atual de assistência em saúde mental eram consideradas impossíveis. Desde sua implantação até os dias atuais foram realizadas 05 inclusões sociais e/ou familiares com sucesso.

É consensual que atitudes como abandono, exploração, rejeição, estigma, institucionalização, cronificação e isolamento conduzem a pessoa com transtorno mental ao agravamento do quadro psíquico e social.

É válido ressaltar que este estudo não se esgota aqui. Ainda há muita necessidade de se avaliar os programas de residência terapêutica, assim como a assistência prestada aos pacientes nessas residências destinadas aos portadores de distúrbios psiquiátricos para os quais o cuidado psicossocial extra-hospitalar é o tratamento mais adequado. A partir da análise dos resultados pode-se concluir que o Sistema de Residência Terapêutica “Lar Renascer” de Sobral-CE representa um novo dispositivo de inclusão social, forjado no auge da reforma psiquiátrica, e que tem mostrado um papel fundamental no processo de sociabilização das pessoas com transtornos mentais que dele necessitam.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA. Oficinas em Saúde Mental: Relato de Experiências em Quixadá e Sobral. Em: COSTA, C.M., FIGUEIREDO, A.C. **Oficinas terapêuticas em saúde mental**. Sujeito, produção e cidadania. Coleções Ipub. Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96**. Decreto Nº 93.9333 de janeiro de 1987. Critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética, vol. 4, nº 2, 1996.

ESPERIDIÃO, E. Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica.

Revista Eletrônica de Enfermagem, vol. 03, nº 01, 2001.

GIL, A.C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 3ª ed., Editora Atlas, São Paulo, 1991.

JÚNIOR, N.D. **Relatório da Oficina de Planejamento do Serviço Residencial Terapêutico**. Sobral, 2000.

MORASKI, T.R; HILDEBRANDT, L.M. As percepções de doença mental na ótica de familiares de pessoas psicóticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, vol. 07, nº 02, 2005.

PEREIRA, A.A., ANDRADE, O.M. Rede Integral de Atenção à Saúde Mental de Sobral- CE. In: LANCETTI, A. **Saúde e Loucura: saúde mental e saúde da família**, 2ª ed., nº 07, Editora Hucitec, São Paulo, 2001.



REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: UM ENFOQUE DESSA PRÁTICA NA REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL DE SOBRAL-CE

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION: A FOCUS ON THIS PRACTICE IN THE INTEGRAL MENTAL HEALTH CARE NETWORK IN SOBRAL, CE – BRAZIL

Roberta Araújo Rocha Sá ¹
Eliany Nazaré de Oliveira ²

RESUMO

Este estudo buscou compreender como a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral-CE (RAISM) tem fomentado a reabilitação psicossocial. Realizou-se um estudo de caso com abordagem qualitativa. O cenário de investigação foi a RAISM e os atores sociais, seus trabalhadores. O instrumento de coleta foi uma entrevista semi-estruturada. O estudo aconteceu no período de março a agosto de 2006. Os resultados definiram quatro categorias analíticas: compreensão dos profissionais da RAISM sobre reabilitação psicossocial; atividade de inserção social e desenvolvimento da cidadania da pessoa com transtorno mental; um processo de trabalhar as debilidades e desenvolver as potencialidades da pessoa com transtorno mental. Dentre as dificuldades explicitadas estão o preconceito e o mito da pessoa portadora de transtorno mental como alguém perigoso, a falta de financiamento e profissionais com formação incipiente. Neste contexto, podemos concluir que a reabilitação na RAISM é uma construção permanente, balizada nos princípios da reforma psiquiátrica e pautada na cidadania da pessoa portadora de transtorno mental.

Palavras-Chave: Reabilitação Psicossocial; Inclusão Social; Cidadania.

ABSTRACT

This study aims to understand how the Integral Mental Health Care Network in Sobral-CE (RAISM) has been promoting psychosocial rehabilitation. We carried out a case study with a qualitative approach. The investigation scenario was the RAISM and the social players were its employees. Data were collected from March to August 2006 through a semi-structured interview. The results defined four analytical categories: comprehension of professionals from RAISM on psychosocial rehabilitation; social insertion activity and citizenship development for people with mental disorders; a process of working with the disabilities and developing the potential of the person with a mental disorder. Amongst the explicit difficulties are the preconception and myth of the person suffering from mental disorder as a dangerous person, the lack of financing and professionals with training. In this context, we can conclude that rehabilitation in RAISM is a permanent construction marked out in the principles of psychiatric reform, guided by citizenship of the person suffering from mental disorder.

Keywords: Psychosocial Rehabilitation; Social Inclusion; Citizenship.

1 - Assistente Social. Especialista em Saúde Mental pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Coordenadora da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral-CE.

2 - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

1. INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica brasileira inicia-se na segunda metade da década de 1970, não visando apenas melhorar ou humanizar os asilos, mas romper com esse modelo, redirecionando a assistência à pessoa com transtorno mental. O modelo manicomial no Brasil ainda não foi superado, mas a criação de dispositivos substitutivos extra-hospitalares tem aumentado consideravelmente e apresentado experiências exitosas e consistentes (BRASIL, 2006).

Em Sobral - CE, a reforma psiquiátrica, iniciou-se em 1998 com a implantação de um CAPS seminal, na época denominado Centro de Especialidades Médicas - CEM; a equipe era composta por um psiquiatra, um médico, duas enfermeiras, um assistente social e uma psicóloga. Contudo, ainda não assegurava a inversão do modelo hospitalocêntrico, pois o município contava com a Casa de Repouso Guararapes, a qual mantinha práticas manicomiais, asilares e era responsável por um grande número de internações, demonstrando que o atendimento psicossocial ainda não havia alcançado muita repercussão.

Ampliou-se a interface da Estratégia de Saúde da Família-ESF com a RAISM, principalmente em decorrência da atividade de preceptoria em saúde mental ou supervisão matricial.

De acordo com Pereira e Andrade (2001), o grande avanço da reforma psiquiátrica aconteceu em julho de 2000, após o descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes, em virtude da morte de um paciente internado em outubro de 1999. Durante o processo de descredenciamento constatou-se nessa instituição a ausência de projetos terapêuticos, além de péssimas condições sanitárias e de hospitalidade, além de dívidas fiscais, trabalhistas e comerciais. Após 120 dias de intervenção, a Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral, descredenciou a Casa de Repouso Guararapes do SUS no dia 10 de julho de 2000, culminando com seu fechamento, o que representou o marco da Reforma Psiquiátrica de Sobral - CE. A

partir de então foi instituída a Rede de Assistência Integral à Saúde Mental do município de Sobral - RAISM.

A RAISM caracteriza-se por uma política de saúde mental humanizada, comunitária, baseada nos princípios da universalidade, integralidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; apresenta diversidade terapêutica em seus diferentes níveis de complexidade, favorece a participação social, inclusive para implantação e avaliação das políticas.

Essa rede de saúde mental é composta pelo Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Ambulatório de Psiquiatria no Centro de Especialidades Médicas (CEM) e Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral (UIPHG). Todos esses serviços estão articulados com a Estratégia de Saúde da Família, Núcleos de Atenção Integral à Saúde, Saúde Mental Comunitária e Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental, na perspectiva de ampliar o acesso das pessoas com transtorno mental a outras políticas públicas de inclusão social, evitando assim a cronificação, a exclusão social e a estigmatização.

A RAISM é considerada a base estruturante da política de saúde mental e da reforma psiquiátrica municipal, além de prestar assistência às cidades da macro e microrregião de Sobral-CE, as quais se utilizam do ambulatório de psiquiatria-CEM e da UIPHG.

Ampliou-se a interface da Estratégia de Saúde da Família-ESF com a RAISM, principalmente em decorrência da atividade de preceptoria em saúde mental ou supervisão matricial. A reforma psiquiátrica tem sido um grande desafio, pois superar o modelo manicomial exige uma transição cultural e equipamentos substitutivos que atuem em consonância com a desinstitucionalização, a clínica e a habilitação, atitudes que permeiam entre si, por conseguinte não podendo ser vistas de modo dissociado.

Portanto, tem sido uma preocupação dos trabalhadores em saúde mental repensar suas práticas, compreender se as mesmas têm propiciado a inclusão social da pessoa com transtorno mental e, particularmente, a reabilitação psicossocial.

Entendemos reabilitação psicossocial como uma atitude que possibilita o exercício da cidadania, assegura o poder contratual da pessoa com transtorno mental, habilita não somente o indivíduo ao meio, mas o meio ao indivíduo, instigando a sociedade à capacidade de aceitar o diferente, possibilita a valorização das potencialidades dos portadores de transtorno mental e trabalha as suas limitações; essas ações precisam ser articuladas entre cliente, serviços de saúde, família, comunidade, sociedade civil e Estado.

Visamos compreender como os serviços de saúde mental

de Sobral-CE têm incorporado na prática a reabilitação psicossocial, estratégia importante para a inclusão social e comunitária da pessoa com transtorno mental; trata-se de um processo complexo que deve ultrapassar os serviços e inundar a cidade, a cultura e a sociedade.

Saraceno (2001) conceitua:

Reabilitação Psicossocial é uma prática em busca de teoria. Contudo estão sendo construídas paulatinamente definições para esse trabalho e nessas conceituações eixos comuns são encontrados tais como: cidadania, contratualidade, redes sociais, dentre outros elementos imprescindíveis a produção de autonomia dos portadores de transtornos mentais.

A International Association of Psychosocial Rehabilitation Services - IARSPS, define reabilitação psicossocial como: (...) um conjunto de serviços dirigidos a pessoas com doenças mentais e déficits funcionais graves. O objetivo da reabilitação psicossocial é capacitar os indivíduos a compensar ou eliminar os déficits funcionais, e restaurar nelas a capacidade de viver de maneira independente.

A reabilitação psicossocial neutraliza os sintomas negativos da doença, como a dificuldade de cumprir tarefas, de se concentrar e de ser assertivo. Atinge esta meta ensinando habilidades e técnicas para lidar com as situações, e ajudando o indivíduo a desenvolver um ambiente que lhe dê apoio e a readquirir a sensação de dominar sua própria vida. Aqueles que promovem a reabilitação psicossocial partem dos pontos fortes de cada indivíduo, enfatizando a sensação de bem-estar e incluindo as famílias e a comunidade no processo de recuperação (IAPSRs, 1995).

Aspiramos com esse estudo apresentar como a RAISM tem utilizado seus equipamentos substitutivos ao modelo manicomial, como dispositivos de reabilitação psicossocial e contribuirmos para o labor dos trabalhadores de saúde mental da RAISM.

Pretendemos que o conhecimento produzido neste trabalho possa aprimorar a atenção à pessoa com transtorno mental e favorecer atitudes que visem à cidadania e inclusão social desses usuários, ainda

tão penalizados pelo estigma e exclusão social, pois estes têm sido um dos maiores entraves à reforma psiquiátrica. Esse trabalho objetivou compreender o processo de (re) habilitação psicossocial a partir da experiência da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral – CE.

2. METODOLOGIA

Realizamos um estudo de caso com uma abordagem qualitativa visto que essa metodologia permite que o objeto de estudo seja apreendido a partir da realidade, considerando o contexto histórico, utilizando como subsídio os referenciais teóricos, extrapolando dessa maneira os limites da descrição.

De acordo com Gil (1996), essa metodologia é adequada à pesquisa social, pois permite uma investigação do fenômeno social, requerendo que as informações sejam interpretadas a partir de categorias analíticas, culminando na apreensão de idéias e críticas que possam contribuir com o objeto de estudo.

O cenário da investigação foi o município de Sobral, localizado na zona do sertão centro-norte do Ceará, Brasil, distante 224 km da capital Fortaleza. É constituído por onze distritos, com uma área territorial de 2.129 Km², equivalente a 1,45% do território estadual. Conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Sobral em 2005 teria uma população de 172.865 habitantes. Da população total do município, 86% residem na zona urbana e 14% na rural.

A reforma psiquiátrica tem sido um grande desafio, pois superar o modelo manicomial exige uma transição cultural ...

A pesquisa foi realizada nos serviços que compõem a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral – RAISM, a saber: CAPS Geral Damião Ximenes Lopes, CAPS AD Maria do Socorro Victor, Serviço Residencial Terapêutico (SRT) Lar Renascer, Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral–UIPHG Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade e Centro de Especialidades Médicas (CEM).

Os sujeitos do estudo foram os trabalhadores da RAISM. Abordamos dez profissionais, sendo dois de cada dispositivo. Como critério de inclusão optamos por um profissional de nível médio/fundamental e outro de nível

superior que tivesse mais de seis meses de vinculação a RAISM e realizasse atendimento aos usuários. Ainda, priorizamos inserir na pesquisa um representante de cada especificidade, visando assim diversificar o grupo e, por conseguinte, obter uma maior compreensão sobre reabilitação psicossocial.

Os instrumentos de coleta de informações foram os arquivos municipais relacionados à saúde, os quais deram suporte para a fundamentação do estudo no que se refere à reforma psiquiátrica. Os dados foram coletados no período de março a agosto de 2006.

A entrevista semi-estruturada na abordagem aos trabalhadores da RAISM possibilitou um enfoque dialético à pesquisa, favorecendo o resgate do processo histórico, permitindo uma melhor compreensão da realidade social. Utilizamos para análise dos resultados a categorização das falas dos sujeitos da pesquisa, transformando-as em categorias analíticas.

Esta pesquisa seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, previstas na Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A pesquisa foi composta por dez atores sociais, sendo cinco de nível superior, quatro com ensino médio e um com ensino fundamental incompleto. Quanto ao gênero, cinco eram do sexo masculino e cinco do sexo feminino, sendo adulto jovem a faixa etária prevalente.

No que concerne ao tempo de serviço na RAISM, seis estavam nos dispositivos há cinco anos, dois há três anos e dois com período superior a seis meses. Em relação às categorias contempladas estas foram: assistente social, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, cuidador, médico, psicólogo, terapeuta ocupacional e oficinheiro.

A discussão do processo de reabilitação psicossocial na RAISM foi realizada a partir do referencial teórico e da entrevista semi-estrutura aplicada aos trabalhadores da RAISM.

A apresentação dos resultados se deu a partir de três temáticas que tratam de reabilitação psicossocial na RAISM, considerando os seguintes eixos: a compreensão dos profissionais, as estratégias e as dificuldades para implementar reabilitação psicossocial na RAISM.

Essas temáticas emergiram do referencial teórico utilizado na revisão de literatura, a qual subsidiou uma maior compreensão sobre o objeto de estudo.

3.1. A Compreensão dos Profissionais da RAISM sobre Reabilitação Psicossocial

As duas categorias emergentes nesta temática – atividade de inserção social e desenvolvimento da cidadania da pessoa com transtorno mental – não se excluem, se complementam, tratam de aspectos diferentes, mas inerentes e necessários para a compreensão da reabilitação psicossocial e vislumbram elementos significativos, como: inserção social, cidadania, potencializar habilidades e minimizar desabilidades da pessoa com transtorno mental.

Percebe-se que, de acordo com a fala dos sujeitos da pesquisa, pode-se trabalhar a partir de dois elementos-chave: o desenvolvimento da cidadania e a promoção da inserção social.

Kinoshita (2001) menciona a reinserção social como um problema de produção de valor e aponta três importantes dimensões nas relações de troca que incluem bens, mensagens e afetos. Discute como no cotidiano essas dimensões são invalidadas e postas em xeque, o que a nosso ver ainda são resquícios da corriqueira categorização da pessoa com transtorno mental, sendo considerada ao longo do tempo como sub-cidadão, pois a cidadania ficou atrelada à condição da razão, fruto do cartesianismo e da Revolução Francesa e dessa forma vem se anulando a contratualidade dessas pessoas.

...pode-se trabalhar a partir de dois elementos-chave: o desenvolvimento da cidadania e a promoção da inserção social.

Desta forma, fica evidente a necessidade de rompermos com o *status quo* de sub-cidadãos e restituir-lhes ou desenvolver seu poder de contratualidade, nos diversos âmbitos, serviços de saúde, família, comunidade e no trabalho e nos contextos onde o indivíduo se inserir. Não estamos considerando valor de troca restrito a bens de consumo, mas as diversas multifacetadas da inserção social, o que o entrevistado, sob o pseudônimo de E7, define de forma sucinta mas assertiva como: "(...) inserção do sujeito à vida social como um todo".

Essa compreensão é compartilhada pela International Association of Psychosocial Rehabilitation Services (1985 *apud* PITTA, 2000), que conceitua reabilitação psicossocial como: "o processo de facilitar ao indivíduo com limitações

a restauração no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade; o processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo”.

Quando propomos potencializar as habilidades e minimizar as desabilidades, iniciamos uma mudança de paradigma, um outro olhar que se volta não mais para a doença, a negatividade, mas centrado numa perspectiva da produção social da saúde.

3.2. As Estratégias de Reabilitação Psicossocial na RAISM

Nesta temática manifestaram-se as seguintes categorias: acompanhamento terapêutico, tratamento medicamentoso, treino para o autocuidado, profissionalização, programas de ensino e lazer, intersectorialidade, parcerias, empoderamento da pessoa com transtorno mental, os meios de comunicação e serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Quando propomos potencializar as habilidades e minimizar as desabilidades, iniciamos uma mudança de paradigma...

Intersetorialidade, parcerias e empoderamento da pessoa com transtorno mental constituem uma categoria importante como estratégia de reabilitação psicossocial, pois apreende a importância de ultrapassar os muros das instituições, buscando aliados e assim desvencilhando o preconceito e o estigma, instigando a autonomia e a contratualidade da pessoa com transtorno mental.

Valladares *et al.*, (2003) traz à tona o termo *empowerment*, traduzido em português como empoderamento e definido como: “(...) valorização do poder contratual dos pacientes nas instituições e do seu poder relacional nos contatos interpessoais na sociedade”.

Na RAISM, uma estratégia relevante de empoderamento das pessoas com transtornos mentais e familiares, tem sido a instituição de assembléias, das quais participam clientes, familiares e trabalhadores da saúde mental. Ocorrem mensalmente nos serviços

e nesse espaço são discutidos a atenção na saúde mental, os processos de trabalho e resultados da assistência. Trata-se de um espaço para planejamento das ações, apresentação de seminários e mobilização social.

Os meios de comunicação são apresentados como estratégia de reabilitação psicossocial em saúde mental. Essa visão é compartilhada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), que apresenta: “Os diversos meios de comunicação de massas podem ser usados para fomentar atitudes e comportamentos mais positivos da comunidade para com pessoas com transtornos mentais”.

Os meios de comunicação podem ser efetivamente propiciadores de mudança de paradigma, daí a necessidade de unir-se aos formadores de opinião para abraçar essa causa nobre. Porém, essa não pode ser uma estratégia pontual, deve ser sistemática para conseguir integrar-se à cultura e dispor de mecanismos inteligentes para despertar o interesse, agregar ludicidade e criatividade.

3.3. As Dificuldades para Implementar a Reabilitação Psicossocial na RAISM

Com relação às dificuldades para implementar a reabilitação psicossocial na RAISM eclodiram as seguintes categorias: o preconceito em relação à pessoa portadora de transtorno mental, o mito da pessoa com transtorno mental como alguém perigoso, a falta de financiamento e a inserção de profissionais na RAISM com formação incipiente.

O preconceito impõe à pessoa com transtorno mental a segregação e muitas vezes a perda de vínculos. Essa dificuldade é apresentada e indagada por Almeida (2004) “como garantir a manutenção ou a recuperação dos lugares na família, na escola, no trabalho, subtraídos pelos preconceitos envolvidos na experiência do adoecer?”.

O estigma encontra-se muito atrelado ao status de periculosidade atribuída à pessoa com transtorno mental. Essa questão é problematizada de forma rica por Barros (2002) quando propõe “uma cisão na equação louco = perigoso; ao revelarem-se dimensões mais complexas, percebe-se que o louco pode ser e pode não ser perigoso e que esse aprisionamento termina por justificar (...) a exclusão, (...) a punição ao adoecimento”.

