

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS-CCJS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO-UAD
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

NATANA SILVA CAMPOS

A GESTÃO DO TRABALHO EM REDE NA SAÚDE MENTAL DO
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS:
DESAFIOS E POSSIBILIDADES.

Sousa

2014

NATANA SILVA CAMPOS

A GESTÃO DO TRABALHO EM REDE DA SAÚDE MENTAL NO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS: DESAFIOS E
POSSIBILIDADES.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Campina Grande, sob orientação do professor Luan Gomes dos Santos Oliveira.

Sousa

2014

NATANA SILVA CAMPOS

Aprovada em: _____ de _____ de 2014

Prof^o. Ms. Luan Gomes dos Santos Oliveira (UFCG)
Orientador

Prof^a. Ms. Maria da Conceição Silva Félix (UFCG)
1^a Examinadora

Prof^a. Ms. Juliana Oliveira (UFCG)
2^a Examinadora

Sousa

2014

Dizem que sou louco ... por pensar assim?

“Dizem que sou louco por pensar assim

Se eu sou muito louco por eu ser feliz

Mas louco é quem me diz

Que não é feliz

Eu sou feliz”

(Mutantes)

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer ao meu Deus, ser supremo e Deus do impossível, que me abençoa, protege e me dar sabedoria para vencer na vida.

Digo também, obrigada aos meus pais, Maria Sabina Silva Campos e Francisco Assis Campos, que me colocaram no colo sempre que precisei e me deram apoio afetivo e moral.

Aos meus irmãos, sobretudo a minhas irmãs Alhandra, colega de curso e que me inspirou na escolha do curso de Serviço Social e Fabiana, por estar sempre por perto me ajudando em tudo, refletindo sobre a vida, vivendo o dia-a-dia, sendo realmente minha irmã de cerne e coração.

A minha tia e amiga, nossa “abelha rainha Ernestina Campos, pelo incentivo constante, pela força e pela demonstração de carinho que sempre teve comigo, acreditando e dando força e exemplos de vencedora.

A minha avó paterna Salomé (in memorian) da qual guardo lembranças de uma infância alegre e acima de tudo catequética, foi minha fonte de inspiração para crescer uma cristã católica que crê no amor supremo de Deus, aos meus avós Chico Silva e Nonato (in memorian) por terem sido guerreiros, pessoas de corações bondosos que dedicaram suas vidas a família, ensinando gesto de amor e humildade, agradeço a minha avó materna Tinososa que com seu lindo sorriso nos encanta e nos recebe de braços abertos com carinho de mãe, companheira, meu eterno agradecimento.

Aos meus sobrinhos encantadores, Pedro Augusto, Anita e Apolo, pela alegria que me proporcionaram quando estava tensa.

Ao meu cunhado Jorge, pela sua preocupação comigo e pelas palavras de força.

A minhas amigas especiais que fiz durante o curso, com as quais quero preservar esse vínculo tão prazeroso que nos une e pela verdadeira amizade que construímos, Silvinha, Irla, Isabel Alyne, não esquecendo também de agradecer as grandes contribuições de todas vocês e em especial da nossa grande SILVINHA,

que muito nos ajudou com sua grande bagagem de conhecimentos durante o curso. Sobretudo quero agradecer a minha grande amiga SUZANE, com a qual tive a oportunidade de conhecer a importância de uma amizade sincera, que ficará marcada para vida toda, agradecer ao grande apoio que sempre recebi em sua casa por toda sua família, pessoas extremamente acolhedoras e especiais para Torço muito pela felicidade de todos vocês.

A todas as amigas que fiz na residência universitária, em especial ao meu grande exemplo de cristã missionária, Manu, que com sua fé inabalável me ajudou muito durante o momento mais difícil de minha vida com minha mãe, que com a graça do meu DEUS SUPREMO e DEUS DO IMPOSSÍVEL superamos e hoje minha mãe é um grande exemplo de fé e superação.

Ao meu grande orientador Luan Santos, que com sua simpatia e paciência não me deixou desistir, me mostrou também que sou capaz de chegar onde desejo, seu apoio foi fundamental para a finalização dessa monografia.

A todos os professores do Curso de Bacharelado de Serviço Social, pela paciência, dedicação e ensinamentos disponibilizados nas aulas, cada um de forma especial contribuiu para a conclusão desse trabalho e conseqüentemente para minha formação profissional.

Por fim quero agradecer a todos que contribuíram direta e indiretamente para que esse trabalho fosse realizado, meu eterno AGRADECIMENTO.

RESUMO

CAMPOS, Natana Silva. **A gestão do trabalho em rede da saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: desafios e possibilidades.** 2014. Monografia (Serviço Social) – Unidade Acadêmica de Direito, Universidade Federal de Campina Grande, Sousa, 2014. 47 p.

Este trabalho objetivou analisar quais os desafios perpassa no interior dos serviços que impedem ou impossibilitam a construção e a manutenção de uma rede de serviços no âmbito da saúde mental. Esta pesquisa é de natureza qualitativa, bibliográfica e tem como fundamento teórico metodológico o materialismo histórico e dialético. Os resultados foram obtidos também através da experiência de estágio, no Centro de Atenção Psicossocial Wálter Sarmiento de Sá – Sousa/Pb. Com isso a pesquisa buscou contribuir para uma análise crítica a respeito da fragilidade na rede de assistência aos usuários, que acaba por não concretizar o princípio da integralidade assegurado pelo SUS. Já que o centro de atenção psicossocial deve contribuir de forma significativa na conquista dos direitos daqueles que fazem uso de substâncias psicoativas, incorporando nas ações de saúde mental os princípios e garantias dos direitos humanos. Dessa forma é necessário o fortalecimento da atenção integral aos usuários de álcool e drogas, uma vez que há um desencontro entre a saúde, assistência, cultura, entre outros serviços, dificultando assim a constituição de uma rede de assistência aos usuários.

Palavras-chave: Saúde Mental, intersetorialidade, CAPS ad.

ABSTRACT

CAMPOS, Natana Silva. **A gestão do trabalho em rede da saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: desafios e possibilidades.** 2014. Monografia (Serviço Social) – Unidade Acadêmica de Direito, Universidade Federal de Campina Grande, Sousa, 2014. 47 p.

This study aimed to analyze the challenges which permeate within departments that prevent or preclude the construction and maintenance of a network of services in mental health. This research is qualitative, bibliographic nature and its theoretical and methodological basis dialectical and historical materialism. The results were also obtained through the internship experience, the Psychosocial Care Center Walter Sarmiento de Sá - Sousa / PB. With this research sought to contribute to a critical analysis about the weakness in the support network to users, which ultimately did not materialize the principle of comprehensiveness provided by the SUS. Since psychosocial care center should contribute significantly in achieving the rights of those who use psychoactive substances, incorporating the actions mental health principles and guarantees of human rights. Thus the strengthening of the full users of alcohol and drug care is needed, since there is a mismatch between the health, welfare, culture, among other services, thus hindering the formation of a network of assistance to users.

Keywords: Mental Health, Intersectionality, CAPS ad.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CNSM – I	Conferência Nacional de Saúde Mental – Interstorial
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NOAS-SUS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional do Ministério da Saúde
NOB-SUS	Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde
RD	Redução de Danos
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
METODOLOGIA	13
CAPÍTULO 1: Saúde Mental No Brasil	14
1.1 Breve contexto histórico da saúde mental brasileira.....	14
1.2 As Lutas sociais e o Movimento Antimanicomial: A relação Saúde-Saúde Mental e os processos de Reformas Sanitária e Psiquiátrica	17
1.3 Novas configurações da assistência psiquiátrica no Brasil após o processo de luta antimanicomial.....	22
1.4 Centro De Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas e a proposta de Redução de Danos	25
1.5 Redes de atenção em CAPS ad e a intersetorialidade.....	27
Capítulo 2: Limites e possibilidades de gestão no âmbito da saúde mental.....	31
2.1 Descentralização e intersetorialidade: pressupostos fundamentais para novas formas de gestão no âmbito da saúde mental.	31
2.2. Avanços e limites no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira mediante aos novos mecanismos de gestão.....	35
2.3 Gestão da política de saúde mental no CAPS ad Walter Sarmiento de Sá, Sousa/PB: Limites e possibilidades. Análise realizada através da prática de Estágio.	39
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS.....	45

INTRODUÇÃO

O presente trabalho intitulado: “A gestão do trabalho em rede da saúde mental no centro de atenção psicossocial álcool e drogas: desafios e possibilidades”, tratou-se de relatar através da minha experiência de estágio, como é oferecido o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas dentro do referido CAPS, uma vez que para melhor possibilitar essa análise, o objetivo do estudo teve como propósito mostrar também os desafios institucionais para o trabalho em rede na saúde mental, a partir de uma análise da relação entre as dificuldades para constituição de um atendimento integral aos usuários com o contexto atual marcado pela precariedade dos direitos sociais.

O interesse pelo assunto surgiu durante a experiência dos Estágios Supervisionados I e II do Curso de Bacharelado em Serviço Social da Universidade Federal de Campina (UFCG), ambos desenvolvidos no CAPS ad Wálter Sarmento de Sá, sob a supervisão da assistente social do serviço. O referido CAPS configura-se enquanto um serviço público de saúde mental voltado para os usuários de álcool e outras drogas, localizado na Rua Dom Pedro II, 133/Sousa-PB.

A sistematização das práticas realizadas na unidade me permitiu observar as dificuldades de interlocução entre o CAPS ad e outras instituições, a partir de então ao analisar a fragilidade no atendimento bem como do trabalho em rede, percebi que é imprescindível manter a articulação do atendimento com os demais serviços públicos, especialmente com os que desenvolvem as políticas públicas no âmbito da proteção social, ou seja, a saúde e a assistência social, uma vez que se considera que a dependência química de drogas sintéticas é também um problema social, que afeta as relações familiares, a dignidade do sujeito dependente e cria uma situação de discriminação que ocasiona um processo de exclusão social.

Este trabalho apresenta como categoria central de análise: Saúde Mental, Política destinada aos usuários de álcool e outras drogas e a constituição do trabalho em rede no âmbito do CAPS ad. Para tanto se recorreu à leitura de alguns autores, como: OLIVEIRA (2003), AMARANTE (1994), BISNETO (2009), ZAMBENEDETTI (2008), BRAVO (1988), LAURELL (1992), CARVALHO (2010), MACHADO (2009), SILVA (2007), entre outros.

