

Desinstitucionalização: um desafio posto à política de Saúde Mental de Campos dos Goytacazes

Deinstitutionalization: a challenge for the Mental Health policy in Campos dos Goytacazes, RJ

Aline do Nascimento Pereira*

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, ainda em trânsito, é considerado um grande avanço no contexto da política de saúde mental por questionar e elaborar propostas visando à ruptura com o modelo clássico de tratamento, pautado no saber da psiquiatria e asilamento. Sob a perspectiva de desinstitucionalização, tais propostas são voltadas para a criação de uma rede de serviços, de base territorial e caráter multiprofissional, substitutivos ao hospital psiquiátrico. Desta forma, este artigo analisa a política de saúde mental em Campos dos Goytacazes a partir das propostas da Reforma Psiquiátrica.

The process of the Brazilian Psychiatric Reform, still under analysis, is considered a major breakthrough in the context of mental health policy as it questions and makes proposals aimed at breaking the traditional model of treatment, based on the knowledge of psychiatry and institutionalization. From the perspective of deinstitutionalization, such proposals are oriented towards the creation of a territorially based and multidisciplinary character service network, replacing psychiatric hospitals. Thus, this article analyzes the mental health policy adopted in Campos based on the proposals of the Psychiatric Reform.

Palavras-chave: Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Rede de Atendimento e Desinstitucionalização.

Keywords: Mental Health. Psychiatric Reform. Services Network. Deinstitutionalization.

Apresentação

O presente artigo é fruto de um Trabalho de Final de Curso apresentado à Universidade Federal Fluminense para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social. Tal trabalho, intitulado “Serviço Social e Rede de atendimento à saúde mental: o caso da cidade de Campos dos Goytacazes” tratou da implementação da política de saúde mental no município de Campos dos Goytacazes, teve como objeto as instituições pertencentes à rede de atendimento à saúde e objetivou analisar as características de tal rede, tendo como fundamento o contexto trazido pela Reforma Psiquiátrica em curso. Metodologicamente, a pesquisa se deu em duas etapas: na primeira, fizemos uma revisão bibliográfica acerca do tema proposto e na segunda realizamos entrevistas com todas as profissionais de serviço social que estavam em exercício na rede no período de abril a maio de 2012, resultando um total de 12 profissionais, pelo menos uma

*Assistente Social - Universidade Federal Fluminense. Residente Multiprofissional em Saúde da Família - ENSP/Fiocruz

de cada instituição. Realizamos tal escolha porque entendemos que tais profissionais atuam constantemente com a rede e necessitam conhecê-la para realização de seus encaminhamentos e para fazerem um atendimento que, de fato, contribua para a vida das pessoas em sofrimento psíquico.

Para a realização das entrevistas foi utilizado um roteiro semiestruturado, constituído majoritariamente por questões abertas, com as quais se buscou abordar temas como a política de saúde mental; o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica e as características da rede de atendimento à saúde mental do município em questão.

Deste modo, o artigo que ora apresentamos faz uma análise da política de saúde mental em Campos dos Goytacazes a partir das considerações das profissionais entrevistadas. Trazemos dados que estimulam o debate sobre a saúde mental, tais como o conflito entre o paradigma manicomial e o paradigma da desinstitucionalização existentes na cidade, a ausência da Estratégia de Saúde da Família e articulação com a rede básica de atenção à saúde e a questão cultural que permeia o município em tela impedindo que a Reforma Psiquiátrica avance.

A principal queixa das profissionais se refere ao fato de a lógica manicomial ainda estar muito presente em Campos dos Goytacazes, já que a existência de dois hospitais psiquiátricos associada a pouca quantidade de serviços substitutivos e ao mal gerenciamento dos existentes se colocam como limite para que a saúde mental no município caminhe nos moldes da Reforma e para que a desinstitucionalização de fato aconteça.

Reforma Psiquiátrica: uma análise do processo brasileiro

Historicamente, conforme cultura e ordem social vigente, a loucura foi interpretada de diversas formas: ora como manifestação do divino e até mesmo de demônios, ora como seres perigosos – o que justificava a exclusão.

A literatura - Amarante (1995, 2007) e Vasconcelos (2010) - demonstra que sempre existiram formas de se tentar melhorar o tratamento dispensado aos loucos, porém elas ocorriam de forma muito tímida, não representando mudanças radicais no tratamento da loucura.

Foi a partir da Segunda Guerra Mundial que começaram a surgir as primeiras experiências de Reforma. A sociedade questionava a forma como eram tratados os prisioneiros nos campos de batalha, associava-a à forma como os loucos eram tratados nos manicômios.

Para além da indignação acerca desse tratamento, as primeiras experiências de Reforma tinham interesse econômico, pois, com a Guerra e o alto número de mortos e feridos, houve grande perda de mão-de-obra para o trabalho. Fazia-se necessário, portanto, tratar e curar aqueles que se encontravam no asilo, para que retornassem ao mercado de trabalho, ou seja, houve grande estímulo ao investimento na reabilitação dos grupos populacionais considerados improdutivos.

Por sua vez, o asilo psiquiátrico situava-se em quadro de extrema precariedade, não cumpria a função de recuperação dos doentes mentais. Paradoxalmente, passava a ser considerado o responsável pelo agravamento das doenças, então, a reforma dos espaços asilares impunha-se como imperativo social e econômico, diante do enorme desperdício de força de trabalho.

Amarante considera a Reforma Psiquiátrica 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” (AMARANTE, 1995, p. 87).

O autor divide as experiências de Reforma em três grandes grupos: o primeiro, composto pela Comunidade Terapêutica e pela Psicoterapia Institucional, propunha reformas restritas ao âmbito asilar. O segundo, formado pela Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, propunha reformas a partir da atuação nas comunidades. Já o terceiro, composto pela Antipsiquiatria e pela Psiquiatria Democrática Italiana, propunha a ruptura com o paradigma psiquiátrico, colocando em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados. (AMARANTE, 2007).

A Comunidade Terapêutica foi consagrada no final de década de 1950 com o trabalho de Maxwell Jones. De acordo com Amarante, o referido termo “caracterizou um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico e marcado pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica asilar”. (AMARANTE, 1995, p.28).

Para o autor, Jones entendia que a função terapêutica era uma tarefa que deveria ser assumida por todos os atores do cenário hospitalar, fossem eles técnicos, familiares ou pacientes. Para tanto, promoveu reuniões e assembleias gerais, em que desenvolveu com os internos um trabalho em grupo que objetivava o envolvimento do sujeito com sua própria terapia e com a dos demais. A comunidade era entendida como terapêutica, pois pretendia um nivelamento dos papéis de todos os participantes da vida hospitalar no tratamento, ou seja, é entendida como contendo princípios que levam a uma atitude comum, não se limitando somente ao poder hierárquico.

Ainda na perspectiva das reformas restritas ao âmbito hospitalar, Amarante cita a Psicoterapia Institucional, surgida na França, com François Tosquelles, que entendia ser necessário resgatar a função terapêutica do hospital psiquiátrico, uma vez que este havia se afastado de seus ideais e possibilidades de cura da doença mental. Assim, se o hospital psiquiátrico foi criado para curar e tratar das doenças mentais, não deveria ser outra a sua destinação. Argumenta ainda que, em consequência do mau uso das terapêuticas e da administração, o hospital perdeu seu potencial terapêutico e passou a ser lugar de violência e repressão.

Assim, uma novidade trazida por esta linha, segundo Amarante (1995, 2007),

foi o questionamento da segregação na instituição psiquiátrica, a crítica ao saber médico e à verticalidade das relações na instituição, ou seja, a observação de que as próprias instituições tinham características doentias e que precisavam ser tratadas.

Como na Comunidade Terapêutica, essa experiência de coletivo terapêutico tinha como princípio a premissa de que no hospital todos teriam uma função terapêutica e deveriam fazer parte de uma mesma comunidade.

No segundo grupo de reformas que visavam a promover ações articuladas à comunidade estão a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva. A Psiquiatria de Setor surgiu na França, aproximadamente em 1945, e defendia que o tratamento do doente mental deveria ocorrer em seu próprio meio social e de origem, fato que não extingue o espaço hospitalar, considerado apenas como uma fase do tratamento. De acordo com Amarante (1995, 2007) pela primeira vez na história da assistência psiquiátrica se falou em regionalização.

Nessa experiência, ressalta o autor, a sociedade e o hospital foram divididos em setores que contavam com uma mesma equipe profissional, procurando manter uma representação do meio social do hospital psiquiátrico, ou seja, o acompanhamento terapêutico dos pacientes deveria ser realizado pela mesma equipe multiprofissional, tanto no interior de hospital quanto no setor.

Outro diferencial dessa experiência foi a inserção do trabalho em equipe, que representou um avanço até os dias atuais. Pela primeira vez, o tratamento passava a ser considerado não mais exclusividade do médico psiquiatra e enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais passaram a ter, a partir de então, um novo protagonismo no contexto das políticas de saúde mental.

A Psiquiatria Preventiva, também conhecida como saúde mental comunitária, foi desenvolvida nos Estados Unidos por Caplan. Segundo Amarante (1995, 2007), tal experiência desenvolve sua proposta em torno do conceito de crise, pois adotava-se como estratégia a intervenção nas causas ou no surgimento das doenças mentais, almejando, assim, não apenas a prevenção da saúde mental, mas, fundamentalmente, a promoção da saúde mental. Para tanto, as equipes de saúde mental exerciam um papel de consultores comunitários, identificando sintomas e intervindo em crises individuais, familiares e sociais.

