

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL II (CAPS - II) DE BARRA DO GARÇAS – MT – ESTUDO DE CASO

Patrícia Caetano dos Santos¹
Prof. Dr. João Luís Binde²
Prof. Me Rafael José Triches Nunes³

Resumo: Esta pesquisa consiste em um estudo de caso realizado no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II do município de Barra do Garças - MT, onde buscou-se analisar as ações e estratégias desenvolvidas pelo centro em prol dos usuários cadastrados. Sabe-se que o conceito de saúde é um bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença, sendo assim o objetivo maior que direcionou esse estudo foi o de compreender quais as ações e estratégias de trabalho desenvolvidas pelo CAPS II em prol do seu público-alvo no sentido de buscar a reintegração do portador de sofrimento psíquico e/ou transtorno mental na sociedade para que ele alcance o seu completo estado de saúde. Foi um estudo realizado através de pesquisa qualitativa, com cunho exploratório e descritivo, visando conhecer a realidade dos CAPS. A técnica de coleta de dados utilizada foi a das entrevistas e revisão bibliográfica. As entrevistas foram realizadas via aplicativo de mensagem instantânea (*Whatsapp*) com a enfermeira da unidade. Também foram coletados dados a partir da aplicação de questionários semiestruturados e entrevistas com perguntas fechadas com colaboradores da instituição. O estudo permitiu observar que as ações desenvolvidas visam a conscientização do dependente/usuário do processo de autodestruição que ele se encontra e a melhora da autoestima para o abandono do vício, bem como, o estímulo à modificação de suas atitudes buscando melhorias na sua vida de forma digna, trazendo benefícios para si e para seus familiares, conseguindo assim alcançar um bom resultado na reintegração do usuário na sociedade e no seu processo de cura.

Palavras-chaves: Saúde Mental; Ações; Reintegração; Estratégias.

Abstract:

This research consists of a case study carried out at the Psychosocial Care Center - CAPS II in the municipality of Barra do Garças MT, where we sought to analyze the actions and strategies developed by the center in the sense of favoring registered users. It is known that the concept of health is a physical, mental and social well-being, and not only the absence of disease, so the

¹ Aluno do Curso Superior em Tecnologia em Gestão Pública do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso (IFMT) – Campus Barra do Garças.

² Professor Doutor do Curso Superior em Tecnologia em Gestão Pública do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso (IFMT) – Campus Barra do Garças.

³ Psicólogo Mestre do Curso Superior em Tecnologia em Gestão Pública do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso (IFMT) – Campus Barra do Garças.

main objective that guided this study was to understand which actions and work strategies developed by CAPS II for its target audience in order to seek reintegration into the society of the mentally ill so that they reach their complete state of health. It was a study carried out through a qualitative research, with an exploratory and descriptive nature, aiming to know the reality of the CAPS. The data collection technique used was that of interviews and bibliographic review. Data collection was obtained through interviews via the Whatsapp application with the unit's nurse and the application of a semi-structured questionnaire with some employees of the institution. Data collection was carried out through semi-structured questionnaires and interviews with closed questions. The study allowed us to observe that the actions developed aim to raise the awareness of the addict / user of the self-destruction process that they find themselves and the improvement of self-esteem for the abandonment of addiction, as well as, the stimulus to modify their attitudes seeking improvements in their life of in a dignified manner, bringing benefits to themselves and their families, thus achieving a good result in the user's reintegration into society and in their healing process.

1. Introdução

A portaria n.º: 336/GM de 2002 estabelece que os CAPS poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPSII, CAPS III, CAPSi II e CAPSad II definidos por ordem crescente de porte/complexidade, abrangência populacional, idade do usuário e tipo de transtorno. Deverão estar capacitados para realizar prioritariamente atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo (BRASIL, 2004). Segundo dados do Ministério da Saúde, existem hoje, no país: 251 CAPS I, 266 CAPS II, 25 CAPS III, 56 CAPSi e 91 CAPS ad (BRASIL, 2005).

O CAPS II, objeto deste estudo refere-se a um serviço aberto e comunitário de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses serviços se dão em um ambiente referencial de tratamentos para pacientes que sofrem com transtornos mentais, neuroses graves, psicoses e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem a necessidade de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (L'ABBATE, 2003).

O Centro de Atenção Psicossocial II - CAPS II, estabelecido à Rua Francisco Lira n.º 1470 – Sena Marques no município de Barra do Garças - MT, é uma entidade de natureza governamental que presta serviço comunitário ambulatorial para pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes.

O CAPS é uma instituição complexa, que também trabalha com internações, e é uma proposta de substituição ao modelo hospitalocêntrico que tem os hospitais psiquiátricos como protagonistas. Previsto para ser uma das principais formas de incluir a saúde mental no SUS. De forma que este passe a assumir as responsabilidades na administração dos atendimentos no território (VIEIRA FILHO; NOBREGA, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), o CAPS tem como função: oferecer atendimento diário, evitando internações; atender indivíduos portadores de transtornos graves de forma que este, ainda mantenha o vínculo com a família; introduzir esses indivíduos no ambiente social, auxiliar na atenção da saúde mental na rede básica; organizar a rede de atenção mental nos municípios, organizar estrategicamente a política e a rede de saúde mental da região; e promover a inserção do indivíduo por meio das atividades de lazer, exercícios e aproximação com a família (BRASIL, 2013).

Barra do Garças possui uma população de 58.974 habitantes (IBGE, 2017), o CAPS II aqui localizado, é considerado como CAPS II que possui escala de atendimento de 70 mil a 200 mil habitantes, sendo responsável pelo atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais graves e contínuos. Isso devido ao atendimento também prestado às cidades que estão em seu entorno.