O estudo do tema expressa sua relevância, na medida em que contribui significativamente para a construção de uma análise crítica com relação a

problemática das drogas, impulsionando assim a necessidade de potencializar o debate em torno dessa área, além de chamar atenção sobre os desafios encontrados para efetivação da política de saúde mental dentro do CAPS ad, bem como para o tratamento eficaz dos usuários, atendendo assim os critérios propostos pela política. Além disso, não se pode deixar de ressaltar que a sistematização das práticas desenvolvidas no CAPS ad servirá de suporte para uma futura atuação profissional, permitindo assim que através dessa experiência seja despertada a necessidade de aperfeiçoar a prática, tentando superar a lógica das políticas públicas que têm como critérios a seletividade e a exclusão, além de considerar os problemas dos sujeitos de forma fragmentada.

Quanto à estruturação deste TCC, encontra-se dividido em (dois) capítulos: o primeiro, intitulado “Saúde Mental no Brasil” tem como propósito abordar o contexto histórico da saúde mental no Brasil, tendo como ponto de partida para o estudo o surgimento da psiquiatria, que foi responsável pelo surgimento das primeiras escolas de medicina do Brasil, onde eram realizados estudos sobre as doenças, a partir de então novas formas de tratamento passaram a ser oferecidas aos doentes mentais, onde estes começaram a receber um tratamento mais eficaz. Em seguida apresenta-se um breve resgate histórico sobre o Movimento de Reforma Sanitária e as suas implicações para o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, bem como sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, tendo em vista que o desenvolvimento desses processos viabilizaram medidas para a construção efetiva de redes de atenção aos usuários dos serviços de saúde, bem como dos CAPS de forma mais integralizada.

Ainda neste capítulo há uma contextualização sobre a Proposta de Redução de danos, configurando-se também enquanto uma estratégia extremamente favorável para o enfrentamento dos problemas ocasionados pelo uso das substâncias psicoativas, através de medidas educativas e preventivas destinadas aos usuários de drogas dentro do CAPS ad. O último tópico do primeiro capítulo apresenta uma abordagem sobre Rede de atenção em CAPS ad e a intersetorialidade, onde mostra a fundamental importância do referido CAPS no processo de conquista dos direitos dos usuários de álcool e drogas, uma vez que o trabalho desenvolvido na unidade deve se basear nos princípios da integralidade e intersetorialidade, que articulados aos demais setores de proteção social buscam os demais serviços que não são disponibilizados pela saúde.

O segundo capítulo, “Limites e possibilidades de gestão no âmbito da saúde mental”, busca refletir sobre os princípios da descentralização e intersetorialidade, apontando a importância destes para os novos modelos de gestão no âmbito da saúde mental, já que impulsionavam um atendimento mais eficaz aos usuários, superando assim a maneira fragmentada com a qual eram analisados os problemas sociais. Em seguida são apresentados os avanços e limites da Reforma Psiquiátrica a partir dos novos modelos de gestão, onde são sinalizadas as propostas e debates que buscam legitimar e reproduzir os princípios da Reforma, ao mesmo tempo em que são discutidos também os desafios postos pelas mudanças efetivas da realidade complexa e dinâmica. O último tópico apresenta uma análise a partir da experiência de estágio sobre o exercício profissional desenvolvido no CAPS ad Wálter Sarmiento de Sá – Sousa/PB. Uma vez que este acontece de forma limitada, sendo portanto necessário potencializar os debates em torno do trabalho em rede, possibilitando assim um atendimento integral aos usuários do referido CAPS.

Seguem-se, na parte final desse trabalho, as considerações finais e as referências bibliográficas.

METODOLOGIA

Em relação aos procedimentos metodológicos tratou-se de uma pesquisa bibliográfica, a partir de referências de autores que se dedicaram a temática no âmbito da saúde mental, de tipo qualitativa, por tentar apreender o significado das relações sociais no processo do trabalho em rede da Saúde Mental. Como instrumento para obtenção e análise dos dados apropriou-se do diário de campo escrito no período do estágio supervisionado I e II referentes ao período de 2012.2 à 2013.1. Como abordagem metodológica optou-se pela tradição marxista que pode contribuir para o entendimento da totalidade e do contexto dinâmico e complexo da Saúde Mental e da drogadição.

O método materialista histórico dialético mostrou-se imprescindível para o aprofundamento teórico e metodológico desse processo investigativo, visto que a perspectiva crítico-dialético permitiu historicamente compreender o cotidiano a que estão inseridos os usuários de álcool e drogas, possibilitando assim apreender a partir da totalidade, o modo como as relações sociais contraditórias refletem na vida dos sujeitos sociais.

Cabe ainda sinalizar a contribuição do referido método para entender a política de saúde mental, já que esta foi construída em meio a um espaço de contradições mediado pela relação estado e sociedade civil e ainda se encontra em constante processo de luta para se efetivar e assim firmar uma assistência mais justa.

Capítulo 1: Saúde Mental No Brasil.

1.1 Breve contexto histórico da saúde mental brasileira

Inserido no século XIX e importado da experiência francesa, sofrendo influência também das escolas alemã e inglesa, o modelo de assistência psiquiátrica no Brasil hospício – cêntrico/ hospitalocêntrico¹ é considerado um marco na história da saúde mental brasileira, visto que a psiquiatria foi o ponto de partida para o surgimento das escolas de medicina no Brasil, onde eram realizados estudos sobre as doenças. Com isso o envelhecido asilo passa por mudanças e é reavaliado pela nascente psiquiátrica que possibilitou também a ampliação dos hospitais, além de uma nova estruturação nas Santas Casas de Misericórdia, onde foram implantadas formas de tratamento mais eficazes ao doente mental, sendo reconhecida também a necessidade de cuidados especiais destinados a esses indivíduos.

As Santas Casas de Misericórdia, consideradas os primeiros estabelecimentos de saúde do país eram responsáveis por dirigir a aplicação de um conjunto de regras e normas estabelecidas a princípio para o hospício. Visto que as camadas religiosas mantinham a preeminência dos serviços de saúde desde a época do Brasil Colônia, quando foi criada em São Paulo, na cidade de Santos a primeira Santa Casa do país, que tinha a finalidade de atender apenas aos militares.

Um marco importante na história da assistência psiquiátrica refere-se ao surgimento do Hospício Pedro II, inaugurado no século XIX em 1852 – Rio de Janeiro, uma vez que tinha em vista impedir a circulação das pessoas com transtornos mentais, retirando-as do convívio social. Tais medidas visavam manter a paz na sociedade, assim como conter os doentes mentais mais agitados por meio de técnicas deprimentes, sendo que estes eram aprisionados através de camisas de força com fortes marcas de violência. Segundo Resende (1990, p. 86):

A criação do hospício se coaduna com a forma como a questão social era abordada no período – como caso de polícia -, como um assunto ilegal, subversivo e, portanto, tratado como crime ou desordem, e por isso, reprimido. Seus agentes eram detidos e reclusos em cadeias públicas, excluídos do cenário social. Embora igualmente excluídos da sociedade e

¹ MODELO HOSPITALOCÊNTRICO: Era considerado pelo processo de Reforma Psiquiátrica como uma medida que violava os direitos humanos.

privados da liberdade de ir e vir, os loucos com a criação do hospício, recebiam tratamento distinto, sendo reclusos nos porões das Santas Casas de Misericórdia, mantidos sob a vigilância de guardas e carcereiros, submetidos à camisa-de-força e maus-tratos. A função principal do hospício nessa fase foi a de remover, excluir e sanear a cidade de um segmento que potencialmente era considerado desordeiro/ perigoso.

Apesar das péssimas condições vivenciadas pelas pessoas com transtornos mentais nos hospícios, marcadas por traços de violência, onde esses sujeitos eram acorrentados, existiam aqueles a favor desse método, até mesmo para manter a ordem social vigente. Dessa forma com base na ótica burguesa a forma como se estruturavam os hospícios apresentavam aspectos positivos, onde estes eram considerados locais de inclusão social.

Nos primórdios da assistência psiquiátrica brasileira, a sociedade se estruturava sobre o trabalho escravo onde se compunham de homens livres, como afirma Resende (1990, p. 41): “No Brasil os loucos inicialmente foram subproduto da cristalização das relações de trabalho do Estado escravista, em certa medida uma vítima ou consequência do não progresso.”

Com o advento da República, se inicia uma nova fase para as instituições psiquiátricas, em que a loucura e o louco passam a ter uma atenção maior sendo atendidos por especialistas, ganhando assim um contorno de doença mental e adquirindo um aspecto mais científico. A partir de então o hospício Pedro II passou a se chamar “Hospício Nacional de Alienados”, desvinculando-se da Santa Casa e aliando-se ao Ministério da Justiça, que seria agora responsável pelo controle e organização do referido Hospício.

Nesse mesmo ano de 1903 foi criada a “Assistência Médica e Legal dos Alienados” que exerceu papel fundamental na organização da assistência psiquiátrica no Brasil, o modelo hospiciocêntrico hegemônico até então, difunde-se por todas as regiões do país, que tinham como finalidade principal resolver os problemas de superlotação dos hospícios, oferecendo uma forma de tratamento voltada às atividades diversas, principalmente agropecuárias e diversos artesanatos.

Ainda nesta época muitas irregularidades aconteceram no Hospício Nacional de Alienados, dentre elas a ausência de recursos que pudessem oferecer uma assistência adequada aos doentes mentais, em função disto abriu-se um inquérito através de uma comissão de médicos que sugeriram melhoramentos na estruturação e funcionamento do Hospício, em consequência do inquérito, foi então

nomeado Diretor da Assistência Médico-Legal aos Alienados o Dr, Juliano Moreira, professor substituto da cadeira de Clínica Psiquiátrica da Bahia.

Dessa forma, através do Diretor Juliano Moreira, uma nova fase científica se abre para a psiquiatria brasileira no século XX, onde fundamentos teóricos, práticos e institucionais nascem para um sistema psiquiátrico racional. Tais mudanças se efetivam com a abertura do Hospício Juliano Moreira que tinha seu funcionamento assegurado pela Lei Federal de Assistência aos alienados elaborada em 1903 por intermédio do então deputado Teixeira Brandão, primeiro psiquiatra diretor do Hospício Nacional, esta lei surgiu com o objetivo de manter a fiscalização das instituições psiquiátricas, deste modo Machado (1978, p.484) vem afirmar que:

Esta lei faz do hospício o único lugar apto a receber loucos, subordina sua internação ao parecer médico, estabelece a guarda provisória dos bens do alienado, determina a declaração dos loucos que estão sendo tratados em domicílio, regulamenta a posição central da psiquiatria no interior do hospício. (...) Esta lei faz do psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecido.