Outro conceito fundamental foi o de desvio que, de acordo com Amarante (1995, 2007), para a Psiquiatria Preventiva, significava anormalidade ou situação pré-patológica.

Foi ainda no âmbito dessa experiência que surgiu o conceito de desinstitucionalização, tornada uma das principais diretrizes da política de saúde mental nos Estados Unidos da América (EUA). Tal conceito estava atribuído a medidas de desospitalização, ou seja, redução do ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos, redução do tempo médio de permanência hospitalar e promoção de altas hospitalares.

Dentre as iniciativas que criticavam e buscavam superar o espaço asilar, está a

Antipsiquiatria, que teve início na Inglaterra, no final dos anos 1950, mas sua maior repercussão se deu na década de 1960, com um grupo de psiquiatras, dentre os quais se destacaram Ronald Laing e David Cooper.

De acordo com Amarante (1995, 2007), nessa experiência, a loucura é concebida como um fato social, político, e, até mesmo, uma experiência positiva de libertação, uma reação a um desequilíbrio familiar, não sendo vista como um estado patológico; logo, o louco não era um objeto passível de tratamento.

Nessa perspectiva, o louco era tido como vítima da alienação geral, tida como norma, e eram oprimidos e violentados não apenas nos hospitais e nas instituições psiquiátricas, mas também em casa, pela família e pela sociedade. Considerava-se que a loucura não ocorria da experiência do indivíduo com o corpo ou com a mente, mas das relações estabelecidas entre ele e a sociedade, ou seja, enxergava-se a loucura entre os homens, no seu meio social, e não dentro deles.

Sendo a loucura resultado das relações entre os homens, o método terapêutico da Antipsiquiatria não previa tratamento químico ou físico, valorizava a análise do discurso e o acompanhamento do paciente pelo grupo. O princípio era o de permitir que a pessoa vivenciasse sua experiência que seria, por si só, terapêutica, na medida em que o sintoma expressaria uma possibilidade de reorganização interior.

A segunda iniciativa que combatia o asilamento foi a Psiquiatria Democrática Italiana, que começou no início dos anos 1960, em Gorizia, uma pequena cidade da Itália, quando Franco Basaglia, seu mais expressivo protagonista, se propôs, inicialmente, a reformar o hospital psiquiátrico ali existente.

Segundo Amarante (1995, 2007), nos primeiros anos da experiência italiana, Basaglia desenvolveu um trabalho em Gorizia, inspirado nas experiências da Comunidade Terapêutica e na Psicoterapia institucional, com o objetivo de tornar o hospital de Gorizia um lugar de efetivo tratamento e reabilitação dos internos, porém percebeu que não poderia combater a instituição dentro dela.

Com o princípio da negação da psiquiatria enquanto ideologia, Franco Basaglia, de acordo com o mesmo autor, passou a formular um pensamento e uma prática institucional voltados para a superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e de práticas científicas, sociais, legislativas e jurídicas que fundamentavam e legitimavam um lugar de isolamento e segregação da experiência humana. O movimento proposto por Basaglia era um movimento essencialmente político.

No início dos anos 1970, Basaglia iniciou um trabalho num hospital psiquiátrico em Trieste que se mostrou a mais rica e radical experiência de transformação da psiquiatria contemporânea¹. Na referida cidade, simultaneamente ao fechamento dos pavilhões e enfermarias psiquiátricas, foram sendo criados, vários outros serviços e

¹ De acordo com Amarante, essa experiência foi referência fundamental para o processo realizado na cidade de Santos (SP), na virada dos anos 1980 para 1990.

dispositivos substitutivos ao hospital¹.

Sob influência da experiência de setor francesa e de saúde mental comunitária, os primeiros serviços substitutivos foram os centros de saúde mental, todos regionalizados, isto é, distribuídos um para cada área da cidade, cada qual abrangendo de 20 a 40 mil habitantes. Porém, ao contrário das experiências mencionadas, em Trieste, os Serviços Substitutivos de fato substituíram o hospital e não funcionaram paralelo a ele.

Com base no conceito de tomada de responsabilidade, os Centros de Saúde Mental assumiram na integralidade as questões relativas ao cuidado no campo da saúde mental de cada território, ou seja, eram serviços de base territorial, que não significavam apenas a delimitação de um espaço geográfico, mas o conjunto de todas as características e relações que envolvem o território e suas potencialidades.

Outro diferencial da experiência italiana foi que esta rompeu com as experiências anteriores quanto ao entendimento de desinstitucionalização. Adotado como sinônimo de desospitalização nos Estados Unidos, na Itália o termo foi entendido como a desconstrução do paradigma racionalista problema-solução, ou seja, a trajetória italiana propiciou a instauração de uma ruptura radical com o saber e prática psiquiátricos, na medida em que atingiu seu paradigma.

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, assim como a experiência italiana, incorporou as questões e o que de bom havia em todas as experiências de reforma anteriormente mencionadas. Para o entendermos, é necessário levarmos em consideração que o início da Reforma no Brasil, datado do final da década de 1970, aconteceu paralelamente às necessidades de mudanças no panorama econômico, político, social e cultural no país. Portanto, podemos afirmar que a Reforma segue passo a passo o processo de redemocratização do país, e traz em seu interior características marcantes desse tempo. Nas palavras de Amarante:

No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura de redemocratização, em fins da década de 1970. Tem como fundamentos não apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização. (AMARANTE, 1995, p. 87).

Inspirado, principalmente, na experiência italiana, o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início no ano de 1978, com a denúncia de médicos psiquiatras ao Ministério da Saúde, dos abusos e violações cometidos nos hospitais psiquiátricos, concomitantemente com a criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), um movimento plural composto por integrantes do movimento sanitário,

² Segundo Amarante (2007) a expressão serviços substitutivos passou a ser adotada no sentido de caracterizar o conjunto de estratégias que vislumbrassem, efetivamente, tomar o lugar das instituições psiquiátricas clássicas, e não serem apenas paralelos, simultâneos ou alternativos a elas.

associações de familiares, sindicatos, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

De acordo com Vasconcelos (2010) o processo de Reforma Psiquiátrica dividiu-se em duas fases: a primeira, de 1978 a 1991, compreende uma crítica ao modelo hospitalocêntrico. A segunda, de 1992 até os dias atuais, destaca-se pela implantação de uma rede de serviços extra-hospitalares. Em outras palavras, o primeiro período é marcado por um processo de crítica ao sistema asilar, marcado pelos altos índices de cronificação. Já o segundo momento é marcado pela expansão da psiquiatria ao espaço público, com o intuito de prevenir e promover a saúde mental.

A década de 1980 é marcada por uma série de iniciativas que tinham por objetivo o debate sobre a Reforma Psiquiátrica em curso. Dentre tais iniciativas encontram-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu em 1987, e recomendou a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica. No final de 1987 ocorreu o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru, SP, no qual se concretiza o Movimento de Luta Antimanicomial e é construído o lema '*por uma sociedade sem manicômios*'. Nesse Congresso ampliou-se o sentido político conceitual acerca do antimanicomial. Amarante (1995) explica:

Enfim a nova etapa (...) consolidada no Congresso de Bauru, repercutiu em muitos âmbitos: no modelo assistencial, na ação cultural e na ação jurídico-política. No âmbito do modelo assistencial, esta trajetória é marcada pelo surgimento de novas modalidades de atenção, que passaram a apresentar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional. (AMARANTE, 1995, p.93).

Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na Cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1889, da Secretaria Municipal de Saúde em Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde de Anchieta, local de maus tratos e mortes de pacientes. Tal experiência passou a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, pois tratou da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica não era apenas retórica, era possível e exequível.

Com a Constituição Federal Brasileira de 1988 foram estipuladas as bases para a implementação do SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder do controle social, exercido pelos “Conselhos Comunitários de Saúde”. Esse sistema que possui uma seção exclusiva para a questão da saúde (Art.196 a Art. 200) na qual se consolida a universalização da assistência, a integralidade da atenção à saúde - realizada por ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação -, o reconhecimento do direito e necessidade da participação da comunidade na gestão do sistema - através do Conselho de Saúde -, a hierarquização, a equidade e a descentralização do sistema - com comando único em esfera de governo.

Um modelo de atenção coerente com as diretrizes da Constituição pressupõe o fortalecimento do poder público, capacitando-o a implementar políticas de impacto articuladas e integradas nas diversas áreas, em busca de melhoria na qualidade de vida. A saúde, dessa forma, passa a ser entendida de forma ampla, determinada socialmente e, portanto, fruto de políticas de governo que promovem condições adequadas de vida ao conjunto da população.

Nessa trajetória, em 1989, foi construído o Projeto de Lei 3.657/89, conhecido como Lei Paulo Delgado, que se centrou em três pontos: detenção da oferta de leitos manicomialmente financiados com dinheiro público, redirecionamento dos investimentos para outros dispositivos assistenciais não-manicomialmente e obrigatoriedade da comunicação oficial de internações feitas contra a vontade do paciente, oferecendo pela primeira vez um instrumento legal de defesa dos direitos civis dos pacientes. Porém, cabe enfatizar que é somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado foi aprovada no país. A concordância, no entanto, foi uma emenda ao Projeto de Lei original, que trouxe alterações importantes ao texto normativo que passou a ser conhecido como Lei 10.216/2001.