Uma das interfaces mais prejudicadas em decorrência do preconceito são as relações de trabalho. “É necessário mudar a lógica: a incapacidade e a periculosidade são produções sociais e humanas; não são exclusivas de um determinado grupo (...). Os obstáculos para mudar os modos de pensar são os manicômios mentais” (FAGUNDES, 1992).

Ainda sobre as dificuldades foi enfocada a falta de financiamento. Esse é um dado pertinente, pois, para assegurar os serviços de saúde mental no município de Sobral-CE, este

tem que subsidiar aproximadamente setenta por cento dos custos, sendo o restante contrapartida do governo federal. A falta de financiamento não é um problema local, faz parte da ausência de um estado de bem-estar social, sendo reflexo da política neoliberal que investe pouco em políticas públicas, mantém uma máquina estatal inoperante e cara, causando uma incipiência de investimentos, principalmente se comparada às cargas tributárias.

Em Sobral-CE há uma sensibilidade política em relação à saúde mental, assegurando um investimento relevante que mantém uma gama de serviços. Entretanto, não há uma sistematicidade para custear insumos para as oficinas de habilitação social, comprometendo a qualidade e a quantidade da oferta. Grande parte dos recursos municipais e federais da saúde é absorvida pela folha de pessoal e seus impostos.

A inserção de profissionais na RAISM com formação incipiente foi outra problemática apontada. Sabemos que

O preconceito impõe à pessoa com transtorno mental a segregação e muitas vezes a perda de vínculos...

as universidades em grande parte ainda não realizaram suas reformulações curriculares em consonância com a reforma sanitária e nem tampouco com a reforma psiquiátrica. Na perspectiva de minimizar essa problemática, os serviços têm-se utilizado da educação permanente e convênios com Ministério da Saúde, com a realização de cursos e especializações na área, na perspectiva de melhorar a formação dos profissionais. Além disso, outro momento de aprendizado tem sido as reuniões de equipe, supervisões clínicas e institucionais.

4. CONCLUSÕES

Em Sobral-CE, a reforma psiquiátrica tem se consolidado com o fechamento do hospital psiquiátrico e a criação dos serviços substitutivos (Centro de Atenção Psicossocial II – CAPS, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS-AD, Serviço Residencial Terapêutico – SRT, Ambulatório de Psiquiatria no Centro de Especialidades Médicas – CEM e Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral - UIPHG), bem como pela articulação com a estratégia de saúde da família

É unânime nos resultados a inquietação de que ainda há um longo caminho a trilhar..

e através de parcerias com a sociedade civil, entidades governamentais e não-governamentais, objetivando o rompimento da estigmatização, do preconceito e favorecendo a produção de relações sociais, inclusão social e, principalmente, uma melhoria na qualidade de vida dos usuários e de seus familiares.

Apreende-se que se torna fundamental a elaboração e desenvolvimento de ações voltadas para a transição cultural da população, visto que o preconceito acarreta diversos malefícios, prejudicando sobremaneira a habilitação profissional. Ainda neste trabalho conseguiu-se desnudar o universo da reabilitação psicossocial, através de seus pressupostos, estratégias, dificuldades e desafios.

Percebe-se que os serviços que compõem a RAISM têm se incumbido da reabilitação psicossocial, seus trabalhadores desfrutam da compreensão sobre esse processo, possuem como eixo a inserção social, a cidadania, a valorização das potencialidades e a diminuição das desabilidades das pessoas com transtorno mental.

Apresentam-se amplas estratégias micro e macrosociais para reabilitação psicossocial, a saber: acompanhamento terapêutico, tratamento medicamentoso, treino para o auto-cuidado, profissionalização, programas de ensino e lazer, intersetorialidade, parcerias, empoderamento da pessoa com transtorno mental, os meios de comunicação e serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Dentre as dificuldades relevantes para implementar a reabilitação psicossocial na RAISM pode se elencar: o preconceito em relação à pessoa com transtorno mental, o mito da pessoa portadora de transtorno mental como alguém perigoso, a falta de financiamento e a inserção de profissionais com formação incipiente.

As ações identificadas são consoantes com os princípios da reforma psiquiátrica. É unânime nos resultados a inquietação de que ainda há um longo caminho a trilhar, que as estratégias precisam ser ampliadas, visto que por vezes as ações perdem a sistematicidade ou têm pouca amplitude em relação ao número de participantes.

Não há projetos massificados ou alienantes. As ações estão pautadas na contratualidade, no respeito às idiosincrasias e no contexto cultural desses indivíduos. Corroboração para que não tenhamos expressivos resultados em números, mas em qualidade. É possível identificarmos

a mudança na qualidade de vida, de usuários e familiares, bem como a construção da cidadania e mudanças culturais.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A.M.G. Oficinas em saúde mental: um relato de experiências em Quixadá e Sobral. In: **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 117- 133; 2004.

BARROS, D.D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como construção do saber. In: AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 171-195; 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto Nº 93.9333 de janeiro de 1987. Estabelece critério sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v.4, nº. 2, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**: Ano I, nº 1, maio de 2006. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Coordenação Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FAGUNDES, S. **Saúde mental coletiva**: a construção no Rio Grande do Sul. In: BEZERRA, B. & AMARANTE, P. Rio de Janeiro: Relumê- Dumará, 57-68; 1992.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1996.

KINOSHITA, Tykanori, R.T. Em: Pitta, A.M.F. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 55-59; 2001.

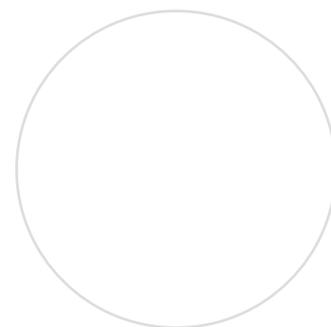
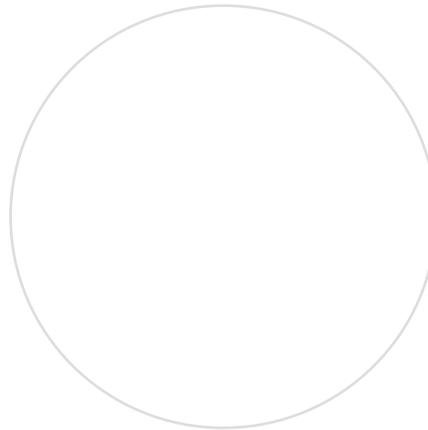
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. Suíça: World Health Organization, 2001.

PEREIRA, A. A.; ANDRADE, L. O. M. Rede Integral de Atenção à Saúde Mental de Sobral-CE. In: LANCETTI, A. **Saúde e Loucura**: saúde mental e saúde da família. 2ª ed., nº 7. São Paulo: Hucitec, 167-197, 2001.

PITTA, A.M.F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A.M. F. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

VALLADARES, A. C. A., LAPPANN-BOTTI, N. C., MELLO, R.; et al. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Nº. 1, 2003. Disponível em [http://www.fen.ufg.br/revista/revista51 /index.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista51/index.html). Acesso em 18.03.06.



PERCEPÇÃO DE LIBERDADE NO LAZER DOS CLIENTES DO CAPS-SOBRAL COM TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DE HUMOR

THE PERCEPTION OF FREEDOM IN LEISURE OF CLIENTS FROM THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER (SOBRAL, CE – BRAZIL) WITH ANXIETY AND MOOD DISORDERS

Roselane da Conceição Lomeo ¹

Israel Rocha Brandão ²

Kátia Euclides Lima Borges ³

RESUMO

O Transtorno Mental pode provocar prejuízos, como, a consciência limitada de si, a auto-expressão restrita e o senso de autodomínio reduzido. Este estudo propôs verificar a percepção de liberdade no lazer dos Clientes atendidos do Centro de Atenção Psicossocial de Sobral-CE, portadores de transtornos de ansiedade e de humor. Foi utilizada dinâmica de grupo, a Escala de Percepção de Liberdade no Lazer e o Questionário de Dados Sócio-Demográfico e de Lazer. Os dados foram coletados nos meses de maio e junho de 2006. Através dos resultados obtidos com a dinâmica e aplicação dos instrumentos, pode-se verificar que os sujeitos estudados demonstram percepção restrita do lazer e pouco envolvimento social em decorrência de alguns fatores. Conclui-se que esta restrição pode ser devido aos níveis de influência dos transtornos mentais apresentados pelos sujeitos, e que este estudo contribui para reflexão do lazer na vida de pessoas com transtorno de ansiedade e humor.

Palavras-chave: Transtorno Mental, Atividade Física, Lazer.

ABSTRACT

Mental disorders may cause damage in person's life cycle such as a limited awareness of self, restricted self-expression and the sense of reduced self-control. This study proposes to verify the perception of freedom in leisure of patients from the Psychosocial Care Center in Sobral, Ceará - Brazil suffering from anxiety and mood disorders. It was used group dynamics, the Perception Scale of Freedom in Leisure and the Social-Demographic and Leisure Data Questionnaire. Data were collected in May and June 2006. From the results obtained with the dynamics and instruments it was seen that the subjects studied demonstrate a restricted perception of leisure and little social involvement as a result of some factors. It is concluded that this restriction can be due to levels of influence from mental disorders presented by the subjects, and that this study had to contribute to contemplating leisure in their lives.

Keywords: Mental Disorder, Physical Activity, Leisure.

1 - Professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Educadora Física da Rede de Saúde Mental de Sobral-CE. Especialista em Treinamento Esportivo pela Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG. Especialista em Saúde Mental pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA.

2 - Professor da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Doutorando em Psicologia Social-PUC/SP.

3 - Doutora em Ciências do Desporto-Universidade do Porto/Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física.

1. INTRODUÇÃO

As diferentes maneiras de pensar e agir entre diferentes culturas pode influenciar a maneira pela qual se manifestam os transtornos mentais, porém, não constituem em si mesmas indicações de distúrbios. Desse modo, variações normais determinadas pela cultura não devem ser rotuladas como transtornos mentais, da mesma forma que crenças sociais, religiosas ou políticas não podem ser tomadas como indicações de distúrbio mental (BORGES, 2004).

Através da Reabilitação Psicossocial que, segundo Pitta (2001), implica numa necessidade ética de solidariedade facilitadora do cotidiano dos sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos decorrente de transtornos mentais, pode-se trabalhar o potencial do indivíduo para ativar suas ações em todos os âmbitos.

O processo de reabilitação psicossocial é bastante abrangente, e uma de suas técnicas de atuação ocorre através das práticas de atividades desenvolvidas por vários profissionais da saúde. A Educação Física, através da prática de atividades físicas e de lazer, tem contribuído de modo significativo para a reabilitação psicossocial do indivíduo com transtorno mental.

Considerando que o lazer pode ser vivido nas diversas práticas de atividades desenvolvidas pela Educação Física e em outras atividades na vida do indivíduo, entende-se ser importante que se saiba como os indivíduos portadores de transtorno de ansiedade e de humor deste estudo têm percebido o lazer em suas vidas.

A palavra lazer origina-se etimologicamente do latim *licere/licet*, com o significado de lícito, ser permitido, poder, ter o direito (WERNECK, 2003). A essência do lazer é caracterizada perante as práticas sociais e culturais na sociedade brasileira como elementos enraizados no lúdico sem um caráter de obrigação, expressando um exercício coletivamente construído nos quais os sujeitos se envolvem por vontade própria. Desta forma, o lazer é problematizado e compreendido no âmbito de diversas áreas, dentre as quais a Educação Física.

O lazer da pessoa com transtorno mental também está relacionado com sua condição psicológica, com suas possibilidades de interação social e de relação com o ambiente, de forma que o próprio indivíduo pode se restringir, fechando-se para novas possibilidades, muitas vezes, pelas características da doença. Desse modo, o sentimento de ser útil pode vivenciar a autonomia e ajudar a recuperar a auto-estima.

Nesse contexto, a atuação da Educação Física na Rede de Saúde Mental de Sobral-CE, de forma interdisciplinar,

teve início no ano de 2005 com atividades sistemáticas completando a equipe de atenção básica à saúde e contribuindo para um melhor desempenho do projeto terapêutico dos usuários.

O processo de reabilitação psicossocial é bastante abrangente, e uma de suas técnicas de atuação ocorre através das práticas de atividades desenvolvidas por vários profissionais da saúde.

Em relação à prática da atividade física, Roeder (2003) menciona que o método de aplicação de exercícios deve ser apropriadamente adaptado para melhor aderência e manutenção das pessoas nos programas, utilizando-se de exercícios de alongamento, relaxamento, caminhadas, jogos psicomotores, atividades de conscientização corporal, percepção espaço-temporal, aeróbicos, execução gradual de carga de treinamento, atividades recreativas em grupo e lazer, relacionando-se com idade, sexo, aptidão física inicial, estado de saúde e também reforçar a manifestação do desejo pela atividade de acordo com as potencialidades e as limitações de cada um.

Para a realização deste estudo foram consideradas as características dos transtornos do humor (ou transtornos afetivos), que se apresentam como alterações psíquicas nas quais ocorre modificação no estado de humor e nível de energia (ânimo, interesse, no jeito de sentir, pensar e comportar-se), bem como os transtornos de ansiedade que se apresentam como estado emocional repetitivo ou persistente através do qual a ansiedade patológica desempenha papel fundamental (medo excessivo de participar de eventos públicos como festas, reuniões, conversar com outras pessoas, etc.).

2. METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa e qualitativa sobre a percepção de liberdade no lazer, dos usuários com transtornos de ansiedade e de humor da Rede de Atenção Integral de Saúde Mental de Sobral-CE.

A amostra se constituiu de 16 pessoas portadoras de transtornos de ansiedade e de humor participantes do grupo de alongamento, relaxamento e psicoterapia

de grupo do CAPS II de Sobral-CE. O diagnóstico psiquiátrico dos usuários foi colhido de prontuários no CAPS II. Os dados foram coletados nos meses de maio e junho de 2006.

Utilizou-se dinâmica de grupo e dois instrumentos, a Escala de Percepção de Liberdade no Lazer-PLL e o Questionário de Dados Sócio-demográficos e de Lazer-QSL.

A escala utilizada é denominada Percepção de Liberdade no Lazer (PLL) – Escala Reduzida – Versão B (Perceived Freedom in Leisure, Short Form – Version B – LDB) (BORGES, 2004).

A versão reduzida do PLL tem abordagem eminentemente subjetiva com relação às atividades recreativas e de lazer. Contém 25 afirmativas, possui 05 âncoras de “(1- Concordo Completamente, 2- Concordo, 3- Não Concordo Nem Discordo, 4- Discordo, 5- Discordo Totalmente)”.

O lazer da pessoa com transtorno mental também está relacionado com sua condição psicológica, com suas possibilidades de interação social e de relação com o ambiente...

O QSL aborda o perfil sócio-demográfico, participação em atividades de lazer, trabalhos manuais, atividade social, esporte, atividade física, jogos de salão, e finalidade da ida ao CAPS II, a função, o desejo e a importância da prática da atividade física, bem como informações sobre história de internação em hospital ou clínica psiquiátrica.

Inicialmente foi aplicada a dinâmica de grupo para verificar o entendimento do grupo estudado sobre o lazer e como momento de reflexão sobre o lazer na vida dos mesmos.

O QSL foi aplicado antes do PLL estrategicamente, partindo dos dados objetivos para os subjetivos e do específico para o geral. Esse procedimento ofereceu subsídios ao aprofundamento das questões relacionadas com a área específica do lazer, relacionamento social e nos demais domínios da vida que são abordados no QLS. Auxiliou também para que os indivíduos refletissem sobre várias

atividades cotidianas que lhe ofereciam prazer e como esta situação se encontra hoje.

A análise estatística descritiva dos dados foi realizada através de tabelas, gráficos e medidas. Para as variáveis contínuas, como a idade e conceito de concordância do PLL, foi calculado a média. Para as variáveis categóricas, utilizadas no PLL, foram calculadas as frequências.

Ainda, dentro da análise descritiva, foram realizados cruzamentos tanto entre variáveis do mesmo instrumento quanto entre variáveis de instrumentos diferentes. Para tais cruzamentos foram estabelecidas tabelas.

É importante destacar que antes do início da entrevista, o indivíduo foi, adequadamente, informado sobre o objeto e os objetivos da pesquisa, bem como do destino dos dados. Uma vez aceita, voluntariamente, a privacidade do participante foi respeitada. A atitude privilegiada de sigilo foi mantida para a aplicação dos instrumentos.

No primeiro momento da entrevista foram fornecidas informações tais como o nome das instituições envolvidas na pesquisa, enfatizando que as possíveis dúvidas referentes à coleta de dados poderiam ser esclarecidas a qualquer momento da entrevista. O Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado quando o entrevistado se sentia o suficientemente esclarecido em relação aos riscos e benefícios envolvidos naquele procedimento, conforme recomendações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1. Dados Sócio-demográficos e de Lazer – QSL

Constatou-se que a idade média dos entrevistados era de 43,31anos, (25,0 % de homens e 75,0% de mulheres), 43,75 % eram casados, 37,5% solteiros e 18,75% viúvos.

Destaca-se que 93,75% dos entrevistados declararam viver com familiares (Figura 1)

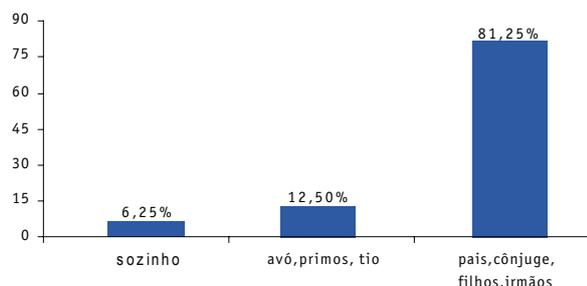


FIGURA 1 – Distribuição dos entrevistados pela condição de moradia, Sobral-CE.

A atividade física de alongamento e relaxamento do CAPS II é praticada por 100% dos entrevistados.

A religião católica foi predominante (68,75%), seguida da evangélica (18,75%). Notou-se que 50% dos indivíduos disseram possuir ensino médio não concluído. Entre os 16 indivíduos, 37,5% possuíam renda própria, sendo que para 25% destes, ela provinha de aposentadoria, pensão ou benefícios; apenas dois declararam-se profissionais autônomos.

Dentre os indivíduos pesquisados, 25 % se submeteram ao internamento em hospital ou clínica psiquiátrica. A finalidade de participação nas atividades no CAPS II demonstrou que 43,75% dos indivíduos consideram como momento de terapia e lazer, e para 56,25% como terapia na perspectiva de melhora do quadro motivando a participação no programa.

A investigação dos diagnósticos nos prontuários (CID-10) mostrou que 50% da amostra apresentavam diagnóstico de transtornos de ansiedade e 50% de transtornos de humor. Em relação à distribuição por atividades de Lazer, a Categoria Trabalhos Manuais apontou que apenas 25,0% dos indivíduos realizavam algum tipo de trabalho manual (artesanato, curso de manicure, e plantação/agricultura e cuidados c/ criação), sendo que a frequência é, diária, esporádico, uma vez na semana, respectivamente.

Na categoria Atividade Social verifica-se que 50,0% dos indivíduos declararam participar de algum tipo de atividade social com frequência variada (Tabela 1).

A prática religiosa tem sido a atividade de maior socialização e de lazer da maioria dos entrevistados.

TABELA 1 – Distribuição dos entrevistados pela categoria Atividade Social, Sobral-CE.

Atividade social	Tipo de atividade social	Com quem participa	Frequência	N	%
	Festa	Família	Esporádico	4	25,00
	Passeio	Família	Esporádico	2	12,50
	Grupo de oração	Outras pessoas	1 vez/semana	3	18,75
Sim	Missa	Amigos e família	1vez/semana	2	12,50
	Cursos	Outras pessoas	Esporádico	1	6,25
	Caminhada	Amigos	5 vezes/sem.	1	6,25
	Encontro	Amigos	1 vez/mês	2	12,50
Não				8	50,00

Na categoria Esporte, Jogos de Salão e Atividade Física, verifica-se que nenhum dos entrevistados pratica alguma modalidade esportiva e nem jogos de salão. A atividade física de alongamento e relaxamento do CAPS II é praticada por 100% dos entrevistados.