Deste modo mesmo depois de anos do surgimento da psiquiatria e dos inúmeros estabelecimentos destinados aos doentes mentais em quase todo o Brasil, só então em 1912 a psiquiatria tornou-se especialidade médica autônoma e isso só foi possível graças ao desenvolvimento do conhecimento científico que estava atrelado à Revolução Industrial. Nesse sentido pode-se afirmar que a economia teve papel relevante nesse processo.

É importante ressaltar que nesse período o Estado torna-se responsável pelos custos necessários à assistência dos doentes mentais, disponibilizando assim de médicos especialistas em psiquiatria.

Porém, diante do aumento da demanda de pacientes com problemas mentais, os recursos tornam-se insuficientes, ocasionando assim em um processo de degradação nas clínicas psiquiátricas. Na tentativa de sanar essas dificuldades e oferecer aos pacientes um tratamento adequado novos medicamentos foram elaborados pelas indústrias farmacêuticas para amenizar o sofrimento dos doentes mentais. Tal medida tornou a assistência psiquiátrica um sistema dual, tanto público como privado, uma vez que o tratamento do doente mental tornou-se um meio de gerar lucros.

Logo em seguida a assistência ambulatorial² na tentativa de ganhar espaço começa a surgir, uma vez que nesse momento tinha-se o intuito de deixar de lado a hospitalização dos pacientes, assim como impedir a privatização do tratamento. Contudo ao analisar o contexto histórico desse período, marcado pelo ideário neoliberal, é evidente perceber que tal medida tornou-se inviável, visto que o país deveria adotar a privatização das empresas públicas.

Com base nas reflexões de Amaral (2006) o período de 1930, foi marcado por forte instabilidade política, já que existiam os grupos dos sanitaristas reivindicando novas configurações no campo da saúde pública e os grupos liberais que defendiam um Estado que intervisse na gestão das políticas de forma centralizada. A política de saúde pública só veio tomar novos rumos em 1945 com a saída do governo de Getúlio Vargas, onde iniciava-se um processo de democratização, que por sua vez apontava para a construção de uma nova Constituição com base na participação popular.

Porém em 1964 as medidas de privatizações adquirem seu maior vigor devido ao Golpe Militar que se inicia nesse mesmo período, onde [...] O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) unificou os institutos de aposentadoria e pensões em 1966 [...] Amaral (2006, p. 88). A partir de então o Estado começa a privatizar através de convênios os serviços públicos de saúde.

Diante das consequências causadas pelas medidas de privatizações no contexto do Regime Autoritário, os movimentos sociais foram impulsionados a organizar-se politicamente enquanto classe, expressando assim a suas insatisfações diante do novo modelo de assistência na saúde. Tais movimentos sociais articulados entre si dão início a um marco importante no contexto das lutas no âmbito da saúde, pois fazem surgir o movimento de Reforma Sanitária que será mais bem explicitado no próximo tópico.

1.2 As Lutas sociais e o Movimento Antimanicomial: A relação Saúde-Saúde Mental e os processos de Reformas Sanitária e Psiquiátrica

Na tentativa de analisar o histórico da saúde mental no Brasil, é possível entender o seu processo de construção em um âmbito muito maior, que por sua vez

² ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL: Consultas externas

está associado à política de saúde como um todo, uma vez que assim como as demais políticas públicas foi resultado de uma série de lutas sociais e políticas. Assim como aponta AMARAL (2006) foi a partir dos movimentos sociais em saúde que surgiram as primeiras propostas de reivindicações a cerca da saúde mental, uma vez que foi ao longo do século XX, que foram assegurados direitos aos portadores de transtornos mentais. Ainda com base na autora tais medidas que garantiam à esses sujeitos o título de cidadão de direitos só foi possível através da Declaração dos Direitos humanos. Esse processo mostrou-se fortemente articulado aos demais movimentos sociais que tinham em vista a reivindicação por interesses. Fazendo assim eclodir o “movimento sanitário”, em favor da mudança nas práticas de saúde, assim como a oferta de um suporte maior para resolução dos problemas mentais.

Iniciado a partir do final dos anos 1970, o Movimento sanitarista realizado por profissionais da área da saúde resultou das transformações ocorridas no âmbito das políticas de saúde pública através dos movimentos sociais que visavam à reconfiguração da política social, garantindo a saúde enquanto direito de todos assegurado pelo Estado. Outro aspecto importante no processo de Reforma Sanitária refere-se à nova visão que os sanitaristas passam a ter sobre os problemas de saúde dos indivíduos, uma vez que estes começam a ser explicados com base no contexto sociopolítico e econômico, marcado por novas reivindicações das massas trabalhadoras. Assim como aponta Laurell é necessário:

“Demonstrar que a doença, efetivamente, tem caráter histórico e social. Para isto, é preciso distinguir dois problemas que estão subjacentes a esta questão. Por um lado, temos o conceito de saúde, que expressa como se conceitua e se define socialmente determinado fenômeno. Por outro lado, esconde-se atrás da palavra “doença” um processo biológico que ocorre na população, independentemente do que se pense a respeito dela. É necessário, então, comprovar o caráter social de ambas.” (LAURELL, 1992, p.2)

Com isso a Reforma Sanitária ganha maior visibilidade, uma vez que acontecia de forma articulada com as demais organizações políticas tendo como pressuposto o compromisso com a democracia plena e com a cidadania, além de considerar todos os aspectos necessários para o bem-estar do indivíduo, ou seja, além do físico e mental, o social.

Tais lutas implicaram no processo de ampliação do sistema de saúde, articulando-o com as demais políticas sociais. Esses avanços no âmbito da saúde contribuíram de forma significativa para o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) que contribuiu ainda mais para a compreensão das condições de vida dos indivíduos com base em seus aspectos socioeconômicos e culturais. “Conforme a lei 8.080, o SUS propõe a criação de redes de serviços e ações regionalizadas e hierarquizadas, seguindo princípios como universalidade, equidade e integralidade” (ZAMBENEDETTI, 2008, p. 132)

Dessa forma os princípios de acesso universal e gratuito defendidos pelo SUS e mais tarde inseridos na Constituição Federal de 1988, implicaram em grandes avanços sociais, visando reparar as antigas injustiças sociais, que impediam a universalização das políticas de saúde. A partir de então tais serviços deveriam atender as necessidades dos indivíduos como um todo e não de forma fragmentada, levando em consideração o real sentido da integralidade, que se baseia na articulação com as demais políticas sociais. Assim como a igualdade no acesso aos direitos, respeitando dessa forma as diferenças e cada um.

Ainda explicitando a necessidade de um suporte maior na assistência psiquiátrica que pudesse solucionar os problemas dos doentes mentais eclodem no Brasil os primeiros movimentos de Reforma Psiquiátrica assegurada pela Lei nº 10.216. O seu surgimento está inscrito em um cenário marcado por transformações políticas e sociais no Brasil ocorridas em meados da década de 1970, o que implicou fortemente na reconfiguração das políticas públicas de saúde, uma vez que o país vivenciava nesse período o fim da Ditadura Militar, onde os movimentos populares, associações, partidos políticos e as mais diversas categorias de manifestações começam a se reorganizar politicamente a fim de demonstrar as suas insatisfações devido a falta de liberdade e a exclusão do convívio social, além das péssimas condições de vida e de trabalho.

A partir de então, essas mobilizações populares começaram a expressar também sua revolta e as críticas com relação à forma violenta pela qual eram tratados os “doentes” mentais nos hospitais psiquiátricos, que, além disso, eram excluídos do convívio social e os recursos empregados nessas unidades eram escassos.

Com base em uma conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental realizada em Brasília (2005), o Ministério da Saúde afirma que o início efetivo

do Movimento social reivindicando os direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país surge com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento formado por integrantes do movimento sanitário, familiares de pacientes e pessoas com um longo histórico de internações psiquiátricas, onde as inúmeras lutas passaram a ter um papel importante na construção coletiva da crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais, fazendo com que acontecesse a ruptura com os antigos paradigmas.

A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio são inspiradoras, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas, como, por exemplo, na Colônia Juliano Moreira, enorme asilo com mais de 2.000 internos no início dos anos 80, no Rio de Janeiro. Passam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro). Ministério da saúde (2005).

Dessa forma, é partir desse contexto, onde os mais diversos movimentos sociais reorganizam-se politicamente e passam a ter uma postura crítica diante dos antigos paradigmas de tratamento médico-hospitalar baseado no modelo manicomial, que as instituições que começaram a se inspirar pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica passam agora a dá ênfase aos aspectos sociais e políticos da saúde mental, portanto baseavam-se em:

Uma psiquiatria que vive dialeticamente as contradições da realidade, que recusa as soluções puramente técnicas do problema mental, e que tem de ser política, pondo em xeque as próprias instituições manicomiais, a desapropriação e a violência perpetrada por elas. Essas linhas psiquiátricas podem ser chamadas de Psiquiatria renovada, de psiquiatria reformada, de nova psiquiatria ou de psiquiatria da desinstitucionalização (BISNETO, 2009, p. 33).

Compartilhando a compreensão de Gonçalves (2008), é possível afirmar que as práticas desenvolvidas para assistência psiquiátrica tomaram novos rumos no final dos anos 80, principalmente em decorrência da força política adquirida pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica, o que permitiu a construção de novos projetos que intensificassem ainda mais o movimento de luta antimanicomial.

Então através do movimento de Reforma Psiquiátrica articulada as demais organizações políticas, o tratamento destinado aos “doentes mentais”, baseia-se a partir de então em medidas antimanicomiais, visando uma ampla proteção e ações humanizadas no âmbito da saúde mental. Dessa forma, assim como aponta Machado:

“As propostas de atenção em saúde mental na direção da Reforma Psiquiátrica têm implícita uma orientação ético-política articulada ao SUS e aos seus princípios norteadores: saúde, como um direito fundamental e dever do Estado, enfatizando o acesso universal na atenção em saúde mental com base em integralidade, intersetorialidade, equidade, universalidade, igualdade e no controle social (no sentido da participação popular dos usuários e familiares.” (MACHADO, 2009,p. 61)

Conforme as reflexões de Carvalho (2010) o processo de desinstitucionalização adquire mais vigor a partir da criação do Projeto de Lei 3.657/89 em meados dos anos 1980, visto que tal Projeto mais conhecido como Paulo Delgado expressava fortemente qual a real intenção da Reforma psiquiátrica, que era a busca incessante pela defesa da cidadania plena. Para tanto o Projeto de Lei defendia a ideia de que os pacientes deveriam decidir se queriam se internar ou não, além disso, propunha definitivamente a não construção de novos hospitais psiquiátricos, onde estes deveriam ser substituídos uma por uma rede ampla de serviços e de atenção integral, passando assim de uma assistência psiquiátrica baseada na internação para serviços substitutivos abertos.

