

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

Renata Maria da Silva Nascimento

**A Integralidade na Política de Saúde Mental:
análise da prática e do discurso em um Centro de Atenção Psicossocial**

**RECIFE
2015**

RENATA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

**A Integralidade na Política de Saúde Mental:
análise da prática e do discurso em um Centro de Atenção Psicossocial**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de mestre em ciências.

Orientadora: Prof. Dr. José Luiz do Amaral Correa de Araújo

Coorientadora: Dr^a Leila de Andrade Oliveira

Recife

2015

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

N244ie Nascimento, Renata Maria da Silva.

A integralidade na política de saúde mental: análise da prática e do discurso em um centro de atenção psicossocial/ Renata Maria da Silva Nascimento. — Recife: [s. n.], 2015.

108 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: José Luiz do Amaral Correa de Araújo;
Coorientadora: Leila de Andrade Oliveira

1. Integralidade em Saúde. 2. Serviços de Saúde Mental. 3. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 4. Política de Saúde. I. Araújo, José Luiz do Amaral Correa de. II. Oliveira, Leila de Andrade. III Título.

CDU 614

RENATA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

**A Integralidade na Política de Saúde Mental:
análise da prática e do discurso em um Centro de Atenção Psicossocial**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de mestre em ciências.

Aprovado em: 16\06\2014

BANCA EXAMINADORA

Naíde Teodósio
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

Dr. Ivo de Andrade Lima
Departamento de Terapia Ocupacional – UFPE

Dr. José Luiz do Amaral Correa de Araújo
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

Dr^a. Leila de Andrade Oliveira
Secretaria de Saúde da Prefeitura de Queimados - RJ

Aos usuários e usuárias da rede de atenção em Saúde Mental, pessoas que em seu sofrimento buscam formas de existência possíveis.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, por sempre acreditar em mim, e ter me dado todo o suporte possível para que eu me tornasse a pessoa que sou hoje;

À minha irmã, por ter me mostrado que, mesmo nas profundas diferenças, o amor e respeito também podem surgir;

Ao meu sobrinho, por fazer da minha vida uma experiência muito mais intensa de ser vivida, e ter me mostrado um amor que eu desconhecia;

À minha esposa Bárbara, por ser meu porto de amor e força, e por fazer meu cotidiano mais leve e feliz;

Aos funcionários da Secretaria Acadêmica, em especial a Glauco e Semente, sempre dispostos a ajudar alunas e alunos;

À equipe da Biblioteca do CPqAM, em especial a Márcia e Adalgilson;

Ao meu orientador, José Luiz, por ter me dado o suporte necessário, tanto acadêmico, quanto emocional.

À minha coorientadora e amiga, Leila Andrade, que sempre me possibilitou conversas esclarecedoras e questionadoras, que enriqueceram o meu trabalho.

Às minhas colegas de turma e amigas Juliana e Nancy, doces descobertas que o mestrado me trouxe, e que eu levarei pela vida.

Ao meu mais que especial Eduardo Guedes, pela presença sempre pertinente e apaziguadora.

Aos colegas de turma do mestrado por fazer esses dois anos mais leves, “tamo junto”;

À Jucele e Marília por me acolherem e proporcionarem uma estadia sempre muito agradável;

À Fabiana por ser sempre, mesmo de longe, a melhor parceira de vida;

À minha querida Edjane Sampaio, dedico meu amor e saudade. Minha eterna gratidão por ela ter contribuído na minha formação como psicóloga, e por me ensinar que o trabalho em saúde mental se faz com compromisso, e com afeto.

Aos amigos e amigas do CAPS David Capistrano, pessoas queridas com as quais compartilho as dificuldades e as delícias do trabalho em saúde mental;

Aos profissionais do CAPS onde foi realizada a intervenção por participarem e contribuírem com esse estudo;

E por fim, a todos que de alguma forma contribuíram para conclusão desse trabalho, meu muito obrigado!

“Quem desconfia, fica sábio”.

Guimarães Rosa

“Enlouquecer às vezes é uma escolha, claro que não é consciente, mas é uma escolha para você poder existir de alguma forma, a pessoa enlouquece porque é só dessa forma que essa pessoa existe”

Sandra Lima

NASCIMENTO, Renata Maria da Silva. A Integralidade na política de saúde mental: análise do discurso e da prática em um Centro de Atenção Psicossocial. 2014. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo investigar como a integralidade está inserida no discurso e nas práticas dos profissionais em um CAPS, bem como fazer um levantamento sobre como os documentos oficiais que orientaram as práticas em saúde mental no Brasil discorrem sobre a integralidade. O trabalho se caracteriza como um estudo de caso, de abordagem qualitativa, e foram utilizadas a análise de documentos oficiais que embasam as ações e discussões em saúde mental, e entrevistas semiestruturadas com profissionais de um CAPS. Os dados obtidos foram analisados através da condensação de significados, método de análise proposto por Kvale. Os documentos analisados mostram que a integralidade foi paulatinamente instituída como fator fundamental para a implantação do modelo da reforma psiquiátrica brasileira. As entrevistas, por sua vez, possibilitaram a análise do discurso dos profissionais que observaram a importância do olhar integral sobre o sujeito, entendendo o sofrimento psíquico como relacionado a diversos fatores, como família, e meio social. Foi possível perceber que os CAPS, que deveriam exercer a função de organizadores, acabam sendo os responsáveis quase que exclusivos pelo cuidado, e que, para que seja realizado um cuidado integral em saúde mental, é necessário que as ações sejam pensadas para além do setor saúde e englobem os diferentes espaços presentes na sociedade.

Palavras-chave: Integralidade. Saúde Mental. Serviços de Saúde Mental. Política de Saúde. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

NASCIMENTO, Renata Maria da Silva. The Completeness of the Mental Health Policy: analysis of discourse and practice in a Psychosocial Care Center. 2014. Dissertation (Professional master's degree in public health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

ABSTRACT

This study aimed to investigate how completeness is part of the discourse and practices of professionals in a CAPS and do a survey on the official documents that guided the practices in mental health in Brazil report about the entirety. The work is characterized as a case study, a qualitative approach, and we used the analysis of official documents on which the actions and discussions on mental health, and semi-structured interviews with professionals of a CAPS. The data were analyzed by the condensation of meanings, analysis method proposed by Kvale. The analyzed documents show that the total was gradually established as a key factor in the implementation of the Brazilian psychiatric reform model. The interviews, in turn, allowed the professional discourse analysis that noted the importance of completeness look at the subject, understanding the mental suffering as related to several factors, such as family and social environment. It was observed that the CAPS, they should exercise the organizer function ends up being almost exclusively responsible for the care, and to be carried out a completeness mental health care is necessary that the actions are thought beyond the health sector and include the different spaces in society

Keywords: Completeness. Mental Health. Mental Health Services. Health Policy. Health Knowledge, Attitudes, Practice.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Descrição dos documentos utilizados para análise documental	41
Quadro 2 -	Serviços da rede de saúde mental. Recife - janeiro de 2014	42
Quadro 3 -	Categorias Chave Análise	44
Quadro 4 -	Organização dos Significados	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CPqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DS	Distrito Sanitário
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPA	Região Político Administrativa
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SRT	Serviço de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
TR	Técnico de Referência
UA	Unidade de Acolhimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1	Reformas Psiquiátricas	18
2.2	O Modelo de Atenção à Saúde Mental no Brasil	24
2.3	Integralidade em Saúde Mental – do cuidado emergencial à Reabilitação Psicossocial	28
3	OBJETIVOS	37
3.1	Objetivo Geral	37
3.2	Objetivos Específicos	37
4	PERCURSO METODOLÓGICO	38
4.1	Desenho de Estudo	38
4.2	Instrumento e coleta de dados.....	39
4.3	Local e período do estudo.....	42
4.4	População do estudo	43
4.5	Processamento e análise de dados	44
4.6	Considerações éticas	46
4.7	Limitações do estudo	47
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
5.1	Normatização da Integralidade na Política de Saúde Mental	48
<i>5.1.1</i>	<i>Discutindo a Integralidade nos documentos</i>	<i>58</i>
5.2	Conceitualização da Integralidade	62
5.3	Práticas da Integralidade.....	68
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
	REFERÊNCIAS.....	75
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	81
	APÊNDICE B – TCLE	82
	APÊNDICE C – ARTIGO SUBMETIDO PARA PUBLICAÇÃO.....	83
	ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CPQAM	103