Em relação à finalidade da prática da atividade física, 54,2% relataram percebê-la como exercício para melhorar a saúde e 27,1% como lazer. Dentre os 25% dos entrevistados que relataram praticar caminhada, um deles a faz como meio de deslocamento para ida ao CAPS (Figura 2).

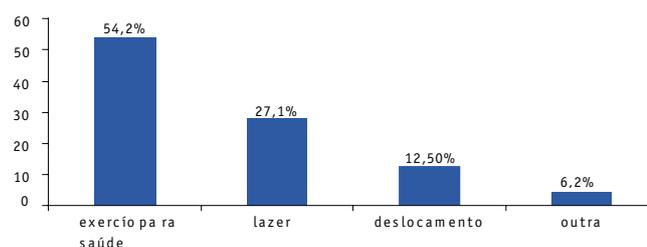


FIGURA 2 – Distribuição dos entrevistados pela finalidade da prática da atividade física, Sobral-CE.

Através da dinâmica de grupo, obteve-se que os investigados consideram como atividades de lazer, sair para banhos, sair com amigos, viajar, estar com a família, trabalhar, estudar, fazer exercício físico, participar do grupo de oração, ir ao salão de beleza, fazer atividades domésticas, ouvir música, ficar em casa, trabalhar no roçado, dormir e conversar com vizinhos e ir para o CAPS para participar da atividade do grupo de alongamento e relaxamento. É importante ressaltar que esta última atividade é considerada também como meio de se obter saúde.

Porém, quando se indagou sobre o que tinham feito de lazer, os mesmos relatam não estarem realizando atividades de lazer. Deve-se considerar que os transtornos mentais que acometem este grupo limitam-lhe a promoção do lazer, afastam-lhe do trabalho e da interação social.

A prática religiosa tem sido a atividade de maior socialização e de lazer da maioria dos entrevistados. Sobre os trabalhos manuais/artes, verificou-se que são realizados em caráter de obtenção de renda.

Os dados sócio-demográficos e de lazer coletados neste estudo revelaram que existem poucas oportunidades para os entrevistados participarem de atividades sociais e de lazer que gostariam, apresentando a situação econômica e o próprio transtorno como prováveis responsáveis por esta situação.

O fator econômico interfere diretamente na condição de moradia, uma vez que 93,75% dos entrevistados ainda moram com a família, incluindo os casados e solteiros.

3.2. Dados da Escala de Percepção de Liberdade no Lazer - PLL

Os resultados demonstram que as âncoras “Concordo Completamente (CC) e a Concordo (C)” obtiveram concordância em todas as afirmativas.

As afirmativas que alcançaram 50% ou mais de respostas dos entrevistados para a âncora “Concordo (C)” foram: (1) Minhas atividades de lazer ajudam-me a me sentir importante; (3) Sou capaz de fazer coisas para melhorar as habilidades das pessoas com quem faço atividades de lazer; (6) É fácil para eu escolher uma atividade de lazer para participar; (8) Minhas atividades de lazer possibilitam-me conhecer outras pessoas; (19) Participo de atividades de lazer que me ajudam a fazer novos amigos; (20) Consigo trazer coisas boas para as atividades de lazer que faço; (22) Consigo fazer coisas que levam outras pessoas a gostarem de fazer atividades comigo; (24) Algumas vezes, sinto-me entusiasmado quando estou participando de atividades de lazer; (25) Sempre me divirto quando eu faço atividades de lazer.

...os participantes deste estudo conseguem perceber, reconhecer e identificar suas habilidades para participação em algumas atividades de lazer, apesar de sua prática ser restrita.

A verificação da média das 05 âncoras de respostas indicou “Concordo” como a âncora de maior frequência, correspondendo a 43,18% delas.

O cálculo da média do PLL indicou o valor 2,24. (sendo a soma das médias encontradas nos conceitos de concordância divididos pelo número de afirmativas).

Para análise dos resultados, as 25 afirmativas do PLL foram divididas em três categorias, e calculada a média de cada uma, sendo: Categoria Reconhecimento de Habilidades, 2,35; Categoria Interação com Outras Pessoas, 2,19 e Categoria Autoconfiança, 2,17.

Verificou-se positividade nas respostas do instrumento PLL pelo fato das frequências das afirmativas tenderem para a âncora “Concordo”, mantendo com grande destaque para as afirmativas:

“Minhas atividades de lazer ajudam-me a sentir importante”;

“Sou capaz de fazer coisas para melhorar as habilidades das pessoas com quem faço atividades de lazer”;

“Minhas atividades de lazer possibilitam-me conhecer outras pessoas”;

“Quando quero, consigo fazer uma atividade de lazer ser tão agradável quanto imaginei”;

“Consigo fazer coisas durante uma atividade de lazer, que possibilitam a maior diversão para todos”;

“Sou bom nas atividades de lazer em grupo”;

“Consigo fazer coisas que levam outras pessoas a gostarem de fazer atividades comigo”;

“Algumas vezes, sinto-me entusiasmado quando estou participando de atividades de lazer”;

“Sempre me divirto quando eu faço atividades de lazer”.

A categoria Interação com Outras Pessoas demonstrou positividade em possibilidade de conhecer outras pessoas através da prática de atividades de lazer, fazer amigos e fazer coisas que levam outras pessoas a gostarem de fazer atividades com eles. Porém, esta interação não tem sido praticada pelos entrevistados, conclusão que se chega através dos resultados do QSL e Dinâmica de Grupo, quando eles relatam participar de alguma atividade, na maioria das vezes, apenas com seus familiares.

A categoria Reconhecimento de Habilidades demonstrou que os participantes deste estudo conseguem perceber, reconhecer e identificar suas habilidades para participação em algumas atividades de lazer, apesar de sua prática ser restrita. Os relatos sobre as atividades de lazer que realizavam anteriores à instalação do transtorno podem explicar este fator.

A categoria Autoconfiança demonstrou pessoas pouco

autoconfiantes com tendência a pouca motivação para a prática da atividade de lazer, sociais e ocupacionais.

4. CONCLUSÕES

Devido aos transtornos de humor e de ansiedade que padecem, os sujeitos deste estudo são restritos de atividades ocupacionais. Isto interfere em sua vivência social, diminuindo a participação deles em atividades que proporcionam interação e lazer fora do convívio familiar. Felizmente, a prática religiosa, as idas ao CAPS para o grupo de alongamento e relaxamento e a valorização da presença familiar contribuem como meio de interação social e de lazer para maioria deles.

É importante fomentar a prática de atividades físicas

Este estudo contribuiu para que os sujeitos da pesquisa compreendessem a importância do lazer em suas vidas e também para que a equipe do CAPS II reconheça a importância do trabalho humanizado que vem desenvolvendo para aprimorar os projetos terapêuticos...

em ambientes fora do CAPS para que este grupo se oportunize a conhecer outras pessoas.

O PLL sugere positividade na percepção de liberdade no lazer, habilidade no ambiente de lazer e sem dificuldade de interação com outras pessoas. Porém, os relatos na dinâmica de grupo não demonstraram positividade para interação com outras pessoas (“desejo de estar só, de não gostar de sair de casa, de encontrar o lazer na própria casa, medo de viajar, medo de trabalhar e medo de sair de casa”).

Pode-se entender a contradição desta fragilidade por conta da subjetividade do instrumento PLL e também, pelo fato da dinâmica de grupo funcionar como momento de reflexão. De acordo com seus respectivos relatos, os informantes tinham boa participação na vida social antes do processo de desencadeamento do transtorno que sofriam. É importante ressaltar que as atividades de lazer são capazes de ampliar quantitativamente o universo de contato pessoal, embora os resultados obtidos na pesquisa

refletirem níveis de influência negativa dos transtornos mentais apresentados pelo grupo estudado.

Em alguns pontos levantados ocorreu similaridade de associação entre satisfação e domínio do lazer com atividades em família; e ainda, entre envolvimento na dinâmica de grupo com a aplicação dos instrumentos. Em outros pontos ocorreu divergência na associação entre interação social com reconhecimento de habilidades no lazer com outras pessoas; e ainda, ocupação do tempo livre com reconhecimento de habilidades no lazer.

Este estudo contribuiu para que os sujeitos da pesquisa compreendessem a importância do lazer em suas vidas e também para que a equipe do CAPS II reconheça a importância do trabalho humanizado que vem desenvolvendo para aprimorar os projetos terapêuticos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

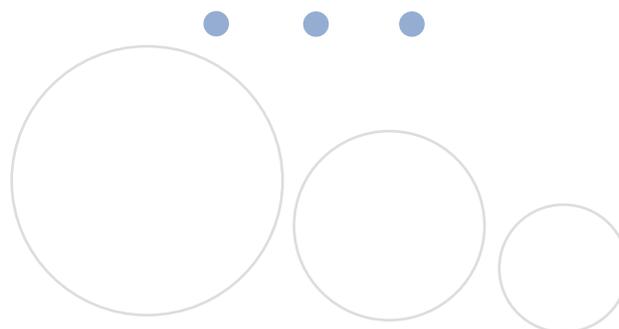
BORGES, K. E. L. **Influência da Atividade Física na Qualidade de Vida dos Sujeitos com Transtornos Mentais. Estudo realizado nos Centros de Convivência do Município de Belo Horizonte.** Tese de Doutorado - Ciências do Desporto. Porto, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto Nº 93.9333 de janeiro de 1987. Estabelece critério sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, nº 2, 1996.

PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** 2ª Edição, Editora Hucitec, São Paulo, 2001.

ROEDER, M.A. **Atividade Física, Qualidade de Vida e Saúde Mental.** Editora Shape, São Paulo, 2003.

WERNECK, C.L.G.; ISAYAMA, H.F. **Lazer, Recreação e Educação Física.** Belo Horizonte, 2003.



ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CLIENTES DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS-AD) DE SOBRAL-CE

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE ANALYSIS OF PATIENTS FROM THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER FOR ALCOHOL AND DRUG MISUSE (CAPS – AD) IN SOBRAL, CE – BRAZIL

Paulo Henrique Dias Quinderé ¹

Luís Fernando Tófoli ²

RESUMO

O município de Sobral (Ceará) possui uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental. O Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) começou suas atividades em 2002 com uma equipe composta por enfermeiro, psiquiatra, médico generalista, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente Social, educador físico e auxiliares de enfermagem. O objetivo deste trabalho foi traçar um perfil da clientela atendida no serviço CAPS-AD de Sobral-CE no período de setembro de 2002 a março de 2006. O perfil do usuário é representado principalmente por homens (88,3%), de 20-39 anos (52,1%), com 1 a 7 anos de estudo (57,1%), sendo que 46,4% estão desempregados, 47,4% co-habitando com os pais e 27,4% foram referidos pelo Hospital Geral. A dependência química mais freqüente é o de alcoolismo (64,3%) e o principal padrão de consumo é o diário (66,5%). O estudo possibilitou conhecer a clientela, podendo-se apontar estratégias para prevenção ao abuso de substâncias psicoativas, bem como na assistência aos dependentes químicos.

Palavras-chave: Perfil epidemiológico; CAPS-AD; Dependência Química.

ABSTRACT

Sobral-CE has an Integral Mental Health Care Network. The Psychosocial Care Center for Alcohol and Drug Misuse (CAPS – AD) have being working since 2002 with a team composed of a nurse, psychiatrist, general physician, psychologist, occupational therapist, social worker, physical education instructor and nursing auxiliaries. The objective of this study was to trace the profile of the patient cared at the CAPS-AD service from September 2002 to March 2006. The user profile was mainly represented by men (88.3%), aged 20-39 (52.1%), with 1 to 7 years of schooling (57.1%), 46.4% are unemployed, 47.4% were living with parents and 27.4% were referred by the General Hospital. The most frequent chemical dependency was alcoholism (64.3%) and the main pattern of consumption was daily (66.5%). The study enabled getting to know the patients making possible to point out strategies for preventing abuse of psychoactive substances and to provide assistance to chemical dependents.

Keywords: Epidemiological Profile; CAPS-AD; Chemical Dependency.

1 - Psicólogo. Especialista em Saúde Mental pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

2 - Psiquiatra. Professor da Faculdade de Medicina de Sobral-CE/ Universidade Federal do Ceará (UFC).

1. INTRODUÇÃO

A dependência das drogas sejam elas lícitas ou ilícitas, é um fenômeno mundial que gera várias conseqüências, tanto para o dependente como para as demais pessoas do seu convívio, seja no âmbito físico, psíquico ou social. No campo físico causam doenças que podem levar à morte; no psíquico causam dependência psicológica e no social podem causar problemas no relacionamento familiar, problemas com a justiça e no trabalho, dentre outros (ALMEIDA, 1997).

O autor acrescenta ainda que o uso abusivo de substâncias químicas é atualmente um problema de saúde pública. A utilização do álcool, da maconha, dos opiáceos, das anfetaminas e do tabaco tem desencadeado uma série de outros problemas ligados à saúde da população e ao bem estar social, tais como: dependência química, crises de abstinência, riscos de contrair doenças sexualmente transmissíveis, desenvolvimento de carcinomas, aumento da criminalidade, acidentes no trânsito e no trabalho e violência doméstica.

A dependência das drogas sejam elas lícitas ou ilícitas, é um fenômeno mundial que gera várias conseqüências, tanto para o dependente como para as demais pessoas do seu convívio, seja no âmbito físico, psíquico ou social.

Diante desta problemática foram criados Centros de Atenção Psicossocial para tratamento ao abuso e dependência de substâncias psicoativas. Sobral, município localizado na zona do sertão centro-norte do Ceará, foi a primeira cidade do Estado a implantar um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS-AD), dispositivo que faz parte da Rede Integral à Saúde Mental, que consta ainda com os seguintes dispositivos: CAPS-Geral, Serviço Residencial Terapêutico, Ambulatório de Psiquiatria

do Centro de Especialidades Médicas e Ala de Internações Psiquiátricas no Hospital Geral Dr. Estevão (MARINHO, 2004).

O CAPS-AD de Sobral iniciou suas atividades em setembro de 2002, sendo referência especializada para o atendimento de dependentes químicos para as cidades de Sobral, Forquilha e Massapê. O serviço possui a equipe mínima de profissionais exigida pelo Ministério da Saúde, composta por: um clínico geral, um psiquiatra, um psicólogo, um assistente social, um terapeuta ocupacional, um educador físico, dois enfermeiros, três auxiliares de enfermagem, um auxiliar administrativo, um auxiliar de serviços gerais, uma cozinheira, um oficinheiro, um digitador e três vigilantes.

Este serviço contava, no final de 2006, com cerca de 1000 clientes cadastrados. São atendidos os casos de alta complexidade, encaminhados pelas equipes de atenção básica à saúde, assim como por outros setores sociais tais como: S.O.S Criança, Conselho Tutelar, Programa Liberdade Assistida, Semi-Liberdade, Hospitais Gerais. Além disso, o serviço também acolhe e avalia os casos que chegam por demanda espontânea.

Desde a implantação do CAPS-AD, a falta de dados acerca da clientela atendida era marcante. Havia a necessidade de observar de onde advinham os usuários, de onde eram encaminhados, e que vínculos sociais e familiares possuíam.

Desta forma, o objetivo geral deste trabalho foi avaliar o perfil epidemiológico da clientela atendida no CAPS-AD de Sobral. Ainda, os objetivos específicos foram traçar o perfil sócio-demográfico da clientela atendida, descrever os tipos de substâncias psicoativas mais utilizadas pelos clientes e qual a sua frequência de consumo.

2. METODOLOGIA

Este estudo foi do tipo exploratório descritivo com abordagem quantitativa.

Os dados foram coletados a partir do banco de dados do Centro Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) de Sobral, do sistema de Informação da Atenção Básica de Sobral-CE (SIAB) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A população do estudo foi representada por clientes cadastrados no serviço entre setembro de 2002 e março de 2006, totalizando 980 prontuários cadastrados no serviço. Foram excluídos da amostra 20 casos que não possuíam diagnóstico de abuso ou dependência de álcool e outras drogas, ficando a amostra do estudo definida com 960 prontuários.

Ainda, foram excluídos os clientes com idade inferior a 15 anos (19 clientes), devido à baixa prevalência de pessoas

nesta faixa-etária. Portanto a amostra para disposição e análise dos resultados referentes à variável faixa-etária ficou definida em 941 clientes.

O estudo obedeceu aos aspectos da bioética, respeitando os princípios da beneficência, da não-maleficência, da autonomia e da justiça (Resolução 196/96). O termo de compromisso para utilização de dados de prontuários foi assinado pelos pesquisadores, se comprometendo a preservar as informações do banco de dados do serviço.

Os dados foram organizados através do software Epi-Info (versão 6.02) e apresentados em gráficos e tabelas.

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com relação ao gênero dos clientes atendidos nos CAPS-AD, 88,3% era do sexo masculino (Tabela 1). De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), ano base de 2006, existem na população de Sobral mais mulheres do que homens, o que demonstra uma elevada demanda de homens com problemas relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas.

TABELA 1. Distribuição, por gênero, da clientela do CAPS-AD comparado com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, setembro de 2002 a março de 2006.

Gênero	CAPS-AD		SIAB	
	Número total	%	Número total	%
Masculino	848	88,3	91.838	48,5
Feminino	112	11,7	97.435	51,5
Total	960	100	189.273	100

A tabela 2 ilustra que a faixa etária com maior predominância atendida no CAPS-AD desde o início do seu funcionamento é a que compreende as idades entre 20 e 39 anos, correspondendo mais da metade da clientela. Importante destacar que é a faixa etária com maior predominância no município de Sobral-CE (dados do SIAB). Os clientes com idade inferior aos 15 anos foram excluídos desta análise em particular, para efeito de comparação com as faixas etárias do SIAB. Estes, no entanto, foram somente 19 (2% do total), o que mostra um baixo índice de pré-adolescentes atendidos pelo CAPS-AD.

Existe certa discrepância na faixa etária maior de 60 anos atendida no CAPS-AD. Enquanto que na população

do município esta faixa etária corresponde a 12,3%, no serviço esta faixa etária corresponde a apenas 4,7%.

TABELA 2. Distribuição por faixa etária da clientela do CAPS-AD comparado com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, setembro de 2002 a março de 2006.

Faixa etária	CAPS-AD		SIAB	
	Número total	%	Número total	%
15-19	111	11,8	21.132	15,2
20-39	490	52,1	68.419	49,3
40-49	191	20,3	19.778	14,2
50-59	105	11,2	12.567	9,0
> 60	44	4,7	17.023	12,3
Total	941	100	138.919	100

Na tabela 3 podemos ver que 46,4% dos clientes atendidos no CAPS-AD afirmou que estava desempregada quando procuraram o serviço. No entanto, 38% dos clientes estavam exercendo algum tipo de trabalho remunerado, seja ele formal ou informal. Observamos ainda que, 7,7% estavam estudando e 3% eram de donas de casa, contabilizando um total de 48,7%, de clientes que estavam exercendo algum tipo de ocupação.

TABELA 3. Distribuição da clientela atendida no CAPS-AD por ocupação, setembro de 2002 a março de 2006.

Ocupação	Número total	%
Do lar	28	3,0
Desempregado (a)	427	46,4
Beneficiário (a)	42	4,6
Estudante	71	7,7
Incapaz sem benefício	3	0,3
Trabalhador em atividade	350	38,0
Total	921	100

Podemos inferir, portanto que, os clientes do CAPS-AD são pessoas ainda produtivas, que desempenham algum tipo de atividade. Ou seja, ajuda a desconstruir o estigma de que o dependente de álcool e outras drogas é um ser improdutivo, incapaz de poder realizar atividades, um ser à margem da sociedade. São indivíduos que estão ou que podem ser reinseridos no mercado de trabalho.