Dentre as cidades do entorno, destacam-se, as cidades de Pontal do Araguaia (MT) com 5.395 habitantes, Aragarças (GO) com 18.305 habitantes, General Carneiro (MT) com 5.027 habitantes, Torixoréu (MT) com 4.071 habitantes, Araguaiana (MT) com 3.197 habitantes, além de Nova Xavantina (MT) com 19.643 habitantes e Canarana 18.754 habitantes, considerando essa abrangência, ultrapassa os 116 mil habitantes (IBGE, 2017).

O CAPS II de Barra do Garças atualmente tem em média de 180 pacientes ativos em tratamento, com uma faixa etária oscilante entre 18 à 83 anos, sendo em sua grande maioria paciente do sexo feminino (115 mulheres e 65 homens). São ofertados serviços como oficinas terapêuticas, psicoterapia de grupo, oficina criativa, oficina de arte e cultura, arteterapia de grupo, oficina pedagógica, oficina de autocuidado, oficina de consciência corporal e grupo de saúde e bem-estar.

Possui equipe multidisciplinar composta por uma enfermeira Responsável Técnica (RT), duas psicólogas, dois assistentes sociais, uma fisioterapeuta, um médico clínico e um médico Neurologista que também atende como psiquiatra, pois a unidade no momento não dispõe desta especialidade. O quadro de funcionário ainda é composto por uma técnica de enfermagem, quatro assistentes administrativos, uma cozinheira, dois serviços gerais, um motorista e dois vigias. Formando um total de dezenove servidores.

É um serviço que se iniciou para suprir a necessidade de amparar, acolher, acompanhar, orientar e tratar os usuários que sofrem de transtornos mentais, reforçando valores, resgatar a cidadania, autoestima e a inserção social. A entidade apresenta como maior objetivo a promoção de saúde e reinserção social, segundo as propostas de redução de danos definidas pelo Ministério da Saúde⁴. A reinserção do indivíduo à sociedade ocorre de forma produtiva e participativa a ambientes sociais e culturais, onde se desenvolve a vida cotidiana e familiar.

Os programas terapêuticos desenvolvidos pelo CAPS II visam a conscientização do dependente/usuário do processo de autodestruição que ele se encontra e com isso buscar a melhora da autoestima, e, dos problemas mentais, além também de buscar um estímulo à modificação de suas atitudes para propiciar melhorias na sua vida de forma digna, trazendo benefícios para si e para seus familiares.

Este estudo foi desenvolvido através de uma pesquisa qualitativa, com cunho exploratório e descritivo, visando conhecer a realidade dos CAPS. Considerando isso, o estudo buscou compreender quais são as ações desenvolvidas pelo CAPS para propiciar o tratamento dos usuários cadastrados realizando assim, uma análise dos serviços ofertados pela entidade ao seu público-alvo. O período escolhido para a análise refere-se ao ano de 2019, cujos dados foram obtidos através de entrevista com a enfermeira do CAPS.

Justifica-se a importância deste estudo pelo fato de ser necessário conhecer as ações e estratégias desenvolvidas e trabalhadas pelo CAPS do município de Barra do Garças que visam promover a cidadania e autonomia de seus usuários, bem como a autoestima, a luta para o abandono do vício e o estímulo à modificação de suas atitudes, que levam a melhorias na sua

⁴ https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html

vida de forma digna, trazendo benefícios para si e para seus familiares. Vale destacar ainda, que conhecer a instituição, os serviços ofertados e as demandas dos usuários é fundamental para que gestores públicos possam propor novas estratégias e políticas públicas de saúde mental.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Relação Saúde – Doença

Segundo a OMS (1976), o conceito de saúde é:

Saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente à ausência de doença ou enfermidade – é um direito fundamental, e que a consecução do mais alto nível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (Declaração de Alma-Ata, 1978)

Caponi (*apud* Berlinguer) afirma que a doença não pode ser compreendida apenas por meio das medições fisiopatológicas, pois quem estabelece o estado da doença é o sofrimento, a dor, o prazer, enfim os valores e sentimentos expressos pelo corpo subjetivo que adocece (CANGUILHEM; CAPONI *apud* BERLINGUER, 2006).

Do ponto de vista dos autores Evans e Stoddart (1994, p. 98), embora as pessoas tenham os sintomas parecidos ou iguais, a forma de tratamento realizada e o prognóstico pode ocorrer de forma diferente, ou seja, o que é bom para um sujeito, pode não ser reativamente adequado para o outro, o que pode resultar em diferentes manifestações de sintomas e desconfortos, com comprometimento diferenciado de suas habilidades de atuar em sociedade. Do ponto de vista do bem-estar individual e do desempenho social, a percepção subjetiva sobre a saúde é que conta.

Nesse sentido Vianna (2017, p. 86) coloca que o processo saúde-doença é um dos pontos centrais para os profissionais da saúde que buscam promovê-la, cuidando para que as pessoas possam ter, tanto quanto possível, uma boa qualidade de vida, mesmo quando as limitações se estabelecem. Para essa relação especial com os clientes, é necessário o aprendizado do uso dos instrumentos e das tecnologias para o cuidado que compõe a formação desses profissionais.

Diante disso, Gualda e Bergamasco (2004) inferem que o Processo Saúde-Doença está diretamente atrelado à forma como o ser humano, no decorrer de sua existência, foi se apropriando da natureza para transformá-la, buscando o atendimento às suas necessidades tal processo representa o conjunto de relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e doença de uma população, que se modifica nos diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade. Portanto, não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (GUALDA; BERGAMASCO, 2004).

Sendo assim, podemos inferir que os profissionais de saúde desempenham papel essencial no desenrolar de suas atividades. Além disso, a construção de uma relação de confiança entre paciente, médicos e profissionais de saúde é fator preponderante para a realização de um tratamento com alto índice de eficiência.