1 INTRODUÇÃO

As formas de cuidado para os sujeitos em sofrimento mental estão diretamente relacionadas às formas de percepção da loucura. Foucault (1978) ilustra bem essa questão quando, em seu livro *História da Loucura*, refaz o caminho do papel social do louco ao longo da história, na sociedade ocidental. O autor demonstra que o lugar desse indivíduo, que pode apresentar comportamentos tidos como não usuais – hoje interpretados como sintomas do adoecimento – difere ao longo dos tempos, desde uma concepção que o envolve em uma aura de divindade e de sabedoria, nas sociedades gregas, até a inserção da loucura em um discurso patologizante e, portanto, de responsabilidade da medicina. O louco sempre foi o estranho em comparação ao comum, mas foi somente com a invenção dos manicômios, e da psiquiatria, que o lugar social de exclusão foi designado como destino único possível. Pautado pelo discurso biomédico, a psiquiatria instituiu os manicômios como o lugar destinado àqueles que eram acometidos pelas, então assim definidas, doenças mentais.

A psiquiatria teve sua origem diretamente atrelada ao surgimento do espaço manicomial, e com isso, a sociedade habituou-se a entender a loucura como objeto deste saber médico e com este ambiente como o lugar de tratamento. O questionamento sobre a delimitação do sofrimento mental à uma perspectiva puramente biomédica, e como a psiquiatria limita o olhar sobre a loucura, teve no movimento da antipsiquiatria seu principal propulsor. Este movimento criticava a explicação puramente biológica que a psiquiatria propunha à questão do sofrimento psíquico, e visava à defesa do ser humano, respeitando esse sofrimento. Além da negação da psiquiatria tradicional, o intuito era promover formas alternativas de tratamento (OLIVEIRA, 2011).

Foi com o movimento da reforma psiquiátrica italiana, iniciado no final da década de 1960, que se realizou um alinhamento entre uma percepção mais ampla sobre o sofrimento mental e a proposta de novas formas de cuidado. As práticas diferenciadas e diversificadas que podem ser observadas nesse movimento mostraram-se como um contraponto à normatividade da psiquiatria e, portanto, ao tratamento manicomial, visto que a psiquiatria foi fundada com a constituição dos manicômios.

A quebra paradigmática que o modelo de reforma psiquiátrica italiano propõe

é basear o cuidado em uma perspectiva que não esteja vinculada somente à designação de uma patologia mental, mas, principalmente, propor uma ampliação do entendimento das causas do sofrimento e, dessa forma, diversificar as possibilidades de cuidado voltadas ao sujeito em sofrimento mental (AMARANTE, 1995).

O objetivo dessa mudança no cuidado é evitar o distanciamento do sujeito em sofrimento psíquico de sua comunidade social e familiar. No espaço manicomial, o intuito de tratar esse sujeito acaba por trazer um efeito de exclusão social, visto a necessidade de cerceamento da liberdade territorial. Mais do que isso, a delimitação da liberdade de existir de um modo distinto, e de ser incluído em uma sociedade que deve prezar e garantir a diversidade. O modelo italiano de reforma caracteriza-se, assim, por propor uma ampliação de entendimentos sobre o sofrimento psíquico e das formas de cuidado.

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) surgiu no bojo das discussões instituídas pela reforma italiana e agregou outros referências no intuito de propor um cuidado pautado na compreensão integral do sujeito, com todas as características que o compõem, trazendo para o foco esse indivíduo que sofre, e não apenas uma doença.

A experiência brasileira pode ser definida como um movimento que derivou de um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, que incidem em territórios diversos, nos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2005).

Em consonância com o que propõe a RPB, a política de saúde mental brasileira adota como um dos princípios fundamentais a desinstitucionalização, processo no qual se busca a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos, visando, cada vez mais, a extinção progressiva destes e a substituição por um cuidado que ocorra em rede. Essa rede deve ser constituída por diversos dispositivos que não permitam a exclusão do usuário e, principalmente, que seja pautada na lógica de ruptura do paradigma da loucura na sociedade, para que assim, esta possa compreender e acolher as distintas formas de existência. Mas, para além dos espaços de cuidado, o diferencial paradigmático que a reforma propõe é uma mudança na forma de entendimento do sujeito, sujeito este

constituído por diversos aspectos, portador de idiosincrasias que o tornam singular. É a perspectiva da integralidade guiando a forma como será oferecido o cuidado (GUEDES, 2010).

Paralelo ao processo de diminuição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, a política brasileira preconiza uma rede em saúde mental nos diversos níveis envolvidos na atenção à saúde, que vão da Atenção Básica (AB) ao Hospital Geral. Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), os Serviços de Residência Terapêutica (SRT), os leitos em hospitais gerais, os consultórios de rua, as Unidades de Acolhimento (UA), a inclusão da saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF), os centros de convivência e os projetos de geração de renda são dispositivos que tentam atender, de forma ampliada, as demandas apresentadas pelas pessoas em sofrimento, e que precisam de cuidados na área de saúde mental.

O modelo de atenção à saúde mental pretende extinguir alguns dos efeitos prejudiciais que estão relacionados ao processo de internação em hospitais psiquiátricos, tais como, a exclusão total ou parcial do indivíduo do seu meio social, um estigma que é incorporado à sua existência, uma infantilização desse sujeito e a colaboração para manutenção de sua falta de autonomia.

A proposta de rede em saúde mental rompe com as características excludentes próprias ao modelo manicomial, e visa oferecer um cuidado que possa melhorar a vida do sujeito, bem como proporcionar experiências que nunca o foram permitidas enquanto cidadão. Estar em consonância com os princípios da RFB é, para além da instituição de novos locais de cuidado, incorporar o discurso da integralidade do sujeito no tratamento proposto pela unidade de saúde.

Dado o contexto desse novo olhar sobre o sujeito em sofrimento psíquico, este trabalho buscou entender como a integralidade está presente nos documentos que pautam o cuidado em saúde mental, bem como reconhecer como os profissionais de um CAPS, serviço que incorpora a rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, incorporam a integralidade em seu discurso.

Recife foi escolhida por ser uma das cidades que mais se destacam, no Brasil, no cuidado prestado aos usuários de saúde mental. Possui uma rede que inclui desde um trabalho de matriciamento com as Equipes de Saúde da Família, até a interlocução com leitos em hospital geral, passando pela implantação de CAPS nas diferentes áreas da cidade. Também é relevante citar o fechamento progressivo de seus leitos em hospitais psiquiátricos, sendo os usuários advindos desses

estabelecimentos inseridos na rede substitutiva.

Partiu-se do pressuposto de que a integralidade não estava inserida no discurso e nas práticas dos profissionais dos CAPS, dada a dificuldade de se oferecer um cuidado que abarque os diversos âmbitos da vida do sujeito, e como isso tem se mostrado difícil de ser posto em atividade.