Com relação à origem dos clientes que chegam ao CAPS-AD, 27,4% advém dos encaminhamentos realizados pelo hospital geral Dr. Estevam, seguido dos encaminhamentos realizados pelas equipes do PSF do município de Sobral (26,7%) e através da demanda espontânea (22,1%).

Outro aspecto relevante é o trabalho desenvolvido pela equipe do CAPS-AD nos territórios, tais como: busca ativa, visitas domiciliares, discussão dos casos junto às equipes de saúde da família...

De acordo com Marinho (2004), em seu estudo sobre o primeiro ano de funcionamento do CAPS-AD de Sobral, 36,4% dos encaminhamentos advinha do hospital geral Dr. Estevam, (que é são realizadas as internações psiquiátricas em Sobral) seguido dos encaminhamentos do PSF Sobral (30,7%), numa diferença percentual de 5,7% entre as duas variáveis. No estudo atual temos uma diferença apenas de 0,7% entre os encaminhamentos do hospital geral Dr. Estevam (27,4%) e os do PSF Sobral (26,7%), demonstrando uma equiparação entre os respectivos encaminhamentos. Esta aproximação está provavelmente associada à consolidação do serviço no município, uma vez que a demanda espontânea passou de cerca de 10% (MARINHO, 2004) para mais de 20% no total da amostra deste estudo. Outro aspecto relevante é o trabalho desenvolvido pela equipe do CAPS-AD nos territórios, tais como: busca ativa, visitas domiciliares, discussão dos casos junto às equipes de saúde da família e trabalhos de sensibilização das equipes quanto à abordagem ao usuário de álcool e outras drogas.

No entanto ainda temos uma grande demanda advinda dos hospitais gerais. Somando-se os encaminhamentos dos hospitais gerais de Sobral: Dr. Estevam e Santa Casa têm-se um total de 29,5% de encaminhamentos. Esse achado revela que boa parte da clientela atendida no serviço é advinda de internações, o que mostra que existe ainda uma lacuna na identificação precoce dos casos. Uma significativa parte da clientela, primeiro interna nos hospitais gerais para depois ser referenciada para ao serviço especializado CAPS-AD Sobral.

TABELA 4. Distribuição da clientela do CAPS-AD por origem, comparado aos dados do primeiro ano de funcionamento realizado por Marinho (2004).

ORIGEM	MARINHO, 2004 (set/2002-ago/2006)		BANCO DE DADOS CAPS-AD (set/2002-mar/2006)	
	N	%	N	%
PSF Sobral	92	30,7	256	26,7
Hospital Dr. Estevam	109	36,4	263	27,4
Santa Casa Sobral	15	5,0	20	2,1
Ação Social	24	8,0	40	4,1
Demanda Espontânea	29	9,6	212	22,1
PSF Forquilha/Massapê	-	-	6	0,6
CAPS-Geral	28	9,3	107	11,1
Serviço Particular	-	-	15	1,6
Outros	3	1,0	41	4,3
Total	300	100	960	100

Com relação às substâncias de abuso consumidas, 90,2% dos clientes atendidos no CAPS-AD faz uso do álcool. Em segundo lugar foi citado o tabaco (54,8%). Dentre as substâncias ilícitas, a maconha é mais consumida entre os clientes (33,2%). Em seguida temos os sedativos-hipnóticos (17,2%), a cocaína e o crack (9,45%) e em último lugar os anticolinérgicos (2,9%) (Figura 1).

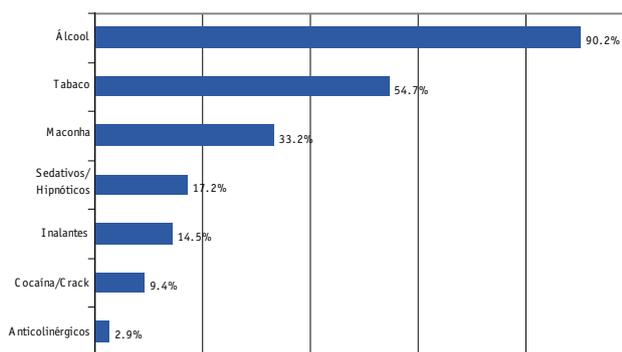


FIGURA 1 – Percentual de consumo das substâncias psicoativas pelos clientes do CAPS-AD em Sobral-CE.

Os dados refletem de uma maneira geral o que a nossa sociedade tende a consumir. De acordo com os estudos de Carlini et. al. (2002), sobre uso de drogas psicoativas no Brasil (estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país 2001) tem-se que a substância mais consumida da população brasileira é o álcool com 68,7%, seguido do tabaco com 41,1%

Com relação às substâncias de abuso consumidas, 90,2% dos clientes atendidos no CAPS-AD faz uso do álcool.

de uso na vida. A maconha é a droga ilícita mais utilizada pela população em geral, com 6,9%. Já os solventes (5,8%) aparecem em quarto lugar na preferência dos brasileiros, diferente da nossa clientela que tem os inalantes como a quinta droga mais consumida.

4. CONCLUSÕES

A questão da dependência química no nosso país ainda carece de estudos que mostrem qual o perfil das pessoas que procuram os ambulatórios especializados de saúde, quais as substâncias que mais utilizam, qual o seu padrão de consumo e as sua relação com sexo e faixa etária. Os estudos geralmente apontam o perfil do uso de substâncias na população em geral deixando uma lacuna quanto às pessoas que sofrem com o uso abusivo e a dependência química. Esta escassez dificultou a comparação dos dados deste estudo frente à literatura, porém ressalta o pioneirismo deste estudo.

Os mitos quanto ao uso, abuso e dependência acerca das drogas ainda são bastante difundidos na sociedade. Por outro lado temos importantes estudos que demonstram o quanto o álcool e o tabaco ocasionam graves problemas de saúde, violência, acidentes de trânsito e de trabalho, no entanto a sociedade de uma forma geral realiza uma “demonização” das substâncias psicoativas ilícitas, dificultando a atuação dos profissionais de saúde, devido ao preconceito que sofrem as pessoas que fazem uso de drogas ilegais.

O estudo possibilitou um importante conhecimento da clientela atendida no serviço, podendo-se com isso apontar estratégias de trabalho mais condizentes com a realidade e políticas mais eficazes na prevenção ao uso abusivo de substâncias psicoativas, bem como na assistência aos dependentes químicos do município.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

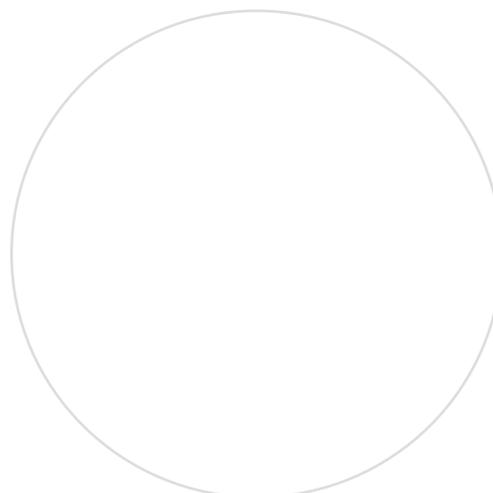
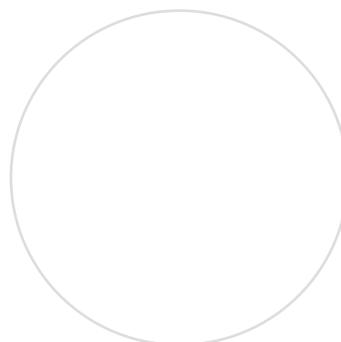
ALMEIDA, F. N. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. **British Journal of Psychiatry**, 171: 97 -101, 1997.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto Nº 93.9333 de janeiro de 1987. Critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, nº 2, 1996.

CARLINI, A. E.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R. & NAPPO, S. A. **I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001.** São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro

de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

MARINHO, J. R. M. **Caracterização dos casos atendidos no CAPS-AD em seu primeiro ano de funcionamento, Sobral-CE, setembro de 2002 a agosto de 2003.** Monografia apresentada no Curso de Residência em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA e Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia – EFSVS. Sobral-CE, 2004.



CONCEPÇÕES DOS FAMILIARES DE DEPENDENTES QUÍMICOS ATENDIDOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS - AD) DE SOBRAL - CE

CONCEPTIONS FROM RELATIVES OF CHEMICAL DEPENDENTS FROM THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER FOR ALCOHOL AND DRUG MISUSE (CAPS-AD) IN SOBRAL, CE – BRAZIL

Cezar Augusto Ferreira da Silva ¹
Eliany Nazaré de Oliveira ²
Maria Suely Alves Costa ³

RESUMO

A dependência química representa um desafio para a saúde pública, sendo relevante ao seu enfrentamento a abordagem dos familiares. O objetivo deste estudo foi analisar as concepções de familiares de dependentes químicos atendidos no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS – AD) de Sobral, CE. Tratou-se de um estudo exploratório-descritivo tendo como sujeitos 11 familiares. Os dados foram coletados a partir de grupos focais realizados nos meses de maio e junho de 2006. Observamos que há demanda de informação sobre as diversas facetas da dependência química, incluindo tratamento e perspectivas deste. Ainda, levantam-se questões ligadas ao imaginário familiar e social em relação ao consumo de substâncias psicoativas e suas repercussões no ambiente familiar. Assim, embora expressando uma visão leiga e unilateral da dependência, o discurso dos informantes demonstra que há campo para um suporte psicossocial ao familiar, em especial, no que se refere ao uso de estratégias de redução de danos.

Palavras-chave: Família; Dependência Química; Substâncias Psicoativas.

ABSTRACT

Substance dependence represents a challenge for public health, being relevant in its confrontation to the family approach. This study had the objective of analyzing conceptions from relatives of patients with substance dependence from the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drug Misuse (CAPS-AD) in Sobral– CE. It was an exploratory-descriptive study involving 11 relatives as subjects. Data were collected from focus groups held in May and June 2006. It was observed that there is a need for information concerning the main points of substance dependence, including treatment and its perspectives. Also, it was raised questions linked to the use of the psychoactive substances and their repercussions on family environment. Therefore, although expressing a layman's and one-sided view of dependence, the discourse from family members demonstrated that there is a space for psychosocial support to the family member especially concerning the use of strategies for damage reduction.

Keywords: Family; Chemical Dependency; Psychoactive Substances.

1 - Médico do CAPS –AD de Sobral-CE. Especialista em Saúde Mental pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

2 - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

3 - Psicóloga do CAPS Geral de Sobral-CE. Especialista em Psicodiagnóstico pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

1. INTRODUÇÃO

A cidade de Sobral vem realizando uma reforma radical em seu modelo de atenção à saúde. Inicialmente, com a adoção das estratégias Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família, houve uma completa reformulação dos serviços, adequando as estruturas e os profissionais a um novo paradigma.

A saúde mental não poderia ficar à margem deste processo. Na verdade, já se vinha configurando um Movimento Antimanicomial, com a urgente reavaliação do modelo de atenção aos pacientes portadores de transtornos mentais e dependentes químicos. Tais ideais se alicerçam no cuidado ao paciente com transtorno mental, substituindo-se o modelo de tratamento centrado no Hospital Psiquiátrico por uma rede de atenção comunitária, de acesso garantido da população aos serviços de saúde, em respeito a seus direitos. Assim, em vez de isolar o paciente, ele recebe assistência médica em liberdade, no próprio convívio familiar e comunitário.

Em Sobral, após a morte violenta do senhor Damiano Ximenes Lopes em 1999, ocorreu uma tomada de posição por parte de alguns setores ligados à defesa dos direitos humanos. Esse fato provocou uma denúncia contra o governo brasileiro na Organização dos Estados Americanos (OEA) e a Corte Interamericana de Direitos Humanos declarou que o Brasil violou sua obrigação geral de respeitar e garantir os direitos humanos. Como medida de reparação aos familiares de Damiano Ximenes, a Corte condenou o Brasil a indenizá-los.

Em 2000, aquele que havia sido por mais de vinte anos o único serviço de assistência prestado à população de Sobral na área de saúde mental, a Casa de Repouso Guararapes, fecha as portas após intervenção da Secretaria de Saúde do município. Iniciaram-se o processo de revisão dos casos internados e o encaminhamento de inúmeros pacientes de volta ao convívio familiar, principalmente os vitimados pelo uso abusivo de bebidas alcoólicas. Começa aí a construção do que hoje se denomina Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, iniciada com a inauguração de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) para atendimento ambulatorial dos pacientes com transtorno mental, seguida da abertura de uma Residência Terapêutica para acolher aqueles pacientes que estavam internados no manicômio há vários anos, sem vínculo familiar; da criação de uma Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral e, finalmente, de um Centro de Atenção

Em 2000 aquele que havia sido por mais de vinte anos o único serviço de assistência prestado à população de Sobral na área de saúde mental, a Casa de Repouso Guararapes, fecha as portas após intervenção da Secretaria de Saúde do município.

Psicossocial para tratamento de dependentes químicos - Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS-AD).

O CAPS-AD se encontra em funcionamento desde 2002, prestando assistência a uma população acima de 200 mil pessoas visando à promoção de ações preventivas e de tratamento na área de dependência química. Acha-se composto por um psiquiatra, um clínico geral, um psicólogo, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional e uma educadora física, além de pessoal de formação acadêmica em nível médio. Nosso desempenho profissional neste serviço permitiu-nos conhecer a dramática luta dos pacientes e de seus familiares contra a dependência química, o desconhecimento de boa parte deles sobre o processo de adoecimento e sobre as conseqüências danosas do uso abusivo de substâncias psicoativas para a saúde individual e coletiva.

Portanto, com base no exposto, o objetivo geral deste trabalho foi analisar as concepções dos familiares de dependentes químicos atendidos no CAPS-AD de Sobral sobre a doença em si, seu tratamento e as estratégias de redução dos danos (individuais, familiares, ou comunitárias) associados ao consumo abusivo de substâncias psicoativas. Os objetivos específicos incluíram: apreender as concepções dos familiares de dependentes químicos sobre a doença; averiguar a compreensão destes familiares sobre as estratégias de tratamento da dependência química, desenvolvidas no CAPS-AD; analisar as percepções destes familiares sobre o tratamento e suas atitudes dentro da perspectiva de redução de danos em relação ao dependente e sua família.

2. METODOLOGIA

Este estudo configurou-se como do tipo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Para Minayo (2002), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, pois que, no âmbito das ciências sociais, preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificada. Ou seja, o tipo de pesquisa adotado trabalha com um universo de significados, motivos de preocupações, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A pesquisa realizou-se no CAPS-AD, situado no município de Sobral, localizado Zona Norte do estado do Ceará. Nesse serviço, os clientes são acolhidos e a partir daí são encaminhados para os diversos profissionais. Em seguida, é elaborado um plano terapêutico individualizado de acompanhamento, dividindo os casos em três categorias: pacientes que precisam de atendimento intensivo (casos graves de dependência), semi-intensivos (casos moderados) ou não-intensivos (casos leves).

...o objetivo geral deste trabalho foi analisar as concepções dos familiares de dependentes químicos atendidos no CAPS-AD de Sobral ...

Ademais, o CAPS-AD dispõe de dois leitos-dia para atendimento e observação de pacientes que chegam com sinais de abstinência leve ou moderada, definidos por um protocolo específico ou até mesmo alcoolizados e/ou sob o efeito de outras drogas, que não necessitam de internação no hospital geral. Os pacientes encaminhados para internação hospitalar recebem, quando necessário, visitas dos profissionais do CAPS-AD no ambiente onde se encontram. Além disso, são feitas visitas domiciliares e ações de busca ativa, estas em casos de abandono do tratamento. Alguns pacientes ficam na permanência-dia, são medicados na própria unidade de serviço; enquanto outros fazem o trajeto de sua residência até o CAPS-AD em veículo do próprio serviço de saúde. São também realizadas atividades de terapia ocupacional e atividades lúdico-esportivas (torneios de futebol, basquete, dentre outras, envolvendo profissionais e pacientes).

Este estudo foi desenvolvido com participantes do Grupo de Familiares dos dependentes químicos atendidos no CAPS-AD. O Grupo de Familiares se reúne, semanalmente, na sala de reunião do CAPS-AD. A amostra foi representada por familiares de 11 pacientes que aceitaram o convite feito pelo pesquisador e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 196/96 – Conselho Nacional de Saúde).

Os dados foram coletados a partir de grupos focais realizados nos meses de maio e junho de 2006. Segundo Gatti (2005), o grupo focal constitui uma técnica qualitativa, não-diretiva, cujo resultado visa o controle da discussão de um grupo de pessoas. Nesta técnica o mais importante é a interação que se estabelece entre os participantes. O facilitador da discussão deve estabelecer e facilitar a discussão, mobilizar o grupo a se tornar dono de seu discurso e não realizar entrevista junto aos componentes do grupo.

A análise dos resultados se deu a partir da categorização dos depoimentos, observando a semelhança de idéias contidas nas respostas obtidas através do grupo focal. Rodrigues e Leopardi (1999) afirmam que a categorização é um processo do tipo estruturalista que comporta duas etapas: o inventário que é o ato de isolar os elementos, e a classificação que é a divisão de forma organizada dos elementos de mensagem.

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As temáticas, com suas respectivas categorias, que emergiram dos grupos focais foram: **Conhecimento familiar sobre dependência química** (incompreensão sobre o processo de adoecimento, impossibilidade de cura, acesso a conhecimento e suporte psicossocial no CAPS-AD), **Percepção familiar sobre o tratamento da dependência química** (desconhecimento e crenças sobre o tratamento, crença na cura pela intervenção de um ser superior), **Estratégias redutoras do sofrimento familiar** (internação do dependente, redução das violências, monitoramento da terapêutica medicamentosa, atividades laborativas, suporte familiar e comunitário).

As temáticas foram abstraídas das questões principais, enquanto que as categorias de análise emergiram da essência /concepção /significado que os familiares apresentaram em seus discursos.

Participaram da pesquisa, 10 mulheres e 01 homem, com idades entre 34 e 64 anos; destes, 06 eram pais de

Até cinco anos atrás eu não entendia nada que fosse dependente químico, que fosse droga, cigarro, bebida, eu não tinha noção assim do que pudesse ser...

dependentes, 03 eram esposas e 02 eram irmãs. Para identificar os sujeitos preservando seu anonimato, serão citados como “familiar 1” (F-1), “familiar 2” (F-2), e assim sucessivamente.

As informações veiculadas pelos meios de comunicação, relativas ao consumo de substâncias psicoativas, apresentam duas visões: uma voltada às substâncias lícitas, onde há o reforço de uma imagem de satisfação e congraçamento, como nas propagandas de cerveja; outra, relativa às drogas ilícitas, que só discorre sobre a degradação moral e tende a responsabilizar o usuário:

“Eu percebo que ele ‘tá’ bebendo sem fundamento, (...). Eu ‘num’ sei por que ele bebe tanto, ‘né’? (...). Acho que ele bebe porque gosta, ‘né’. (...). Eu me pergunto a mim: porque que o bebe tanto, meu Deus? (...) Eu não tenho resposta a dar”. (F-1)

A dependência é encarada por alguns familiares, como no depoimento acima, como uma escolha, dando-se uma atenção incipiente aos padrões de interação das famílias. Associar o surgimento de um padrão nocivo de consumo ao “gosto” esclarece bem a gravidade do desconhecimento do processo de adoecimento.

“Ah, ‘seu’ é muito fraco, (...), vem aqui na reunião, escuta, acha muito boa a palestra dos enfermeiros, dos médicos, chega satisfeito. Mas no outro dia vai ‘pra’ bodega, chega pior”. (F-1)

Fender (1996) diz que “[...] toda e qualquer parte do sistema familiar está relacionada de tal maneira com as demais partes que qualquer mudança em uma delas provocará mudança nas demais e conseqüentemente

no sistema total”. O mesmo familiar, em outro momento, relaciona o adoecimento à figura materna do dependente, que não soube “educá-lo”, ou seja, novamente encarando o surgimento do uso abusivo da substância com uma falha no desenvolvimento do caráter.