Assim, a Lei Federal 10.216/2001 redireciona o amparo à saúde mental, privilegiando o oferecimento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a extinção progressiva dos manicômios no país. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impôs novo impulso e novo ritmo ao processo de Reforma psiquiátrica no Brasil. É nesse contexto que a política de saúde mental do governo federal, alinhada às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.

Diante de tais referências verifica-se que a construção de uma rede comunitária é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a construção de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa portadora de transtorno mental. Essa rede é maior, no entanto, que o conjunto dos serviços de atenção à saúde mental do município. Ela se conforma na medida em que é permanentemente articulada a outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços da cidade. Somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, num país de acentuadas desigualdades sociais.

No campo da assistência, a Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992 do Ministério da Saúde estabelece as diretrizes para o atendimento nos serviços que compõem a rede de atendimento psicossocial à saúde mental, normatizando vários serviços substitutivos, como: atendimento ambulatorial, com serviços de saúde mental (unidade básica, centro de saúde e ambulatório); Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS); Hospital-Dia (HD); Serviço de urgência psiquiátrica em hospital-geral; leito

psiquiátrico em hospital-geral; além de definir padrões mínimos para o atendimento nos hospitais psiquiátricos, até que sejam totalmente superados.

A Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 reestrutura e estabelece as várias modalidades de CAPS. De acordo com Amarante (2007) esses centros deverão funcionar, pelo menos, durante os 5 dias úteis da semana, com horário de funcionamento, aos finais de semana, definido por sua categorização:

- CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes – funciona das 08h às 18h, de segunda a sexta-feira.
- CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes – funcionam das 08h às 18h, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período funcionando até as 21 horas.
- CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes – funcionam 24 horas, diariamente, também nos feriados e finais de semana.
- CAPSi II – atendimento de crianças e adolescentes – municípios com população superior a 200.000 habitantes – funcionam das 08h às 18h, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até as 21 horas.
- CAPSad II – Atendimento de dependência química (álcool e drogas) – municípios com população superior a 100.000 habitantes – funcionam das 08h às 18h, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até as 21 horas. (AMARANTE, 2007, p. 83/84).

De acordo com a portaria 336/2002, as três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se apenas pelas características acima mencionadas, e deverão estar capacitadas para atender diariamente, prioritariamente, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, segundo a lógica do território, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Em seu parágrafo único do seu 5º artigo a portaria define como:

Atendimento intensivo é aquele que é destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem de acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor. (BRASIL, 2002).

Segundo Amarante (2007), a base para processo de Reforma Psiquiátrica está dada, porém com ela também está posto um grande desafio, o de superar a visão que reduz o processo a mera reestruturação dos serviços. Nas palavras do autor:

Quando falamos em processo, pensamos em movimento, em algo

que caminha e se transforma permanentemente. Neste caminhar vão surgindo novos elementos, novas situações a serem enfrentadas [...] que pressupõem que existam novos atores sociais, com novos, e certamente conflitantes, interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas, religiosas, éticas, étnicas e de pertencimento de classe. (AMARANTE, 2007, p.63).

Neste movimento em que está situado o campo da saúde mental e da atenção psicossocial, os serviços devem ser entendidos como dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais. Esses serviços que lidam com pessoas, e não com doenças, devem se configurar lugares de sociabilidade, produção de subjetividades e construção da cidadania. Não se pode considerar essa uma tarefa fácil, mesmo que seja estimulante, uma vez que, no campo da saúde mental e da atenção psicossocial, a construção de valores é um processo social complexo, já que é preciso mudar mentalidades, mudar atitudes e relações sociais.

De acordo com Vasconcelos (2010), os serviços de atenção psicossocial devem ter uma estrutura bastante flexível para que não se tornem espaços burocratizados, deve-se privilegiar espaços abertos e coletivos, onde todos os sujeitos envolvidos no cuidado possam participar de forma efetiva do acolhimento às pessoas em sofrimento.

Nesse quadro, emerge o enunciado que tende a integrar profissionais de diversas áreas do saber e práticas no campo da saúde mental, sejam elas terapêuticas, clínicas ou sociais que viabilizam a rede social na forma de agenciar os diversos equipamentos presentes no território³ em que se situam os referidos serviços de saúde mental, na perspectiva da integralidade do cuidado e da intersetorialidade das ações institucionais para garantirem a qualidade de vida e o atendimento às demandas dos usuários.

Segundo Campos, a intersetorialidade nada mais é do que

Um processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros. A intersetorialidade implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria na qualidade de vida da população (CAMPOS, 2004, p. 74).

A intersetorialidade é construída e fortalecida enquanto processo coletivo entre diversos setores e, principalmente, a partir de uma construção

³ O território e a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, da rede e dos cenários nos quais se dá a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de troca entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos seus equipamentos. (BRASIL, 2005).paralelos, simultâneos ou alternativos a elas.

com a população, considerando-se as peculiaridades e potencialidades de cada realidade, ou seja de cada local, de cada sujeito, visando a atender as necessidades encontradas e ainda valorizar e incentivar a participação da população nesse processo.

Campos (2004) argumenta que na saúde mental, a integralidade do cuidado é um princípio ético e político que implica organizar e efetivar o atendimento e os serviços de forma que o usuário seja atendido na sua integralidade, buscando-se superar a fragmentação no atendimento, tendo em vista a concepção ampliada de saúde e todos os fatores que causam o adoecimento.

A adoção da integralidade da atenção se reflete diretamente na maneira com que o usuário é atendido, e este processo não deve ser visto apenas no âmbito da saúde mental, mas, em caráter totalitário, associado às demais políticas sociais, programas e serviços.

Pensar a integralidade do atendimento é transformar o modo de atuação. Perpassa a adoção de mecanismos de escuta e respeito com o usuário, como ressaltado na Política Nacional de Promoção à Saúde:

a integralidade, implica, para além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, a ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, que individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde (BRASIL, 2006, p.10).

Desta forma, a qualidade do atendimento oferecido reflete diretamente na resolutividade da ação, bem como se torna um mecanismo de estímulo à participação dos usuários, trabalhadores, familiares e comunidades no atendimento e na proposição dos serviços.

Segundo Duarte (2010) por mais que o sofrimento mental abarque também uma dimensão biológica, no caso dos usuários dos serviços de saúde mental, ele só adquire existência e significado para o sujeito como uma experiência vivida na relação com outros sujeitos.

A integralidade não é apenas um conceito, mas uma diretriz que deve ser adotada no cotidiano. E o alcance desse processo se dá através da intersetorialidade e interdisciplinaridade, mecanismos que devem compor a atuação de todos profissionais, como objetivo e estratégia de ação profissional.

Então, faz-se necessário que tenhamos um atendimento não só voltado para o atendimento apenas biológico, mas um atendimento que perceba o sujeito como um todo inserido num determinado meio social.

Segundo Vasconcelos (2010), um dos pilares da luta antimanicomial é a socialização do portador de transtorno mental que é buscada na proposta dos serviços

abertos (serviços substitutivos) para o atendimento a essas pessoas. Espera-se que os atuais serviços de saúde mental tenham maior possibilidade de inserção social, uma vez que além de funcionarem de portas abertas, estão inseridos nas comunidades, estão próximos à moradia de seus usuários.

De acordo com Andrade (2006) o princípio fundamental do trabalho em rede é que ele funcione em sistema aberto. É composto por várias unidades que trocam suas peculiaridades através de certas ligações, fortalecendo-se reciprocamente e fortalecendo todo o conjunto.

O trabalho em rede também se caracteriza pela intensidade e pela extensão. A intensidade diz respeito ao envolvimento que cada unidade tem de seus atores, das atitudes das pessoas que buscam a cada momento o aprimoramento do trabalho. Significa atuar nas necessidades que os usuários apresentam cotidianamente. A extensão significa a expansão dos trabalhos para outros territórios, ampliando-se a discussão, fortalecendo-se a rede em seu conjunto.

É importante observar que o ideal é um trabalho em rede para além do contorno da saúde pública, pois o tratamento acontece no território, e é este o espaço para a identificação das diversas potencialidades. É o lugar onde os portadores de transtorno mental passam a conviver, onde os problemas acontecem. Portanto, um planejamento de ações diferente dessa perspectiva pode significar um retorno aos muros do manicômio que limita a doença mental a uma lógica de tratamento baseada em intervenções que possuem um caráter hierarquizado, compartimentado, rígido, sem integração. Acabar com os manicômios e com a exclusão do portador de transtorno mental significa superar essa forma arcaica de trabalho promovendo-se mudanças institucionais e ampliando-se as instâncias de participação.

A saúde Mental em Campos dos Goytacazes: reflexões a partir do estudo realizado

Campos dos Goytacazes é um município do estado do Rio de Janeiro, localizado na região norte fluminense. Com uma população de 463.731 habitantes (censo 2010) é o município com maior dimensão territorial do estado.