Vale salientar que é fundamental que sejam realizados estudos voltados para o campo da saúde mental, especificamente esse novo modelo de cuidado, visto que uma das principais preocupações dos serviços substitutivos é superar o caráter normativo e disciplinador que marca o tratamento nos manicômios, e, dessa forma, poder oferecer uma nova perspectiva de cuidado, que proporcione qualidade de vida ao sujeito em sofrimento psíquico.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Será realizado um levantamento sobre as questões conceituais que influenciaram na escolha do objeto a ser estudado. Será realizada uma breve explanação sobre a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), e a influência do movimento da reforma sanitária nesse processo, passando pelos históricos das reformas psiquiátricas ao redor do mundo e, em especial, a reforma brasileira, que instituiu um novo modo de se prestar o cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico. Também será abordado o modo como está estabelecida a atual política de saúde mental no Brasil, e por fim, como a integralidade é pensada dentro desta política, em prol do cuidado ao usuário.

2.1 Reformas Psiquiátricas

O processo da reforma sanitária no Brasil ganhou intensidade na década de 1980 e foi pensado para se contrapor ao modelo assistencial hegemônico, então em voga. Esse modelo se apresenta calcado primordialmente nas atividades curativas, e também tem como uma de suas características ser um sistema gerador de iniquidades. Isto porque, para ter acesso aos cuidados em saúde, era necessária uma prévia contribuição financeira por parte de seus segurados, do contrário o sujeito que necessitasse de cuidados, se não contribuinte, não era de responsabilidade do Estado.

Para sanar essa problemática, os movimentos sociais se aglutinaram em prol de um sistema de saúde que pudesse oferecer acesso pleno, resolutivo e disponível para toda a população, independente de contribuição financeira prévia. Na contramão do que se via como tendência mundial, a saber, o estabelecimento do Estado mínimo como principal forma de organização política, o movimento da reforma sanitária conseguiu instituir um sistema que se propunha integral, universal e equânime. Surgia, dessa forma, o SUS, instituído pela Lei Orgânica 8.080/90 (BRASIL, 1990).

O SUS teve sua legitimidade assegurada pelos princípios doutrinários instituídos por essa lei; a universalidade, que consiste no direito à saúde de todos os cidadãos; a equidade, que tem o intuito de garantir a igualdade de acesso, através da oferta de assistência para diferentes segmentos populacionais e, por fim, a

integralidade, que propõe considerar as diversas dimensões do processo saúde doença que afetam os sujeitos (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

É com essa nova visão da integralidade do cuidado que as lutas da reforma sanitária, em busca de um novo sistema de saúde, e da RFB, com o objetivo de estabelecer um novo paradigma para o cuidado às pessoas em sofrimento mental, vão se cruzar.

Com o final da Segunda Guerra Mundial, a herança trágica deixada pelo nazismo e o massacre dos milhares de indivíduos que não se adequavam ao ideal preconizado pelos que estavam no poder, houve um movimento de garantia de direitos humanos mínimos, no intuito de evitar que a história se repetisse. E os manicômios, por serem um lugar de exclusão de determinada parcela da sociedade – aquela portadora de algum transtorno mental – também sofreram influência desse movimento de busca por direitos básicos em prol da qualidade de vida dos seres humanos.

Concomitante à luta por uma sociedade mais livre, igualitária, e solidária, houve a descoberta dos medicamentos psicotrópicos, que melhoraram a sintomatologia de indivíduos com transtorno mental, bem como a adoção da psicanálise e da saúde pública nas instituições de psiquiatria. Esses fatores foram elementos fundamentais para que diferentes movimentos de reforma psiquiátrica surgissem ao redor do mundo (DESVIAT, 1994).

As diversas reformas que surgiram a partir desses três elementos básicos diferiram entre si, cada uma elegendo características a serem trabalhadas e que impossibilitassem os maus tratos sofridos pelos sujeitos internados nessas instituições. Dessa forma, foram repensadas novas formas de cuidado, muitas vezes simultâneas no tempo, mas em diferentes localidades e com distintos sistemas de saúde.

Os movimentos de reformas psiquiátricas podem ser divididos de acordo com a concepção que possuíam sobre o lugar da loucura, bem como sobre os saberes que estariam envolvidos no cuidado oferecido ao sujeito em sofrimento psíquico. Dentro dessa perspectiva, inicialmente temos aqueles movimentos que possuíam o intuito de modificar a estrutura do hospital psiquiátrico, modificar as relações estabelecidas e o modo de organização dos pacientes, assim como a condução do tratamento dentro da instituição, sendo a psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas exemplos desse tipo de reforma. Uma segunda tendência seria a

ampliação da psiquiatria, inserindo-a em uma concepção mais ampla de cuidado, expandindo o tratamento para serviços extra hospitalares. Nessa perspectiva têm-se elementos novos que previam uma maior autonomia dos usuários, bem como a incorporação da comunidade para um melhor aproveitamento do tratamento. Os modelos da psiquiatria do setor e da psiquiatria preventiva são exemplos dessa linha de tratamento (DEVERA; ROSA, 2007).

Por fim temos a construção de um novo paradigma, que se fundou, entre outros fatores, em um questionamento epistemológico sobre o saber psiquiátrico, remontando a criação do hospital psiquiátrico e vinculando a psiquiatria ao papel excludente da loucura na sociedade ocidental moderna. Ao realizar essa crítica, buscava-se a construção de formas alternativas e substitutivas ao modelo hospitalocêntrico de cuidado ao sujeito louco. A antipsiquiatria e a Reforma Psiquiátrica Italiana se mostram como exemplos para esse momento de crítica ao modelo excludente pautado exclusivamente na psiquiatria e nos manicômios. (AMARANTE, 1995).

A psicoterapia institucional se caracterizou como uma tentativa de transformar os processos de trabalho e a própria funcionalidade da instituição psiquiátrica. Nesta concepção, todos que ali se encontram e devem ser alvos de atenção, não só os usuários, mas também os trabalhadores e as pessoas envolvidas. Foi se utilizando da psicanálise como ferramenta essencial para a compreensão das dinâmicas institucionais que se propôs a mudança de paradigmas no cuidado (PASSOS, 2009).

Paralelamente a esse movimento, buscava-se uma mudança no modo como a sociedade tratava as pessoas que apresentavam doenças mentais e, para tanto, procurou-se instituir um cuidado preconizado pelo conhecimento da dimensão pública e comunitária na vida dos internos. Vale salientar que todas essas atitudes estavam focadas na figura do médico como responsável por essa ampliação de foco e da psiquiatria como a fonte do saber para a loucura. O hospital foi entendido como pertencente a uma rede onde a hospitalização constituía uma etapa do tratamento, que foi iniciado lá e deveria ter continuidade nos centros de prevenção e pós-cura (DESVIAT, 1994).

Vemos aqui os primeiros indícios de uma lógica de cuidado pautado no sujeito, ainda que o foco seja o sujeito doente e, vale salientar, que o cuidado prestado pelo hospital psiquiátrico ainda é visto como orientador desse tratamento. A função não seria suprimida, mas sim modificada.

As comunidades terapêuticas, que fazem parte de outro movimento que repensou as práticas terapêuticas hospitalares, surgiram na Inglaterra, no final da Segunda Guerra Mundial e propunham a utilização de todos os recursos que a instituição psiquiátrica pudesse oferecer, no intuito primordial de que toda atividade pudesse exercer uma função terapêutica. As comunidades terapêuticas visavam a democratização das opiniões, tolerância, comunhão de objetivos e confronto com a realidade, entre todos os envolvidos na instituição. A participação ativa do interno nos processos relacionados ao funcionamento da instituição era vista como fundamental para a evolução no tratamento (DESVIAT, 1994).

Os movimentos da psiquiatria institucional e das comunidades terapêuticas buscaram melhorar e potencializar o cuidado oferecido no hospital e não tinham se debruçado sobre sua representação e sua influência iatrogênica inerente ao tratamento do interno.