“Num é gabando todas as mães não, que tem mãe também que ensina o que não presta, mas essas droga, essas cachaça, tem a ver um pouco com as mãe”. (F-1)

Essa idealização da figura feminina (mãe, mulher, namorada, filha, etc.) é também colocada inúmeras vezes como o elemento desencadeador do processo de uso da droga. Fender (1996) cita que alguns trabalhos apontam para um protótipo de famílias de adictos masculinos, em que a mãe está envolvida numa relação indulgente, apegada e superprotetora, abertamente permissiva para com o dependente, que tende a assumir a imagem de filho favorecido.

Em relação à instalação da dependência, vemos que muitos familiares não reconhecem o adoecimento, mesmo após um longo prazo de consumo pelo usuário. O depoimento a seguir é esclarecedor da falta de informação da população sobre dependência e suas conseqüências no contexto familiar:

“Até cinco anos atrás eu não entendia nada que fosse dependente químico, que fosse droga, cigarro, bebida, eu não tinha noção assim do que pudesse ser, (...), né? E hoje eu tô vendo que é um negócio muito assustador, porque o médico dá remédio e um outro vem e dá a droga, (...). A droga (...) ela é pior que o câncer: o câncer a gente dá remédio, ela toma, e morre. E a droga fica matando as pessoas, os médicos, os enfermeiros, tudo, (...). Quando eu descobri já tava com cinco anos de droga, né. Quer dizer que agora nós estamos com quê? Com dezesseis anos de droga, né? Começou com dez anos, (...)”. (F-2)

Marinho (2004) em seu estudo sobre a relação dos fatores determinantes associados à dependência junto à população de familiares no CAPS-AD de Sobral, observou que pelo menos a metade dos participantes desconhecia a multiplicidade de fatores envolvidos no processo de adoecimento (sujeito, substância, ambiente, cultura, facilidade de acesso, legalidade ou não do consumo, etc.). Neste depoimento, o usuário novamente aparece como o único responsável por seu problema.

“Não sei qual foi o problema dele de bebida. Já era bem moço, começou a beber novo. Aí eu quando conheci já era bebendo. E o ... acho que foi por causa da esposa mesmo, de ver o pai bebendo, ele levava ele, né, (...), ele vinha, pegava os filhos e levava pra bebida, e iniciou ele, né”. (F-8)

Mas, mesmo nesse contexto de desinformação e desconhecimento sobre o adoecimento, a percepção familiar, às vezes, pode induzir conclusões que são lógicas e confirmadas por pesquisas consagradas. Uma dessas percepções diz respeito ao caráter “familiar” de alguns casos de dependência: no caso do alcoolismo, por exemplo, já foram colocadas algumas bases genéticas envolvidas no adoecimento, comprovadas em pesquisas com gêmeos e verificando a influência do meio (Edwards, 1999). O meio ambiente familiar tem um efeito sobre seus membros, tendendo, em alguns casos, a produzir uma uniformidade de comportamento.

“A minha começou muito nova, né, então eu acho que ela herdou do pai dela, que o pai dela morreu de bebida, né”. (F-10)

Fala-se frequentemente de doenças da modernidade; do aparente número, cada vez maior, de casos de depressão, hiperatividade, distímia, vistos como resultantes de uma desumanização dos sujeitos, desenvolvido pelo atual sistema de relações sociais. As repercussões dessas mudanças no contexto familiar são inúmeras, dentre elas o uso abusivo de drogas (Batista, 1990). O surgimento da “doença” num ambiente familiar (aparentemente) normal pode propiciar a visão do dependente como um membro doente num corpo são:

“A droga (...) ela é pior do que o câncer: o câncer a gente dá remédio, ela toma, e morre. E a droga fica matando as pessoas, os médicos, os enfermeiros, tudo, (...). Tem hora que a gente jura que tá curado. (...), eu certa que ele tava curado, né, mas vêm as mentiras, (...), se não é melhor a gente pegar, mandar dar uma injeção e mandar matar logo. É como eu acabei de dizer: é um câncer pior do que o câncer, que o câncer lhe mata e a droga demora vinte anos, trinta anos, (...), e um cabra desses num morre. Não tem remédio, não tem remédio, não tem remédio que dê jeito num desprezo, né? E o pior é que eu quero correr atrás de todo mundo, (...), que eu acho que se eu não ajudar eles não sobrevive,

eu acho, sei lá. Aí eu encaminho um e o outro chega, eu emendo um e o outro quebra”. (F-2)

É sabido que o Brasil é um país carente de informação, e a visão associada à “cura” na dependência química parece considerar como efetiva somente a abstinência total do consumo: Segundo Marinho (2004), 45,3% das famílias atendidas no CAPS-AD de Sobral não acreditavam na positividade do tratamento, não reconhecia em seu familiar a capacidade de superação do comportamento aditivo. Esclarecer a família sobre o caráter crônico dos comportamentos aditivos, da recaída como parte do processo, talvez reverta em boa parte o sofrimento associado às expectativas que não se concretizam idealmente.

“E ele dizia que o divertimento dele era a bebida, ele dizia que era o destino dele, ele morria mas não deixava. Aí eu larguei de mão: já tinha pelejado tanto, tanto, já tinha feito tudo, tudo, tudo já tinha feito pra ele deixar essa bebida, e num tinha jeito. Ele dizia pra mim: eu morro, mas não deixo de beber. Aí eu larguei de mão”. (F-8)

A experiência dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas no Brasil ainda é muito recente, e o impacto de suas ações ainda não foi devidamente mensurado. A grande maioria dos profissionais que militam nestes aparelhos sociais não foi habilitada, ao longo de sua formação acadêmica, a abordar e discutir sobre os inúmeros aspectos relacionados à dependência química. Aprende-se e erra-se muito na prática diária. Em virtude desta situação, o processo de aprendizagem é compartilhado pelos profissionais e pela família, cada um colocando seus pontos de vista da questão. Entender e explicar a dependência como uma condição crônica, um *continuum* de quedas e recomeços, pressupõe uma boa orientação da família, como nos depoimentos a seguir, embora a visão de ‘doença’ orgânica propicie também um distanciamento do familiar frente ao problema:

“É, agora eu sei que é uma doença, minha filha, uma doença pesada. Que eu pensava que era uma sem-vergonhice, mas é uma doença (...). Agora só pode ser uma doença, meu Deus, (...). Então eu acho, eu vim saber, ter a certeza, aqui no CAPS que é uma doença mesmo. Mas até eu aparecer aqui pra mim não era uma doença não. Mas agora tô sabendo que é uma doença”. (F-1)

“Doença então, né? Porque até, conforme eu disse antes, antes de eu vir por aqui eu achava que era (sem-vergonhice), mas depois que eu vim eu achei que é doença mesmo, sabe?” (F-6)

Mas também não basta a descrição da compulsão incontrolável do paciente pelo uso da substância. A co-dependência estabelecida dentro do sistema familiar remete a visualizar-se amplamente a questão numa perspectiva ecossistêmica. É importante considerar que o tratamento da dependência não se esgota naquele que é reconhecido como dependente: abordar psicossocialmente aqueles que gravitam em torno dele é fundamental.

“Digamos que a tudo: o CAPS-AD eu considero como que nós tivesse conhecido uma nova família. (...). Aí veio pra cá, aí os doutor atenderam a gente muito bem, deram um apoio muito bem, ela se internou. (...). Quero que você veja, só Deus mesmo e as pessoas daqui, o apoio das pessoas daqui é fundamental, gente”. (F-11)

“E esse CAPS aqui... Aqui é onde eu encontrei a minha família, encontrei apoio pra mim poder ter a cabeça no lugar (...).” (F-2)

Quando falamos em acesso ao conhecimento e suporte psicossocial temos em mente que também o “fracasso” pode libertar identidades e criar vínculos antes inimagináveis; que a travessia é mais importante que a chegada, e que a percepção e o exercício do demasiado humano sentimento de fraternidade pode ser mais importante que o estabelecimento de padrões

No imaginário de muitas famílias, a internação resolveria todos os problemas existentes. Entretanto, faz parte do processo terapêutico a conscientização da necessidade da participação familiar...

definitivos de conduta, baseados na uniformização das consciências. Ao invés de vigiar e punir, podemos optar por compreender e acolher familiares e dependentes.

Como já visto anteriormente, boa parte dos familiares tende a encarar a dependência não como doença, mas ao contrário, tendem a associar o seu surgimento a causas externas como insucesso profissional, desilusão amorosa, más companhias ou outras razões. Além disso, o despreparo dos profissionais da área de saúde em deixar claro para os familiares dos pacientes qual é o projeto terapêutico pode reforçar a idéia errônea que o sujeito em foco é apenas o paciente, e não todo o seu núcleo relacional. Em nossa experiência percebemos que esta tendência a “abandonar” o dependente ao cuidado único dos profissionais do CAPS-AD torna sua ressocialização muito prejudicada. Essa postura pode levar inclusive a reforçar a idéia da dependência como “incurável”.

“É um tratamento muito difícil. Muito difícil de se tratar e da gente entender, né? (...). Pois é, eu não entendo mesmo (...).” (F-2)

“Pra ser sincero eu tô por entender ainda. Eu não sei como é que é, o que que falam pra ele, ou se dão algum remédio, se aconselham ou coisa parecida, sabe, eu fico assim”. (F-6)

“O que eu queria do CAPS era um remédio pra cortar a raiz lá por dentro, sabe (...).” (F-1)

Por outras vias, uma crença também muito presente é aquela quando a abstinência inicial, alcançada após muito tempo de esforço, parece sinalizar como se fosse definitiva, e que todos os problemas fossem resolvidos instantaneamente no decorrer de poucos dias de abandono do consumo:

“(…), e o tratamento pra minha irmã funcionou e vai funcionar pra sempre”. (F-11)

A grande questão envolvida nestes desconhecimentos e crenças “mágicas” é o não reconhecimento da recaída no uso da substância como uma parte fundamental do processo de aprendizado, pela família e pelo dependente. É tarefa da equipe de profissionais envolvida no tratamento esclarecer que estes antagonismos são o fundamento da ambigüidade no uso de substâncias psicoativas.

Algumas famílias, visando reduzir o impacto do uso abusivo da droga no núcleo familiar, apelam para o uso de práticas espirituais. Em várias ocasiões, conforme Vaillant (1999), as tentativas de alcançar um comportamento de abstinência do dependente podem levar a família a

desenvolver uma (co-)substituição dos comportamentos, entre elas a adesão ao misticismo, à prática de oração e meditação ou outras atividades de cunho espiritual.

“Que aí eu queria que o divino Espírito Santo botasse nas mão dos médico um remédio pra cachaça, acho que todo dia rezava dez Ave Maria de joelhos só pros médico, pra curar a cachaça daquele homem”. (F-1)

“Com ele eu já andei em macumba, eu era crente, passei onze anos na Igreja Batista, (...), quem tem uma mãe (...) procura outro esforço. Eu fui pra macumba, (...), macumba na Cacimba de Baixo, macumba no Massapé, tudo eu já fiz. Oração? Toda igreja eu entrava dentro, (...), e eu não conseguia nada. (...). Saí da igreja, cheguei a ir na macumba com ele, né, ou eu servia o Diabo ou a Deus”.(F-5)

Respeitar as diferentes visões do problema da dependência, seja sob um viés religioso ou supersticioso, não significa abrir mão da tarefa de introduzir um discurso mais sistematizado dos fatos científicos, descritos pelos profissionais de saúde.

Na maior parte dos casos, o tratamento do dependente não requer internação. Nos casos raros em que a internação faz-se necessária, a decisão por ela deve ocorrer com base em critérios claros e definidos, estabelecidos de preferência em consenso entre o profissional de saúde e o dependente, ou sua família quando o juízo crítico do paciente está prejudicado.

“Quando interna a gente fica mais aliviada, mais no consciente da gente a gente sabe que os enfermeiro e os médico tão pensando lá com ele. (...), eu acho que um bom internamento numa clínica, que ele ficasse lá um bom tempo, ‘cê tá’ entendendo? (...) Quando ele se interna eu sei que tá tendo tratamento”. (F-2)

“Porque era vantagem, né: porque tanto sossega ele dentro do hospital, como a família fica sossegada. Porque quando ele tá bebendo, doutor, é um, é um tromento dentro de casa, ninguém tem sossego. (...). E eu acho que o internamento, se passasse mais uns dias, tanto sossegava ele como sossegava eu”. (F-9)

No imaginário de muitas famílias, a internação (afastamento) resolveria todos os problemas existentes.

Entretanto, faz parte do processo terapêutico a conscientização da necessidade da participação familiar, entendimento esse que se vem revelando muito difícil para algumas famílias. Mas tudo o que já foi dito não invalida também a opção pela internação como estratégia redutora do sofrimento familiar, embora não possa ser considerada isoladamente.

Vários estudos têm evidenciado em diversas situações de violência interpessoal uma importante associação desses contextos com o consumo de bebidas alcoólicas e/ou outras drogas.

“O problema dele... que ele agora... Ele já veio muito mal, e muito agitado, batia ‘ni’ mim, me cortava, batia e quebrava tudo dentro de casa, (...). A vista do que ele teve ele agora tá bem, né. Tá tomando o remédio direitinho, ‘num tá’ bebendo, (...). E aí a vista do que ele tava ele tá bem, graças a Deus, tá bom”. (F-3)

A violência familiar relacionada ao uso abusivo de substâncias, em nossa opinião, é sub-notificada e pouco valorizada pelos profissionais de saúde. Num Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas, são tarefas fundamentais: (1) orientar o paciente e/ou familiares a não compactuarem com práticas de violência física ou psicológica; (2) encaminhar os casos acontecidos às instâncias pertinentes; (3) prover apoio psicossocial às partes atingidas; (4) e prevenir a ocorrência de novas atitudes violentas.

“Achei vantagem para mim, que eu tava como uma desesperada, como uma louca, aqui no CAPS eu achei vantagem pra mim, (...). Melhorou porque dentro da minha casa era, com licença da palavra, um inferno. (...). Uma vez você disse que quando ele chegasse bêbo deixasse ele entrar, porque eu era muito violenta pra ele, né, era ao contrário, lá em casa era eu que era violenta pra ele, não ele comigo. E eu, pra não maltratar ele, pra num judiar com ele porque já que ele é um doente, eu tô achando melhor eu desprezar ele. (...). Porque através dos conselhos aqui, (...), você não pode maltratar ele porque ele é um homem doente, e você vai se prejudicar ‘cê’ maltratando ele, porque eu maltratava. Sou muito sincera: que Deus me perdoe, mas eu maltratava o doente lá de casa”. (F-1)

E, algumas vezes, a prevenção de sofrimento físico e psicológico associado à violência pode ser combatida com

intervenções simples e orientações bem singelas: olhar e reconhecer o outro (no caso, o dependente) como igual, respeitando a individualidade, e oferecendo atenção e carinho:

“Quando ele vivia sempre assim embriagado eu não dava muita atenção a ele, sabe? E depois disso eu tenho dado atenção, e eu acho que eu dando mais atenção, eu e a mãe dele também, então eu acredito que isso vai influir muito. Vai ajudar a fazer que ele se sinta assim mais, sabe, sei lá, estimulado”. (F-6)

Não existem remédios milagrosos em se tratando de dependência química: podemos tratar síndromes de abstinência ou comorbidades clínicas ou psiquiátricas. Naqueles pacientes com comorbidade psiquiátrica é possível que um bom suporte familiar consiga manter o dependente abstinente por longo tempo, ou então com períodos curtos de recaída. Outra vantagem seria a co-responsabilização da família na estabilização do quadro, propiciando uma melhor chance de sucesso no tratamento:

“(…), eu tenho que acudir (...) com o remédio. Aí eu tenho que agradecer muito muito ter esse tratamento aqui, porque quando a menina tá tomando o remédio ela passa de mês sem beber, ela tomando o remédio ela fica bem, né”. (F-9)

“É esse tratamento que eu consegui sossegar: antes, era de noite, quando tava melhorando começou aos gritos... (...). E tá tudo bem, (...), ele tomando o remédio direitinho, o outro também”. (F-8)

As atividades laborativas foram apontadas pela maioria dos familiares como redutora de danos. No pensamento da maioria das famílias, que associam a dependência química à “causas externas”, a inatividade e o desemprego são vistos como fatores importantes no processo de adoecimento. No presente estudo, a maioria dos familiares entende as atividades laborativas mais como terapia alternativa do que como fonte real de renda:

“Eu dou ocupação a ele: eu mando pintar o muro, a casa, é isso que eu estou fazendo, e o importante é que tá melhorando. E tomo conta dos remédio pra ele não se agoniar e sair pra beber”. (F-7)

“Pra mim era se tivesse trabalho. Porque se não faltasse, se tivesse sempre com o que

tivesse entertido... Aí eu acho que tiraria (da dependência). (...). Quer dizer que se eles tivesse, pelo menos o meu, eu acredito que se tivesse assim um trabalho (...) ia diminuindo (o consumo) com a continuação do trabalho”. (F-4)

A re-inserção desses pacientes no mercado de trabalho tem sido um dos grandes entraves nas atividades de assistência social do CAPS: o baixo nível de escolaridade, as peculiaridades clínicas e psiquiátricas, o risco de recaída e absenteísmo, são fatores que praticamente impossibilitam aos pacientes desenvolver atividades produtivas regulares. A alternativa de se disponibilizar atividades cotidianas dentro do ambiente doméstico também é bem vinda assim como as oficinas de terapia ocupacional no espaço de convivência do CAPS-AD. Entretanto, devemos tomar o cuidado de não vincular a questão da atividade produtiva a alguma forma de punição, o que afastaria qualquer possibilidade de conscientização do paciente e reforçaria sua exclusão.

“Pra ele passar o dia todinho no cabo da enxada pra quando ele chegar em casa ele já tá cansado, enfadado, aí toma banho, já procura é a rede pra ir dormir, né? (...). Tando dentro de casa ou tando fazendo qualquer coisa eu quero é vê inventar esse tipo de coisa. Eu quero é vê”. (F-3)

A importância do suporte da família e da comunidade (sejam amigos, vizinhos, companheiros de grupos de auto-ajuda, etc.) na redução dos danos devidos à dependência química é grande, mas devido à complexidade do tema não nos demoraremos muito em sua análise, procurando colocar alguns exemplos citados pelos familiares durante os grupos focais.

“Eu sei que é difícil, mas lá em casa a gente procura cuidar da alimentação dela, manter a mente dela ocupada, sabe. A gente já conversou com os vizinhos dos problemas dela, e tem uns que ajudam a manter ela controlada, tratam ela bem, sabem que ela é doente, tratam como se fosse da família. A gente tenta manter a mente dela sem pensar na bebida, arruma um trabalhinho aqui, outro acolá, não deixa ela cair na sarjeta. Acho que se num fosse isso podia ser pior”. (F-10)

“Outra coisa é a gente não perder o respeito. Minha irmã é uma mulher fraca pra bebida, mas

é uma filha de Deus, precisava de tratamento. Nós lá em casa nunca viramos as costas pra ela. Quando ela bebia a gente não deixava ela sair pra não fazer besteira na rua, ser desrespeitada. Teve vez que a gente deixava ela beber só um pouquinho em casa, a gente deixava um celular e depois ela tinha que ficar quietinha em casa, num tinha chance dela sair". (F-11)

Creemos que o trabalho do CAPS-AD de Sobral deveria, em especial, apoiar-se em ações como a criação de redes sociais, o reforço das relações afetivas, a promoção de vínculos antes inexistentes, a proposição de soluções individuais e coletivas, o fortalecimento das vivências comunitárias no tratamento de seus clientes. Por mais que seja difícil encarar o fato social de que o uso de drogas é a realidade cotidiana de grande parte das cidades brasileiras, devemos perder o medo de aproximar o dependente químico da sociedade. Embora seja complicado, o papel da comunidade e dos profissionais de saúde é estimular intervenções de prevenção de consumo e, se necessário, também as intervenções de redução de danos. Ao colocarmos o dependente químico como um vivente que necessita de políticas públicas realistas e pragmáticas, na verdade estamos tratando de um assunto bem mais amplo que é a qualidade de vida de todos nós. Se nos aproximarmos de estratégias de melhoria das condições de vida em geral – sejam elas voltadas para grupos específicos ou não – conquistaremos segurança em nossa própria qualidade de vida. Estratégias de promoção de saúde e redução de danos atingem toda a comunidade, até os que não acreditam na eficiência de tais intervenções.