O referido município é composto pela sede e mais quatorze distritos: Dores de Macabu, Ibitioca, Morangaba, Morro do Coco, Mussurepe, Santa Maria, Santo Amaro, Santo Eduardo, São Sebastião, Serrica, Tocos, Travessão, Vila Nova e Goytacazes. E um total de 97 bairros.

A rede de atenção à saúde mental em Campos dos Goytacazes é composta por um Pronto Socorro Psiquiátrico⁴ que funciona como porta de entrada para os demais serviços da rede; dois Ambulatórios, do Hospital São José⁵ e do Hospital Psiquiátrico Dr.

⁴ Endereço: Rua Saldanha Marinho, nº. 59, Centro.

⁵ Endereço: Rodovia Raul Souto Maior, s/nº, Goytacazes.

João Viana⁶; que oferecem consultas de psiquiatria e psicologia; quatro CAPS, CAPS II⁷, CAPS III⁸, CAPSad⁹ e CAPSi¹⁰, que oferecem tratamentos conforme especificidade do paciente e dois Hospitais Psiquiátricos, Hospital Psiquiátrico Espírita Dr. João Viana¹¹ e Hospital Psiquiátrico Henrique Roxo¹².

A pesquisa foi realizada com pelo menos um profissional de cada instituição da rede e contou com um total de 12 profissionais. A análise, que ora apresentamos, foi realizada conforme os eixos do roteiro de entrevistas.

A Política de Saúde Mental no Município de Campos dos Goytacazes

O cenário que configura a saúde mental e a atenção psicossocial no Brasil é fruto de muitas estratégias e dispositivos que estão sendo construídos, dentre eles a promulgação da Lei 10.216/2001 e a reestruturação das portarias ministeriais, principalmente a 189/1991¹³ e a 224/1991¹⁴, que resultaram nas portarias 189/2002¹⁵ e 336/2002¹⁶; a participação e o controle social nas políticas de saúde mental; a participação política dos movimentos em prol da Reforma Psiquiátrica; a crítica permanente e consistente da violência e da segregação produzidas pelo hospital psiquiátrico e pela medicalização. Então, estamos num quadro de constantes mudanças e de conquistas permanentes, configurado por uma nova estrutura de atenção à saúde mental e por uma nova cultura em relação à forma de tratamento.

A política de saúde mental em Campos dos Goytacazes foi marcada, durante anos, pela predominância da estrutura manicomial, onde a única forma de tratamento da pessoa com sofrimento psíquico era a internação.

Com o impulso dado pelo movimento de Reforma Psiquiátrica, a saúde mental no município de Campos dos Goytacazes passou a contar com novos dispositivos, dentre eles CAPS e Ambulatórios, o que significa que a Cidade já caminhou, e está caminhando, na construção do novo modelo de atenção à saúde mental.

Com a pesquisa, observamos que houve uma evolução na política de saúde mental no município de Campos dos Goytacazes, mas que ainda falta muita coisa a ser realizada. As considerações das entrevistadas se dividiram em quatro grupos, o primeiro considerou que a referida política já passou por momentos piores e que, atualmente, se encontra com uma estrutura considerada boa.

⁶ Endereço: Rua Machado de Assis, nº. 49, Parque Rosário.

⁷ CAPS II – Dr. João Batista de Araújo Gomes - Endereço: Rua André Luís, nº. 54, Jardim Carioca.

⁸ CAPS III – Dr. Romeu Casarça - Endereço: Rua 1º de Maio, s/n, Centro.

⁹ CAPSad – Dr. Ari Viana - Endereço: Rua José do Patrocínio, nº. 102, Centro.

¹⁰ CAPSi – Dr. Castelo Branco - Endereço: Avenida Sete de Setembro, 256, Centro.

¹¹ Instituição filantrópica conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Endereço: Rua Machado de Assis, nº. 49, Parque Rosário.

¹² Instituição particular conveniada ao SUS.

Endereço: Rua Conselheiro Thomaz Coelho, 194, Centro.

¹³ Altera o financiamento das ações e serviços de saúde mental.

¹⁴ Regulamenta todos os serviços de saúde mental.

¹⁵ Insere novos procedimentos ambulatoriais no SUS e amplia o financiamento dos serviços de saúde mental.

¹⁶ Reestrutura e estabelece as modalidades de CAPS.

Se a gente for analisar o que é proposto pelas normas do Ministério da Saúde e pelas portarias do Estado, nós temos uma estrutura considerada excelente, porque nós temos quatro CAPS, temos a porta de entrada que é aqui, dois ambulatorios e ainda temos dois hospitais. A princípio a gente acha que é pouco, mas se a gente for olhar outras cidades em nosso entorno, veremos que não há porta de entrada ou sequer um CAPS para atender. O que temos ainda não é suficiente para atender a demanda, que cresceu muito, mas nós temos uma boa estrutura. (Entrevistada 10).

A entrevistada 10 mencionou a existência de 2 hospitais na cidade como algo positivo. Entendemos que a proposta da Reforma Psiquiátrica é substituir o hospital por serviços alternativos, então o fato de a cidade ainda permanecer com os 2 hospital é um indicador de que algo não está ocorrendo como deveria e que ainda há alguns passos a serem dados.

O segundo e o terceiro grupo consideraram que a política de saúde mental no Município de Campos dos Goytacazes ainda precisa caminhar muito para alcançar o ideal. O segundo grupo, inclusive, considerou que a referida política precisa ser mais bem liderada e administrada pela coordenação de saúde mental do município, que deve propor melhorias e fortalecer a rede como um todo.

A saúde mental no município precisa de um suporte maior, pois enfrentamos grandes dificuldades de liderança, precisamos urgentemente de pessoas mais comprometidas para estarem “liderando” os trabalhos. [...] Quando eu cheguei ao município não havia CAPS para dar uma maior qualidade de tratamento às pessoas, porém de 2002 pra cá já passou a existir este tipo de serviço, e eu entendo que isso é um avanço muito grande, porém a gente ainda precisa de uma gerência melhor na saúde mental. (Entrevistada 03).

Na fala da entrevistada 03, percebemos uma crítica não só à coordenação de saúde mental, mas também à gestão municipal como um todo, colocando, em caráter de urgência, a necessidade de pessoas mais comprometidas.

O terceiro grupo mencionou que a saúde mental em Campos dos Goytacazes precisa ser ampliada, ter mais equipamentos para atendimento. Ressaltou a necessidade de leitos em hospitais gerais, de mais ambulatorios no centro e nos distritos.

Entendemos que a falta de equipamentos na rede de saúde mental tem sobrecarregado os serviços existentes e provocado uma queda na qualidade do tratamento e uma recorrência contínua do paciente ao serviço de urgência.

Olha, ainda falta muita coisa na saúde mental, faltam os leitos nos hospitais Gerais, a estruturação dos CAPS ainda não está adequada à nossa realidade, hoje uma cidade com aproximadamente 500.000 habitantes necessita de muito mais estrutura. Está bem melhor em

relação a outros municípios que a gente ouve falar, mas ainda não é a ideal, é a real. (Entrevistada 08).

Há a necessidade de criação de ambulatórios nos distritos, que ficam muito distantes do centro da cidade e ampliação dos localizados aqui no centro. [...] O paciente entra em crise, vem pra cá, aí ele é medicado, é realizado todo atendimento por 72 horas, recebe alta com o receituário e o encaminhamento para o ambulatório, mas se o ambulatório só tem vaga para iniciar o tratamento dele daqui a 3 ou 4 meses, ele vai ficar 3 ou 4 meses vindo aqui, no atendimento de urgência, porque não está fazendo uso do medicamento, então ele vai continuar vindo aqui, então eu acho que há sim essas deficiências, essas falhas aí. (Entrevistada 11).

O quarto grupo considerou que a política de saúde mental em Campos ainda possui raízes na experiência manicomial e que precisa ultrapassar essa experiência para alcançar o modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica e pela legislação. Que é necessário o fortalecimento dos serviços de atenção diária e do entrelaçamento da rede como um todo.

A saúde mental em Campos tem muito que caminhar, a gente tem a orientação, prevista pela política pública, da existência de vários serviços que ainda não existem. Eu acho que, fundamentalmente, a gente teria que fortalecer os serviços de atenção diária e criar os serviços alternativos substitutivos previstos em lei, que ainda não acontecem.

Campos é a cidade aqui do Norte Fluminense que mais interna, que mais recorre ao Hospital Psiquiátrico e isso é um indicador, é um dado de realidade que a gente não pode deixar de considerar. Que quando a gente interna, por exemplo, 80 pessoas no mês, a gente está deixando de assisti-las como é previsto pela legislação vigente e pelos princípios da Reforma Psiquiátrica que privilegia os espaços coletivos, os serviços substitutivos. Eu acho que a gente precisa aumentar e fortalecer essa rede. Os serviços de atenção diária podem funcionar, tem potencial para funcionar de uma forma melhor do que a que existe atualmente, porém precisamos de alguns recursos para que isso aconteça. Outros espaços precisam ser criados, a residência terapêutica para “ontem”, pois a gente tem, no município de Campos, muitos pacientes moradores de hospitais psiquiátricos e eu tenho a ideia de que a gente tem uma dívida com essas pessoas, a gente precisa criar serviços de residência terapêuticas. (Entrevistada 04).