Uma importante redução no número de leitos em hospitais psiquiátricos tornaram-se evidentes nessa época marcada pelo surgimento do Projeto de Lei Paulo Delgado, ressaltando também o aumento do número de profissionais no desempenho em saúde mental, inclusive de assistentes sociais, que deveriam contribuir de forma significativa na concretização de uma rede ampla de serviços assim como de atenção psicossocial. Tais mudanças mostraram a importância do referido Projeto de Lei, que buscava articular todos os serviços sociais envolvidos no modelo de atenção em saúde. Pois assim como aponta o caderno informativo da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) a inclusão social configura-se enquanto medida que para se efetivar deve acontecer de forma integral, uma vez que deve ser viabilizado o acesso à todas as políticas de saúde, incluindo esporte,

educação, saúde, lazer, cultura, habitação, tudo isso de modo a atender as reais necessidades apresentadas pelos indivíduos.

1.3 Novas configurações da assistência psiquiátrica no Brasil após o processo de luta antimanicomial

Um marco importante com o processo de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos foi o surgimento de novos paradigmas na assistência psiquiátrica e uma nova organização no sistema de saúde, onde os CAPS passam a ter centralidade no atendimento às pessoas com transtornos mentais, sendo que com o aumento das demandas o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) começou a ser ampliado, passando a ser de tipo I, II, III, Álcool e Drogas (CAPS AD) e Infanto-juvenil (CAPSi)³

O CAPS se tornou, então, a unidade de base da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e, portanto, da reabilitação preconizada pela saúde mental. É um serviço de saúde comunitário do SUS, presta atenção diária e sob base territorial, nesse território será considerado principalmente os atores que nele habitam, junto com sua família, vizinhos, amigos, e a partir disso poder estruturar uma rede de atenção aos indivíduos com transtornos mentais. Nesse caso, deve-se observar que a Reforma Psiquiátrica trabalha o princípio da integralidade e da consequente construção da rede como algo processual, materializado nas biografias dos sujeitos. (CARVALHO, 2010,p. 17.)

Assim como aponta Amaral (2006) o funcionamento dos CAPS assegurados pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 336, deveriam acontecer regularmente, onde os serviços tinham que ser devidamente implementados e financiados. Entretanto a autora enfatiza a burocracia até mesmo por falta de iniciativa política para a efetivação das ações no campo da saúde mental.

Além dos CAPS foram criados também os Núcleos de Atenção Psicossocial

³ CAPS: CAPS I E CAPS II: São CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. CAPS III: são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. CAPSi: CAPS para infância adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais. CAPS ad: CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. (Brasil, Ministério da Saúde, 2004, p.22)

(NAPS) assegurados pela Portaria nº 224, ambos os serviços deveriam atuar na mesma perspectiva, tendo como princípios norteadores, a universalização, hierarquização regionalização e integralidade das ações. De acordo com a Portaria que legitima tais unidades de saúde faz-se necessário uma equipe multiprofissional na execução das atividades composta por: psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, e profissionais de nível médio, um psiquiatra e um enfermeiro. Amaral (2006).

A década de 1980 apesar de valorizar e tender a democratização do país, inclusive com a promulgação da constituição cidadã de 1988, que institui mecanismo de políticas públicas e sociais, através do sistema de seguridade social, que tinha como pressuposto a articulação com as demais políticas de proteção social passa a vivenciar na década seguinte um desmonte dessas políticas, em decorrência da hegemonia neoliberal (Estado mínimo para o social). Dessa forma desde os primórdios a política de saúde mental encontra dificuldades para efetivação de uma reforma psiquiátrica realmente democrática e eficaz.

No Brasil há a conjunção de quatro fatores sociais, de forma inédita: o capitalismo monopolista, a globalização financeira e mercantilista, o neoliberalismo e a reestruturação produtiva. O resultante dessas quatro forças na estrutura social aponta para sérios problemas da ordem do Serviço Social e da saúde mental (BISNETO, 2009, p. 41).

Esses fatores contribuíam de forma significativa para redução dos gastos com o social e conseqüentemente a exclusão de grandes contingentes da população. Além disso, as ações desenvolvidas atendiam apenas as necessidades imediatas da população. Então para que esses obstáculos fossem superados deveria haver mudanças na intervenção estatal, onde o Estado assumisse um maior compromisso com as questões públicas, garantindo assim a articulação entre as políticas de proteção social, e a materialização dos direitos sociais, viabilizando o acesso à todos.

Diante dos desafios enfrentados para implementação das políticas de saúde mental Bravo (1998), vem afirmar que o Ministério da Saúde só veio expandir a rede de saúde mental, no que diz respeito ao atendimento integral aos usuários de álcool e outras drogas nos anos 2000, isso em meio a um contexto marcado por fortes tendências às privatizações dos serviços públicos. Traço característico da

perspectiva neoliberal, mostrando-se totalmente contrário ao Projeto das Reformas Sanitária e Psiquiátrica.

Conforme a análise de Carvalho (2010) só na III Conferência de Saúde Mental realizada em 2001, que foi debatido a respeito de medidas mais eficazes destinadas às pessoas com abuso ou dependência das substâncias psicoativas, uma vez que a lei que assistia à esses usuários tinha caráter repressivo, o que representava um retrocesso nos serviços de saúde mental. A partir dos debates realizados nas conferências a respeito da questão da droga e os impactos maléficos causados na vida do usuário, foi criado em 2003 o Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas (CAPS ad) por meio da Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002.

Então, inicia-se a construção de uma rede de serviços extra-hospitalares para a atenção à saúde mental e aos indivíduos que fazem o consumo de drogas. Esta rede tem como elemento central e articulador os CAPS ad e inclui outros dispositivos da rede básica como os Programas de Saúde da Família, CAPS gerais, posto de saúde, junto com ambulatórios, emergências, hospitais psiquiátricos e gerais. As pessoas com problemas pelo uso de drogas podem ser atendidas em qualquer serviço da rede, ficando o atendimento nos CAPS ad destinados aos casos graves que necessitam de uma maior atenção. (CARVALHO, 2010, p. 21)

A IV Conferência de Saúde Mental-Intersetorial (2010) expressa nitidamente a necessidade de ampliar os debates em saúde mental, tendo em vista o fortalecimento das lutas pelo direito à saúde. Nessa perspectiva o Ministério da Saúde é apontado enquanto um dos órgãos fundamentais na implementação da política de saúde em especial, à destinada aos usuários de drogas, bem como no processo de fiscalização dos serviços de saúde mental e mobilização dos diferentes atores envolvidos nessa mudança. O maior desafio discutido na referida Conferência refere-se à ampliação do trabalho em rede na saúde mental tendo como princípio norteador a intersetorialidade, na tentativa de articular os serviços disponíveis na saúde.

Cabe aqui sinalizar uma estratégia de grande importância aprovada pelo Ministério da Saúde no ano de 1994, executada no CAPS ad, que tem como objetivo reduzir os danos causados pelo uso das drogas, principalmente no que diz respeito aos usuários portadores do HIV. Tal medida acontece de modo a compreender a vida do usuário a partir de várias dimensões, propondo assim efetivar os princípios

defendidos pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica, o que será mais bem explicitado no próximo tópico.

1.4 Centro De Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas e a proposta de Redução de Danos

A proposta de Redução de Danos (RD) configura-se enquanto uma estratégia de intervenção utilizada pelo CAPS ad, tendo em vista a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Tal estratégia desenvolvida na área da saúde é destinada aos usuários de drogas, uma vez que pesquisas constavam que as doenças sexualmente transmissíveis estavam fortemente associadas ao uso das drogas. Além disso, a proposta de Redução de danos desenvolve ações que visam:

Possibilitar uma melhor qualidade de vida para o sujeito, informando-o e respeitando sua liberdade para exercer sua autonomia e cidadania de decidir quando parar de usar drogas, se assim o desejar (VELOSO, 2004, p.173).

Pode então ser considerada uma estratégia que busca superar concepções de tratamento que não levam em consideração as particularidades de cada sujeito, e que têm como principal foco obter apenas respostas imediatas no que diz respeito à abstinência do uso das drogas. Nesse sentido o tratamento no âmbito da proposta da redução de danos tem como objetivo desenvolver nos sujeitos uma consciência crítica a respeito das drogas e suas consequências, o que permite que cada um tenha autonomia para tomar suas decisões. Isso porque a proposta em questão baseia-se em uma análise complexa da vida do sujeito, levando em consideração a sua relação com o contexto sociocultural que está inserido e com o uso das drogas, dando centralidade a subjetividade dos indivíduos. Refere-se mais a uma medida educativa e de advertência sobre os danos causados pelo uso das drogas.

Contudo, mesmo asseguradas pelas legislações no âmbito da saúde mental, as propostas da redução de danos nem sempre conseguem ser efetivadas, tendo em vista a escassez de recursos por parte do Estado, além disso, outro agravante refere-se aos próprios indivíduos que muitas vezes encontram-se desestimulados e acabam não contribuindo para condições satisfatórias no tratamento.

Compartilhando com a compreensão de Oliveira (2003) as medidas adotadas

pelo Brasil destinadas aos usuários de álcool e outras drogas, vêm mostrando-se insuficientes e precárias, visto que ainda acontecem sob uma perspectiva conservadora, não atendendo aos critérios propostos pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) assegurada pelo decreto nº 3.696/2000 e pelo Ministério da Saúde, órgãos estes responsáveis pela implementação das políticas públicas voltadas para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas. Isso mesmo com as discussões à respeito da temática sobre drogas mostrando-se constantes no Brasil, onde os conselhos e secretarias antidrogas estão sempre em busca de novas alternativas para o tratamento e prevenção dos usuários de drogas, inclusive com base em medidas articuladas entre si.

Assim como afirma Carvalho (2010) no governo Lula, foi aprovada uma nova legislação de nº 11.343/06, que tinha como princípio norteador a integralidade, tendo em vista desenvolver medidas de prevenção, tratamento e reinserção social dos usuários de drogas. Essa Lei voltada para o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) tinha também como objetivo distinguir os usuários dos dependentes de drogas e traficantes, uma vez que as medidas a que cada categoria dessas se submeteria eram diferentes, já que para os usuários as medidas eram sócio-educativas, enquanto que os traficantes deveriam se submeter à penas que aumentariam o tempo de prisão.