4. CONCLUSÕES

A primeira lição que podemos tirar é que um CAPS-AD, por melhores que sejam seus recursos e a capacidade de seus profissionais, não pode dar conta de assumir, sozinho, a tarefa de enfrentamento da dependência química de sua clientela. É imperioso notar que as conclusões nos colocam em uma longa caminhada para alcançar algum sucesso. As percepções dos familiares espelham muito essa concepção massificada, colocada principalmente pela televisão, de que existe um “mundo das drogas”, como se o dependente químico não fizesse parte dessa mesma sociedade. Mas também é forçoso reconhecer que, de variadas maneiras, a experiência concreta vivida pelos familiares cotidianamente produz um arsenal de “micro-estratégias” de enfrentamento da dependência: seja pela afirmação da solidariedade ao outro, seja com a co-

Por mais que seja difícil encarar o fato social de que o uso de drogas é a realidade cotidiana de grande parte das cidades brasileiras, devemos perder o medo de aproximar o dependente químico da sociedade.

responsabilidade pelo tratamento ou outras formas de atuação. A esperança na capacidade humana de superação move a maioria dos familiares destes dependentes, e se constitui numa pedra angular no sucesso do tratamento, independente da meta que se deseja atingir (redução de danos ou abstinência).

É de suma importância também que os profissionais de saúde se conscientizem do impacto negativo que a não abordagem do problema da dependência química na atenção básica causa aos orçamentos dos serviços de saúde. Equipes do Programa Saúde da Família - PSF são de extrema importância na abordagem inicial de casos de dependência química, contando com informantes-chave para mapear os locais de grande consumo e organizando lideranças comunitárias nas ações de prevenção. A mobilização local de igrejas, associações comunitárias, empresas, no intuito de organizar redes de apoio e disseminação de informações podem fazer toda a diferença.

Em relação ao trabalho do CAPS-AD de Sobral, o que fica é a sensação do muito que há ainda a ser feito, principalmente no sentido de dar um melhor suporte aos familiares que freqüentam o mencionado serviço. Manter a estrutura do grupo de familiares é importante, mas ações mais educativas também se mostraram necessárias, já que boa parte dos depoimentos que apareceram nos grupos focais demonstra ainda um grande desconhecimento dos conceitos relativos à dependência, sem que os sujeitos envolvidos tenham se apoderado da compreensão dos fundamentos básicos do tratamento e de como enfrentar as adversidades que surgem nesta jornada.

Outra tarefa que se coloca para os profissionais do CAPS-AD é no campo institucional: a necessidade de criar um sinergismo com outras organizações, governamentais e não-governamentais, como Câmara Municipal, Conselho Municipal de Álcool e outras Drogas, Secretaria de Educação, Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos,

agregando esforços na prevenção do uso e consumo, promoção de hábitos saudáveis e tratamento das comorbidades clínicas e psiquiátricas.

Finalizando, é preciso lembrar que o trabalho interdisciplinar envolvendo o tratamento da dependência química deve se pautar por um tom de tolerante, humanismo, realismo, pragmático, corajoso e não moralista.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATISTA, N. O problema das drogas. Em: Punidos e mal pagos: violência, justiça, segurança pública e direitos humanos no Brasil de hoje. Rio de Janeiro: **Revan**, 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto Nº 93.9333 de janeiro de 1987. Critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, nº 2, 1996.

EDWARDS, G. **O tratamento do alcoolismo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

FENDER, S. A. "A importância do envolvimento dos familiares", In: SILVEIRA, D.X. E GORGULHO, M. **Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias – uma experiência do PROAD**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

GATTI, B. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. São Paulo: Loyola, 2005.

MARINHO, J.R.M. **Caracterização dos casos atendidos no CAPS-AD em seu primeiro ano de funcionamento, Sobral - CE, setembro de 2002 a agosto de 2003**. Monografia apresentada à Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/ Universidade Vale do Acaraú, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000.

RODRIGUES, M. S. P. E LEOPARDI, M. T. **O Método de Análise de Conteúdo**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

VAILLANT, G. E. **A história natural do alcoolismo revisitada**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.



CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS DE PACIENTES INTENSIVOS ATENDIDOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS - AD) DE SOBRAL - CE

CHARACTERISTICS OF THE FAMILIES OF INTENSIVE PATIENTS FROM THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER FOR ALCOHOL AND DRUG MISUSE (CAPS-AD) IN SOBRAL, CE – BRAZIL

Karen Loren Chaves Rossas 1
Maria Socorro de Araújo Dias 2
Maristela Inês Osawa Chagas 3
Giovanni Grangeiro de Araújo 4

RESUMO

Na atualidade o uso de drogas psicoativas assumiu um caráter abusivo, manifestando-se como um sério problema da saúde pública em todo o mundo. Este estudo objetivou caracterizar as famílias dos pacientes intensivos atendidos no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) no município de Sobral-CE. Esta pesquisa, de cunho exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, foi realizada no CAPS-AD de Sobral – Ceará em Julho de 2006 com nove familiares de pacientes atendidos neste serviço. Conjugamos os instrumentos de coleta de dados: grupo focal, formulário e roteiro de acolhimento utilizado pelo serviço. Para fins de análise, seguimos os princípios da análise temática. As respostas sinalizaram para um dissenso na compreensão do fenômeno da dependência, sobressaindo: dependência como processo gradual; influência de entidades sobrenaturais; agressividade, acidentes e envolvimento com atitudes ilícitas; hereditariedade e influências familiares; álcool e inalantes como drogas que mais trazem prejuízos ao usuário.

Palavras-chave: Família; Saúde Mental; Dependência Química.

ABSTRACT

Nowadays the use of psychoactive drugs has taken on an abusive character, representing a serious problem of public health throughout the world. This study had the objective of describing the characteristics of families of intensive patients from the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drug Misuse (CAPS-AD) in Sobral, Ceará - Brazil. It was an exploratory-descriptive search with a qualitative approach, carried out at CAPS-AD in Sobral – Ceara, with nine relatives of intensive patients from CAPS-AD performed in July 2006. Data were collected using the following instruments: focal group, form and reception guidelines used by the service. Analyses were performed following the principles of thematic analysis. The results showed dependence as a gradual process; the influence of supernatural entities; aggressiveness, accidents and involvement with illegal attitudes; heredity and family influence, alcohol and solvents as drugs that cause more damage to the user.

Keywords: Family; Mental Health; Chemical Dependency.

- 1 - Enfermeira da Unidade Mista de Saúde de Sobral-CE. Especialista em Saúde Mental pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).
- 2 - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Diretora Presidente do Instituto para o Desenvolvimento de Tecnologias em Saúde da Família (IDETSF)/Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS).
- 3 - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Diretora administrativa-financeira do Instituto para o Desenvolvimento de Tecnologias em Saúde da Família (IDETSF)/Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS).
- 4 - Psiquiatra. Professora Substituto do Curso de Medicina de Sobral da Universidade Federal do Ceará (UFC).

1. INTRODUÇÃO

Na atual conjuntura centrada na globalização, nos deparamos cotidianamente com problemas que seguramente irão intervir no bem-estar da coletividade. Na ressonância desta problemática, destaca-se o uso, o abuso e a dependência de substâncias psicoativas como maneira de dissimular ou transpor as vivências diárias conflituosas, bem como a obtenção de prazer.

Há de se ressaltar ainda, o uso de drogas psicoativas por uma parcela bastante suscetível da população, que são as crianças e adolescentes, onde a experimentação inicia cada vez mais precocemente, configurando-se como um grave problema político, econômico e social. O consumo indiscriminado de substâncias psicoativas incluindo o álcool, além de trazer prejuízos ao indivíduo que a consome, concatena graves e persistentes conflitos que podem afetar consideravelmente às relações familiares. Levando em consideração que a família corresponde ao ambiente imediato do usuário e desta forma, congrega todas as tensões e violências, esta problemática é vivenciada em última análise, por todos os familiares.

Apesar da tão anunciada crise da família noticiada pela mídia nas últimas décadas, pode-se notar uma crescente valorização da necessidade de relações familiares autênticas, já que a maioria das pessoas compreende atualmente cada vez mais, a família como núcleo de apoio, referência e sociabilidade.

Centrando na problemática do dependente químico, na convivência com um membro familiar com estas implicações, há de se avaliar a possibilidade de co-dependência por parte dos outros integrantes da família. Sob este prisma, os profissionais que trabalham na área da saúde atendendo a clientela com transtornos por uso de álcool ou outras drogas vêm acentuando a importância do contexto onde se dão as relações familiares, bem como a realização de um tratamento simultâneo ao do usuário, uma vez que é incontestável a importância do apoio familiar na recuperação do dependente químico e, conseqüentemente no êxito do tratamento.

Uma das principais áreas a receber o impacto causado pelo uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas é a área da saúde. Muitos e diversificados são os problemas relacionados à saúde da população e qualidade de vida, que tem elevado de modo significativo os custos sociais, demandando atuações urgentes e eficazes por parte dos diferentes

segmentos do governo e sociedade civil organizada. O consumo de substâncias psicoativas traz conseqüências clínicas como psiquiátricas para seus usuários.

Neste sentido, as atuações do governo para o tratamento de dependentes destas substâncias passaram a integrar a rede de atendimento na área da saúde mental, passando a ser incluída no processo da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária.

O desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família nos últimos anos e nos novos serviços substitutivos em saúde mental – especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – marca um processo indiscutível da política do SUS. Esse avanço na resolução dos problemas de saúde da população por meio da vinculação com equipes e do aumento de resolutividade propiciado pelos serviços substitutivos em crescente expansão não significa, contudo, que tenhamos chegado a uma situação ideal, do ponto de vista de melhoria da atenção (BRASIL, 2004).

É, embasada nestas proposições que a cidade de Sobral, município localizado na região noroeste do Estado do Ceará, tem demonstrado grande interesse em aplicar este novo modelo de atenção à saúde mental desde a reorganização dos serviços de atenção à saúde, viabilizada com a execução do primeiro Plano Municipal de Saúde em 1997, tendo como bandeira os princípios doutrinários e organizativos do SUS de universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização e participação popular.

Este novo modelo de fazer saúde tem como Estratégia a Saúde da Família, apontando para a valorização de tudo o que interfere com o indivíduo, com o contexto de sua existência e suas relações com a família, o meio social e os profissionais de saúde. Assim, o indivíduo e sua família não são somente objetos de trabalho neste processo, mas também sujeitos, parceiros e co-responsáveis pelos serviços de saúde e pelo seu pleno e apropriado funcionamento (ANDRADE E MARTINS JÚNIOR, 1999).

O município de Sobral vem se destacando no âmbito nacional no trato da problemática da saúde mental, contando com uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental – RAISM, que engloba a atuação de 48 equipes da Estratégia em Saúde da Família

O consumo indiscriminado de substâncias psicoativas incluindo o álcool, além de trazer prejuízos ao indivíduo que a consome, concatena graves e persistentes conflitos que podem afetar consideravelmente às relações familiares...

(ESF) e de outros dispositivos: um Centro de Atenção Psicossocial II, um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS-AD), um Serviço Residencial Terapêutico e uma Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral. Segundo a proposta da RAISM, cabe a ESF o acolhimento, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais mais prevalentes na sua área de atuação, avaliação dos casos durante a preceptorial de psiquiatria na unidade básica de saúde e encaminhamento dos casos mais graves para os outros dispositivos da RAISM.

Esta evolução na área da saúde mental diferencia-se do atendimento que era realizado no manicômio, sendo este caracterizado pela exclusão e o exercício da não-cidadania de seus internos. No caso do município de Sobral-CE, após denúncias de práticas freqüentes de violência contra pacientes, houve o descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes, em 10 de julho de 2000 e seu fechamento, depois de constatado a morte do paciente Damião Ximenes Lopes, que tomou repercussão nacional e internacional.

Deu-se então a concretização da Reforma Psiquiátrica no município de Sobral, estruturada a partir dos princípios gerais do movimento brasileiro e mundial de reforma psiquiátrica.

A casa de repouso Guararapes funcionava desde 1974 no município de Sobral, sendo cenário de diversas contrariedades como: internamentos inadequados, perda de direitos individuais e coletivos, funcionários desqualificados, prática de violências e maus tratos com os pacientes, exclusão, cronificação de patologias, etc. Esta situação era percebida em outros hospitais psiquiátricos no país, configurando-se como um ambiente manicomial no qual imperava o *apartheid social e familiar* e instituição segregadora dos indivíduos, relegando seus internos a toda sorte de abusos e exercício da não-cidadania.

Deu-se então a concretização da Reforma Psiquiátrica no município de Sobral, estruturada a partir dos princípios gerais do movimento brasileiro e mundial de reforma psiquiátrica. Nesse sentido, este estudo pretende identificar o conhecimento sobre a dependência química

dos familiares dos pacientes intensivos atendidos no CAPS-AD de Sobral-CE, bem como investigar as competências desses familiares para o cuidar de pessoas com dependência química.

2. METODOLOGIA

Esta pesquisa foi de cunho exploratório-descritivo, com uma abordagem qualitativa. Os estudos exploratórios caracterizam-se por formularem questões ou apresentarem um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses; aumentar a familiaridade do pesquisador com o ambiente, fato ou fenômeno, para realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos (LAKATOS E MARCONI, 1991).

Os pressupostos que definem esta modalidade de estudo guardam consonância com o objeto de investigação em voga, uma vez que é nosso intuito caracterizar as famílias dos pacientes intensivos atendidos no CAPS-AD em Sobral, objeto antes inexplorado. Quanto às fontes de coleta de dados, este estudo pode ainda ser classificado como um estudo documental, uma vez que no processo de análise utilizaram-se informações oriundas do prontuário dos pacientes.

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial ao usuário de Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) dispositivo da Rede de Atenção Integral em Saúde Mental (RAISM) que atende aos municípios de Sobral, Massapê e Forquilha, oferecendo assistência aos indivíduos que sofrem de transtornos decorrentes do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas.

Constituíram-se como sujeitos desta investigação nove familiares de pacientes intensivos atendidos no CAPS-AD de Sobral. Por familiares adotamos o seguinte critério: guardarem laços de consangüinidade de primeiro e segundo grau (pai, mãe, irmãos, filhos e equivalentes a estes). A terminologia 'pacientes intensivos' refere-se aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitam de acompanhamento diário, conforme disposto na Portaria nº. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.

Os critérios de inclusão incluíram a participação do paciente nas atividades de terapia ocupacional e salvaguardando os princípios da bioética, a anuência dos familiares destes, conforme explicitados no item referente aos aspectos éticos.

No mês da coleta de dados (julho de 2006) 15 pacientes estavam inseridos nas atividades da terapia ocupacional. A população do presente estudo foi representada pelos familiares desses 15 pacientes que foram convidados por

...as respostas sinalizaram para um dissenso na compreensão do fenômeno da dependência, sobressaindo: dependência como processo gradual; influência de entidades sobrenaturais...

meio de convite verbal e escritos, realizados pelo pesquisador e a amostra foi representada por 09 destes familiares.

Para alcance dos objetivos propostos optamos por conjugar os instrumentos de coleta de dados: grupo focal e o roteiro de acolhimento utilizado pelo serviço. O grupo focal foi utilizado para apreender os conhecimentos dos familiares acerca de dependência química, bem como desvendar os modos de cuidar de pessoas com dependência química.

Foram realizados dois grupos focais. Para atender aos princípios dos grupos focais direcionamos o primeiro grupo focal para o fenômeno da dependência química e o segundo para o cuidar do dependente químico. Cada grupo focal teve a duração de cerca de uma hora, com três questões norteadoras, sendo apresentadas de maneira clara e objetiva e discutidas em seguida pelos familiares. Vale ressaltar que tanto o ambiente selecionado para realização do grupo focal (sala de terapia ocupacional e realização de grupos) quanto o pesquisador (integrante da equipe do CAPS-AD) já são conhecidos dos familiares.

Para apreender com mais profundidade o fenômeno estudado, recorreremos ao roteiro de acolhimento utilizado no CAPS-AD. O referido roteiro é preenchido quando o paciente ingressa no serviço, pelo profissional que o acolhe e faz parte de rotina do serviço. As informações contidas neste roteiro permitiram caracterizar o histórico da dependência dos pacientes e suas implicações no âmbito pessoal/familiar e social.

Tomando em consideração as premissas de Minayo (1999), buscamos compreender o fenômeno em investigação por meio de uma função heurística diante o material coletado, refletindo acerca das "provas" apreendidas no campo, buscando assim, ampliar o nosso olhar acerca das características

das famílias dos pacientes intensivos do CAPS-AD de Sobral por meio da apreensão de significados. Para fins de apresentação dos resultados e análise, seguiremos os princípios orientadores de Minayo (1999) para análise temática.

Esta pesquisa foi norteadada pela Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre pesquisa envolvendo seres humanos, a qual se caracteriza como uma pesquisa que individual ou coletivamente, envolve o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou a partir deles, incluindo o manejo de informações ou materiais. Ainda, foi incorporado os quadros referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo envolve categorias analíticas, as quais permitem desvelar o conhecimento e a participação da família no processo de cuidar.

3.1. Dependência Química: Concepções dos Familiares dos Pacientes Intensivos

De forma geral, as respostas sinalizaram para um dissenso na compreensão do fenômeno da dependência, sobressaindo: dependência como processo gradual; influência de entidades sobrenaturais; agressividade, acidentes e envolvimento com atitudes ilícitas; hereditariedade e influências familiares; e a visão do álcool e os inalantes como as drogas que mais trazem prejuízos ao usuário.

Na análise dos discursos dos familiares, percebe-se uma compreensão confusa do fenômeno da dependência química, havendo uma dicotomia no tocante ao seu entendimento. Alguns pesquisados referem à compreensão desta problemática como, decorrente exclusivamente da livre vontade do usuário em fazer uso de álcool e/ou substâncias psicoativas. Outros relataram compreender este fenômeno como uma doença, necessitando de tratamento.

Nesta lógica, percebe-se um conhecimento insuficiente acerca da dependência química por parte dos familiares dos pacientes intensivos do CAPS-AD, representando um reflexo do desconhecimento da sociedade sobre esta problemática.

"Eu tenho medo, eu brigo com ele, [bebe] é porque ele quer, é só não querer, quando oferecer é só sair, não tá pregado, pode ir embora".

"A dependência química é o vício da droga e da bebida, das duas coisas, porque ele começa a beber, depois termina nas drogas, aí ele fica terrível, não obedece ninguém".

A partir dos relatos percebe-se que o fator expresso pela

família como atenuante do seu desconhecimento reside no entendimento do usuário como único responsável pela fármaco-dependência. Assim, a compreensão da dependência química ainda necessita ser melhor explicitada para estes familiares, bem como para a sociedade.

Relativizando esta “incompreensão” dos familiares acerca da dependência, ecos sinalizam para a compreensão desta como um processo gradual. Assim, identifica-se uma visão mais elaborada do fenômeno, ao compreendê-lo como um processo gradual e que envolve outros aspectos, além dos pessoais. Os discursos a seguir, apresentam esta conotação.

“Ele se torna um viciado assim, porque ele vai, por exemplo, tem um tipo de droga, seja ela qual for, ele vai, usa a primeira vez, aí pronto, aí ele gostou, aí ele continua. A tendência é ele se acompanhar de quem usa, o dia a dia, aí pronto, aí ele fica dependente”.

“Toma o primeiro gole, uma dosesinha, parte para a segunda, escondido, longe do pai e da mãe, quando a gente vai saber tá com tempo, quase sem jeito, porque o álcool é uma doença”.