Saindo da concepção do hospital como única possibilidade de tratamento e, incorporando cuidados comunitários, temos os movimentos da psiquiatria de setor francesa e a psiquiatria preventiva comunitária norte-americana. Estes movimentos acabaram por levar a Psiquiatria à vinculação com um novo objeto - a saúde mental, e não mais a doença mental, ampliando, dessa forma, o foco sobre a problemática que envolve a loucura na sociedade. Mas ainda dentro de um contexto onde o saber psiquiátrico era absoluto e o hospital psiquiátrico era fundamental para o tratamento (RIBEIRO, 2004).

Na experiência francesa temos a ideia forte de que o cuidado tem que sair do hospital e se dar no seio da comunidade, buscando a inserção social desse sujeito. Esse modelo era organizado de modo que uma equipe se responsabilizava por determinada zona populacional, onde era instituída uma estrutura que cobriria da prevenção ao pós-cura dos indivíduos. A psiquiatria de setor lançou as bases para muitas das práticas que seriam desenvolvidas pelos movimentos das reformas psiquiátricas posteriores, porém a crítica a esse modelo se dá pela não dimensão da problemática enquanto questão que envolve muito mais que o setor saúde, não incorporando a perspectiva intersetorial, fundamental para se pensar o papel de exclusão no qual está inserida a pessoa em sofrimento psíquico (PASSOS, 2009).

A psiquiatria preventiva, por sua vez, foi um modelo que se instalou nos Estados Unidos na década de 1960 e era regida sob uma perspectiva focada não na cura, mas na prevenção de adoecimentos mentais. Isso era realizado através de

métodos que possibilitassem um equilíbrio social, onde os males dessas doenças deveriam ser evitados, e o cuidado partia de uma noção de adaptação social. O indivíduo curado era aquele que poderia ser integrado novamente ao *status quo*.

Essas novas formas de atuação, apesar de resguardarem em si ainda uma concepção muito atrelada ao diagnóstico psiquiátrico, trouxeram elementos novos, tais como a inserção da comunidade como fator importante para o tratamento, e uma perspectiva de inserção do sujeito que acabou por despertar a possibilidade de um cuidado regido por uma outra forma de ser no mundo, influenciando o modelo da RPB. O sujeito passou a ser enxergado em suas particularidades e estas passaram a ser parte fundamental na condução de seu tratamento.

Apesar da ampliação do escopo, no que se refere ao cuidado, foi somente com o movimento da antipsiquiatria e da reforma psiquiátrica italiana que se iniciou um outro questionamento em relação à segregação vinculada aos cuidados oferecidos no hospital e ao saber psiquiátrico como força motriz desse processo.

A reforma psiquiátrica foi além do questionamento sobre como o hospital tratava o sujeito interno e propôs uma discussão sobre a funcionalidade desses lugares de tratamento e dos saberes que pautavam esse cuidado. Quintas (2007, p. 12) cita que:

Neste movimento [da reforma psiquiátrica], vem se tratando de transformar o modo como a psiquiatria, em nome da razão, se permite categorizar, trancar e tratar a loucura, e ao fazê-lo articula-se a invenção de diversas possibilidades de inserção social para as pessoas que sofrem com transtornos mentais.

A reforma psiquiátrica democrática italiana foi o movimento que melhor expôs o questionamento do saber psiquiátrico como fundamental para o tratamento, e também como as possibilidades de cuidado devem prescindir do hospital psiquiátrico.

Essa reforma iniciou-se com a mudança de formas de tratamento dentro do hospital psiquiátrico, porém logo foi constatada a necessidade de “a ação ser levada para fora, para a própria sociedade, onde funcionam os mecanismos originários de marginalização do doente mental” (BASAGLIA, 1970, p. 278).

Os indivíduos que estavam à frente desse processo entenderam que era necessária a discussão sobre como a loucura estava presente na sociedade, qual o seu lugar e como a psiquiatria se constituiu como única explicação possível sobre a loucura, não possibilitando o espaço para outras. Dessa forma o sofrimento psíquico

era vinculado diretamente à doença mental e, por consequência, ao tratamento manicomial.

O hospital psiquiátrico, ao instituir um modo único de tratar qualquer paciente, independente de suas demandas, inscreve o sujeito em uma perda de identidade, numa massificação própria de instituições totais. Entender o processo de internação sob essa perspectiva, segundo Barros (1994, p. 65):

Implica reconhecer o abandono, a perda de relações com o mundo, a impossibilidade de comunicar suas necessidades, e, desta forma, a manifestação dos sentimentos restringe-se sempre mais, pois tudo que o internado faz, diz ou não diz, é expressão da doença, sua confirmação *a posteriori* e, portanto, a legitimização da existência da instituição.

A possibilidade de se pensar um cuidado de base comunitária, negando a necessidade do hospital psiquiátrico enquanto instrumento necessário para esse processo, tem na desinstitucionalização seu principal foco. Significa pensar o sujeito livre da instituição que o aprisiona em sua doença, delimitando a existência à uma classificação nosológica de seu adoecimento.

Basaglia (1970) propunha não mais focar a doença no sujeito, deixando de lado as particularidades que o constituem, seu modo de ser e pensar, mas sim colocar a doença “entre parênteses”, possibilitando que o indivíduo fosse percebido para além de seu instante de adoecimento.

O que se pode perceber com a dinâmica de mudança nos processos, tanto do Hospital de Gorizia, como o de Trieste, experiências fundantes da prática da reforma psiquiátrica italiana, era que se fazia necessário pensar para além dos muros do hospital, negando-o e construindo um novo local de cuidado, que pudesse inserir o usuário dentro do contexto social.

Assim, foi iniciado o processo italiano de desinstitucionalização psiquiátrica, que se fundamentava na reabilitação psicossocial dos indivíduos que estavam enclausurados nos hospitais psiquiátricos uma nova forma de cuidado. Na Itália, essa mudança ocorreu no começo dos anos 1960 e teve sua ampliação com a aprovação, em 1980, da Lei 180 – chamada Lei Basaglia – a qual instituía que a internação hospitalar não seria mais a retaguarda assistencial, sendo esse papel assumido pelos centros de saúde mental, serviços participantes de uma rede que se constitui a partir do território (QUINTAS, 2007).

De acordo com Barros (1994, p. 33) "o processo de desinstitucionalizar demonstra tornar-se possível construir e inventar novas perspectivas de vida e de

subjetividade para aqueles mesmos sujeitos, e não apenas "evoluções" e "prognósticos da doença mental".

Foi este o principal movimento que influenciou a reforma psiquiátrica no Brasil, visto que muitas das experiências de um modelo de base integral e constituído em rede foram traduzidas para o território brasileiro.

2.2 O Modelo de Atenção à Saúde Mental no Brasil

No Brasil, as discussões suscitadas pelo movimento da RPB resultaram em experiências que tinham outro tipo de lógica de funcionamento, calcado em um cuidado que pudesse dar conta do sofrimento apresentado pelo sujeito, e levando em consideração a multicausalidade deste sofrimento, assumindo, assim, uma perspectiva de ordem biopsicossocial. Mas, antes de falarmos sobre o processo iniciado no final da década de 1970, será feita uma breve explanação sobre como se constituiu o tratamento que se realizava dentro do espaço manicomial.

O cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico iniciou-se com a vinda da Família Real Portuguesa e tinha o objetivo de ajudar a reordenar o espaço urbano, retirando do convívio social os indivíduos que não contribuíssem para a ordem geral, estando os loucos incluídos nessa categoria. Posteriormente a esse processo foi criado, em 1853, o primeiro hospício brasileiro, o Hospital Psiquiátrico Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, tendo como principal técnica de intervenção o isolamento, na perspectiva do tratamento moral instituído por Pinel (SILVEIRA, 2005).