2.2 Saúde Mental

Frankilin (2016) nos coloca que ao longo da história, a loucura transitou entre os contextos sociais, culturais e de saúde. A partir do Séc. XVII, o paradigma psiquiátrico separou e isolou da sociedade doentes mentais, prostitutas, criminosos e leprosos, assim a loucura foi vista de diversas maneiras ao longo da história da humanidade indo de demônios a endeusados, de comédia e tragédia, de erro e verdade. Múltiplos e plurais eram também os seus lugares e espaços: ruas, guetos, matas e florestas, igrejas e hospitais” (AMARANTE, 2018).

De acordo com Foucault, na obra *“História da loucura na idade clássica”* (1978), “a loucura, no devir de sua realidade histórica, torna possível, em dado momento, um conhecimento da alienação num estilo de positividade que a delimita como doença mental”. O autor ainda enfatiza a presença da loucura na arte e na literatura e relaciona esses contextos à “manifestações malignas”, às “fraquezas humanas”, ao “erro” e a “desrazão”.

Conforme argumenta Szasz (1979, p. 19) no século XV “os homens acreditavam que algumas pessoas eram feiticeiras” e que algumas atitudes e comportamentos eram devidos à feitiçaria. Enquanto no século passado, e no século em curso, acredita-se que a insanidade de algumas pessoas, em virtude de suas atitudes e comportamentos, pode ser atribuída a algum tipo de doença mental. Com o nascimento do asilo e do alienismo que são efeitos da Revolução Francesa, a partir do século XVIII e início do século XIX, a loucura ganha aos poucos a conotação de doença mental. No entendimento de Szasz (1979, p. 27), os doentes mentais “são aqueles que provocam uma conduta pessoal que não está de acordo com regras de Saúde Mental psiquiatricamente definidas e impostas”.

Segundo (KODA, 2002), foi somente no final do século XVIII, que o médico Phillippe Pinel criou a concepção de doença mental, sendo em seguida, inauguradas várias instituições com fins de tratamento para os indivíduos acometidos por essas doenças. No entanto, com a finalidade de educá-los e tratá-los, Pinel começa então um trabalho de separação e classificação dos diversos tipos de “loucura”. Desse modo, os portadores de transtornos mentais continuavam sendo excluídos da sociedade e muitas vezes jamais saíam dessas instituições.

Tenório (2002, p. 45) traz uma fala mais atualizada em relação ao que se trata a doença mental, fazendo uma crítica ao pensamento de que o sujeito que adoece, devendo, não somente focar nos sintomas, mas, nas variáveis que compõe o sujeito, Na visão desse autor diversos fatores e questões podem ocasionar a existência da doença uma vez que a condição psicótica abarca a totalidade da experiência do sujeito, desde questões objetivas –como trabalhar, manter moradia etc –, até a dimensão subjetiva –relações interpessoais, vivências subjetivas etc.

2.3 A Reforma Sanitária

No século XVII os hospícios proliferam e abrigam juntamente os doentes mentais com marginalizados de outras espécies. O tratamento que essas pessoas recebiam nas instituições costumava ser desumano, sendo considerado pior do que o recebido nas prisões. Diversos depoimentos como o de Esquirol, um importante estudioso destas instituições no século XIX - retratam este quadro. Segundo ao autor, os doentes mentais recebiam tratamentos piores que os

criminoso, sendo tratados com desdenho, indiferença e abandonados à própria sorte, sendo obrigados a viver em ambientes insalubres, sujos e sob total e brutal violência, tratados genericamente como bichos (Esquirol, 1818 *apud* Ugolotti, 1949, p 105).

Na visão de Resende (2000, p. 30) a aparição do doente mental nas cidades se dá em meio a total desordem e também como uma ameaça à paz da sociedade, onde a presença do doente, do insano irá efetivamente ocasionar o atraso inevitável do progresso.

Em 1979, ocorreram dois marcos históricos importantes para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB): a visita do psiquiatra italiano Franco Basaglia e o I Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, cujo as reflexões objetivaram estabelecer novos paradigmas, realizando críticas e análises sobre as doenças mentais, o saber das instituições psiquiátricas, bem como o aparato manicomial. O estudioso italiano corroborou questionando o lugar da loucura na sociedade capitalista, enfatizando a compreensão da dependência entre a terapêutica implementada, o sistema socioeconômico e sua influência no tipo de cuidados que o “doente” recebia (BASAGLIA, 1985; FERREIRA, 2019).

As primeiras instituições psiquiátricas no Brasil surgiram durante um momento em que “a ordem e a paz social estavam ameaçadas” e a sociedade reclamava contra a liberdade dos loucos, que perambulavam pelas ruas. Este fato somado às denúncias de maus tratos que os internos doentes sofriam nas instituições, tinha um caráter humanitário (RESENDE, 2018, p.38).

A Reforma Sanitária refere-se a um movimento social e político, que ocorreu no Brasil, na segunda metade da década de 70, advinda de movimentos de resistências no mundo inteiro, que visavam a ampliação de direitos sociais e políticos, em contraponto a vigente lógica capitalista, com precarização das relações de trabalho, dos direitos trabalhistas e sociais (BAPTISTA, 2007; MENICUCCI, 2014).

Forjada nesse contexto, o movimento da RPB, foi incorporado às lutas das organizações de trabalho pela ampliação de acesso à saúde, no qual os trabalhadores buscavam alternativas mais adequadas para o tratamento do doente mental, visando melhores condições de tratamento e de trabalho (AMARANTE, 1998; YASUI, 2018).

Em junho de 1987, o Estado, incorporando as críticas ao seu sistema realizou a I Conferência Nacional de Saúde Mental, resultando na 8ª Conferência Nacional de Saúde, bem como no final do mesmo ano, no II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, reiterando as críticas ao modelo assistencial psiquiátrico e criando o Movimento da Luta Antimanicomial, com a campanha “Por uma Sociedade Sem Manicômios” (NUNES E AMARANTE, 2018; YASUI, 2018).