Outra característica que surgiu decorre da compreensão da dependência química pela influência de entidades sobrenaturais. Esta compreensão permite a análise que, na ausência de explicações racionais que propiciem o entendimento do processo da dependência química, surgem explicações eminentemente transcendentais, atribuídas a seres sobrenaturais.

“Uma vizinha diz que é encosto que tá nele, por isso ele faz essas coisas”.

“eu acredito nos espírito, eles mandam a gente fazer coisa ruim e meu filho sofre disso”.

“Ele fica lá deitado e acha graça, conversa só, eu falo para ele rezar para afastar essas coisas de perto dele e ele fica só achando graça, faz careta”.

Estudos realizados por Oliveira (2002) com pacientes portadores de esquizofrenia revelaram que alguns indivíduos se reportam para o contexto da espiritualidade para explicar ou suportar as dificuldades da convivência. Destaca-se ainda na concepção dos familiares a relação

Estes relatos refletem que, além das experiências violentas experimentadas, há a identificação do uso de substâncias psicoativas com atitudes ilegais, havendo um caráter de periculosidade, imprevisibilidade, necessitando de vigilância constante.

entre dependência química e periculosidade, explícita por meio de agressividade, potencialidade para acidentes e envolvimento com atitudes ilícitas.

A existência de atitudes conflitivas no seio familiar, caracterizados pela manifestação de agressividade por parte do dependente químico é explicitada em vários momentos das falas dos pesquisados.

“É um caso complicado, entrou nas drogas, bebida, fazendo coisa errada, furto, roubo, essas coisas... droga é destruição, destrói ele mesmo, destrói a família, os amigos se afasta, todo mundo sofre, né?”

“Ele bebe, não obedece ninguém, briga com o irmão, fica louco, louco. Aí eu passei a ser mais doída que ele. Bebida faz mal pra ele e pra mim, ele bebe, fica louco dentro de casa, quem sofre é eu”.

“Eu ia buscar ele nos bar, ele frexava na mim, dava na mim, dizia as coisas comigo, dizia que ia me matar”.

“Quando saía, vinha bêbado, quebrando tudo, querendo me matar, matar o irmão e o padrinho correndo com medo dele”.

“Ele já foi atrolelado duas vezes, mas também, tava bêbo no meio da rua, aí os carro pegaro ele”.

Estes relatos refletem que, além das experiências violentas experimentadas, há a identificação do uso de substâncias psicoativas com atitudes ilegais, havendo um caráter de periculosidade, imprevisibilidade, necessitando de vigilância constante.

A noção de imprevisibilidade e periculosidade vem a explicar o medo, que de um modo geral, as pessoas expressam

Entre adultos, as longas jornadas de trabalho, execução de tarefas muito estressantes e o isolamento social são também fatores que demonstram relação com um maior uso de substâncias psicoativas.

em relação ao usuário de substâncias psicoativas, medo muitas vezes fundado na ausência de explicação lógica para uma conduta diferente do habitual, da grande maioria da população.

Como foi mencionado anteriormente neste estudo, Nery Filho e Torres (2002) afirmam que, de uma maneira abrangente, há uma associação por parte dos indivíduos entre o uso de drogas e comportamentos violentos, agressividade, atitudes ilegais, prejuízo no trabalho e em atividades escolares. Os autores ainda acrescentam que na realidade, a maioria dos indivíduos faz uso de substâncias psicoativas ocasionalmente, e o uso destas não vem acompanhado de problemas. No Brasil, alguns estudos referem um percentual inferior a 10% dos indivíduos que experimentaram em algum momento da vida uma substância psicoativa que, farão futuramente um consumo mais regular.

De acordo com Seibel e Toscano Jr. (2001), é inquestionável o vínculo existente entre os acidentes de trânsito e ingestão de álcool dos condutores, principalmente ao se considerar que a velocidade de percepção e reação é alterada pelo álcool.

A hereditariedade e influência de familiares também foi mencionado nas falas dos participantes, como fator de influência no consumo de substâncias psicoativas.

“Meu marido só vivia bêbo, eu pedia para ele não beber na frente do meu filho não, pedia pra deixar desse negócio de bebida e ele dizia que não deixava a bebida e que eles iam beber junto com ele”.

“O álcool é uma doença, não tem cura, a pessoa nunca deixa de beber, eu também já bebi, faço parte dos alcoólicos anônimos, eu sei que a bebida é uma doença, que é difícil, eu deixei, agora falta meu filho”.

“Tem outro irmão que ta bebendo também, é outra destruição na família”

De acordo com Nery Filho e Torres (2002), os estudos demonstram que o consumo de drogas pelos pais influencia o consumo de drogas pelos filhos. Entre adolescentes, a necessidade de trabalhar e a desestruturação familiar são fatos associados a um maior consumo de substâncias psicoativas. Entre adultos, as longas jornadas de trabalho, execução de tarefas muito estressantes e o isolamento social são também fatores que demonstram relação com um maior uso de substâncias psicoativas.

Conforme Figlie (2004), filhos de indivíduos com dependência química demonstram risco aumentado para transtornos mentais, desenvolvimento de problemas emocionais e prejuízo em atividades escolares. Dentre os transtornos psiquiátricos, apresentam um risco aumentado para o consumo de substâncias psicotrópicas em comparação com crianças cujos pais não são dependentes, sendo que filhos de dependentes de álcool têm um risco aumentado em quatro vezes de se tornarem indivíduos dependentes de álcool na fase adulta.

Durante a discussão da temática da dependência química com os familiares, houve verbalizações referentes à identificação da droga que mais traz prejuízo ao usuário, como sendo o álcool e inalantes.

“Acho que a droga que mais prejudica é a bebida, o álcool. No caso do meu filho é o álcool. A maconha ele fica mais quieto, mas com a bebida ele quer mexer nas coisas alheia”

“O álcool é mais ruim, meu filho passava de três dias fora de casa, só bebo, caído pelas calçada, eu procurava ele em todo canto até achar”

“É ruim também a cola, ela vai direto para o cérebro. A maconha prejudica, mas a cola é pior. Quando cheira, bagunça tudo”.

“Cola e solvente é ruim, mais cheio de problema, nem a mãe ele respeita não, tando com a droga na cabeça”.

Olievenstein (1998) adverte que o álcool constitui uma droga que mais mata e leva muito mais indivíduos à loucura do que qualquer uma das drogas que tanto apavoram a sociedade, sendo necessário alardear a hipocrisia de uma sociedade que tolera e encoraja o uso de etílicos, embora seja sabido de suas complicações físicas, psicológicas e sociais.

3.2. Cuidando de Familiar com Dependência Química: Possibilidades e Limites

Das discussões que se deram acerca do cuidado desenvolvido pelo familiar dos pacientes intensivos, emergiram algumas considerações que podemos categorizá-las em: mulheres, cuidadoras do dependente; aconselhamento, o carinho e as orações; e o CAPS-AD como parte rede social de apoio.

A partir dos relatos, verificou-se que as mulheres são as maiores cuidadoras do dependente, recaindo sobre a figura feminina o cuidado e orientação ao paciente, sobretudo as mães, sendo na maioria das vezes um trabalho solitário, sem o apoio de outros membros do grupo familiar.

“Eu que tomo conta dele, porque o padrasto não aceita o menino, vê as condições do menino, doente, teve internado, ele ainda num aceita o bichim.”

“Eu criei meus três filhos sem pai, sozinha, mas Deus em livre, trocar meu filho por home que não me dá valor. Meus filho tão criado, tudo casado, só o (----) que precisa de mim”.

“Quem cuida é eu mesmo. Só eu e o pai dele. O pai dele sai cedo pra trabaia no mercado e eu que resolvo tudo. Os irmão nem se preocupa, nem ligo pra ele,, não conversa, não pergunta nada, pra eles, ele não é ninguém.”

“Eu cuido dele, sou o pai e a mãe dele, tudo sou eu quem resolve, alimentação, medicamento, problema”

Nesta pesquisa as mães tiveram uma participação maior no grupo, e em segundo lugar, as pessoas que estão geralmente, ligadas diretamente no tratamento dos dependentes.

As falas dos pesquisados evidenciam também a estreita relação com o imaginário sobre o papel primordial da família: reprodução da espécie, criação e socialização dos filhos, bem como a transmissão essencial do patrimônio cultural.

“Eu dô a alimentação dele, me preocupo com ele,cuido dele, né? Os outros nem aí, eu que dô conselho, ele fica lá deitado, aí eu chego e converso com ele, graças a

Deus ele até ta se alimentando bem e dormindo”.

“Cuido como eu posso, agora com essa medicação, né? Ele tá se alimentando melhor e às oito horas já tá dormindo, tá tomando direitinho a medicação”.

Estas autoras ainda destacam que, ao se mencionar a relevância social da família, todos são unânimes em reconhecer-lhe o seu alto grau de relevância. Ela normatiza o comportamento de seus componentes, regulamenta os direitos e os deveres da prole, incluindo a educação e a responsabilidade com a saúde.

As evidências de contribuições da família no cuidado dos pacientes intensivos recaem sobre o aconselhamento, o carinho e as orações.

“Eu acho que é conversando, dando conselho e carinho, né? Todo negócio dele é comigo, tudo me procura”.

“Rezo muito pra Deus proteger ele, rezo todo dia.”

“Primeiro precisa de Deus, depois a família trazer pro tratamento e cuidar dele em casa.”

“Eu acho que é acompanhando o paciente, pedindo ajuda pros médico que cuida dele, porque tem momento da vida , que a gente sozinho não resolve nada”.

Merece destaque ainda na constituição da rede social de apoio o CAPS-AD. Assim, o se categorizar os relatos, foi indubitável a confiança que os familiares depositam nos profissionais do CAPS-AD, bem como reconhecem a necessidade de também receberem suporte.

“A gente só, é muito difícil. Lá em casa é só eu, eu e os médico daqui e do hospital”.

“Quem cuida do (-----) é eu e os médico do caps”.

“Quando tô aflita, acho socorro é aqui, a solução é aqui. Quando chego, encontro atindimento, graças a Deus”.

“Passei muita dificuldade, ele bebia muito, era agressivo, quem sofria mais era eu, sozinha, né ? Eu não sabia o que fazer, aí ele foi pro Dr Estevam. Deus ajudou, quando ele saiu de lá, veio par cá. Aí eu encrontei ajuda. A ajuda é aqui. A gente tem que ter um acompanhamento.”

“Antes, era caído na rua ou internado no Dr. Remo, agora ele vem pra cá e eu venho, só acompanha”.

Estes relatos são eloqüentes, ao evidenciarem o rompimento com as intervenções tradicionais, pautadas em ações programáticas no indivíduo, desconsiderando uma visão

ampliada do grupo familiar e não apenas de um membro isoladamente.

De acordo com a análise dos relatos, ressalta-se a revalidação da proposta da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, representando o CAPS-AD um serviço que visa atender aos pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, estimulando sua integração social e familiar, apoiando os pacientes na busca de autonomia, oferecendo atendimento médico e psicológico.

Dessa forma, evidencia-se que os pressupostos da Reforma Psiquiátrica estão sendo alcançados, ao passo que os pacientes e seus familiares sentem-se acolhidos e apoiados pelos profissionais do serviço, buscando o CAPS-AD em todas as circunstâncias, sobretudo as ocasiões conflitivas.

4. CONCLUSÕES

Na busca de desvendar alguns aspectos da compreensão do fenômeno da dependência química para os familiares dos pacientes intensivos, bem como dos limites e possibilidades no cuidar do dependente químico, apresentamos, a seguir algumas inferências a termo de considerações e contribuições deste ensaio investigativo.

Evidenciou-se um conhecimento insuficiente por parte dos familiares no tocante à dependência química, sendo fortemente influenciados pela cultura de uma sociedade do aparente, do superficial, que não tem se preocupado em investigar e divulgar amplamente este fenômeno, bem como vem se mostrando ao longo do tempo, como uma sociedade de mensagens contraditórias no tocante ao vício: deve-se comer, porém não se tornar um gordo, deve-se beber, entretanto, não se tornar um bêbado, dentre outros.

Conforme o explicitado ao longo do estudo, as duas drogas que mais matam são legalizadas e disponíveis ao grande público em qualquer contexto social, sendo necessário à adoção de uma série de medidas de orientação quanto a esta problemática, sobretudo no tocante ao público adolescente, bem como um rigor maior em sua comercialização e propaganda veiculada nos meios de comunicação.

Podemos citar vários fatores como estimulantes do consumo de álcool em nossa sociedade: controle ineficaz de vendas para os jovens; a veiculação pelos meios de comunicação de uma relação entre o álcool e a liberdade; o estímulo social ao consumo de álcool, dentre outros. Embora o álcool apresente conseqüências

extremamente destrutivas, seu consumo faz parte de um ritual de passagem da infância para a vida adulta, sendo o seu consumo estimulado socialmente.

Ressalta-se ainda que, no tocante às bebidas alcoólicas, o consumo elevado e os problemas decorrentes ainda são tratados pelo poder público como um fato isolado, cujas medidas de intervenção são ainda incipientes. No Estado do Ceará, poucas cidades dispõem de serviço para o tratamento da dependência química que trate do fenômeno de maneira clara e busque a permanência do dependente químico em sua família e comunidade, excetuando é claro, em situações de crise.

Há de ponderar que, embora no imaginário da população seja necessário o tratamento do dependente químico em locais fechados, a política "ideal" de tratamento, uma vez que o objetivo primordial deve ser a inclusão social, constituiu-se naquela que consegue manter o paciente integrado na comunidade em que está inserido, baseando-se na necessidade de cada região e estabelecendo estratégias a serem utilizadas no decorrer do tratamento.

Evidenciou-se um conhecimento insuficiente por parte dos familiares no tocante à dependência química, sendo fortemente influenciados pela cultura de uma sociedade do aparente, do superficial...

Assim, abordar a questão do consumo de substâncias psicoativas, tanto lícitas quanto ilícitas, implica buscar compreender a gama de relações que se processam em nossa atual sociedade, suas representações e significados, bem como a história de vida do indivíduo e outros fatores subjetivos, como a relação do sujeito com a droga. É importante refletir sobre o lugar que a droga ocupa na vida do usuário e a interação sujeito, droga e sociedade. Dessa forma, há de se considerar a dimensão concebida ao sujeito e ao contexto sócio-cultural.

Dessa forma, a intervenção junto ao dependente químico, cuja história de vida geralmente está marcada por intensos sentimentos de abandono, desavenças, desconfianças, mágoas e distanciamento dos modelos institucionais da

sociedade, pressupõe uma proposta diferenciada, em que a intervenção seja ausente de pré-conceitos e pré-noções, privilegiando o respeito à subjetividade de cada um, e as peculiaridades do caso, traçando um projeto terapêutico exequível, sempre de acordo com o próprio usuário.

Dentro desta compreensão, pode-se vislumbrar um caminho que começou a ser trilhado, ao se implantar um CAPS-AD na cidade de Sobral, entretanto há de se avançar muito em diversas direções, como: o estabelecimento de mais parcerias, a busca pela resignificação de concepções tradicionais sobre a dependência química, acesso à informação a população, intensificação de ações educativas, o fortalecimento de vinculação com a família dos pacientes, medidas restritivas mais severas em relação ao consumo de álcool e tabaco, dentre outros.

Por estes motivos, o envolvimento da família no processo de acompanhamento junto ao CAPS-AD, de no mínimo, um familiar do paciente é imprescindível. Assim, é necessário haver a identificação de um familiar para acompanhar o tratamento, tanto no que tange ao suporte emocional, como de orientação, administração da medicação e no manejo de situações conflituosas ou em recaídas.

A relevância dos resultados apreendidos neste estudo consiste em desvendar pré-conceitos e pré-noções por parte dos familiares acerca da dependência química, bem como agrupar saberes acerca do fenômeno em tela, fornecendo a possibilidade de refletir e direcionar ações de prevenção e tratamento, bem como nos oferece subsídios que podem abrir caminhos para o redirecionamento de outras políticas públicas em nosso município, sobretudo no que tange às ações da atenção básica.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L.O.M; MARTINS JUNIOR. T. Saúde da Família: Construindo um novo modelo. A experiência de Sobral. **SANARE** – Revista Sobralense de Políticas Públicas. Sobral, nº. 1, p. 07-17, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde mental 1990-2004**. 5a ed. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. 1ª ed. Brasília, 2004.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto Nº 93.9333 de janeiro de 1987. Critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, nº 2, 1996.

FIGLIE, N. B. O Tratamento da Família na Dependência Química. Universidade Federal de São Paulo. Departamento de Psiquiatria, 2004. Disponível em: http://www.adroga.casadia.org/codependencia/codependencia_tratamento_familia_dependencia.htm. Acesso em 17 de outubro de 2005.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 1991.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 6a ed. Rio de Janeiro: Vozes. 1999.

NERY FILHO, A.; TORRES, I. M. A.P. **Drogas: Isso lhe interessa?** Salvador: CETAD/UFBA/CPTT/PMV, 2002.

OLIEVENSTEIN, C. A **Droga: Drogas e Toxicômanos**. 3a. ed. São Paulo: Brasiliense, 1998.

OLIVEIRA, F. B. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2002.

SEIBEL, S. D.; TOSCANO JR. A. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.



DETERMINANTES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DAS INTERNAÇÕES DE DEPENDENTES QUÍMICOS EM UNIDADE PSIQUIÁTRICA DE HOSPITAL GERAL

SOCIAL-DEMOGRAPHIC AND CLINICAL ASPECTS OF SUBSTANCE DEPENDENCE ADMISSION AT THE PSYCHIATRIC UNIT OF THE GENERAL HOSPITAL IN SOBRAL, CE – BRAZIL

Fernando Sérgio Pereira de Sousa 1

Eliany Nazaré Oliveira 2

Olindina Ferreira Melo 3

RESUMO

A Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral (UIPHG) é uma proposta articulada ao movimento da reforma psiquiátrica. O objetivo deste estudo foi avaliar os determinantes das internações de dependentes químicos na UIPHG Dr. Estevam, em Sobral-CE. Este estudo foi do tipo documental com abordagem quantitativa envolvendo 203 clientes que foram internados na UIPHG no período de outubro de 2005 a abril de 2006. Os dados foram coletados por meio de um roteiro adaptado a partir do documento usado no momento da internação. Observou-se predomínio de pacientes do sexo masculino (95,1%), com idade entre 30-40 anos (62,5%) e solteiros (59,1%). Em 82,3% dos casos o diagnóstico da internação foi Síndrome de Abstinência do Álcool. Após alta hospitalar, 70% desses clientes foram encaminhados ao CAPS-AD. Esses resultados demonstram quão imprescindíveis são os serviços de saúde mental que enfoquem a problemática do alcoolismo.

Palavras – chave: Dependência Química; Internação Psiquiátrica; Hospital Geral.

ABSTRACT

The General Hospital Psychiatric Unit (GHPU) is a kind of service that is integrated to the psychiatric reform movement. The aim of this study was to evaluate the causes of substance dependence admission at the GHPU from Sobral-CE. This is a documental study with a quantitative approach involving 203 patients who were admitted at the Dr. Estevam Hospital GHPU from October 2005 to April 2006. Data were collected from a document filled during admission process at the GHPU. 95.1% of the sample was represented by men, age range 30-40 years (62.5%) and single (59.1%). The alcohol withdrawal syndrome was the main admission cause (82.3%). After leaving the GHPU 70% of the sample was conducted to aftercare at CAPS-AD. These results provide preliminary evidence for the need of mental health services which emphasize alcohol dependence problem.

Keywords: Chemical Dependence; Psychiatric Admission; General Hospital.

1 - Enfermeiro do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Geral/Sobral-CE).

2 - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

3 - Farmacêutica-Bioquímica. Mestre em Bioquímica pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Especialista em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/UVA. Especialista em Administração Hospitalar e Serviço Público-UNAERP.

1. INTRODUÇÃO

O modelo psiquiátrico institucional, com características de prisão e cronificação, sempre negaram as dimensões psicológica e social do usuário. A análise dessa prática manicomial pôs à amostra a sua ineficiência no cuidado tanto daqueles que sofrem de transtorno mental, quanto daqueles que consomem de forma abusiva o álcool e outras substâncias psicoativas (OLIVEIRA et. al., 2001).