Diante desse tipo de tratamento, juntamente com o modelo privatista de atenção à saúde vigente no Brasil, Silveira (2005, p. 4) nos traz que:

Num país subdesenvolvido, com um modelo de assistência à saúde centrado na prática curativa e assistencialista, foi fácil transformar a doença mental em mercadoria rentável. Ao se associar a lógica do capital (lucro) à lógica do modelo manicomial (poder disciplinar), não fica difícil perceber que a "assistência" limitava-se ao mínimo que fosse preciso para manter os loucos sob dominação, sem precisar gastar muito.

O descaso com o qual os internos dos serviços manicomiais eram tratados, vitimizados pela doença em si, porém muito mais pelas condições precárias de tratamento, levou alguns dos sujeitos envolvidos com essa questão a se mobilizarem.

A RPB pode ser designada como um processo histórico de formulação crítica

e prática visando questionar o modelo paradigmático da psiquiátrica instituído e propor a transformação desse modelo. Surgiu a partir da conjuntura da redemocratização brasileira, em fins da década de 1970, fundada na junção da crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental e na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, em volta de toda a movimentação política e social que estava ocorrendo à época (AMARANTE, 1995).

Com o início da abertura política e os movimentos sociais ganhando força e voz nos diversos setores da sociedade, as lutas pelos direitos básicos dos sujeitos – dentre os quais o direito à assistência à saúde, de forma universal, igualitária e pública – propiciaram o espaço para que os envolvidos com a assistência em saúde mental pudessem discordar do precário cuidado oferecido ao indivíduo em sofrimento psíquico. Isso incentivou o surgimento do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que foram peça fundamental no processo de transformação da assistência psiquiátrica (SILVEIRA, 2005).

A atual política brasileira de Saúde Mental foi instituída sobre os pilares da RPB e, durante seu percurso, passou por três momentos: em um primeiro tempo houve a crítica ao modelo asilar, na esteira da busca social por melhores condições de cuidado, dado o descaso com o qual eram tratados os pacientes dos hospitais psiquiátricos, bem como uma maior funcionalidade do tratamento oferecido nesses espaços. Em um segundo momento, temos a concretização de formas alternativas de cuidado, pautados principalmente sob uma lógica territorial, constituído por serviços que funcionassem visualizando o sujeito em sua totalidade e, dessa forma, evitando a exclusão típica do modelo manicomial. Por fim, temos a incorporação de um modelo substitutivo, composto por uma rede de atenção psicossocial, de base territorial e pautado em um cuidado integral (DEVERA; ROSA, 2007).

O objetivo primordial buscado pelas novas práticas em Saúde Mental passa a ser a desinstitucionalização, que visa se desvincular da figura do hospital psiquiátrico, pois este historicamente insere o sujeito em sofrimento psíquico em uma lógica de não racionalidade e que, portanto, precisa ser privado de sua liberdade, pois não estaria apto a viver em sociedade.

A busca passa a ser a negação da instituição manicomial e o rompimento com a lógica e o saber psiquiátrico sobre o adoecimento, inserindo em um processo histórico e social de apropriação da loucura, bem como o questionamento do poder do especialista, independente se psiquiatra, psicólogo, enfermeiro ou outro

profissional, que visa negar o mandato social de custódia e exclusão na qual é posto o usuário (YASUI, 2006).

Em 1989 foi realizado, em Santos, uma intervenção na Casa de Saúde José Anchieta, que pode ser reconhecida como a primeira intervenção desinstitucionalizante no país. O hospital foi reestruturado, sendo proibidos comportamentos como eletrochoques e maus tratos físicos, e sendo permitida a livre circulação dos internos, bem como o livre acesso de familiares ao interior dessa instituição. Mesmo que o mote preconizado fosse a extinção dos hospitais, o objetivo dessa medida era possibilitar uma permanência humanizada desses indivíduos no ambiente hospitalar (TENÓRIO, 2002).

Outro marco assistencial importante foi a inauguração do primeiro serviço substitutivo psiquiátrico no Brasil, o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS Itapeva, inaugurado em março de 1986, em São Paulo.

A partir dessas primeiras experiências, foram surgindo vários dispositivos integrativos da rede para substituição ao modelo hospitalocêntrico, como a criação de hospitais-dia, centros de lazer, núcleos de atenção psicossocial, entre outros serviços, que funcionam sob a lógica do cuidado ao sujeito, não se restringindo apenas ao tratamento a uma patologia, mas sim enxergando o sujeito em sua constituição multifatorial, isto é, como um sujeito biopsicossocial.

Internacionalmente, o Brasil também participou de movimentos em prol dos direitos das pessoas que necessitavam de assistência para seus sofrimentos psíquicos, através da assinatura da Declaração de Caracas, documento proposto por países da América Latina, que tinha o objetivo de rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, buscando salvaguardar os direitos humanos e civis desses sujeitos, bem como propiciar a sua permanência em seu meio comunitário (HIRDES, 2009).

Na década de 90, vários estados aprovaram leis que propuseram a substituição da internação em hospitais psiquiátricos pela assistência em serviços extra hospitalares, a exemplo de Pernambuco, que aprovou, em 1994, a Lei nº 11.064, a qual dispunha sobre a extinção progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e sobre os serviços substitutivos que seriam instalados, a saber: CAPS, leitos em hospitais gerais, centros de convivência, SRT, projetos de economia solidária, bem como sobre a inserção de ações de saúde mental na Atenção Básica (AB).

Vale salientar que o fechamento dos hospitais psiquiátricos é apenas o passo inicial para a mudança que permite a desinstitucionalização. A extinção desses leitos deve vir acompanhada do estabelecimento de uma rede em saúde mental, pautada nos princípios de um entendimento integral sobre o sofrimento do sujeito. Por isso, as recomendações gerais feitas para os profissionais desse modelo substitutivo propuseram a adoção dos conceitos de território e responsabilidade sanitária como forma de ruptura com o modelo focado no hospital e de garantir o direito dos usuários à assistência e à recusa ao tratamento, bem como a obrigação do serviço em não abandoná-los à própria sorte.

A legislação federal, que versa sobre o cuidado em saúde mental, caminhou a passos mais lentos do que os das legislações de alguns estados, visto que o projeto inicial foi apresentado em 1989, mas só aprovado em 2001. A Lei 10.216, de abril de 2001, conhecida como Lei Paulo Delgado – em homenagem ao autor do projeto de lei inicial – dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e institui normas para o processo de internação hospitalar, colocando essa alternativa a ser utilizada em última instância, em casos nos quais os recursos extra hospitalares não são suficientes (BRASIL, 2001).

A Lei nº 10.216 foi um avanço no que diz respeito à garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais, porém não trouxe em seu conteúdo as estratégias para o funcionamento dos dispositivos do modelo substitutivo (BRASIL, 2001). A fim de sanar essa lacuna, em 2002 foi lançada a Portaria 336 que dispunha sobre o funcionamento dos CAPS e, principalmente, delegou a este dispositivo a função de responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território (BRASIL, 2002).

É importante notar que, mesmo sendo o dispositivo central, o principal dispositivo organizador do modelo de atenção à saúde mental, o CAPS fundamenta-se em uma prática que não se restringe a seu espaço físico, pelo contrário, julga imprescindível a interlocução com outros componentes da rede, pois só assim será oferecido um cuidado que abarque as necessidades que cada sujeito apresenta.