Com embasamento a partir de vários contextos históricos que manicômios, sanatórios, hospícios, hospitais psiquiátricos, são alguns nomes que denominam as instituições cujo objetivo e abrigar, recolher ou da assistência aos loucos, a partir do século XIX o termo manicômios designa mais especificado como hospital psiquiátrico, com a função de atendimento médico sistemático e especializados, com objetivo de “afastá-los da sociedade do que realidade tratá-lo e minorar seu sofrimento” (RIBEIRO, 1999, p. 20).

Antes da reforma psiquiátrica os manicômios eram lugares de isolamento de todos que fugiam do padrão das normalidades, como mendigos, homossexuais, esquizofrênicos e etc. O cenário nestes locais era de abandono e exclusão, sendo muito comum negligenciar a atenção a saúde destes sujeitos. Os doentes viviam condições desumanas, as medidas farmacológicas não eram suficientes, os internos eram submetidos à camisa de força, solitárias, cadeiras elétricas etc.

Segundo Ramminger (2002) a função mais antiga dos manicômios era a de recolher os loucos, juntamente com outras minorias, isolando-os em edifícios antigos mantidos pelo poder público ou por grupos religiosos. Entretanto, no início dos anos 80, a tônica da Reforma Sanitária se traduziu na reformulação do modelo de assistência hospitalar que era formado por outras concepções e horizontes. Destacava-se em especial, o modelo de Comunidades Terapêuticas, e havia grande mobilização de esforços na consolidação de modelos ambulatoriais de assistência em saúde mental que continham, por sua vez, as possibilidades da Psicologia Comunitária e da Clínica Psicanalítica, como formatações metodológicas que não dialogavam entre si.

2.4 Políticas Públicas de Saúde e o Sistema Único de Saúde - SUS

Em 1988, após o período de Ditadura Militar, ocorreu a promulgação da Nova Constituição Federativa Brasileira, que estabelece no Artigo 196, a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL,1988).

Os princípios fundamentais e norteadores do Sistema Único de Saúde – universalidade, integralidade e igualdade – são aqueles que foram reivindicado inicialmente nos movimentos de luta por direitos sociais e políticos já citados neste texto (MAGNO; PAIM, 2015). Esses avanços foram ratificados e impulsionados pela Lei Orgânica nº 8.080, de 1990, que regulamenta as ações de saúde em todo território brasileiro, dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde (SANTOS, 2018).

Dessa forma, o sistema brasileiro de saúde passou por uma transformações estruturais, mudando de um modelo bismarckiano, com baixa integralidade, que cobria menos de 50% da população, para um modelo beveridgeano de Serviço Nacional de Saúde (National Health Service), com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

As políticas públicas de saúde para Lucchese (2004) podem ser definidas como “Conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público”. (LUCCHESE, 2004, p.3)

Segundo o autor, as políticas públicas de saúde integram a área de ação social do Estado, sendo norteadas para a melhora das condições de saúde da população e dos espaços natural, social e do trabalho. Sua função específica em analogia “às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade” (LUCCHESE, 2004, p. 3).

Dias (2015), coloca que o SUS é um modo de política pública de saúde que foi implantada por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que apresenta um rol de concepções, finalidades e garantias próprias à concretização da saúde, alicerçando de tal modo à atenção do direito basilar de proteção à saúde (DIAS, 2015).

O SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (BRASIL, 2006).

Figueiredo (2010) enfatiza que no âmbito da política do SUS se tem, entre outras, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) consolidada através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabeleceu a nova PNAB (BRASIL, 2012). Essa política pública de saúde engloba diversos programas, ações e outras políticas em saúde, entre eles o programa Estratégia de Saúde da Família (ESF), que procura reestruturar os serviços e reorientar os exercícios profissionais na coerência “da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, enfim, da promoção da qualidade de vida da população, constituindo-se em uma proposta com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras” (FIGUEIREDO, 2010, p.55).

2.5 Políticas Públicas em Saúde Mental

Antes do início do movimento de Reforma Psiquiátrica da década de 1970, a única opção para pessoas com transtorno mental era a internação, na maioria das vezes involuntária, em hospitais psiquiátricos. A dinâmica institucional dos manicômios apontava para situações de agressão, maus tratos e um alto índice de mortalidade entre os pacientes internos. Há registros de formas de tratamento que violavam nitidamente a integridade física e moral dessas pessoas, como também a medicalização abusiva para a “cura” do adoecimento mental. O maior exemplo da forma de tratamento oferecida por essas instituições foi o caso do Hospital Psiquiátrico Colônia, em Barbacena-MG. Criado em 1903, o local registrou por mais de 60 mil mortes durante seu período de funcionamento. Vale ressaltar que a maioria dos pacientes psiquiátricos não apresentava quadro de adoecimento mental. O propósito de internação era outro: a “limpeza social” (OLIVEIRA, 2020, p. 10)

Ainda segundo a mesma autora, os princípios da política de saúde mental brasileira encontram-se sintetizados nas resoluções presentes na Declaração de Caracas. O documento declara que os recursos, cuidados devem resguardar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis, basear-se em critérios racionais e tecnicamente adequados, propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário (Declaração de Alma-Ata, 1978), dentre outros aspectos referentes às legislações nacionais que irão resguardar os direitos dos cidadãos que vivenciam o transtorno mental. A rede de atendimento é constituída pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas, os Centros de Convivência e Cultura e os Leitos de Atenção Integral (em Hospitais Gerais e nos CAPS III). O programa de Volta para Casa também faz parte dessa política. (OLIVEIRA, 2016, p.16)

No Brasil, a Lei nº 10.216/2002 rege a política nacional de saúde mental, que busca aliar assistência médica e multiprofissional, reinserção social, serviços residenciais terapêuticos, redução nas internações em hospitais psiquiátricos, apoio aos familiares (ASSUMPCÃO, 2003). De acordo com o portal da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, a Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei 10.216/2002 também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica dispõe:

Sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O título da lei apresenta uma proposta de proteção da pessoa portadora de transtorno mental, estabelece os seus direitos e pretende redirecionar o modelo de assistência em saúde mental.