O Brasil tem tomado consciência da necessidade de arregimentar forças para o enfrentamento do grave problema do abuso e dependência de substâncias psicoativas (GOMES, 2004). De acordo com o Ministério da Saúde, uma nova rede de atenção à saúde mental deve substituir o modelo hospitalocêntrico por serviços diversificados e de qualidade que incluem unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental, regime hospital-dia, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços territoriais que funcionem 24h, pensões protegidas, lares, abrigos, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão e a sua aceitação dentro da comunidade.

Neste aspecto, ocorreu recentemente em Sobral, município localizado na Região Norte do estado do Ceará, uma convergência de esforços governamentais para a implantação de uma rede de atenção à saúde mental que congregasse os diversos equipamentos de saúde existentes no município, em todos os níveis de assistência preconizados (FERREIRA-JÚNIOR, 2003).

*Após a implantação
dessa nova rede, a
atenção à saúde mental
em Sobral renasce para
promover a saúde e
resgatar a cidadania
dos portadores de
transtornos mentais.*

A Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral atualmente é estruturada da seguinte forma: Equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF, ambulatório de psiquiatria no Centro de Especialidades Médicas - CEM, Unidades de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral - UIPHG, Serviço Residencial Terapêutico - SRT, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e mais recentemente o Centro

de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas - CAPS-AD. Após a implantação dessa nova rede, a atenção à saúde mental em Sobral renasce para promover a saúde e resgatar a cidadania dos portadores de transtornos mentais.

A UIPHG foi criada com o objetivo de garantir uma retaguarda para a urgência psiquiátrica, observação e internação de portadores de transtorno mental em estado de grave crise psíquica, provenientes do município de Sobral, bem como de todas as cidades da Região Norte do estado do Ceará aqui referenciadas.

O CAPS-AD foi implantado em setembro de 2002 com o objetivo de atender à demanda específica da dependência química, não só em nível especializado de tratamento, mas também, em nível primário de saúde, prevenção, estudo e pesquisa.

Além do ônus social, a dependência química também traz elevados custos financeiros para a sociedade. Segundo o Ministério da Saúde, os gastos com internações psiquiátricas associadas ao abuso de substâncias psicoativas ultrapassaram os valores de R\$ 310 milhões no triênio de 1995-96-97, representando uma das cinco primeiras causas de internação hospitalar no país (BRASIL, 2003).

Diante deste quadro, a UIPHG e o CAPS-AD tornam-se serviços de fundamental importância para o município de Sobral. Esses setores atuam não somente no campo do tratamento e reabilitação, mas também em nível primário de saúde, na atenção, prevenção e educação da população sobre a problemática da dependência química, estando em consonância com a Normatização dos Serviços de Atenção a Transtornos por Uso e Abuso de Substâncias Psicoativas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003).

O objetivo deste trabalho foi avaliar os aspectos sócio-demográficos e os determinantes clínicos das internações de portadores de transtornos mentais associados ao uso de substâncias (TMUS) na Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral do Hospital Dr. Estevam no município de Sobral-CE.

2. METODOLOGIA

Este estudo foi do tipo documental com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados a partir dos prontuários de 203 clientes portadores de TMUS com registro de internamento na Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral (UIPHG) do Hospital Dr. Estevam no período de outubro de 2005 a abril de 2006. A UIPHG, localizada no Centro da cidade de Sobral-CE, dispõe de 15 leitos em enfermaria de psiquiatria e um número variável de leitos na enfermaria de clínica médica - onde, na maioria das vezes, são internados os pacientes com transtornos relacionados

ao uso de substâncias. Estes leitos são previstos para curta permanência dos usuários, sendo indicados como último recurso para pessoas em crise, cujo atendimento na própria residência ou no serviço ambulatorial não seja possível.

O instrumento usado para a coleta de dados foi construído a partir do laudo utilizado na rotina hospitalar no momento do pedido de internação.

O estudo seguiu os preceitos éticos que regulam a pesquisa com seres humanos (Resolução 196/96), uma vez que a coleta de dados teve início após pronunciamento favorável da direção da UIPHG Dr. Estevam, feito via ofício. Firmou-se também compromisso de que as informações seriam utilizadas única e exclusivamente para fins acadêmico-científicos previstos neste estudo.

A organização e o processamento dos dados foram realizados pelo programa Epi-Info (versão 6.04.), seguido de análise quantitativa das questões presentes no instrumento usado para a coleta dos dados.

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Considerando-se as características sócio-demográficas dos clientes, observou-se que 95,1% deles eram do sexo masculino, na faixa etária entre 30 a 49 anos (62,5%) e sem vínculos conjugais (59,1%). Neste contexto, estudos sobre prevalência e incidência do uso de drogas, embora com divergências nos padrões de consumo entre os países, costumam relatar que o sexo masculino se destaca como o maior consumidor (BENIGNA, 1996; MANZANERA et. al., 2002).

...a idade usual da busca de tratamento para dependência química se dá por volta dos 40 anos...

Com relação à faixa etária, observou-se grande incidência de internações na fase adulta. De fato, como prevê Schuckit (1991), a idade usual da busca de tratamento para dependência química se dá por volta dos 40 anos, quando o indivíduo apresenta graves problemas de saúde decorrentes do uso abusivo de álcool.

Resultado semelhante ao desta pesquisa acha-se em Silva et. al. (1999), cujos estudos apontam que dois terços dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos da

cidade do Rio de Janeiro eram solteiros e não tinham ou nunca tiveram uma relação conjugal estável.

Com relação à origem dos clientes assistidos na UIPHG Dr. Estevam, 73,4 % provinham da cidade de Sobral. Os demais 26,6 % vinham de municípios circunvizinhos, sendo que destes 18,5% eram do município de Forquilha.

Quanto às características específicas da internação, observou-se que o período das internações variou entre 4 e 15 dias. Este achado reflete a preocupação em não se manter o cliente internado por longos períodos, contrastando com a prática dos antigos hospitais psiquiátricos. Como discutido na III Conferência Nacional de Saúde Mental, deve-se rever o critério de tempo de internação e garantir, por meio de supervisões institucionais e fiscalizações, que ele seja o mais breve possível, considerando a conduta psiquiátrica e avaliação realizada pela equipe multiprofissional que acompanha a pessoa assistida (BRASIL, 2002).

Com relação à re-internação, observou-se que apenas 29 clientes (14,3%) recorreram a essa prática no período avaliado. Atualmente acredita-se que o ponto-chave para a redução das re-internações seja a disponibilidade de serviços extramurais (ambulatorios, hospital-dia, oficinas protegidas etc.) que realizam de forma eficiente a farmacoterapia, a psicoterapia, a orientação, a terapia ocupacional e a reabilitação social (DALGALARRONDO, 1990).

A Tabela 1 ilustra os principais sinais e sintomas que motivaram a busca por internação na UIPHG Dr. Estevam, sendo observado em 60,6% dos clientes agitação psicomotora, agressividade, tremores, insônia, alucinações audiovisuais, delírios e sudorese.

TABELA 1 - Principais sinais e sintomas que determinaram a internação de portadores de transtornos mentais associados ao uso de substâncias na UIPHG, Sobral-CE.

Sinais e Sintomas	N	%
Agitação psicomotora, agressividade, tremores, insônia, alucinações audiovisuais, delírios e sudorese	123	60,6
Desorientação mental, episódio convulsivo, alucinações audiovisuais e delírios	42	20,7
Tremores, sudorese, vômitos e ansiedade	31	15,3
Outros	7	3,4
Total	203	100

Os sinais e sintomas de abstinência dependem do tipo de substância usada e aparecem algumas horas ou dias depois que a mesma foi consumida pela primeira vez. No caso dos dependentes de álcool, por exemplo, a abstinência pode ocasionar desde um simples tremor nas mãos a náuseas, vômitos e até um quadro de abstinência mais grave denominado *delirium tremen*, caracterizado pela presença de confusão mental, tremores intensos, agitação, hiperatividade autonômica, alterações da cognição e do ciclo sonovigilância, podendo evoluir para o óbito (SENAD, 2003).

A Tabela 2 apresenta a proporção de hipóteses diagnósticas levantadas de acordo com a 10ª Edição da Classificação Internacional de Doenças - CID 10 da OMS. O diagnóstico mais freqüente foi o de transtorno por uso de substâncias psicoativas, especificamente síndrome de abstinência alcoólica (76,3%) (CID-10 F-10.3).

TABELA 2 - Hipóteses diagnósticas responsáveis pela internação de portadores de transtornos mentais associados ao uso de substâncias na UIPHG, Sobral-CE, de acordo com 10ª Edição da Classificação Internacional de Doenças - CID 10 da OMS.

Diagnóstico	CID – 10	N	%
Síndrome de Abstinência Alcoólica	F 10.3	155	76,3
Dependência de Múltiplas Drogas	F 19.2	14	6,9
Dependência de Múltiplas Drogas + Esquizofrenia	F 19.2 + F 20.0	5	2,4
Intoxicação aguda pelo álcool	F 10.0	4	2,0
Síndrome de Abstinência Alcoólica com <i>Delirium Tremens</i>	F 10.4	4	2,0
Psicose Alcoólica	F 10.5	4	2,0
Síndrome de Abstinência Alcoólica + Transtorno Bipolar	F 10.3 + F 31.2	4	2,0
Síndrome de Abstinência Alcoólica + Depressão	F 10.3 + F 32.3	3	1,4
Dependência de <i>Cannabis</i> (Maconha)	F 12.0	2	1,0
Dependência de Cocaína	F14.0	1	0,5
Outros	—	7	3,5
Total	—	203	100

No presente estudo observou-se que o álcool é a droga mais consumida pelos clientes. No Brasil, o alcoolismo constitui-se em um grave problema de saúde pública, uma vez que de acordo com o Centro Brasileiro

de Informação sobre Drogas (CEBRID), essa condição atinge 5 a 10% da população adulta brasileira (LARANJEIRA E PINSKY, 1997).

Com relação às condições que justificaram essas internações, na Tabela 3 observa-se que 55,7% dos clientes necessitavam de tratamento clínico em virtude de complicações associadas à Síndrome de Abstinência ao Álcool (55,7%), 12,3% apresentavam o risco de complicações e 9,4% necessitavam de tratamento psiquiátrico (9,4%).

TABELA 3 - Distribuição das condições que justificaram a internação de portadores de transtornos mentais associados ao uso de substâncias na UIPHG, Sobral-CE.

Condições que Justificaram a Internação	N	%
Necessidade de tratamento clínico	113	55,7
Risco de complicações	25	12,3
Necessidade de tratamento psiquiátrico	19	9,4
Risco para si mesmo	17	8,4
Risco p/ si e terceiros	11	5,4
Risco de vida	3	1,5
Outros	15	7,4
Total	203	100

A partir desses resultados percebe-se que a principal justificativa para a internação foi o surgimento de complicações clínicas ocasionadas pelo uso abusivo do álcool. De acordo com Laranjeira (2003), as complicações clínicas proporcionam um critério da gravidade da dependência e, quando detectadas no início, podem ser tratadas e promover recuperação completa. Além disso, a existência das referidas complicações pode estimular alguns pacientes a buscar a abstinência, aceitando ficar em tratamento.

Considerando-se os profissionais médicos responsáveis por essas internações, 75,4% eram clínicos e 24,6% psiquiatras. Como discutido na III Conferência Nacional de Saúde Mental, deve-se exigir que os municípios implementem o controle de emissão de laudos para internações psiquiátricas por qualquer profissional médico (BRASIL, 2002). Vale salientar que durante o período de internação, os clientes contam com atendimento clínico sistematizado e diário da psiquiatria, em regime individual e grupal; evolução diária e cuidados gerais da equipe de enfermagem, além do acompanhamento de psicólogos e terapeutas ocupacionais (PEREIRA e ANDRADE, 2001).

Quanto ao tipo de encaminhamento após a alta hospitalar, 70% dos clientes foram encaminhados para o CAPS-AD da cidade de Sobral – CE, enquanto que em 14,3% deles não

foi possível localizar qualquer encaminhamento. Embora este fato possa se dever a um cuidado menos sistemático na unidade com os prontuários de pacientes não elegíveis para o tratamento no CAPS-AD, esse achado demanda cuidados.

4. CONCLUSÕES

A assistência psiquiátrica no mundo inteiro tem sofrido modificações profundas em seus conceitos, o que delinea novos saberes e práticas pautadas em uma assistência integral do ser humano, considerando suas potencialidades para o exercício pleno da cidadania.

O elevado número de internações determinadas pelo uso do álcool demanda cuidados e atenção, uma vez que corriqueiramente consumido no ambiente domiciliar, em festividades ou mesmo em ambientes públicos. Neste contexto, a sociedade tem um papel permissivo ao estimular o consumo dessa substância de abuso por meio de propagandas, não considerando a dependência de álcool como uma doença grave.

Desta forma, uma vez que a Reforma Psiquiátrica é um movimento que tem orientado as políticas de saúde mental no intuito de qualificar e humanizar os cuidados nesse setor, os serviços de saúde mental que têm como foco o tratamento e a reabilitação de portadores de transtornos mentais associados ao álcool e demais substâncias assumem um papel de extrema relevância no cenário atual.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENIGNA, M.J.C. Alcoolismo em Tratamento. Causas e Conseqüências. **Ciência, Cultura e Saúde**. São Paulo, nº 4, p. 75-83, 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto N° 93.9333 de janeiro de 1987. Critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, nº 2, 1996.

_____. **III Conferencia Nacional de Saúde Mental:** "Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

DALGALARRONDO, P. **Repensando a internação psiquiátrica:** A proposta das unidades de internação psiquiátrica de hospital geral. Dissertação de mestrado. Campinas, UNICAMP, 1990.

FERREIRA-JÚNIOR, A.R. **Por que sou usuário de drogas? Opinião dos adolescentes.** Monografia de Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2003.

GOMES, B. V. **Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas:** Descrevendo o funcionamento do serviço em Sobral-CE. Monografia de Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2004.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I. **O alcoolismo.** São Paulo: Contexto, 1997.

LARANJEIRA, R. **Usuários de Substancias Psicoativas:** Abordagem, diagnóstico e tratamento. 2ª ed. 2003.

MANZANERA, R.; TORRALBA, L.; MARTIN, L. Musica y drogas em la movida del fin de semana. **Revista científica-cultural-multidisciplinar bilíngüe. Adolescente latino americano**, v.3, n.1, p.14-20, 2002.

OLIVEIRA, E.N. O sistema de Saúde Mental do Município de Sobral: avanços e desafios. **Essentia:** Revista de Cultura, Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, v. 2, n.2, p. 129-145, 2001.

PEREIRA, A.A.; ANDRADE, L. O.M. Rede integral de atenção à saúde mental de Sobral-CE. In: **Saúde Loucura:** saúde mental e saúde da família. 2ª ed, São Paulo: HUCITEC, 2001.

SCHUCKIT, M. **Abuso de Álcool e Drogas.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

SENAD - **Um guia para a família.** Secretaria Nacional Antidrogas. 4ª ed, Brasília-DF, 2003.

SILVA, J.P.L.; CONTINHO, E.S.F.; AMARANTE, P.D. Perfil demográfico e socioeconômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**, v.15, n.3, 1999.



INSTRUÇÕES AOS AUTORES



Tornar *sã*, em latim, **SANARE** é uma revista do município de Sobral (Ceará), que tem por finalidade divulgar toda e qualquer experiência, prática e teórica, em políticas públicas, como forma de contribuir com o processo de elaboração e sistematização de políticas públicas voltadas para a construção de novos paradigmas, sobre gestão governamental. A revista está aberta a trabalhos de autores de todo Brasil, que uma vez encaminhados, passarão por procedimentos de seleção técnico e sigiloso, sempre preservando a integridade do(s) autor(es). O corpo editorial reserva-se o direito de adaptar ou corrigir erros de escrita ou normalização, visando o melhor aproveitamento do artigo, mas sem interferir na essência do conteúdo descrito pelo(s) autor(es).

ORIENTAÇÕES GERAIS

Os trabalhos deverão estar assinados por todos os autores, acompanhados de uma declaração de que aceitam as normas para publicação aqui descritas, assim como de um anexo contendo endereço completo, telefone para contato e endereço eletrônico. Havendo ilustrações, as legendas (fotos, gráficos, desenhos) deverão constar em uma folha separada.

APRESENTAÇÃO DE ARTIGOS

Enviar, para o Núcleo de Comunicação da Escola de Formação em Saúde da Família (**núcleo.com**), endereço localizado no verso da capa e no final dessas instruções, com as seguintes especificações: trabalhos em português, no formato **“.doc”**, compatíveis com Microsoft Word, espaço 1,5, fonte Times New Roman, tamanho **12**, papel A4, limite de **15** laudas, incluindo as referências bibliográficas. Enviar um original impresso e outro em CD. Os originais não serão devolvidos.

FOLHA DE ROSTO

Deve constar título de artigo, com versão português/inglês, nome completo do autor, com referências profissionais para a publicação e demais dados que julgar importantes, como endereço eletrônico e telefone para contato.

ESTRUTURA DO TRABALHO

· Título do Trabalho

Em português e em inglês – corpo 14 pontos com, no máximo, 80 caracteres, nome(s) do(s) autor(es), e referência à instituição a que pertence(m).

· Resumo

Todos os trabalhos em português deverão trazer o resumo composto por no máximo 150 palavras. A versão em inglês (abstract) deve acompanhar a original. O resumo deve ser elaborado com informações claras quanto ao objetivo do trabalho, metodologia empregada, os resultados obtidos e suas principais conclusões. Não fazer uso de abreviaturas.

· Unitermos

São palavras ou expressões que o autor deve utilizar para ajudar na identificação do conteúdo redigido (em português e em inglês).

· Texto

Em todos os trabalhos para publicação, o texto deve ter organização de reconhecimento fácil, com títulos e subtítulos que reflitam essa organização. O texto deve ser conciso. No caso de artigos originais o texto deverá apresentar: Título(português e inglês), Resumo, Abstract, Introdução, Metodologia, Análise e Discursão de Resultados, Conclusões e Referências Bibliográficas.

· Referências Bibliográficas

As referências deverão estar localizadas no final dos trabalhos, justificadas à esquerda e em ordem alfabética, segundo as normas brasileiras vigentes de referência da ABNT, conforme exemplos:

Livros

BOOG, M.C.F. Alimentação natural: pós e contras. São Paulo. IBRASA, 132p, 1985.

Capítulo de livro

Amâncio, O.M.S. Requerimentos nutricionais, In: NÓBREGA, F. J. **Desnutrição**: Infra-uterina e pós-natal. 2ed. São Paulo: Panamed, p.19-32, 1986.

Artigos de periódicos

LIMA, K.L.; VIANA, R.S. O teatro de rua como ferramenta para a promoção da saúde: a experiência no município de Sobral-CE. **SANARE**, Sobral, v.5, p.37-44, jan/jun, 2005.

Dissertações e Teses

WOLKOFF, D. B. **A revista de nutrição da PUCAMP**: análise de opinião de seus usuários. Dissertação de mestrado em Biblioteconomia. 131p., Faculdade de Biblioteconomia, Campinas, 1994.

Trabalhos apresentados em congressos ou similares

ZORZAL, B.S. O ciberespaço e a dinâmica do conhecimento. In: SIMPÓSIO DA PESQUISA EM COMUNICAÇÃO DA REGIÃO SUDESTE, 2001. Vitória. **Anais**. Vitória: INTERCON, 2001.



ENDEREÇO PARA ENCAMINHAMENTO DE TRABALHOS

A/C Núcleo de Comunicação e Arte (**nucleo.com**)
Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia
Av. John Sanford, 1320 - Bairro Junco - Sobral/CE
CEP 62030-000 - Fone/Fax: (88) 614.5570 / 614.5520
e-mail: sanare@sobral.org / conselhoeditorialsanare@yahoo.com.br