Desse modo, a criação de políticas voltadas para o tratamento e prevenção do uso de drogas tendo em vista a redução de danos, acabam não oferecendo uma rede de suporte aos usuários, assim como assegura a lei, inclusive a estratégia de redução de danos que consideram a problemática de um modo integrado e complexo, levando em consideração [...] “as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas” [...] (Oliveira, 2003, p.188). visto que só por esse viés que é possível identificar quais as reais necessidades dos usuários para assim oferecer um tratamento adaptado as características e ao contexto de cada consumidor. Porém além do difícil acesso às ações preventivas e de tratamento, assim como afirma Oliveira (2003) a realidade Brasileira ainda é marcada por visões distorcidas à respeito das drogas, ou seja, reducionistas, simplistas a até mesmo preconceituosas, onde as medidas acabam se voltando apenas para tentativa de combater o uso de drogas, no sentido de eliminar essas substâncias, sem antes compreender a problemática de uma maneira global, levando em consideração a singularidade de cada indivíduo, inclusive o seu meio social.

1.5 Redes de atenção em CAPS ad e a intersectorialidade

O CAPS ad faz parte de um importante processo na conquista de direitos dos sujeitos com problemas psíquicos, incorporando nas ações de saúde mental os princípios e garantias dos direitos humanos. Trata-se de um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. A condição de dependência leva o sujeito a uma situação de extrema vulnerabilidade social, com isso é possível concluir que os usuários que são atendidos necessitam mais do que um tratamento de saúde.

Isto significa que a conjugação e a articulação interna a cada política social e desta em relação às diferentes ações desenvolvidas pelas diversas políticas sociais públicas, é que pode unificar, dar direção, normatizar o compartilhamento de objetivos comuns, de integração de ações. Esta conjugação e articulação é o indicativo primeiro da construção da rede sócio assistencial (OLIVEIRA, 2004, p. 03.)

Desta forma, só a construção de uma rede ampla de proteção social pode desenvolver ações articuladas entre si, capazes de atender de forma eficaz as diferentes demandas da realidade social e propor mudanças na vida dos sujeitos que sofrem com os efeitos maléficos causados pelo uso das drogas. Levando em consideração a ideia de que vivemos em uma sociedade dinâmica e complexa.

A construção de uma rede de assistência com o pressuposto da ideia de território, como preconiza na ideia dos CAPS, requer a junção de todos os recursos afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer, para potencializar as ações dos recursos humanos da assistência para nortear as estratégias de reabilitação psicossocial.” (CARVALHO, 2010, p. 40)

Por isso que os serviços de saúde mental desenvolvidos nos CAPS devem seguir uma orientação ético-política embasada nos princípios assegurados pelo SUS: a intersectorialidade, igualdade, participação popular dos usuários juntamente com suas famílias, a equidade e a integralidade. Todos esses princípios devem está articulados entre si, visto que autores como Rios (2011) chamam atenção para afirmação de que as ações mesmo possuindo seu caráter universal quando acontecem isoladamente não conseguem executar a equidade e a integralidade, pois ainda que os problemas sociais sejam manifestados setorialmente as medidas

devem ser tomadas através de várias políticas.

O desenvolvimento de ações intersetoriais com base na atenção integral tornou-se extremamente necessárias com a nova postura adotada pelo SUS com relação à saúde mental, onde o Sistema passa a compreender as condições de vida dos sujeitos com problemas mentais e dependentes de substâncias psicoativas com base nos aspectos socioeconômicos e culturais.

A partir de então surge a preocupação em atender as necessidades dos usuários de forma ampla, levando em consideração a ideia de que esses sujeitos geram problemas que competem também à saúde pública. Por isso que o princípio da intersectorialidade juntamente com a integralidade articulam-se aos demais setores de proteção social em busca de serviços que não são disponibilizados pela a saúde, tendo em vista que nenhuma política pode ser vista de forma isolada e exclusiva, mas como uma política articulada às demais.

A intersectorialidade configura-se como basal para o atendimento integral dos usuários e os encaminhamentos postulam-se como ferramenta fundamental no que tange a articulação das políticas públicas. (Rios, 2011, p.229)

O princípio da integralidade está associado também à articulação entre os profissionais da Unidade, tendo em vista que é necessária uma consonância entre as ideias de cada profissional para se chegar a um objetivo comum e assim atender de forma eficaz as reais demandas dos usuários, oferecendo um atendimento integral. Além de [...] “acompanhar o atendimento das demandas dos usuários através da comunicação e articulação com outros setores” [...] (Rios, 2013, p. 229)

A integralidade da assistência na saúde, então, é apontada como um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, diversificados de acordo com cada situação e abrange todos os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde. Leva em conta também a fundamental articulação com as demais políticas sociais indo de encontro com as práticas médicas fragmentadas que reduzem o indivíduo ao seu aparelho biológico que supostamente é o único causador de seu sofrimento. De acordo com o próprio SUS, a integralidade propõe a horizontalização dos programas e a visão do usuário a partir de sua totalidade, requerendo para seu cuidado a constituição de rede de serviço intra e intersectorial (CARVALHO, 2010,p.14)

Entretanto, as ações desenvolvidas na realidade dos CAPS nem sempre se mostram condizentes com real proposta da política de saúde mental, fortemente

atrelada aos princípios do SUS, havendo assim um confronto entre as exigências estabelecidas e as respostas desenvolvidas. Desta forma, para que haja mudanças nas redes de atenção à saúde faz-se necessário levar em consideração as peculiaridades regionais, além de estabelecer pactos, alianças com os diferentes segmentos sociais, a níveis municipal, estadual e Federal. É preciso também entender que:

Essas dificuldades se expressam principalmente pelo financiamento público insuficiente e por outras questões não resolvidas inerentes à descentralização, à estruturação e à gestão do trabalho em saúde, ao pacto federativo, a legislação complementar, entre outros fatores. (SILVA, 2011,p.16)

Apesar de bem elaborada e de viabilizar algumas conquistas, a política de saúde mental no Brasil mostra-se ainda muito fragilizada e limitada, frente aos desafios enfrentados pela ofensiva neoliberal, que tendem a dificultar a construção de uma verdadeira rede de serviços e o fortalecimento entre as políticas intersetoriais. Outro aspecto que contribui para essa inoperância e descaso das políticas está diretamente ligado “a necessidade de um amplo processo de formação, capacitação, investimentos físicos, financeiros, operacionais e políticos” que envolva os atores da referida política. (Ministério de desenvolvimento social e combate à fome, 2005 p. 52). Pois é a falta desses recursos que contribui para o desmonte das propostas da política de saúde pública, que acaba não se adequando aos princípios propostos pelo Movimento de Reforma sanitária e Psiquiátrica assegurados pela Constituição de 1988.

Desse modo é importante analisarmos a particularidade histórica brasileira do conservadorismo, vinculado às heranças da ditadura militar que limitava o acesso aos direitos humanos e atribuíam às políticas sociais um caráter paliativo e emergencial, onde as mesmas eram concedidas em forma de favores. Essas características eram direcionadas através da cultura clientelista que reforçava ainda mais a ideia da política de caráter emergencial e focalizada, sendo esta uma realidade que se faz presente ainda nos dias atuais.

Nesse sentido as políticas sociais seguem essas tendências regressivas e conservadoras, reforçando a convivência contraditória entre universalização e seletividade. Nesse aspecto verifica-se o difícil acesso às políticas e

consequentemente a agudização da desigualdade social e a violação dos direitos humanos, limitando assim as possibilidades de uma cidadania plena.

Capítulo 2: Limites e possibilidades de gestão no âmbito da saúde mental.

2.1 Descentralização e intersetorialidade: pressupostos fundamentais para novas formas de gestão no âmbito da saúde mental.

O desenvolvimento das ações intersetoriais tendo em vista o atendimento integral aos usuários no âmbito da saúde mental, bem como as medidas de descentralização, também incorporadas pelo SUS foram responsáveis por impulsionar novos modelos de gestão no que diz respeito a implementação das políticas de saúde mental. Uma vez que se buscava a partir de então garantir com maior eficácia as reais necessidades dos usuários, além de superar a visão fragmentada com a qual eram analisados os problemas sociais.

No Brasil, desde a Constituição de 1988, os Conselhos Gestores de Políticas Públicas vêm constituindo um importante instrumento, não apenas do ponto de vista da fiscalização e controle de políticas públicas, mas também como via de fortalecimento da participação popular no processo de gestão e implementação das políticas públicas. (SILVA, 2007, p.18)

Os novos mecanismos de gestão, alterados a partir da Constituição de 1988, discutiam possibilidades de avanços na Reforma Psiquiátrica, já que para implementação de um novo modelo de atendimento aos usuários precisou-se também de uma nova postura por parte dos gestores de modo a se adequar às novas exigências no âmbito da saúde mental, que visava a consolidação de uma rede de assistência integral. Dessa forma os instrumentos de gestão mostram-se como fundamentais para consolidação do modelo de assistência em saúde mental, devendo assim estar em consonância com os critérios propostos pela Reforma.

Compartilhando com as reflexões de Sposati (2006), faz-se necessário analisar a intersetorialidade enquanto princípio fortemente articulado a descentralização, pressupostos esses que possibilitaram uma maior participação democrática tanto na execução como no controle das ações do Estado. A incorporação desses princípios tinham como objetivo romper com os traços conservadores que caracterizam a particularidade brasileira, principalmente no que diz respeito ao autoritarismo e ao processo centralizador, uma vez que o poder era concentrado nas mãos da minoria, impedindo assim a participação popular.

Barros e Salles (2011) afirmam que a regulamentação dos novos modelos de gestão no âmbito da saúde assegurados pelas portarias do Ministério de Saúde, das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS) e mais recentemente das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS-SUS) foram legitimadas através da Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, responsável também pela regulamentação do SUS, no que diz respeito a instauração dos referidos princípios que implicaram nos novos modelos de gestão.

Foi na perspectiva gerada pelas NOB-SUS que a área de Saúde Mental, no âmbito federal, deu um passo importante para permitir a transformação do modelo assistencial, que foi a diversificação dos procedimentos remunerados pelo Sistema Único de Saúde, nos níveis ambulatorial e hospitalar, assim como a regulamentação do funcionamento dos serviços e a implantação de uma sistemática fiscalização dos hospitais psiquiátricos. (BARROS e SALLES, 2011, s/p)

Após perder o caráter “estadualista”, o novo modelo de organização do sistema de saúde brasileiro introduz a “municipalização” como estratégia condutora do processo de descentralização do sistema (Ugá, 1997), o que permitiu que os municípios se tornassem ativos no sentido de participar estrategicamente no âmbito do SUS [...] “dada sua competência constitucional para prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços e atendimento à saúde da população[...]” (Constituição Federal, art., 30, VII).