Sendo assim a referida Lei 10.216/2002 busca consolidar um modelo de sistema aberto e de base comunitária. No lugar do isolamento, a convivência familiar e social seria fator importante para o processo de recuperação do paciente. Desta forma, há a garantia da livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços e recursos oferecidos pelo sistema.

Em seu artigo primeiro a Lei 10.216/2002, afirma que:

Os direitos e a proteção das pessoas com transtorno mental são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outro. (BRASIL, 2001).

A Lei 10.216/2002 ainda ressalta em seu artigo terceiro que no que tange o desenvolvimento da política de saúde mental, é de responsabilidade do Estado a assistência e a

promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família. Orientando também que o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio, oferecendo assistência integral à pessoa com transtornos mentais, por meio de uma equipe multidisciplinar. Sendo assim, a internação psiquiátrica só será permitida quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes para os cuidados requeridos (BRASIL, 2001).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde com a finalidade de oferecer atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. Além disso, é seu papel oferecer o acesso à população, bem como, equidade, eficácia clínica, sanitária e econômica, rompendo o conceito de centralidade dos cuidados e possibilitando melhores resultados nos atendimentos (BRASIL 2010). De acordo com a Portaria 3.088/2011, a RAPS, é constituída por: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção residencial de caráter transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação psicossocial e Reabilitação social (BRASIL 2011).

Neste estudo abordaremos a Atenção Psicossocial Especializada no que diz respeito aos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I, II e III), sendo estudado em específico o CAPS II, o qual apresentamos a seguir.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com cunho exploratório e descritivo, visando conhecer a realidade dos CAPS. Assim, a metodologia utilizada para o desenvolvimento do estudo caracteriza-se quanto aos seus objetivos como pesquisa descritiva que segundo Gil (1999), têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Quanto a natureza da pesquisa ela será qualitativa, que segundo Triviños (1987), a abordagem de cunho qualitativo trabalha os dados buscando seu significado, tendo como base a percepção do fenômeno dentro do seu contexto. Esta pesquisa caracteriza-se ainda como um estudo de caso, em relação ao seu objeto de

estudo, a técnica de coleta de dados utilizada foi a de questionários aplicado através do *GOOGLE FORMS* e a técnica de revisão bibliográfica foi utilizada para tratamento e análise dos dados coletados e conteúdos apresentados.

O município de Barra do Garças está localizado na Região Centro-Oeste à 515 Km da capital do Estado, Cuiabá. É o oitavo município mais populoso do estado de Mato Grosso, com 61.135 habitantes, conforme a estimativa do IBGE de 2020. Este estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial II - CAPS II estabelecido à Rua Francisco Lira n.º 1470 – Bairro Sena Marques no município de Barra do Garças – MT.

De início os sujeitos participantes desse estudo seriam os usuários que recebem tratamento na instituição e os colaboradores que atuam no CAPS II, no entanto em virtude da pandemia do Novo Coronavírus que restringiu os convívios sociais e impôs o distanciamento social, foi realizada uma entrevista via aplicativo de mensagens instantâneas (*Whatsapp*) com a enfermeira da unidade e aplicado questionário semiestruturado e perguntas fechadas com alguns profissionais da unidade buscando conhecer a realidade da instituição.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos profissionais entrevistados, um público de 10 profissionais, que se incluem na amostra médicos, enfermeiros, assistentes sociais, 82% são do sexo feminino e apenas 18% do sexo masculino. De acordo com as respostas obtidas pelos colaboradores, 55,6% destes atuam na área saúde num espaço de tempo entre 2 e 6 anos, 44,4% entre 1 e 3 anos.

O CAPS II de Barra do Garças atualmente tem em média 180 pacientes ativos em tratamento, com faixa etária oscilante entre 18 e 83 anos e, em sua grande maioria, são do sexo feminino, sendo 115 mulheres e 65 homens, e que um percentual de 60% está em uma faixa etária de 20 a 30 anos e 40% são paciente com idade superior a 40 anos.

Ao iniciar o tratamento no CAPS o usuário é encaminhado para a realização de uma anamnese⁵, para levantamento do maior número de informações possíveis e detectar qual a situação em que o mesmo se encontra, para direcioná-lo ao tratamento mais adequado e que possa contribuir para o seu processo de cura.

Na mesma orientação de Schneider *et al.* (2014, p. 106) quando o usuário do CAPS inicia o seu tratamento, o mesmo passa por uma avaliação inicial que permite ao profissional fazer um levantamento de informações sobre o paciente, quer seja sobre a sua estrutura familiar, quer seja sobre internações ou recaídas como forma de delinear os parâmetros que conduzirão a realização do seu tratamento.

Os servidores entrevistados colocaram que os tipos de tratamento mais procurado dentro da unidade é a psicoterapia individual (atendimento realizado por psicólogo) e as consultas psiquiátricas. Nesse tipo de tratamento o usuário busca sentir-se acolhido e ouvido nas suas necessidades, sendo muito importante que seja desenvolvido uma relação de cumplicidade e confiança, conforme podemos observar nas palavras de Alvarez *et al* (2012, p. 102) onde a autora coloca que a escuta realizada pelo psicólogo é muito importante para que seja iniciado o processo de tratamento, pois é a partir deste momento, que começa-se a criar um vínculo de segurança e confiança fundamental para o sucesso do tratamento. O processo de humanização no tratamento é importantíssimo e ajuda no enfrentamento das dificuldades e na manutenção do funcionamento psicossocial, de acordo com as necessidades de cada pessoa, a fim de fazê-la construir um novo projeto de vida e manter-se saudável.