Eu acho que a saúde mental em nosso município vive como uma colcha de retalhos, com um pé na experiência manicomial e outro na tentativa de humanização, ainda sem alinhavos nessa colcha. Cada um trabalha distanciado apesar de a lei preconizar uma estrutura de rede de atendimento mais humanizado e desinstitucionalizado.

Antes, a proposta era manicomial, segregação e internação, aí houve uma evolução na lei e foi preconizado o fechamento dos grandes manicômios e a criação de uma rede substitutiva composta por CAPS, NAPS, residências terapêuticas, ambulatórios, etc. Isso está muito na lei, mas na vivência é uma colcha de retalhos sem os alinhavos. (Entrevistada 05).

As falas das profissionais indicam que a falta de novos espaços para tratamento e o funcionamento inadequado dos serviços existentes têm dificultado que o município ultrapasse a experiência manicomial. Como dito pela entrevistada 4, o município recorrer frequentemente à internação significa que há pessoas que não estão sendo assistidas como deveriam ser.

Amarante (2007) afirma que o sofrimento psíquico não deve ser considerado um problema puramente patológico ou psicológico, sendo este um problema muito mais complexo e que também está relacionado a um processo social, sendo assim qualquer pessoa considerada saudável pode adoecer psiquicamente. Portanto, é necessário que existam serviços de atenção psicossocial que permitam o acolhimento e o tratamento das pessoas e não das doenças, já que é importante que sejam estabelecidos vínculos afetivos e profissionais com estas pessoas, que elas se sintam realmente ouvidas e cuidadas, que sintam que os profissionais que as estão escutando estão efetivamente voltados para seus problemas, comprometidos e dispostos a ajudá-los.

Insta mencionar que, logo no início, na análise da primeira pergunta do segundo eixo do roteiro, percebemos que há uma mistura de paradigmas nas falas e na realidade relatada. As falas nos remetem claramente a essa mistura já que, ora as entrevistas apresentam um discurso emancipador, com clareza dos princípios da Reforma da política de saúde mental vigente, ora apresentam um discurso conservador, ainda na experiência manicomial.

As considerações das entrevistadas demonstraram que todas entendem que a Reforma Psiquiátrica veio para mudar a ordem até então estabelecida, que veio para trazer melhorias e, mais que isso, provocar uma ruptura com o paradigma e a ordem vigente.

Nas considerações abaixo, as entrevistadas destacaram que a Reforma Psiquiátrica foi um movimento dos trabalhadores de saúde mental que deu novo ritmo à forma de tratamento do paciente e à legislação e que questionou a forma como eram cuidados os pacientes e o lugar onde se realizavam tais cuidados.

A Reforma Psiquiátrica foi um grande ganho que nós tivemos, porque ao longo dos anos as pessoas que eram acometidas por algum tipo de transtorno sofreram muitas violências, dentre elas o asilamento, já que as pessoas tinham um abrigo, mas não um cuidado; posteriormente as pessoas passaram a ter um cuidado medicamentoso, mas ainda não tinham sua cidadania resgatada. [...] A Reforma foi um movimento dos trabalhadores de saúde mental incomodados com a forma como essas pessoas eram cuidadas,

logo o objetivo de tal movimento foi o resgate da cidadania e da autonomia dos pacientes psiquiátricos. (Entrevistada 03).

A Reforma Psiquiátrica foi um sonho que se tornou realidade. A Reforma surgiu dentro dos serviços, foi um movimento dos trabalhadores de saúde mental os quais questionaram, e questionam os modelos assistenciais até então existentes. Na medida em que se questionou a forma de tratamento, questionou-se também os espaços onde esses “tratamentos” eram oferecidos. [...] A gente pode ter certeza de que a legislação vigente que define, por exemplo, a criação de uma residência terapêutica, o patrocínio dos projetos de geração de renda, teve sua gênese no movimento da Reforma, no momento de questionamento da ordem até então estabelecida. (Entrevistada 04).

Duas entrevistadas se referem à Reforma Psiquiátrica como um processo que privilegia a criação de serviços alternativos e substitutivos à internação, porém comentam que a internação é necessária já que os serviços substitutivos não dão conta da clientela e que a família ainda recorre muito à internação, que a família deve ser considerada um limite para o processo de desinstitucionalização.

Ela é um processo. Aqui na instituição eu vejo que a internação em alguns momentos é necessária. Então está lá a reforma psiquiátrica, vamos acabar com os hospitais e todos vão para os CAPS, muito bonito, mas você vê que tem casos em que a internação é necessária. [...] O ideal é que a família se comprometa a ajudar o paciente na continuidade do tratamento em ambulatório, aí sim, a tendência mesmo é a redução das internações e com isso o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Mas, por enquanto, os CAPS e Ambulatórios não estão dando conta de fazer esse acompanhamento contínuo. [...] Então eu não consigo ver que a Reforma Psiquiátrica tenha um dia e uma hora marcada, é um processo já que você vai caminhando, tentando romper algumas barreiras. Seria ótimo se não houvesse mais as internações, se a família tivesse o comprometimento do tratamento do paciente em ambulatório, então a gente cobra da política de saúde mental e esquece que a família tem que ser muito trabalhada, às vezes muito mais até do que o próprio paciente que está internado. (Entrevistada 01).

Colocar em prática toda essa política voltada para o portador de transtorno mental, tentando levar a cidadania, a socialização. É muito difícil trabalhar principalmente com a família, pois as pessoas só querem internar e não querem tratar o paciente. Então nós temos uma rede, já que o paciente vem aqui quando está em crise e, após a estabilização, a gente encaminha para algum serviço alternativo e a família muitas vezes nem o leva. Então o grande entrave que a gente tem ainda é a cabeça das pessoas, que pensam que por ele ser um paciente psiquiátrico vai viver em crise

eternamente e que deveria ficar sempre internado. Tem familiar que não dá a medicação ao paciente, aí o traz pro pronto socorro em crise para tentar forçar a internação. (Entrevistada 10).

Nessas falas percebemos que o “ranço” cultural da internação como forma de tratamento ainda é muito forte no seio familiar. Em contrapartida, não podemos deixar de considerar que a legislação que privilegia o tratamento em espaços abertos e coletivos é muito recente e que por muitos anos a internação, foi a única forma de tratamento conhecida. Então, como afirma a entrevistada 1, é necessário trabalhar a família, oferecer o suporte necessário para que ela acolha e auxilie o paciente ao seu cuidado nos espaços abertos; é também necessário ver a família como um sujeito que necessita de cuidados, acolhendo-a e respeitando suas angústias.

De acordo com Rosa (2010), diferentemente de outras doenças o transtorno mental tem origem multifatorial (biológica, social, psíquica e cultural) e é identificado, sobretudo, pelo comportamento desviante e transgressor às normas socialmente aceitas. Outra particularidade do transtorno mental decorre do fato de o sujeito, mesmo sofrendo psiquicamente, muitas vezes não se reconhecer como um doente, quando a situação de enfermo acaba lhe sendo imposta.

A identificação do problema, menciona a autora, ocorre geralmente através da família, que se sobrecarrega emocionalmente pelo convívio com uma pessoa que não se considera enferma. Então quando se esgotam os argumentos para convencer a pessoa de sua enfermidade e da necessidade de tratamento, a família acaba tendo que recorrer a expedientes persuasivos e até mesmo repressivos para ser ouvida.

O transtorno mental traz para a família a vivência com o estigma, e contraditoriamente, a família, por partilhar dos mesmos códigos culturais da sociedade, tem também uma atitude reativa e segregadora em relação a seu ente, associada a sentimentos de proteção, cuja ambiguidade constitui forma de angústia.

Entendemos que é difícil tanto para o paciente como para a família lidar com a nova ordem e lógica de tratamento em espaços abertos. De acordo com Rosa (2010, p. 280), “o distanciamento prolongado, a falta de convívio direto entre o portador de transtorno mental e sua família, a desinformação e o despreparo moldam condutas e cristalizam posições”. Logo, a família perde as condições e laços emocionais que tinham com o convívio com o paciente, e este, por sua vez, perde progressivamente, com as frequentes reinternações, seu espaço no âmbito doméstico.

É necessário que os novos serviços busquem resgatar a complexidade dos laços afetivos, construir novas formas de relação entre a sociedade e a loucura, para contribuírem para a construção de novas práticas e novas culturas.

Não se pode deixar de mencionar o caráter econômico e social que envolve a relação do familiar com seu ente adoecido. Entendemos que se um familiar abandona seu portador de transtorno mental é porque também foi abandonada pelos serviços

assistenciais e, conseqüentemente, pelo Estado¹⁷. Culturalmente, culpamos a família pelo abandono de seus entes adoecidos, porém à medida que fazemos isso, reforçamos as políticas regressivas sugeridas pelo ideário neoliberal, que retira do Estado o dever de prestar assistência ao portador de transtorno mental e à família. É urgente que pensemos em políticas que de fato assistam os portadores de transtorno mental e permitam que a família cuide de seu ente adoecido.

Ainda em relação à Reforma Psiquiátrica, duas profissionais comentaram que se a legislação é bonita no papel, porém não se sustenta na vida real, torna-se um sonho. Que ainda há muitos impasses a serem enfrentados para que de fato a desinstitucionalização aconteça, dentre eles o fato de ainda existirem pacientes morando em hospitais.