A Portaria nº 3.088, publicada em dezembro de 2011, veio explicitar como deve estar disposta a organização dessa rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico e apresenta diversos dispositivos, que vão desde a atenção básica até a alta complexidade. Estruturada de modo a oferecer um cuidado integral ao

usuário que assim o necessite, essa rede é organizada pelos CAPS e pela atenção básica – inclusive essa é uma novidade trazida por esta portaria: o reconhecimento de que a AB também deve atuar como ordenadora da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011).

A noção de que o sujeito é um ser humano completo implica em levar em consideração aspectos relacionados ao seu contexto político, social, histórico, comunitário e familiar. Desse modo, a atenção integral pressupõe que, além das ações emergenciais, curativas, tenha-se um foco nas ações de promoção, de prevenção e de reabilitação, bem como na organização dos serviços e das práticas de saúde devendo relacionar as ações em saúde coletiva com a atenção individual. O cuidado oferecido vai além dos sintomas da patologia diagnosticada, estrutura-se especialmente nos fatores de vida que o manicômio negligencia (NASI et al., 2009).

2.3 Integralidade em Saúde Mental – do atendimento à crise à Reabilitação Psicossocial

O termo integralidade traz em si uma polissemia de significados e é importante se ater um pouco sobre esse aspecto. Mattos (2004, p. 42) traz que a integralidade foi fundamental para a luta do movimento sanitário, diz ele:

Parece ser assim: uma noção amálgama, prenhe de sentidos. Nessa perspectiva, a pergunta 'o que é integralidade?' Talvez não deva ter resposta unívoca. Talvez não devamos buscar definir de uma vez por todas a integralidade, posto que desse modo poderíamos abortar alguns dos sentidos do termo e, com eles, silenciar algumas das indignações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa.

A Constituição de 1988 e a Lei nº 8080/90 trazem a importância do princípio integralidade para a construção de um novo sistema de saúde, porém não aprofundam a discussão sobre a definição clara do termo (BRASIL, 1990). Documentos posteriores iniciaram o processo de delineamento do que seria esse pressuposto, definindo a integralidade como o acesso pleno aos diferentes níveis de atenção, sendo o cuidado à saúde gerenciado pela atenção básica, mas englobando os diversos serviços que prestarão o cuidado integral ao sujeito. Como bem explicita a Norma Operacional Básica – NOB - 1993, o objetivo da integralidade é assegurar aos sujeitos a atenção à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, bem como a compreensão, em sua totalidade, dos

indivíduos/coletividades em suas singularidades (BRASIL, 1993).

Essa perspectiva tem o objetivo de romper com a lógica do cuidado pautado na racionalidade médica ocidental contemporânea, que reduz o indivíduo à sua doença, deslocando-a para o foco do cuidado, esquecendo as peculiaridades que tornam cada processo de adoecimento único (SILVEIRA, 2005).

Fica evidente que o foco passa a ser a pessoa que necessita de cuidados, e não apenas o diagnóstico recebido por ela. O principal intuito da integralidade, enquanto forma de entender o sujeito em sua complexidade, é evitar a fragmentação e o reducionismo, não substituindo o ser que necessita de cuidados por este diagnóstico, visto que a delimitação reduz as propostas terapêuticas possíveis. O diagnóstico implica em uma certa regularidade, uma repetição em um contexto ideal. Porém, para que se realize uma clínica adequada e ampla, é preciso saber o que o sujeito apresenta de diferente, o aspecto singular que o constitui.

Ao problematizar a questão de como a integralidade deve ser a guia para o estabelecimento das práticas de cuidado, Mattos (2004) remete a algumas perspectivas que devem ser consideradas. A primeira delas é a integralidade como um modo de organização das práticas em saúde, onde haverá uma interlocução entre as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais, não uma dicotomia no sistema, e sim uma integração horizontal que permite um conhecimento e atendimento das reais necessidades da população. Aqui a integralidade é vista como forma de organização dos processos de trabalho, de modo que este possa se dar de forma aberta e resolutiva.

Outro conjunto de sentidos referentes ao princípio da integralidade é aquele relacionado às respostas que são dadas a certos grupos específicos, considerando a diversidade como fator importante na constituição de uma sociedade, evitando a estigmatização e o não acolhimento das demandas. Integralidade, nesse sentido, significa uma recusa por parte dos que formulam uma política de saúde em reduzir o objeto de suas políticas a apenas uma interpretação. A política de saúde da mulher é um exemplo claro dessa perspectiva, onde cada vez mais a política é construída para tentar abarcar as diferentes necessidades que as mulheres podem apresentar, e não apenas delimitada à questão da mulher reprodutora/gestante (MATTOS, 2004).

E por fim, dentro das abordagens trazidas por Mattos (2004), temos a integralidade como um traço da boa medicina – que aqui designarei como um traço

do bom cuidado, ampliando a responsabilidade desse atributo para as demais profissões –, característica a qual esse texto irá ater-se, visto que o objetivo do trabalho é investigar as práticas e discursos dos profissionais.

O movimento da medicina integral foi proveniente das discussões em torno da atitude, muito presente na prática de profissionais médicos, em fragmentar o paciente, delimitando-o a apenas um recorte, perspectiva bastante reducionista, visto o enfoque exclusivo dado às questões de ordem biológica, ignorando os aspectos sociais e psicológicos. Nesse sentido, a integralidade é tida como um valor a ser sustentado e defendido nas atuações dos profissionais de saúde, isto é, o modo como o profissional age diante da problemática que o paciente traz e a gama de possibilidades de resolutividades apresentada a esses problemas. Mattos (2004, p.48) fala que:

A postura médica que se recusa a reconhecer que todo o paciente que busca seu auxílio é bem mais do que um aparelho ou sistema biológico com lesões ou disfunções, e que se nega a fazer qualquer coisa a mais além de tentar, com os recursos tecnológicos disponíveis, silenciar o sofrimento supostamente provocado por aquela lesão ou disfunção, é absolutamente inaceitável.

Garantir integralidade no cuidado é possibilitar o acesso a todos os níveis de atenção necessários, como o entendimento da multiplicidade de fatores que influenciam as demandas apresentadas pelo sujeito. Visualizar a constituição diversa do indivíduo, composta por fatores biopsicossociais, faz com que se possa pensar para além do tratamento diagnóstico, ou seja, um cuidado amplo que possa atuar para além dos sintomas.

Para uma ampliação no modo de entendimento da constituição do sujeito, é necessário que se evite uma simplificação do olhar sobre esse sujeito, não delimitando-o a um diagnóstico patológico. Nesse raciocínio, os sujeitos estão em relação e não são percebidos como objetos, destituídos de um lugar, de um nome, sem possibilidade de troca, e enquadre em uma dada definição da Classificação Internacional de Doenças 10 (CID-10) passa a ser uma das características abordadas pelo cuidado, e não a principal (OLIVEIRA et al., 2005).

O foco do modelo de atenção psicossocial é a busca de um cuidado em que seja possível se debruçar sobre o sujeito, entendendo os sintomas apresentados dentro de uma perspectiva mais ampla. Esses sintomas também serão tratados, mas o cuidado não se delimitará a isso, ele visa uma reabilitação que seja produtora de saúde. Dessa forma, o objetivo das ações dos profissionais é dirimir o sofrimento

e também pensar junto ao usuário a construção de formas de existências saudáveis.

Nessa perspectiva, a integralidade da atenção tem o intuito de permitir o contato e o acolhimento do usuário em sofrimento psíquico, pensando-se respostas diferentes e mais amplas daquelas guiadas apenas pelo modelo biomédico, que tem a doença como foco de intervenção. Uma das problemáticas que se apresentam é romper com a visão unilateral para ações de cuidado, e que seja possível abranger uma gama plural de intervenções para uma prática clínica que exige singularização do sujeito, possibilitando assim que sua subjetividade seja levada em consideração, guiando o cuidado oferecido pela equipe de saúde.