Os servidores entrevistados colocaram também que o psicólogo e o psiquiatra não atuam sozinhos, existem toda uma equipe multidisciplinar que atua em conjunto. Conforme nos coloca Boing e Crepaldi (2010) é preciso que também exista uma equipe de profissionais da atenção secundária, mantendo contato com a atenção básica a fim de que possam trocar informações que venham a colaborar para o tratamento do usuário do serviço.

⁵ Anamnese é a investigação para verificar a origem e causa do estado atual do indivíduo. Não somos produtos de nós mesmos, somos ligados por um emaranhado de raízes que exercem influência sobre a nossa forma de proceder, escolher e decidir. A anamnese dá um norte para um tratamento mas sempre deve ser correlacionado com a vontade do indivíduo. (Disponível em <https://www.doctoralia.com.br/perguntas-respostas/qual-a-diferenca-entre-anamnese-psicologica-e-anamnese-psiquiatrica>)

Em relação aos serviços ofertados os entrevistados citaram que são diversas as oficinas e psicoterapias, entre elas destacam-se as oficinas terapêuticas; oficina saúde e bem-estar; oficina de Consciência Corporal; oficina Arte e cultura; oficina Criativa; oficina pedagógica; oficina de autocuidado; psicoterapia de grupo e individual; arteterapia de grupo e individual; oficina de saúde; consultas clínicas e consultas psiquiátricas.

Sobre as oficinas Nunes; Torres e Zanotti (2010, p. 278) enfatizam que elas surgiram dentro dos CAPS como formas de buscar a reabilitação e reinserção dos pacientes para o seio da sociedade, sendo elas um espaço de convivência onde os usuários passam a ter possibilidades de expressar seus sentimentos, além também de propiciarem geração de renda e de alfabetização em alguns casos

Neste sentido ainda, Ribeiro (2008, p. 105) coloca que o papel do CAPS passa a ser diferente dos antigos hospitais psiquiátricos, ou seja, ele não trata apenas a doença, mas passa a possibilitar que o tratamento ofertado possa contribuir com mudanças significativas que possam propiciar a diminuição do índice de internações e de maior adesão ao tratamento.

Outro ponto questionado foi no sentido de haver interação entre família do usuário e o CAPS durante todo o processo de tratamento. Neste quesito os entrevistados colocaram que sim, existe interação, o atendimento familiar é realizado durante todo o tratamento do paciente, além disso, são realizadas reuniões familiares mensais. Sendo essa interação de suma importância, visto que a partir do momento que um membro da família está doente, conseqüentemente a família toda adoce em virtude dos problemas apresentados.

A família é fundamental para o tratamento da dependência química, na medida em que é o elo que une os membros da mesma às diferentes esferas da sociedade e que está relacionada ao desenvolvimento saudável ou não de seus membros (SCHENKER; MINAYO, 2004, p.68). Nesse sentido vamos de encontro ao que fala Martins, (2004) quando ele coloca que a família é a mais comprometida com o problema e a personagem que mais possui recursos para auxiliar o membro usuário de drogas, desde que devidamente estimulada e acompanhada, haja vista que todos os membros da família têm sua cota de responsabilidade pelo problema apresentado. Barros e Rodrigues (2011, p. 150) destacam que a prática da Terapia Ocupacional funciona como

articulador na reintegração social. Neste momento a família tem que ser uma aliada na equipe de reabilitação para que seu tratamento seja eficaz e que melhore a qualidade de vida de ambos.

Schrank e Kantorski (2003, p. 12) colocam que

A inserção da família é um elemento indispensável para a reforma psiquiátrica, quando se pensa o redimensionamento da assistência em saúde mental. A reabilitação psicossocial não se limita apenas ao uso de fármacos e eventuais intervenções, mas estende-se a ações e a procedimentos que visem à reintegração familiar, social e profissional, bem como a uma melhoria na qualidade de vida do doente e do familiar.”

Em relação ao índice de reincidência dos usuários do CAPS, os entrevistados concordaram plenamente que este índice é alto. Assim, este dado vai de encontro com informações encontradas em outros estudos já realizados, apontando que “os principais índices de reinternação estão associados com o uso abusivo de álcool e outras drogas, e a não cooperação com a administração da medicação, são os fatores que mais influenciam o retorno dos usuários” (ZANARDO *et al.*, 2017).

Em tempo, Albuquerque (2018) enfatiza que “a recaída é um fenômeno comum entre os usuários de substâncias psicoativas e faz parte do próprio processo de tratamento, apesar de ser de difícil manejo” (ALBUQUERQUE, 2018, p. 194).

Foi questionado como os entrevistados visualizam o tratamento ofertado aos usuários e, pode-se perceber que a grande maioria (65%) vê de forma positiva o serviço prestado e que os mesmos conseguem alcançar a expectativas esperadas. As oficinas e terapias ofertadas conseguem bons resultados no decorrer do tratamento. Sobre isso, Noronha *et al* (2016, p. 69) coloca que “as oficinas, arteterapia e as tecnologias de cuidado contribuem para a melhora da convivência social e familiar, a redução dos danos associados ao consumo de drogas e a estabilidade e diminuição das crises.”

O tratamento ofertado não visa somente a cura, mas também auxiliar no processo de reinserção do paciente na sociedade de forma que o mesmo possa sentir-se útil e capaz de produzir ações positivas. Sendo importante a existência das oficinas que permitem a autonomia dos pacientes. Seguindo esse pensamento Oliveira (2016) coloca que a ênfase na promoção da saúde não se restringe apenas as ações e práticas voltadas ao tratamento dos transtornos mentais ou tampouco a resolução da crise psíquica, ainda no modelo hospitalocêntrico, mas avance em

direção à cidadania na medida em que reconhece a multidimensionalidade do processo saúde-doença mental e considera o sujeito no seu contexto de vida.