No Brasil eu te digo que não entendo. A ideia é acabar com os grandes manicômios, tirando a experiência da Itália. Eu acredito que a ideia da reforma era restituir os vínculos afetivos, que a maioria dos pacientes dos hospitais perdeu devido ao longo tempo de internação e construir uma nova cultura de atendimento e de aceitação dos pacientes psiquiátricos. Só que essa Reforma é bonita na lei, mas ela não é funcional porque os pacientes continuam aí. Em nossa cidade temos exemplos claros, de pacientes que vieram de grandes hospitais e hoje estão alojados em nossos hospitais, então a Reforma ainda tem que ser muito discutida. (Entrevistada 05).

Olha, ela no papel é muito bonita, mas na prática o que a gente vê, por exemplo, é a Lei Paulo Delgado: ela vem falando cada vez mais na desinstitucionalização, na permanência cada vez maior dos pacientes no seio familiar, na comunidade, mas há paciente que não tem como você mantê-lo dentro de casa. Então a reforma psiquiátrica no papel é um sonho muito bonito, que não se configura com o real. (Entrevistada 11).

Em relação ao processo de Reforma Psiquiátrica em Campos dos Goytacazes, as entrevistadas se dividiram em dois grupos: o primeiro considerou que o referido processo tem acontecido na cidade, porém a passos lentos, que a saúde mental na cidade já passou por momentos piores, mas que ainda precisa haver a ampliação dos CAPS e dos ambulatórios e a articulação da saúde mental com a saúde clínica por meio da criação de leitos no hospital geral.

Eu não posso falar que Campos está deixando de caminhar, mas é muito lento, ou seja, acontece, mas é de forma lenta. Acontece, no sentido de que, quando o paciente interna, a gente tenta ao máximo evitar que não aconteçam outras internações, conversamos com a família e passamos a necessidade do comprometimento dela com o paciente, de levá-lo ao ambulatório. Campos tem 2 ambulatórios e um CAPS III o que não dá conta da demanda de tratamento terapêutico, mas não podemos dizer que a cidade não está caminhando. (Entrevistada 01).

¹⁷ Reflexões feitas a partir da leitura de Rosa (2010)

Talvez para quem chega hoje é muito deficiente, mas para quem já vem acompanhando é fácil perceber que houve avanços. (Entrevistada 10).

As considerações do segundo grupo remetem novamente à questão da recorrência à internação em hospitais psiquiátricos. A entrevistada 04 considerou que a estrutura que a cidade tem é insuficiente para atender uma clientela que ficou desassistida dentro dos manicômios por anos, que a lógica de tratamento em espaços abertos e coletivos ainda é muito nova e precisa ser trabalhada com as pessoas.

Eu acho que a gente caminhou. A saúde mental em Campos possui quatro serviços de atenção diária, um CAPS II, um CAPS III, um CAPS AD e um CAPS'i, mais os 2 ambulatorios, mas ainda é insuficiente, na medida que a gente recorre tanto à internação. Isso nos mostra o quanto a gente ainda tem em débito com essa população. Por que a gente tem aquela sensação de que nada dá certo? Porque a gente está se deparando com uma população muito desassistida, a gente está trabalhando ainda com muitos pacientes que nos chegam de hospitais psiquiátricos. Essa nova ordem, a possibilidade do paciente viver em comunidade, a possibilidade de o paciente passar o dia aqui e retornar para sua casa, isso é muito novo, ainda, para maioria das pessoas. Então é uma ideia, uma lógica que a gente ainda está trabalhando. (Entrevistada 04).

A entrevistada 05 afirmou que não há Reforma em Campos dos Goytacazes, uma vez que o processo de desinstitucionalização não se efetivou, que por mais que a lei determine que o paciente deve ter internações mais curtas, essa determinação esbarra com a falta de condições para o paciente dar continuidade ao seu tratamento fora do hospital, o que acaba ocasionando numa reinternação. A entrevistada apontou para a necessidade de articulação entre a saúde mental e a rede básica de saúde, coisa que em Campos não acontece, como estratégia de cuidado e “monitoramento” do paciente.

Outro fator dificultador que a referida entrevistada apresenta é a não realização do acompanhamento pela equipe técnica dos municípios, quando o paciente é de fora, e pela equipe local, quando o paciente está vinculado à rede municipal.

Volto a dizer, como colcha de retalhos. Não acontece. A lei diz assim: se um paciente recebeu alta ele não pode ser reinternado por seis meses, porém o paciente mal sai daqui e no outro dia, ou até no mesmo dia, ele é reinternado, então não há Reforma Psiquiátrica. O paciente não tem a garantia do acesso ao tratamento em um ambulatorio ou em um CAPS, então que Reforma é essa? Hoje o paciente psiquiátrico não é apenas do núcleo de saúde mental, ela está preso à assistência pelos CRAS, e deveria estar preso à rede básica de saúde já que ele pode ser absorvido na região sanitária dele e acompanhado pelo programa saúde da família. Caso ele não conseguisse acesso a uma consulta médica, o programa poderia

auxiliar no cuidado, verificando se ele está tomando a medicação corretamente e também reorientando a família, porque os vínculos são muito frágeis. Nós aqui somos dois hospitais e temos que atender toda nossa região e cidades vizinhas, e as cidades vizinhas têm que monitorar a internação dos pacientes e encaminhá-los para trabalho de CAPS ou Ambulatorial do município, ver o vínculo familiar do paciente, porém isso não acontece. Apenas Macaé faz isso, nem Campos faz isso, e temos muitos pacientes aqui que são ligados aos CAPS de nossa cidade e a equipe desses CAPS deveria estar aqui, mas não está. Então essa Reforma, ainda está muito distante da concretização dos objetivos dela e da visão que ela tem de integralização, de rede e de trabalho. (Entrevistada 05).

Dentre as profissionais entrevistadas, 83% conheciam a Lei 10.216/2001 e 17% a desconheciam. A referida Lei, promulgada em 06 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

A Lei 10.216/2001 traz em seu parágrafo único do artigo 2.º os direitos da pessoa portadora de transtorno mental. São eles: ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; ter garantia de sigilo nas informações prestadas; ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. Então a Lei determina que a pessoa portadora de transtorno mental tenha acesso à melhor forma de tratamento o qual deve privilegiar o convívio com a família e os serviços de base comunitária. Determina ainda que é direito da pessoa participar e conhecer todas as fases de seu tratamento (BRASIL, 2001).

Quanto à internação, a Lei diz que só se deverá recorrer a ela quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, e que tal serviço deverá ser estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, psicológicos, ocupacionais, de lazer, de assistência social e outros (BRASIL, 2001).

No que se refere à proposta contida na Lei com a realidade campista¹⁸, apenas uma profissional a considerou aquém do que é proposto. As outras profissionais consideraram que houve avanços, mas que a política de saúde mental em Campos ainda possui muitos passos a serem dados, dentre eles foram citadas a construção de mais CAPS, inclusive no interior e nos distritos de Campos, e a criação da Estratégia Saúde

¹⁸ As questões relativas à lei 10.216 não foram feitas aos profissionais que disseram desconhecê-la.

da Família. Para além de novos mecanismos de tratamento, foi citada a necessidade de criação da associação de familiares de portadores de transtorno mental, como forma de participação popular e controle social da política pública.

Muito defasada. Em Campos a gente ainda não teve governantes que tivessem um entendimento claro da lei. Não tivemos e ainda não temos. (Entrevistada 06).

Campos é muito grande e necessita de mais CAPS, tem localidades em que existe uma demanda muito grande de saúde mental e você vê que eles não têm acesso a nada, nem ao atendimento básico. Se para as pessoas que moram no “centro” o acesso já é difícil para o paciente manter o tratamento contínuo, você imagina para aqueles que moram em localidades mais distantes e nos distritos de Campos. (Entrevistada 01).

Essa Lei assegura os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental. Em Campos, tudo é muito lento, porém, como eu já trabalho há certo tempo na saúde mental, percebo que muita coisa já avançou, mas ainda falta muita coisa. A gente, por exemplo, não tem aqui em Campos uma associação de familiares de portadores de transtorno mental e isso precisa ser montado para que essas pessoas possam ter voz. (Entrevistada 03).

Ainda dando passos curtos. Por exemplo, não existe Programa Saúde da Família (PSF) em Campos e a lei diz que a gente da saúde mental deveria estar trabalhando em parceria com a atenção básica, porém isso em nossa cidade ainda não acontece. (Entrevistada 09).

Mais uma vez foi colocada a necessidade de serviços de saúde mental no interior e nos distritos de Campos e da articulação com a rede básica de atenção à saúde, o que nos leva a entender que os serviços existentes estão mal distribuídos¹⁹, e que a falta de articulação com a rede básica se apresenta como fator dificultador, pois as pessoas estão distanciadas da sede e não possuem acesso nem aos serviços básicos.

Temos de considerar que há distritos em Campos distantes da sede aproximadamente 120 km, e que o tempo necessário para o morador dessas localidades buscar um serviço alternativo é maior do que o próprio tempo de permanência na instituição. Entendemos que a maior parte da população está centrada na sede, porém não podemos deixar de considerar as parcelas que moram nos distritos, então se faz necessário pensar em políticas e novas estratégias para atender essas pessoas.