Com vistas à cooperação financeira da União, a Lei Orgânica da Saúde (lei n. 8.080/90, art. 35) estabeleceu que as transferências federais a estados, Distrito Federal e municípios deveriam ser definidas “segundo análise técnica de programas e projetos” (*caput*) sendo 50% do volume desses recursos repassados em base ao tamanho da população (§1º). E a outra metade a *partir da* combinação de critérios como perfis epidemiológico e demográfico, capacidade instalada, desempenho técnico, econômico e financeiro e da previsão do plano quinquenal de investimentos. Posteriormente, a lei n. 8.142/90 estabeleceu que as transferências destinadas à cobertura das ações e serviços de saúde pelos entes subnacionais – excluindo expressamente os recursos destinados a investimentos (art. 2º, II e III)– seriam regulares e automáticas (arts. 2º, IV e 3º, *caput*). Segundo a mesma lei, enquanto o artigo 35 da lei n. 8.080 não fosse regulamentado prevaleceria o critério populacional, de forma análoga, portanto, ao Fundo de Participação dos Municípios (FPM), destinando-se à esfera municipal, pelo menos 70% desses recursos (lei. n. 8.142/90, art. 3º, § 1º e § 2º). (Ugá, 1997, p.418)

Ainda com base nas afirmações de Ugá (1997), é possível afirmar que apesar

dos avanços formais, são muitos os desafios enfrentados pela Norma Operacional do Ministério da Saúde NOB 01/93, no sentido de resgatar o processo de descentralização no âmbito do SUS, ou seja, concretizar de fato esse princípio, que na maioria das vezes encontra limites para entrar em vigor, visto que os recursos financeiros mostram-se insuficientes, além dos limites no âmbito da gestão. Já que o sistema de saúde:

a) não implementou o caráter automático das transferências intergovernamentais, na medida que, em vez de transferências globais para estados e municípios, como era esperado, o financiamento da atenção médica se efetivava mediante pagamento direto, por parte do MS aos prestadores de serviços de saúde; b) reduziu a atenção à saúde à mera prestação de ações médico-assistenciais, desconsiderando a importância das ações de alcance coletivo; e c) passou a tratar as esferas infranacionais de governo como meros prestadores de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais como se atuassem por *delegação* ministerial e não em consonância com a diretriz constitucional da descentralização. (Ugá, 1991, s/p)

Nesse sentido a NOB 01/93, deveria está em constante processo de resgate , no que diz respeito ao princípio da descentralização introduzido pelo SUS, desenvolvendo assim estratégias que legitimassem a autonomia dos estados e municípios no âmbito da gestão da rede assistencial. Já que este era um processo lento e por isso a autonomia de gestão era adquirida paulatinamente.

Tendo como objetivo legitimar e concretizar as medidas de descentralização no âmbito da saúde introduzidas pela NOB/93, foi aprovada em 6 de novembro de 1996 a Norma Operacional Básica do SUS– NOB-SUS 01/96. (Porto e Ugá, 1992).

Com a NOB 01/96 as modalidades de gestão de estados e municípios foram reduzidas a duas: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema, para os municípios; e gestão avançada do sistema e gestão plena do sistema, para os estados. Além, obviamente da situação de “não-habilitado”, já existente e aplicável àquelas unidades da federação que não cumprirem os requisitos mínimos de habilitação. A gestão plena do sistema, para além de possibilitar a estados e municípios a governança sobre a prestação de serviços médico-assistenciais, conferiu- lhes autonomia para gerir o sistema de saúde como um todo, na sua esfera de governo, isto é, todas as ações relativas à promoção, proteção e recuperação da saúde. (Porto e Ugá, 1992, p.420)

A partir de então é atribuído um novo modelo de organização e cuidado à saúde, onde a implementação e gestão das políticas são [...] concebidas como

linhas de ação coletiva que concretizam direitos sociais, por meio dos quais são distribuídos ou redistribuídos bens e serviços em resposta a demandas da coletividade [...] (Potyara Pereira, 1996: 130).

A base para conformação desse novo modelo sustentar-se-ia nos seguintes pressupostos: a) atuação centrada na qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente, em uma perspectiva intersetorial, baseada na ética do coletivo; b) integralidade da atenção, incorporando o modelo epidemiológico ao modelo clínico dominante; c) ênfase na relação das equipes de saúde com a comunidade, em especial com as famílias; e d) utilização de novas tecnologias e processos de informação, educação e comunicação social. (Porto e Ugá, 1992, p.420)

Os critérios propostos pela NOB/96 apontavam para uma prática baseada em ações intersetoriais, dando ênfase ao indivíduo e a sua coletividade, uma vez que havia uma articulação entre as necessidades individuais e o seu meio ambiente, bem como medidas que visavam a promoção, proteção e recuperação no processo saúde-doença.

O mecanismo essencial para a estruturação do novo modelo consistiu no processo de programação pactuada e integrada entre as três esferas de governo das atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças. Esse processo, nomeado desde então como Programação Pactuada Integrada (PPI), visava assegurar a explicitação do pacto entre os gestores; as relações intermunicipais, traduzindo as responsabilidades de cada município na garantia de acesso da população aos serviços de saúde; a reorganização das ações e serviços na lógica do novo modelo de atenção; e a reorganização da gestão do sistema, direcionando a alocação de recursos. (Porto e Ugá, 1992, p.421)

Com base nas afirmações de Porto e Ugá (1992), é possível concluir que no âmbito da alocação do gasto público com saúde não é possível uma distribuição de recursos igualitária, visto que devem ser levadas em consideração as diferenças nos aspectos demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos de cada população, nesse sentido esses repasses acabam favorecendo apenas alguns segmentos populacionais, causando assim um desequilíbrio na redistribuição dos recursos, assim como o agravamento das desigualdades intermunicipais.

Esses desafios no que diz respeito ao financiamento no âmbito da saúde existem desde os primórdios da implantação do SUS (Sistema Único de Saúde), visto que mesmo com medidas que viabilizem o processo de descentralização, a

dimensão territorial do Brasil acompanhada de diferentes níveis de desigualdade não permite que esse princípio tenha a mesma eficácia em todos os contextos a nível nacional. Dessa forma a má distribuição dos recursos federais aos estados e municípios acabam sendo permanentes, visto que apesar dos avanços, existem também os limites e particularidades históricas do Brasil já explicitadas anteriormente, principalmente no que diz respeito à subordinação das políticas sociais em relação à política econômica.

Em meio à esses desafios no âmbito do processo de descentralização, encontra-se afetada também a gestão pública, visto que acaba não acontecendo de forma articulada, descartando assim a perspectiva democrática em torno das decisões tomadas no âmbito da saúde. O que recai de forma negativa sobre os princípios da Reforma Psiquiátrica, tais aspectos serão explicitados melhor no próximo tópico.

2.2. Avanços e limites no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira mediante aos novos mecanismos de gestão

Após a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial (IV CNSM – I) em abril de 2010, há um grande avanço no âmbito da saúde mental brasileira, visto que significou a consolidação da participação popular e democrática, medidas essas que já vinham sendo discutidas nas Conferências anteriores. A partir desses debates houve uma reafirmação dos princípios assegurados pela Reforma Psiquiátrica, que apontavam para novos mecanismos de gestão, tendo em vista a consolidação dos avanços e medidas estratégicas para o enfrentamento dos desafios. O tema em debate (intersectorialidade) apesar de já discutido anteriormente vinha sendo desestimulado em algumas medidas, isso mediante a complexidade histórica e dinâmica da realidade que está sempre em processo de transformação, apresentando assim novas necessidades.

O Relatório da IV CNSM-I, reafirma de forma unívoca e incondicional os princípios mais gerais da Reforma Psiquiátrica em curso no país, como a superação do modelo asilar, com construção de uma rede substitutiva diversificada, e garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental e seus familiares. A Conferência se manifestou contrária a todas as propostas de privatização e terceirização de serviços, na direção de um sistema estritamente público e estatal de serviços de saúde mental. Finalmente, reafirmou a necessidade da presença e participação ativa dos

usuários na rede de serviços, na produção do próprio cuidado em saúde mental, e no ativismo junto aos serviços e aos dispositivos de controle social. (Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, Ministério da Saúde, 2011)

Compartilhando com a análise de Barros e Salles (2011) é possível afirmar que os diversos relatórios de gestão do Ministério da Saúde sempre aconteceram no sentido de legitimar os critérios da Reforma Psiquiátrica, já que este processo acontece na perspectiva de uma rede “regionalizada e integrada”, visando assim uma assistência equitativa à saúde mental. Dessa forma faz-se necessário também a busca constante de capacitação por parte dos gestores para que estes estejam sempre em consonância com a proposta da política de saúde mental.

O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na perspectiva do uso de mecanismos de gestão para sua implantação e avanço pode ser compreendido em três períodos: o primeiro, de 1992 a 2001, em que houve a implementação de estratégias de desinstitucionalização, por meio das primeiras normas que possibilitavam experiências de humanização e controle da hospitalização, ampliação da rede ambulatorial em saúde mental e início do financiamento e implantação dos novos serviços substitutivos; o segundo, de 2000 a 2002, marcado pela aprovação da Lei 10.216 de 2001 e pela expansão da rede de atenção psicossocial, com financiamento para implantação de dispositivos de desinstitucionalização e início da expansão da agenda política para novos problemas a serem enfrentados, como a questão das crianças e adolescentes e o abuso de drogas; e o terceiro, de 2003 até a atualidade, marcado pela consolidação da hegemonia reformista, com projetos específicos para situações específicas, como o Programa de Volta para Casa e maior articulação de políticas intersetoriais. (Barros e Salles, 2011, s/p)

Assim como deixa claro na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, faz-se necessário que todos os níveis de gestão, assim como os usuários, familiares, profissionais do SUS, pesquisadores, tomem conhecimento de todas as orientações e recomendações presentes nos projetos e relatórios finais das Conferências, visto que estas devem servir de suporte para a atuação dos profissionais no âmbito da saúde mental.