Sendo assim, torna-se importante não somente as terapias e tratamentos ofertados, faz-se necessário também um acompanhamento, para que os resultados possam ser realmente alcançados, e que o paciente possa de fato voltar a fazer parte da sociedade. Um tratamento humanizado, que conta com a participação da família e da sociedade.

5. CONCLUSÃO

Ao longo dos anos e principalmente a partir da Reforma Psiquiátrica, a preocupação com os cuidados com a saúde mental foi se modificando. Inicialmente a única solução de tratamento era a inserção mesmo que involuntária dos pacientes em clínicas ou manicômios, onde o paciente era por muitas vezes tratado de forma violenta, o que nitidamente afetava a sua integridade física e moral, além da auto medicação que por vezes contribuía para o óbito desses pacientes. Atualmente, com as modificações e transformações ocorridas e conquistadas, a preocupação com a saúde mental tomou novas dimensões, os cuidados agora são voltados para ações que visem sobretudo resguardar a dignidade pessoal, os direitos humanos e civis, além também de buscar a promoção da saúde, a reinserção do paciente na sociedade e uma boa qualidade de vida.

A realização do estudo permitiu conhecer um pouco mais da realidade do CPAS II do município de Barra do Garças, bem como os serviços e ações desenvolvidas pela instituição em prol do cuidado e da saúde dos usuários, deixando claro e explícito que o CAPS é uma instituição que tem por objetivo acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento médico e psicológico para que, com isso, os usuários possam retornar a sua vida cotidiana e se reintegrar novamente à sociedade.

Os dados obtidos com os questionamentos realizados apresentaram que na visão dos servidores, os serviços ofertados são condizentes com as necessidades e expectativas dos seus usuários, quer seja na realização das oficinas, das terapias ou das consultas psiquiátricas e com o psicólogo de acordo com o tratamento prescrito.

Assim, este estudo pode contribuir para a sociedade e para novos acadêmicos no sentido de permitir que surjam novas pesquisas sobre o tema, como forma de divulgar o CAPS e a rede de apoio à saúde mental, permitindo a sociedade conhecer um pouco mais dos serviços ofertados pela instituição, a forma de trabalho, sendo importante também para a avaliação e reformulação dos serviços prestados e da construção de novas políticas públicas de saúde mental.

Agradecimentos

Meus sinceros agradecimentos primeiramente a Deus, a minha família, ao meu orientador e coorientador, a todos os professores ao longo do curso.

6. REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (Ed.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. SciELO-Editora FIOCRUZ, 1998.

_____; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. 2018.

ASSUMPÇÃO, FB, Kuczynski E. Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência. 1a ed. São Paulo: Ed.Atheneu, 2003. p.247-63.

ALBUQUERQUE R, ROSSANA CR, NAPPO. S.A. Reasons to crack consumption relapse. Users' perspective. J. bras. psiquiatr. [internet]. 2018 [acesso em 2019 ago 3]; 67(3):194-200. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852018000300194

ALVAREZ, Simone Q. et al. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 102-108, jun. 2012.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Histórias das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. 2007. p. 29-60.

BASAGLIA, F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985

BERLINGUER, G. A doença. in BRÊTAS, A.C.P.; GAMBA, M.A. Enfermagem e saúde do adulto. Barueri: Manole, 2006.

BEZERRA, Guedes Cintia. DIMENSTEIN, Magda. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. Rev. Mental 9 (16) 417:442 – 2011

BOING, Elisângela e CREPALDI, Maria Aparecida. O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras. Psicologia: ciência e profissão, Brasília, v. 30, n. 3, set., 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013

_____. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 – (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35ª ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2012 - (Série textos básicos; nº 67).

_____. Ministério da Saúde, Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial, secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas, Brasília-DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, novembro de 2005.

BRASIL. Lei 10.216, de 6 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1.

BARROS, M. R. M. RODRIGUES, R. M. Terapia Ocupacional aplicada à dependência química. Editora Artmed, 2011.

DIAS, Helena. Políticas públicas de saúde no Brasil. Jusbrasil, 2015. Disponível em: Acesso em: 20 jul. 2018.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. Alma. Ata-URSS: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, 1978. Disponível em: <<http://www.saudeemmovimento.com.br>>.

EVANS, R.G.; STODDART G.L. Producing health, consuming health care. In: Evans R.G., Barer M.L., Marmor, T. R., editors. Why are people healthy and others not: the determinants of health of populations. p. 41-64. New York: Walter de Gruyter, 1994.

_____. Consuming research, producing policy? American Journal of Public Health; 93(3):371-379, 2003.

ESQUIROL, Jean Étienne Dominique (1838): "Des maladies mentales considerées sous les rapports medical, hygienique et medico-legal", Paris

FERREIRA, Gina. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma análise sócio política. **Psicanálise & Barroco em Revista**, v. 4, n. 1, p. 131-145, 2019.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. Módulo Político Gestor, 2010. Disponível em: Acesso em: 23 jul. 2018.

FOUCAULT, Michael. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1978.

RACHEL FRANKLIN, Rachel. A Reforma do Cotidiano: O Eco Territorial da Desinstitucionalização. 2016 – disponível em https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2017/page/tcc_finalizado.pdf - acesso em 25 de setembro de 2020.

GUALDA, D.M.R.; BERGAMASCO R.B. Enfermagem e cultura e o processo Saúde Doença. São Paulo: Ícone, 2004.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

IBGE - CIDADES E ESTADOS 2017. – disponível em <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mt/barra-do-garcas.html>

KODA, Mirna Yamakazato. Da negação do manicômio a construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial. Disponível em <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-17112002-120859/publico/Mirna1.pdf> - acesso em 25 de setembro de 2020.