O modelo de atenção à saúde mental, no intuito de findar com a lógica não resolutive, adoecedora e cruel das instituições manicomiais, busca novas possibilidades de cuidado, práticas distintas das observadas nos hospitais psiquiátricos, onde exclusão e tratamento estão diretamente relacionados. Um dos pressupostos que orienta essas novas práticas, esses novos modos de fazer e de pensar saúde mental é a integralidade, em sua perspectiva de um olhar amplo, que permitirá uma mudança de lógica no cuidado ofertado, pois ao entender que o sujeito é multiplamente constituído, não seria lógico ofertar um cuidado delimitado a apenas uma ou outra característica.

A integralidade surge então como uma ação compromissada com a quebra dos pressupostos da hospitalização: super valorização da medicação, isolamento e perda da autonomia como únicas propostas para tratamento. Busca-se resgatar um conceito mais positivo sobre a loucura, pautando o cuidado em diferentes espaços e em uma prática assistencial que leve em consideração a subjetividade e a singularidade do sujeito em sofrimento psíquico, onde a inclusão, a cidadania, a autonomia e a solidariedade surjam como conceitos norteadores para ações integrais (NASI et al., 2009).

Nas ações de saúde mental ofertadas aos usuários em sofrimento psíquico, é necessário o envolvimento de todos os níveis de atenção em saúde, desde os serviços da rede básica, passando pelos serviços especializados, como os CAPS, até a breve internação em hospital geral. Destaque-se ainda que na RAPS, os CAPS devem ter a função de articulador, possibilitando melhor fluxo e atendimento, e possibilitando a ordenação do cuidado, juntamente com a atenção básica.

Os CAPS são serviços de atenção especializada, constituídos por equipes multiprofissionais que atuam sob a ótica interdisciplinar e realizam atendimento às

peças com transtornos mentais graves e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não-intensivo. O trabalho no CAPS é realizado prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. Vale salientar, ainda, que esse dispositivo deve realizar o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, devendo, nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado (BRASIL, 2011).

Percebe-se então a dupla função que deve ser estabelecida para que o CAPS desenvolva um cuidado integral: o acolhimento a pessoa em fase aguda do transtorno, sujeitos em crise, bem como o desenvolvimento de atividades e interlocuções que possibilitem a reabilitação psicossocial.

A abordagem ao usuário em crise deve ser um objeto privilegiado de intervenção, nesse novo modo de lidar com o sujeito em sofrimento mental, visto que esta representa o evento que conduz à doença, mas podendo também ser considerada a possibilidade de crescimento para o indivíduo. Cabe então ao CAPS, dada sua responsabilidade enquanto ordenador de rede, a preparação e/ou suporte a outros níveis de atenção relacionados ao cuidado ao sujeito em crise (BIRMAN; COSTA, 1994).

Para que os serviços substitutivos possibilitem a mudança paradigmática no cuidado, é fundamental que o atendimento à crise seja realizado de forma satisfatória, do contrário, o modelo manicomial se fará sempre necessário, visto a não capacidade de acolhimento emergencial desses novos dispositivos em saúde mental (SILVA, 2005).

Ser contingente em situações de crise é uma das funções que deve ser exercida por um CAPS, principalmente os serviços com acolhimento noturno, como um CAPS tipo III. A crise é o momento de ruptura do indivíduo em sofrimento psíquico, e geralmente necessita de uma abordagem urgente e contínua por um certo período de tempo. Ao falar sobre o assunto, Costa (2007, p.96) nos traz que a crise é,

[...] um momento individual específico, no qual efervescem questões, afetos, gestos e comportamentos variáveis singulares, que afetam em graus diversos a vida cotidiana da própria pessoa e daqueles de seu convívio, e costumam ser determinante das demandas e intervenções em serviços de Saúde Mental.

Diante desse momento de fragilidade, cabe ao serviço que presta atendimento a esse tipo de situação, não incorrer em uma intervenção estritamente pautada no modelo biomédico, cujo único aspecto a ser cuidado é a questão da remissão dos sintomas, e o sujeito acaba por não ser escutado e entendido naquilo que o faz sofrer. O objetivo é o acolhimento de uma pessoa em sofrimento psíquico que possa trazer elementos para todo o processo de cuidado, e não apenas calar os sintomas. Nas intervenções ao sujeito em crise, é fundamental não delimitar a terapêutica possível, enxergando a pessoa com contexto e história, e trabalhando a crise como potencialidade, inserida no contexto que a pessoa traz (DIMENSTEIN; JARDIM, 2007).

O acolhimento nas situações de crise possui um papel fundamental dentro da lógica de um modelo que se propõe a substituir o hospital psiquiátrico, entender os aspectos relacionados ao sofrimento do sujeito e poder proporcionar um cuidado que possa fazer desse momento mais uma forma de exercer um olhar diferenciado sobre esse processo, e, portanto, propor outras formas de cuidado, de abordagem para esse momento tão específico para o sujeito.

Além do acolhimento em situações de crise, outro pilar fundamental da assistência em um CAPS é a reabilitação psicossocial. A reabilitação psicossocial trabalha com o resgate de habilidades sociais, indo mais além do que uma prática meramente pedagógica identificada com o alienismo. Se apresenta como uma das qualidades dos novos dispositivos em saúde mental, em que o cuidado para reconhecer e respeitar a especificidade de cada usuário deve possibilitar também um resgate do sujeito, vítima dos efeitos da longa institucionalização e da segregação social, comum ao processo de adoecimento. Resgatar é uma forma de trazer o sujeito para o espaço social das trocas e da contratualidade. Essas atividades, que visam o resgate, devem ser frequentemente questionadas por esses profissionais (RINALDI et al., 2008).

Ainda sobre a conceitualização da reabilitação psicossocial, é necessário entender que ela visa a ampliação da rede social, um processo que envolve profissionais, comunidade, usuário e familiares, sendo considerada também como um processo pelo qual se facilita ao indivíduo com limitações a restauração no melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade. Há uma correlação direta entre cidadania e saúde mental, visto que um sujeito precisa gozar plenamente de sua cidadania e ter garantidos seus direitos para se pensar em um

processo de recuperação ou manutenção de fatores que interferem em sua saúde mental. Diante disto, uma das principais questões envolvidas na reabilitação psicossocial é à elevação do sujeito de sua condição de doente mental para a condição de cidadão (SARACENO, 2001).

A reabilitação psicossocial é uma reconstrução voltada para o exercício da cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes eixos que envolvem a vida do sujeito: família, rede social e trabalho com valor social. Esse processo implica na abertura de espaços de negociação para o usuário, sua família e a comunidade na qual o indivíduo vive. Traz ainda para a junção desses três fatores o conceito de contratualidade, que é a capacidade de estabelecer contatos sociais, que permitirão ao sujeito subverter o processo de reclusão, que é resultado dos efeitos da doença mental e da exclusão social (SARACENO, 2001).

Família é o local onde, idealmente, há o desenvolvimento das questões psicológicas, e afetivas, e também é o ambiente que fornecerá o suporte necessário para a vida do sujeito. Em relação a família dentro do contexto da saúde mental é importante ressaltar que ao longo dos tempos esta passou a ocupar um lugar de extremo destaque na condução do cuidado.

O isolamento da pessoa em sofrimento psíquico, era justificado na proteção da família em relação a essa pessoa adoecida, em claro contexto que está relacionado com a indisciplina e a desordem moral. Por outro lado, a família era concebida como propiciadora desse adoecimento, por esses motivos justificava-se a necessidade de apartar o sujeito da família, e comunidade.