A grande marca da construção da intersectorialidade aconteceu neste último período com a IV Conferência Nacional de Saúde Mental que propõe que o campo da saúde mental não pode mais deixar de ser apreendido como transversal a várias políticas sociais. As alianças intersectoriais devem atuar de forma articulada para estabelecer diretrizes, pactuações, planejamento, acompanhamento e avaliação das políticas, com a participação de seus gestores e lideranças. (Barros e Salles, 2011, s/p)

O fortalecimento e implementação da rede de serviços se dão através da implantação dos novos mecanismos de gestão, favorecendo assim ao processo de Reforma Psiquiátrica, que avança na medida em que os gastos no âmbito da saúde mental são reorientados, principalmente no que diz respeito aos investimentos extra-hospitalares.

[...] Em 2005, este investimento chegou a 44,53% do total. No final da década passada, em 2010, constatou-se uma efetiva reorientação do financiamento em saúde mental, de tal modo que, pela primeira vez, o componente extra-hospitalar superou o hospitalar [...] (Barros e Salles, 2011, s/p)

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (2010), já citada anteriormente, aponta exatamente para uma efetiva gestão intersetorial, superando radicalmente as medidas hospitalares. Para tanto se faz necessário que o Pacto pela Saúde mantenha-se sempre em vigor, visto que é através desse pacto que as fontes de financiamento viabilizam a sustentabilidade financeira das ações e serviços no âmbito da saúde mental. Contudo a gestão intersetorial acaba configurando-se enquanto desafio para as políticas públicas, uma vez que as propostas expressam a necessidade de articulação entre o Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a Política Nacional de Direitos Humanos. Além disso, a implementação dessas propostas deve ser assegurada através das três esferas de governo, a níveis, Municipal, Estadual e Federal.

A partir de então, inicia-se por parte do Ministério da Saúde um maior incentivo financeiro no âmbito dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), visando assim melhoria na estrutura física, em todos os aspectos: alimentação, transporte, etc. os recursos financeiros devem ser prestados com transparência, visto que a gestão deve se responsabilizar por essa prestação de contas que será submetida à processos de fiscalizações. Tais incentivos financeiros visam também a implementação das políticas intersetoriais nos Centros de Atenção Psicossocial, tendo em vista a articulação entre saúde, assistência social, esporte, lazer e educação. Tais medidas acontecem no sentido de legitimar os princípios assegurados pela Reforma Psiquiátrica.

[...] No entanto, vivemos um momento em que as pressões de corporações e profissionais, parlamentares contrários à reforma, setores da Universidade e matérias negativas na imprensa, tentam desqualificar o processo da reforma e acabam por favorecer estratégias do Governo Federal e de alguns Governos Estaduais que remetem a internações compulsórias e processos de aprisionamento que visam a uma limpeza eugênica das cidades, sem realizar um debate mais qualificado sobre os problemas existentes.[...] (Barros e Salles, 2011, s/p)

[...] Outra grave questão é a dos recursos humanos para a rede de serviços. Em que pese a existência de recursos e programas, eles têm se mostrado insuficientes para as necessidades de capacitação dos trabalhadores da rede de saúde mental. A maioria destes trabalhadores vêm trabalhar sob o signo da Reforma Psiquiátrica e são formados em escolas que em geral ainda ensinam o modelo de atenção médico-centrado e biologicista. Evidencia-se a necessidade de propor e implementar projetos de capacitação ou qualificação em larga escala [...] (Barros e Salles, 2011, s/p)

Contudo cabe aqui sinalizar, que um dos temas que vem sendo discutido, inclusive com maior ênfase na IV Conferência de Saúde Mental (2010) refere-se aos direitos humanos. Visto que o tratamento no âmbito da saúde mental deve ser oferecido adequadamente sem qualquer forma de violação de direitos humanos, ou seja, as práticas violentas, entre elas as internações em longo prazo, maus tratos, devem ser superadas definitivamente no tratamento das pessoas com sofrimento psíquico, inclusive as usuárias de álcool e outras drogas. Caso contrário os serviços públicos sofrerão punições severas, mediante ao sofrimento dos usuários. Para tanto é necessário:

Articular o serviços de saúde mental com órgãos de justiça e direitos humanos para atendimento e acompanhamento aos usuários de saúde mental no fortalecimento de seus direitos; Instituir uma comissão fiscalizadora no âmbito da Secretaria Nacional de Direitos Humanos (SNDH), com correspondente nos Estados e Municípios, e com participação de usuários, conselhos profissionais, representantes do Poder Judiciário/Ministério Público e Poder Executivo (Secretarias de Segurança Pública e Justiça), principalmente no que se refere à questão das mortes por violência. (Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, Ministério da Saúde, 2011)

Diante de todas as propostas e sugestões no âmbito da Saúde Mental, o desejo de produzir mudanças é a expressão dos debates e dos pressupostos assegurados pela Política em questão, visto que aponta exatamente para reafirmação dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, visando expandir e reestruturar o modelo assistencial em Saúde Mental. Sendo este um processo que deve está constantemente se renovando para assim enfrentar estrategicamente os

novos desafios em meio às mudanças ocorridas no cenário sócio-histórico.

2.3 Gestão da política de saúde mental no CAPS ad Walter Sarmiento de Sá, Sousa/PB: Limites e possibilidades. Análise realizada através da prática de Estágio.

Com base nas experiências de estágio vivenciadas no CAPS ad Walter Sarmiento de Sá, Rua Dom Pedro II, 133/Sousa-PB, que tiveram início no período de 28/02/2013 à 25/04/2013 podemos observar que a unidade busca desenvolver uma política de saúde mental para atender pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas com idade a partir de 13 anos ambos os sexos, sem distinção de condições socioeconômicas. Através da realização de várias atividades como, por exemplo: primeiro atendimento, acolhimento, visitas domiciliares, atendimento em grupo, atendimento familiar e atendimento individual os profissionais buscam responder às necessidades dos dependentes de substâncias psicoativas no município.

A execução das atividades tem como base um cronograma que é planejado pela equipe de profissionais que atuam na instituição, uma vez que a aplicação das atividades tem o intuito de melhorar o atendimento aos usuários e obter resultados positivos dentro da instituição que é composta por: 2 Assistentes Sociais, 2 psicólogas, 1 clínico geral, 1 psiquiatra, 2 enfermeiras, 2 técnicas em enfermagem, 1 nutricionista, 1 educadora física. Além de possuir uma estrutura física adequada para atender os usuários que procuram a unidade.

Através da sistematização do trabalho realizado dentro do referido CAPS podemos perceber que o exercício profissional acontece de forma limitada, uma vez que o tratamento é apenas de saúde, não levando em consideração a situação de extrema vulnerabilidade social que o sujeito se encontra em decorrência da dependência química, ainda durante o meu período de estágio não houve atividades juntamente com os familiares, uma vez que esses membros também sofrem as consequências do uso indevido de drogas desses usuários. Por isso o apoio ao contexto familiar é fundamental.

A rede de apoio social também deve ser considerado um aliado no estabelecimento de vínculo e ser potencialmente favorável na proteção dos

indivíduos que se encontram em situação de vulnerabilidade social e assim com certa tendência ao consumo indevido de drogas. O apoio familiar, escolar e da comunidade são fatores de proteção importantes na relação do uso de drogas, podendo aliviar os fatores de riscos em que o sujeito pode estar inserido, como situações de violência doméstica, abuso, desemprego, baixa escolaridade, dificuldade econômica e outros. Sendo necessário esse apoio para somar favoravelmente no tratamento dos usuários e serem um aliado ao lado dos profissionais de saúde que estão atendendo nos serviços. (Carvalho (2010) APUD. Costa (2009), p.50)

Com isso percebemos que se fazem necessárias ações que promovam realmente a reintegração destes usuários ao mercado de trabalho, ações que deveriam ser desenvolvidas pela Secretaria de Desenvolvimento Social, especialmente pelo CRAS que busca o fortalecimento dos vínculos familiares e programas de qualificação profissional que visam oferecer aos usuários efetivas oportunidades para adentrar no mercado de trabalho. Visto que na maioria das vezes o usuário que se apresenta para uma política, apresenta também necessidades em diversas áreas. Para concordar com essa realidade é preciso entender que:

No CAPS há diversas formas de sofrimentos psíquicos, junto com as condições de pobreza, violência de diversas formas e o desemprego decorrente do modelo socioeconômico atual, portanto nos serviços de saúde pública as demandas dos usuários são sempre trazidas com alguma forma de expressão da questão social. Sendo assim, os usuários da saúde mental passam pelo processo estrutural de exclusão social seja pela condição econômica e por ser portador de transtorno mental, e aos que fazem o uso de alguma substância psicoativa, acrescento a exclusão também por esse fator. Com isso as demandas são resultados das necessidades sociais, de acordo com a construção social, cultural, econômica e política da sociedade. Necessitando assim de uma gama de dispositivos que contemple a totalidade das demandas apresentadas. (Carvalho (2010) APUD Machado (2009), p. 54)

Desta forma apesar de bem elaborada, a política de saúde não tem conseguido se efetivar de acordo com o que está proposto pelas suas diretrizes dentro do CAPS ad Walter Sarmiento de Sá no que diz respeito a sua interlocução com as outras políticas intersetoriais. Tal aspecto reflete a realidade que vivemos que está bastante atrelada a ótica neoliberal, limitando assim cada vez mais as possibilidades de ação dos profissionais, que acabam levando em consideração apenas aquilo que está aparente, deixando de lado as diversas determinações da essência.

Entre o que o princípio da integralidade nos direciona e a insuficiência da rede de assistência pública, devemos problematizar as tensões e contradições constitutivas desse processo, frente ao crescente desmonte e privatização das políticas públicas do país, o fato de a rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas ser recente e ainda ter pelo caminho muita luta para que se possa garantir a assistência nesse cenário de escassez de dispositivos públicos de saúde. E o que passa a crescer são organizações da sociedade civil, que passam a desenvolver programas e projetos para tentar suprir a lacuna deixada pelo poder público, mas também para suprir as necessidades objetivas com a alocação do fundo público. Na atualidade, os serviços organizados por essas organizações compõem as redes locais e oferecem um suporte para os espaços públicos no atendimento de demandas. (Carvalho, 2010, p.40)

Compartilhando com as reflexões de Carvalho (2010) o que mais tem inquietado a sociedade civil e impulsionado sua organização política, bem como do poder público, foi o aumento dos homicídios entre os jovens, principalmente àqueles envolvidos no tráfico de drogas, visto que as estatísticas trazem esse público com a maior incidência. Entende-se então diante dessa realidade que o atendimento em rede deve ser potencializado, uma vez que só através da articulação das ações de proteção e promoção dos direitos voltados às esses indivíduos vulneráveis será possível um atendimento eficaz, possibilitando assim verdadeiras mudanças sociais.