Em relação ao processo de desinstitucionalização na cidade de Campos, as considerações feitas pelas profissionais entrevistadas se dividiram em dois grupos. O primeiro considerou que a desinstitucionalização está acontecendo na medida do possível e na medida que os serviços de atenção diária estão sendo fortalecidos. Em

¹⁹ Conforme notas colocadas no início deste capítulo, apenas um serviço de atenção à saúde mental está localizado fora da sede, na Baixada.

contrapartida, observam que a internação ainda se faz necessária para amparar os pacientes em momentos de crise, uma vez que, como ressalta a entrevistada 09, Campos não possui serviços que substituam os hospitais.

Os CAPS, hoje, tem pacientes que estão há aproximadamente 10 anos sem internação. Quando eu cheguei à saúde mental eu vivia falando que os hospitais deveriam ser fechados, porém hoje vejo que não é bem assim, pois existem pacientes que no momento da crise necessitam do hospital, uma vez que Campos não possui serviços de substituição à internação. (Entrevistada 09).

O segundo grupo considerou que ainda há alguns limites a serem enfrentados para que a desinstitucionalização de fato aconteça. As justificativas foram diversificadas e, mais uma vez, foi mencionado que a cidade de Campos tem uma dívida com os pacientes que residem em hospitais e que é necessário construir serviços residenciais terapêuticos para assistir essas pessoas.

A gente tem conseguido grandes feitos. Só acho que a cidade tem uma dívida com as pessoas que estão moradoras em hospitais psiquiátricos. Existem moradores nos dois hospitais de Campos que a gente precisa desinstitucionalizar, a gente precisa criar residenciais terapêuticos que deem conta dessas pessoas. (Entrevistada 04).

Outra justificativa apresentada foi que a rede de atendimento à saúde mental funciona como uma colcha de retalhos sem alinhavos e que à medida que os alinhavos forem sendo feitos, a desospitalização irá acontecer. Entendemos que a entrevistada afirmou que o trabalho em rede em Campos não existe e que, à medida que essa rede for se constituindo num conjunto vivo e coletivo de ações, a desinstitucionalização irá acontecer.

Como um processo que é possível ser feito, mas como toda essa colcha que é nossa rede precisa de alinhavos, essa desinstitucionalização vai acontecer à medida que a gente começar a fazer os alinhavos. (Entrevistada 05).

Mais uma vez, foi considerada como obstáculo à política de saúde mental no município a existência dos dois hospitais psiquiátricos na cidade. A entrevistada 08 argumenta que o modelo hospitalocêntrico está muito presente na política municipal e na saúde mental e que lutar contra tal cultura é complicado. Aliado a isso, está a inexistência de residências terapêuticas e de leitos em hospital geral, situação justificada pela presença dos hospitais psiquiátricos. A entrevistada interpreta que a existência dos hospitais se põe como uma barreira para a existência de outros serviços, é como se o louco já tivesse seu lugar certo.

Muito difícil, pois a gente ainda tem 2 hospitais psiquiátricos no município. A gente ainda tem aquele modelo hospitalocêntrico muito fincado na política municipal e na saúde mental, então, é bem difícil lutar contra isso. Como se tem dois hospitais psiquiátricos na cidade, parece que lá é o local ideal, o lugar de se fazer internação. Então lutar contra isso é bem complicado. A lei tem 10 anos e a gente ainda tem paciente interno dentro do João Viana, paciente residente ali há 30 anos. Isso é um absurdo, a gente tinha que ter uma residência terapêutica na cidade, isso já devia estar acontecendo há muito tempo. Então, por ter o hospital, isso não anda, não caminha, porque já tem o lugar ali, que é reconhecido como o lugar dos loucos, existe este lugar aqui. Campos tem hospital geral, mas não tem leitos para desintoxicação e para crise. Os hospitais se recusam a receber tanto paciente psiquiátrico quanto paciente dependente químico, porque já existe o lugar para eles. (Entrevistada 08).

Entendemos que Campos dos Goytacazes conviveu por muitos anos com o modelo hospitalocêntrico, que, de fato, só via os hospitais como mecanismo de amparo e tratamento à loucura. E que, por isso, existe um preconceito arraigado na sociedade campista e interesses em disputa que impõem sérios obstáculos ao avanço da Reforma. As falas também nos levam a perceber que existe certo comodismo e um desejo da gestão em preservar o status quo.

A rede de atendimento à saúde mental em Campos dos Goytacazes

De acordo com Amarante (2007), o novo modelo de atenção à saúde mental se fundamenta no princípio da intersetorialidade, entendido como conjunto de estratégias que perpassam vários setores sociais, tanto do campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo. Nas palavras do autor, “os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede do serviço e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes” (p. 86). Ou seja, deve-se articular a própria rede de atendimento à saúde mental, ao campo da saúde em geral, a atenção básica, média e de alta complexidade, às políticas públicas, de assistência, previdência, educação, cultura, arte etc. no âmbito dos recursos criados pela própria sociedade.

O autor ainda afirma que as políticas de saúde mental e as instituições devem organizar-se em rede, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade, de iniciativas e atores sociais envolvidos. Para tanto, é necessário que essa rede seja de base territorial, o que não significa apenas o espaço geográfico, mas o conjunto de recursos existentes na comunidade, ou seja, todas as características e relações desenvolvidas em determinado local.

Sobre o trabalho em rede na saúde mental, as respostas das entrevistadas se

dividiram em dois grupos, o que considerou que tal trabalho existe em Campos e o que considerou que não.

As considerações do primeiro grupo indicaram que o trabalho em rede existe, porém são necessárias algumas melhorias para que tal trabalho seja realizado como é proposto: a ampliação da rede, o acesso rápido e a informatização dos dados dos pacientes, uma melhor gestão e a necessidade de mais comunicação e contato entre as unidades.

A entrevistada 08 aponta dificuldades para a realização de um trabalho integral com o sujeito. Afirma que ele ainda é percebido apenas em uma necessidade e que é difícil estabelecer ponte com outras instituições para atender suas outras necessidades, relacionadas a outras áreas da assistência, não apenas à saúde mental. A referida profissional está falando da fragmentação do sujeito, percebido em uma ou outra necessidade, da dificuldade que as instituições têm de o perceberem em sua totalidade.

Outra dificuldade colocada pela entrevistada acima mencionada é a dificuldade que a sociedade tem para entender o uso abusivo de álcool e de outras drogas como questão de saúde pública.

A rede ainda é muito fragilizada. Um exemplo, o cara tem transtorno mental e fez uso de bebida alcoólica, a gente tem dificuldade de encaminhar o referido paciente para o CAPS psiquiátrico para realizarmos um trabalho paralelo, porque o CAPS psiquiátrico entende que o paciente psiquiátrico é aquele que nunca usou nada, ou seja, só tem loucura, só tem problema mental, e não é por aí, uma coisa puxa a outra. [...] A gente tem aqui pacientes que possuíam transtornos antes de realizar o uso da substância e esse uso foi uma consequência para diminuir o sofrimento psíquico, a gente aqui entende isso, mas eles lá não entendem, aí não fazem rede com a gente. Então fica difícil tratar esse paciente, porque aqui a gente trabalha álcool e droga e acabamos tendo que trabalhar sofrimento psíquico. [...] A mesma coisa é na assistência, lá eles pensam que o dependente químico é sem vergonha, então ele não tem direito aos mínimos cuidados sociais, não tem direito à moradia, a benefício, aí fica complicado. (Entrevistada 08).

O segundo grupo reconheceu a importância do trabalho em rede para a saúde mental, mas considerou que tal trabalho não existe em Campos.

Penso que é muito bom, mas ainda não existe esse trabalho em nossa cidade. A gente precisa fazer a costura entre as instituições para realizar o trabalho em rede, pois ainda não o temos. Mas eu penso que será muito bom quando tivermos, estamos batalhando para isso. [...] Falta o amadurecimento, a palavra-chave é esta, de toda a rede para que a gente possa ser uma só, ou seja, que sejamos informatizados, que tenhamos mais eventos, mais capacitações. Enquanto não houver esse impulso na rede a gente não vai poder desempenhar o papel que a gente quer. (Entrevistada 06).

Consideramos que para que o trabalho em rede exista é necessário que a rede se constitua num conjunto vivo de ações, que tais ações ultrapassem os limites de cada instituição. Estamos querendo dizer, que não deveria haver instituições isoladas, que a saúde mental deveria ser vista como instituição maior, que o paciente deveria circular por todos os espaços necessários para seu atendimento, que a atenção para com a saúde mental deveria se assemelhar à dedicada ao corpo humano: o corpo representaria a saúde mental e os órgãos, as instituições de atendimento, já que, mesmo que cada órgão tenha sua função, todos contribuem para o funcionamento do corpo que é o todo.

Para além das instituições que atendem a saúde mental, consideramos que o paciente é um sujeito e que, portanto, tem outras necessidades e o direito de circular com qualidade por todas as estruturas que compõem seu território, sejam elas educação, assistência, justiça, religião, etc.