L'ABBATE, Solange. A análise institucional e a saúde coletiva. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 de agosto de 2020.

LUCCHESI, Patrícia T. R. (Coord.) Políticas públicas em Saúde Pública. São Paulo, SP: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MAGNO, L.D.; PAIM, J.S. Dos clamores das ruas aos rumores no Congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. Rev Eletron de Comun Inf Inov Saúde. v. 9, n.4, out.-dez. 2015.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014.

MARTINS.ACC, PILLON. SC, LUIS. MAV. A família e sua importância na atenção a dependentes de substâncias psicoativas. In: Luis MAV, Pillon SC, organizadores. Assistência a usuários de álcool e drogas no estado de São Paulo. Ribeirão Preto (SP): FIERP/USP; 2004.

NORONHA, AA. FOLLE, D. GUIMARAES, NA. BRUNA, MLB. SCHNEIDER, JF. MOTTA, MGC. Percepções de familiares de adolescentes sobre oficinas terapêuticas em um centro de atenção psicossocial infantil. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(4).

NUNES, Viviane Soares. TORRES, Marília de Albuquerque. ZANOTTI, Susane Vasconcelos - O psicólogo no caps: um estudo sobre oficinas terapêuticas. Disponível em file:///C:/Users/ADM/Downloads/1649-7954-1-PB.pdf - acesso em 09 de outubro de 2020

OLIVEIRA, Amanda Aragão de. Analisando as construções de gênero no âmbito da saúde mental: estudo de caso em CAPS II do Distrito Federal – disponível em https://bdm.unb.br/bitstream/10483/17467/1/2016_AmandaAragaoDeOliveira_tcc.pdf – 2016

OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v. 34, n. 1, jan. 2000.

OLIVEIRA, JFM. SILVA, RJG. Perfil sociodemográfico de pessoas com transtorno mental: um estudo num centro de atenção psicossocial. Rev Eletrônica Gestão & Saúde [Internet]. 2014. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22686>.

OLIVEIRA, LV. CIRILO, LS, COSTA, GMC. O cuidar do portador de transtorno mental: significado para a família. Rev Baiana Saúde Pública [Internet]. Disponível em:

<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/364/364>. Acesso em 28 de setembro de 2020

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Editora Fiocruz, 2008.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciênc. saúde coletiva, Jun 2018, vol.23, no.6, p.1903-1914.

RAMMINGER, T. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. Bol. da Saúde, v.16, n.1, 2002.

RESENDE, Heitor. “Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica”. In Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. 6. ed. Petrópolis: Vozes. 2018.

RIBEIRO, Paulo Marçal. Saúde mental no Brasil. São Paulo: Arte & Ciência, 1999. Reforma Manicomial.

RIBEIRO, R. C. F. Oficinas e redes sociais na reabilitação psicossocial. In: COSTA, C. M. e FIGUEIREDO, A. C. (Org.). Oficinas terapêuticas em Saúde Mental – sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008, p. 105-116.

SANTOS, N.R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. Ciênc. saúde coletiva, Jun 2018, vol.23, no.6, p.1729-1736.

SCHRANK, G, KANTORSKI, LP. Ações de saúde mental desenvolvidas nos centros de atenção psicossocial voltadas à família do portador de transtorno psíquico. Fam Saúde Desenv. 2003 Set-Dez; 5(3):203-12

SZASZ, Thomas S. O Mito da Doença Mental. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1979.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. CERUTTI, Mônica Girardi. MARTINS, Marina Teixeira. NIEWEGLOWSKI, Viviane Hultmann. A atuação do psicólogo no centro de atenção psicossocial voltado para álcool e outras drogas (CAPSad): Os desafios da construção de uma clínica ampliada.

TENORIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. Hist. cienc. saúde-Manguinhos v.9 n.1 Rio de Janeiro jan./abr. 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em Educação. São Paulo: Editora Atlas, 1987.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social, Universidade Federal de Pernambuco, Estudos de Psicologia, v.9, n.2: p.373-379, Pernambuco, 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v9n2/a20v9n2.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2020.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Processo Saúde-Doença – disponível em https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_6.pdf - acesso em 28 de agosto de 2020

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinto et al. Internações e Reinternações Psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. Ver. Bras. Epidemiologia. 20 (3) 460:474, 2017

YASUI, Silvio; BARZAGHI, Natália. História, memória e luta: a construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Convención Internacional de Salud, Cuba Salud, 2018.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO

Coleta de informações sobre o CAPS II

Nome *

Formação Profissional *

Tempo de atuação na área *

1 -) Qual a faixa etária dos usuários do CAPS II *

15 à 20 anos

20 à 30 anos

30 à 40 anos

40 anos acima

2-) Qual a renda familiar aproximada dos usuários do CAPS II *

1 salário mínimo à 2 salários mínimos

2,5 salários mínimos à 3.5 salários mínimos

4 salários mínimos à 5.5 salários mínimos

acima de 6 salários

3-) Em sua grande maioria, qual o gênero dos usuários que procuram os serviços do CAPS II *

Feminino

Masculino

Prefiro não dizer

4-) Como você considera o atendimento ofertado pelo CAPS II

Ruim

Bom

Excelente

Não sabe responder

5-) O CAPS II possui infraestrutura para atender dignamente os seus usuários? *

Não

Sim

Não sabe responder

6-) Os serviços ofertados estão sendo condizentes com as necessidades dos usuários? *

Não

Sim

Não sabe responder

7-) Os profissionais existentes no CAPS II são suficientes para atender a demanda? *

Não

Sim

Não sabe responder

8-) Qual o grau de reincidência dos usuários do CAPS II

Baixo

Alto

Não sabe responder

9-) Como você considera os resultados dos serviços ofertados aos usuários do CAPS II *

Razoável

Bom

Satisfatório

Excelente