Outra estratégia importante e necessária para construção de uma assistência integral aos usuários, que mostrou-se também limitada dentro do CAPS ad durante minha experiência de estágio, refere-se ao controle social, visto que é através desse mecanismo que os diferentes segmentos da sociedade podem expressar suas reais necessidades, bem como participar das decisões tomadas, articulando assim uma ação coletiva entre Estado e sociedade civil.

O controle social é o mecanismo para a discussão e práticas recentes de diversos atores da sociedade para pactuar a participação social nas políticas públicas do país. O controle social escrito na Constituição de 1988 prevê a participação social na elaboração, implementação e fiscalização de políticas sociais. É essa participação que se produz através de conselhos, que são espaços públicos que originam um campo de debates e discussões na construção de acordos e na elaboração de políticas públicas que atendam as necessidades reais da sociedade. Caracterizando assim os conselhos e as conferências como espaços concretos para o exercício da cidadania, e sendo o instrumento de mediação na relação entre o Estado e a Sociedade civil.. (Carvalho, 2010, p.34)

No âmbito do Controle social, cabe sinalizar a importância do processo de descentralização, já explicitado anteriormente, uma vez que este permite a

democratização no espaço público, rompendo assim com medidas que visam a criação de sujeitos despolitizados e que não interfiram nas decisões tomadas e determinadas pelos governantes. Visto que o poder autoritário baseado no processo centralizador tende a limitar a participação popular, reproduzindo assim a lógica do capital.

O processo de gestão no âmbito do CAPS ad Wálter Sarmiento de Sá, tendo em vista uma rede de atenção aos usuários mostrou-se fragilizada e fortemente atrelada às medidas fragmentadas e focalizadas, tornando-se então contrárias às propostas da política de saúde mental no âmbito dos CAPS.

A articulação de uma rede de atenção à saúde mental de base comunitária foi um dos principais desafios desta gestão. Somente uma rede, com seu potencial de construção coletiva de soluções, é capaz de fazer face à complexidade das demandas e de garantir resolutividade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas com transtornos mentais. A rede de saúde mental é complexa, diversificada, de base territorial, e deve constituir-se como um conjunto vivo e concreto de referências para o usuário dos serviços. (Ministério da saúde, 2007, p. 11)

Contudo, a fragilidade na construção de uma rede de assistência aos usuários de substâncias psicoativas se reflete nos impedimentos impostos pelo próprio processo histórico de construção da política de saúde e da própria política de saúde mental, ambas, a partir da década de 1990 sofreram significativos impactos promovidos pela ótica neoliberal, que torna visível a fragmentação dos problemas sociais.

A partir das observações realizadas foi possível concluir que o CAPS ad deve contribuir através de ações conjuntas entre estado, gestores e sociedade civil para um melhor acesso dos usuários às políticas públicas existentes no município de Sousa, para que estas permitam um tratamento eficaz, com bons resultados e após a etapa final do tratamento os usuários não retornem para o seu contexto sócio-familiar nas mesmas condições que saíram, ou seja, discriminados e excluídos por não possuírem qualificação e oportunidades para adentrarem no mercado de trabalho. Novos dispositivos devem ser criados que possam oferecer respostas eficazes para a questão do álcool e drogas, já que esta não é apenas uma questão de saúde, mas que está atrelada à outros setores e segmentos da sociedade. Caso contrário a assistência irá apenas reproduzir o processo de fragmentação, além do difícil acesso e fragilidade na resolução dos problemas.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do estudo realizado para o desenvolvimento deste trabalho pode entender que a assistência pública oferecida aos usuários de álcool e drogas no Brasil, só veio passar por avanços significativos a partir da criação do Centro de Atenção Psicossocial de álcool e drogas (CAPS ad), uma vez que até a década de 1980 os referidos usuários tinham uma forma exclusiva de tratamento, que acontecia em hospitais psiquiátricos. O CAPS surge então com uma proposta totalmente contrária de tratamento e assistência aos dependentes de substâncias psicoativas, onde buscava superar as medidas manicomialis com as quais eram tratados esses sujeitos.

A partir de então surgem propostas para construção de redes de serviços de atenção em saúde mental, onde os indivíduos devem receber uma assistência integralizada, de forma mais ampla, levando em consideração todos os aspectos que implicam nas condições de vida que o usuário de álcool e drogas se encontra, entre eles os socioeconômicos e culturais. Contudo, os profissionais enfrentam desafios constantes que inviabilizam a construção de uma rede efetiva de assistência aos usuários de álcool e drogas.

Essa fragilidade na rede de assistência aos usuários de substâncias psicoativas é reflexo do processo histórico de construção da política de saúde, fortemente influenciado pela ótica neoliberal, que contribuiu de forma significativa para fragmentação dos problemas sociais, onde estes eram enfrentados de forma limitada. Além disso, existem também os obstáculos peculiares de cada região, relacionados à falta de recursos financeiros, operacionais e até mesmo físicos, o que inviabiliza a construção de uma rede efetiva de assistência aos usuários de álcool e drogas do referido CAPS.

O desenvolvimento de um Sistema Único de Saúde atrelado às possibilidades de reformas na rede manicomial no Brasil sugestionou possibilidade de mudanças também no formato das articulações dos serviços que atendem a chamada questão social, em outras palavras, trata-se de promover e sistematizar a tão falada proteção social, promovida pelo Sistema de Seguridade Social.

Contudo, mesmo com essas propostas otimistas, ainda pode ser observado uma grande lacuna no que diz respeito à problemática das drogas, visto que as políticas voltadas para os usuários de álcool e drogas não são implementadas de

modo a oferecer um atendimento integral, as mesmas mostram-se insuficientes, apontando assim de forma primordial a necessidade de potencializar os mecanismos de atendimento. Visto que, faz-se necessário incorporar uma luta diária envolvendo profissionais, familiares, usuários e as organizações políticas por meio da sociedade civil, para juntos reivindicar uma assistência integral e democrática.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Marcela. C.M. *Narrativas de Reforma Psiquiátrica e cidadania no Distrito Federal*. Brasília, maio de 2006. Universidade de Brasília – UNB. Instituto De Ciências Sociais – ICS. Dissertação apresentada ao Departamento de sociologia como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre.

AMARANTE, P. D: Asilos, alienados e alienistas: Pequena história da Psiquiatria no Brasil. In: - (org) *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIO CRUZ, 1994.

BARROS, Sônia e SALLES, Mariana. Gestão da Atenção à Saúde Mental no Sistema Único de Saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(Esp. 2):1780-5
www.ee.usp.br/reeusp.

BISNETO, José Augusto. *Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática/ José Augusto Bisneto*. – 2. Ed. – São Paulo: Cortez, 2009.

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

_____. 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 do Caracas. OPAS. Brasília, nov. de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial: Relatório Final / Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 220 p.: Il. – (Série D. Reuniões e Conferências)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da saúde, secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86p.

BRASIL, III Conferência Nacional de Saúde Mental: *Caderno Informativo / Secretaria de Assistência à Saúde*, Conselho Nacional de Saúde – 1. Ed. – Brasília. 2001.

BRAVO, M.I.S. A saúde mental na década de 90 – Projetos em disputa. IN.: *Revista superando desafios: cadernos de Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, Ano III, nº 4, RJ: UFRJ, 1988, P. 29 – 34.

BRAVO, Maria Inêz Souza. *Saúde e Serviço Social...* [et.al], - 4 ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

CARVALHO, Gilson. *Redes de atenção à saúde no SUS: O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.* [et.al], organizador: Silvio Fernandes da Silva... 2.ed. --- Campinas, SP: Saberes Editora, 2011. 202 p.

CARVALHO, Thais Luz. *A rede atual de assistência aos usuários de álcool e outras drogas construída pelo CAPS ad no Rio de Janeiro.* Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: <http://web.intranet.ess.ufrj.br/monografias/106088112.pdf>

GONÇALVES, Lilian. Integralidade e Saúde Mental. Sorocaba – SP. Editora Minlle, 2008. 72 p. 14 e 21 ISBN 85 – 88884 – 33 – 5 1. Integralidade. 2. Saúde Mental. 1.Título.

LAURELL, A.C. A Saúde como processo social. *Rev. Mex. Cien.Pol.Soc*, 1992. Disponível em: A saúde-doença como processo social_Asa Cristina Laurell, pág. 02 acesso em: 21/08 AC Laurell - Rev. Mex. Cienc. Pol. Soc, 1976

MACHADO, R. *Danação da norma: A medicina Social e Constituição – da psiquiatria no Brasil.* Rio de Janeiro: Edições graal, 1978.

MACHADO, G.S *Reforma Psiquiátrica e Serviço Social: o trabalho dos assistentes sociais nas equipes dos CAPS.* In VASCONCELOS (org), Abordagens psicossociais. Vol. III: perspectivas para o Serviço Social. São Paulo, Hucitec, 2009.

OLIVEIRA, Claudete Jesus. *Dependência de álcool e outras drogas: debate conceitual, políticas públicas e a inserção do Serviço Social nessa área / Claudete Jesus de Oliveira – 2003.* 186 f.

OLIVEIRA, Mara de. *Acessando direitos sociais: redes municipais de políticas sociais – espaço de articulação entre as políticas sociais públicas.* Revista Virtual Textos & Contextos, nº 3, dez. 2004.

PORTO, SM & UGÁ, MAD 1992. Avanços e percalços do -*financiamento do setor saúde no Brasil. In E Gallo *et al.* (orgs.). *Planejamento criativo: novos desafios teóricos em políticas de saúde*. Relume-Dumará, Rio de Janeiro.

POTYARA, P. A. P. A assistência social na perspectiva dos direitos: crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil (Brasília: Thesaurus), 1996

SILVA, Anderson Fontes da. Intersectorialidade e Conselhos Gestores de Políticas Públicas. *Pensar BH / Política Social*. Março/Maio de 2007. texto baseado no trabalho final de curso apresentado à UFF/Campos dos Goytacazes, como parte do requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira et al. *Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

UGÁ, MAD. Descentralização e democracia: o outro lado da moeda. *Revista Planejamento e Políticas Públicas* 5, jun. Ipea. 1991

UGÁ, MAD. *Proposta de reforma do setor saúde nos marcos do ajuste macroeconômico*. Tese de doutoramento, UERJ. (Mimeo). 1997

ZAMBENEDETTI, Gustavo . SILVA, Rosane Azevedo Neves. *A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil*. *Psicol. rev.* (Belo Horizonte) v.14 n.1 Belo Horizonte jun. 2008. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-11682008000100008&script=sci_arttext