A política de atenção à saúde mental em Campos dos Goytacazes tem grandes desafios a serem enfrentados para que o trabalho em rede de fato aconteça e os objetivos da Reforma sejam alcançados. Dentre eles, é mencionada, com maior intensidade, durante todo o percurso da pesquisa, a necessidade de que os serviços substitutivos de fato assumam a completa responsabilidade pelas questões relativas à atenção dos sujeitos em sofrimentos psíquicos e mal-estar em sua sociabilidade no território, entendendo-se território como força viva de relações concretas e imaginárias que se dinamizam e se transformam.

Considerações finais

A nova concepção de saúde mental, que visa a priorizar o indivíduo, e não a doença, oferecendo-lhe tratamento humanizado e de qualidade, resultou da criação de novos mecanismos e espaços de tratamento que provocam a necessidade de uma ação intersetorial com as demais políticas sociais e de um trabalho pautado no fortalecimento e atuação em rede, que possibilitasse uma intervenção integrada, visando à integralidade no atendimento ao usuário.

Dessa forma, a presente pesquisa teve como objeto a rede de atenção à saúde mental em Campos dos Goytacazes, já que foi analisada a política de saúde mental no município, as instituições de atendimento e seus papéis a partir das considerações das assistentes sociais que trabalham nessas instituições. Buscou-se avaliar se tal política está orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica e pela atual legislação que privilegiam o tratamento em espaços abertos de base territorial.

Os dados coletados e a análise realizada evidenciam que a política de saúde mental em Campos foi marcada, por anos, pela lógica manicomial e que embora, com o Movimento de Reforma Psiquiátrica, a cidade passasse a contar com novos dispositivos de atendimento, eles são insuficientes e mal gerenciados, o que leva ao fato de a cidade ainda ter a necessidade dos hospitais psiquiátricos e conviver com o paradigma

psiquiátrico e com o paradigma da desinstitucionalização.

Outro fator que se impõe como limite para que a cidade abandone a lógica manicomial, é de ordem cultural. Constatou-se com a pesquisa que o hospital ainda é visto como o lugar ideal para acolhimento e tratamento da loucura. Entendemos que a cultura se constrói no meio das pessoas e precisa, da mesma forma, ser desconstruída no meio social. Faz-se necessário, portanto, um trabalho voltado para a população como um todo. Na pesquisa, foram recorrentes as afirmações sugerindo a realização de um trabalho voltado para a reinserção social do paciente, mas nada se falou sobre preparar a sociedade para lidar com esse paciente e com sua “diferença”. Entendemos que, para enfrentar esse limite de ordem cultural, é necessário um trabalho tanto com o paciente, que por anos conviveu com e na lógica manicomial, quanto com a sociedade, que por anos pensou ser essa a melhor e única forma de tratar a loucura. Nessa lógica também se insere a família.

A família, ora tida como aliada no processo de tratamento, ora tida como limite, também precisa ser trabalhada e assistida pela política pública para lidar com esse agravante que é o sofrimento psíquico em seu ente. Quando nos remetemos à questão da integralidade do atendimento, não estamos nos referindo às necessidades apenas do paciente em sofrimento, mas também do familiar que convive ele. Como já mencionado, o sofrimento psíquico também possui como determinantes fatores sociais e afetivos, ou seja, fatores relacionais, logo, o paciente deve ser atendido em todas as suas necessidades e a família deve ter o suporte necessário para lidar com ele.

Também relacionado à política de saúde mental no município de Campos dos Goytacazes, foram percebidas na pesquisa algumas necessidades: ampliação da rede, articulação com a rede básica e criação de leitos em hospitais gerais. Entendemos que o interior e os distritos de Campos estão necessitando de serviços de atendimento à saúde mental, considerando a dimensão territorial do município, já que alguns distritos se localizam a até 200 km do centro da cidade onde se localizam os serviços. Torna-se difícil, portanto, garantir o acesso ao atendimento das pessoas que moram em tais localidades.

Em relação à atenção básica, entendemos a ausência do Programa Saúde da Família (PSF) e a falta de articulação com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como limites para a efetivação do modelo de atenção proposto pela Reforma Psiquiátrica. De acordo com Amarante (2007), na medicina, de um modo geral, os procedimentos mais básicos acontecem na atenção básica e os mais complexos são realizados na média e alta complexidade, porém na saúde mental esses valores são invertidos, já que na alta complexidade que é o hospital psiquiátrico é que são tecidas as respostas padronizadas e massificadas e na atenção básica acontecem as ações mais complexas, na medida em que tal modalidade de atendimento, por ser de base territorial, lida com a família, com as pessoas em crise, com a vizinhança e com todos atores sociais que compõem o território.

Alguns limites a serem enfrentados para a articulação e trabalho em rede foram evidenciados durante a pesquisa de campo: a necessidade de uma gestão mais

comprometida com a saúde mental, a informatização dos dados, o entrelaçamento entre as instituições pautado num sistema de rede, pois observamos que a relação existente entre as instituições é organiza-se a partir de ações ocasionais, de um certo “amigamento” entre as profissionais.

A cidade de Campos dos Goytacazes ainda tem muito a caminhar para de fato oferecer um atendimento integral e atender as necessidades das pessoas que sofrem. Como mencionado por uma entrevistada, a clientela da saúde mental é composta por pessoas muito desassistidas, muito desamparadas, logo, são necessários trabalhos que contemplem todas as necessidades dessas pessoas. Assim como foi realizado por Basaglia, em Trieste, é necessário que os serviços substitutivos de fato substituam os hospitais. Eles foram criados para tal objetivo e têm potencial para funcionar desse modo.

As considerações realizadas aqui não desconhecem ou desqualificam os avanços que a cidade obteve nos últimos anos, porém entendemos que muita coisa ainda precisa ser feita e que novos estudos precisam ser realizados, pois todos os limites apresentados possuem determinantes que precisam ser identificados para que propostas e novas medidas sejam materializadas.

Ainda que pareça que estamos distante do ideal, ou que esse ideal seja utopia. “Que seja uma utopia ativa”, cujo percurso se concretize a cada gesto cotidiano. Finalizamos com as palavras de Yasui (2006):

“o futuro se coloca como um campo de possibilidade que nos convoca, que nos incita, que nos provoca a agir.” [...] Nossa utopia, nossa esperança, aposta nesse infinito campo aberto de possibilidades que é o existir. Mudar o mundo é nosso dever. E a esperança nosso princípio ético. Desconstruir/desfazer os dispositivos sociais que produzem os diferentes manicômios e inventar/construir/fazer ao mesmo tempo novos dispositivos sociais, que trazem não apenas os loucos como protagonistas centrais de sua história, mas toda essa gente excluída, os humildes, os humilhados, aqueles que não contam. Fazer acontecer pequenas revoluções cotidianas que ousam sonhar com uma sociedade diferente. A Reforma Psiquiátrica é assim, feita de rupturas e reencontros. (YASUI, 2006, p. 194).

Referências

AMARANTE, P. (Coord.). *Loucos pela vida: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 136 p.

_____. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 3 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. 120 p.

_____. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. 202 p.

- _____. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e para a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. 142 p.
- ANDRADE, L. O. M. de. *A saúde e o dilema da intersetorialidade*. São Paulo: Hucitec, 2006. 288p.
- BISNETO, J. A. *Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009. 222 p.
- BRASIL. *Política Nacional de Promoção de Saúde*. Brasília, DF: 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005.
- _____. Lei 10.216/2001. In: Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Portaria 336/2002. In: Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. *Política Nacional de Promoção a Saúde*. Brasília, DF: 2006.
- CAMPOS, G. W. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: Cortez, n. 84, 2004.
- DUARTE, M. J. de O. O campo da atenção psicossocial na política de saúde mental e o serviço social. *Serviço Social: temas, textos e contextos*, Rio de Janeiro, p. 183 – 196, 2010.
- FOUCAULT, M. *História da Loucura*. 2 ed. São Paulo: Perspectivas, 1991.
- GIOVANELLA, L.; AMARANTE, P. O enfoque estratégico no planejamento em saúde mental. In: _____. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, 202 p. Cap. 6, p.113-148.
- OLIVEIRA, W. G. *A reforma psiquiátrica e o exercício da cidadania no cotidiano dos CAPS: reflexões sobre a saúde mental nos municípios de Cantagalo e Itaocara*. 2009. 254 f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Políticas Sociais) – Centro de Ciências do Homem, Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacazes. 2009
- ROBAINA, C. M. V. O trabalho do serviço social nos serviços substitutivos de saúde mental. *Serviço social e sociedade*, São Paulo: Cortez, n. 102, p. 339-351, 2010.
- ROSA, L. C. dos S. Os saberes construídos sobre a família na área de saúde mental. *Serviço social e sociedade*, São Paulo: Cortez, n. 71, 2002.

_____. As condições da família brasileira de baixa renda no provimento de cuidados com o portador de transtorno mental. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2010. 328p. pt 3, cap 3, p. 263 -288.

ROTELLI, F. et al. (Org.) *Desinstitucionalização*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2010. 328 p.

_____. (Org.) *Abordagens Psicossociais Volume III: perspectiva para o serviço social*. São Paulo: Hucitec, 2009.

_____. (Org.) *Abordagens Psicossociais Volume II: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Ótica da cultura e das Lutas Populares*. São Paulo: Hucitec, 2008. 335p.

YASUI, S. *Rupturas e Reencontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. 2006. 208f. Tese de Doutorado (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

Artigo recebido em: 26 jul. 2013
Aceito para publicação em: 4 fev. 2014