Se anteriormente havia uma tendência a descompromissar a família em relação ao usuário de serviços de saúde mental, atualmente o cuidado só é possível se for levado em consideração a presença desse ambiente na vida do usuário. Como bem coloca Hardman et al. (2006, p. 4).

Não cabendo classificar os conflitos da dinâmica familiar como causa ou consequência do transtorno mental, sabe-se que, no campo da saúde mental, a família ocupa uma posição preponderante, decisiva e inegável tanto no estado de saúde dos sujeitos, como nas possibilidades de sucesso do tratamento. Contribuir para o fortalecimento dos seus vínculos familiares e estar todo o tempo atento para o estado dessa família, traz benefícios não só para o sujeito, como para as pessoas que estão à sua volta e evidencia a importância de que o acompanhamento se estenda para todos aqueles que estão no domicílio.

Outro fator importante nessa perspectiva de cuidado construída ao longo dos últimos tempos é o entendimento da comunidade como peça chave para que o

usuário possa ser inserido dentro do contexto social que o cerca. Trabalhar na perspectiva de ultrapassar os muros do CAPS se faz fundamental se levarmos em consideração que os elementos sociais podem ser fator de adoecimento ou mesmo potencialidade para a construção de um modo de vida que gere menos sofrimento, ou até mesmo resignifique a vida do sujeito.

O objeto da intervenção não será mais a cura da doença psiquiátrica, e sim as necessidades de cada pessoa, colocando-as no lugar de sujeito ativo na construção de soluções para a problemática que se apresenta em sua vida. Por meio da ampliação de espaços de relação e troca, são constituídas formas de melhorar as condições de vida e recuperação da autonomia dos sujeitos. Desta maneira, as intervenções realizadas não devem se limitar aos espaços institucionais, e ampliar-se nos locais de circulação e de participação social dos sujeitos, principalmente através da interlocução com outros setores sociais, caracterizando assim o aspecto intersetorial que deve ser desenvolvido durante o cuidado integral.

O modelo brasileiro de cuidado em saúde mental, que se institui tanto pelas práticas inovadoras, como pelos diversos dispositivos legais, tenta responder as demandas dos usuários por um cuidado calcado na integralidade. A RAPS foi preconizada visando a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando um cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; e a organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011).

A integralidade como expressão da complexidade própria aos processos de vida, torna inconcebível a manutenção de lógicas unidisciplinares ou mesmo atribuições a um único setor ou disciplina a responsabilidade pelas ações de cuidado em saúde, necessitando de intervenções diversificadas e complexas (BEDIM, 2011).

A incorporação de um cuidado que abarque desde o atendimento ao sujeito em crise, passando pelo processo de construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que possa trabalhar as questões relacionadas a reabilitação psicossocial do sujeito, e também uma interlocução com outros serviços, dos diferentes níveis de atenção, bem como interlocuções intersetoriais são as atividades que caracterizam o entendimento da integralidade como preceito fundamental para as práticas em saúde mental.

É importante acolher a crise, é até fundamental fazê-lo, porém é mais

importante entender que a crise constitui apenas um dos momentos de atuação junto ao usuário, uma das formas que constituirão o cuidado, e que é necessário ampliar o olhar sobre o acolhimento ao sujeito.

Dessa forma, cuidado integral em saúde mental se dá quando, ao enxergar a multicausalidade que compõe o sujeito em sofrimento psíquico, são oferecidas propostas de cuidado múltiplas que deem conta das mais diversas situações que possam surgir, do acolhimento as situações de crise ao processo de reabilitação psicossocial.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar de que forma a integralidade está inserida nas práticas e nos discursos dos profissionais de um CAPS, em Recife, no ano de 2014.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar o conteúdo da política da saúde mental sobre a integralidade;
- b) Analisar o discurso dos profissionais em relação à integralidade;
- c) Analisar a integralidade no conteúdo da política de saúde mental em contraponto ao discurso dos profissionais do CAPS.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nesta seção será explicitada o tipo de pesquisa que será realizada; o método de estudo do tema; onde e porquê será realizado; a população estudada; os instrumentos utilizados para a coleta de dados; e por fim, o procedimento para análise dos dados.

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa. Esse tipo de abordagem tem como característica possibilitar uma maior compreensão no contexto no qual ocorre o evento, permitindo assim uma explicação mais integrada com a realidade, percebendo as nuances envolvidas (CUNHA et al., 2010).

Na abordagem qualitativa há uma construção detalhada dos significados e características do tema abordado, onde pode-se observar uma atenção especial às convicções subjetivas das pessoas envolvidas na explicação deste. O foco não é a produção de opiniões representativas e objetivamente mensuráveis de um grupo e sim um aprofundamento da compreensão de um fenômeno social por meio de entrevistas explanatórias e análises qualitativas do material obtido a partir dos atores envolvidos no fenômeno (RICHARDSON, 2010).

Na metodologia qualitativa, o foco de atenção é centralizado no específico, no peculiar, buscando mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados. Isso não significa, entretanto, que seus achados não possam ser utilizados para compreender outros fenômenos que tenham relação com o fato ou situação estudada (NOGUEIRA; BÓGUS, 2004).

O estudo de caso, por sua vez, pode ser entendido como uma investigação que se mostra particular, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica, sendo esta única ou especial, no intuito de descobrir o que há nela de mais essencial e peculiar e, desse modo, contribuindo para a compreensão global de determinado fenômeno (PONTE, 2008).

A necessidade da utilização do estudo de caso surge do desejo de compreensão dos fenômenos sociais complexos, visto que ele permite uma investigação que tenta preservar as características dos eventos no modo como se dão.

Yin (1994) ao referir-se a pertinência da utilização do estudo de caso como estratégia de pesquisa, fala das seguintes situações: quando se colocam questões do tipo “como” e “por que”; quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos; e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real.

Em relação à unidade de análise do estudo de caso vale salientar que o caso pode ser um indivíduo, o papel desempenhado por um indivíduo ou uma organização, um pequeno grupo, uma comunidade ou até mesmo uma nação. Todos esses tipos de caso são unidades sociais (CESAR, 2005). No caso em questão, a unidade de análise é um CAPS 24 horas, em Recife.

Uma das primeiras preocupações para quem vai realizar um projeto qualitativo é a definição de critérios segundo os quais serão selecionados os sujeitos que vão compor o universo de investigação, visto que esta interfere diretamente na qualidade das informações a partir das quais se construirá a análise, com o objetivo de chegar à compreensão mais ampla do problema delineado. A descrição e delimitação dos indivíduos a serem observados, assim como o seu grau de representatividade no grupo social em estudo, constituem um fator chave a ser resolvido, pois será onde grande parte do trabalho de campo irá ser realizada. Os estudos qualitativos são constituídos por amostras selecionadas propositalmente (DUARTE, 2002).

Para Yin (2005) como estratégia de pesquisa, utiliza-se o estudo de caso em muitas situações, para contribuir com o conhecimento dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos. Em todas as situações, a necessidade pelo estudo de caso surge do desejo de se compreender fenômenos sociais complexos, permitindo uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real.

4.2 Instrumentos de coleta de dados

Como forma de obtenção dos dados foram utilizadas fontes secundárias e primárias. Os dados secundários foram obtidos em documentos (relatórios, legislação, publicações oficiais das três esferas de governo).

Os dados primários, por sua vez, foram coletados por meio de entrevistas

guiadas, pois permite ao entrevistador utilizar um roteiro de temas a ser explorado durante a realização da mesma. A entrevista é uma forma de interação social, sendo um diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação. As entrevistas foram gravadas em meio digital e transcritas textualmente, para posterior análise (GIL, 1994).

Para elaboração do guia das entrevistas foram definidos os temas a serem abordados, estes temas foram orientados pelo marco conceitual e buscaram responder aos questionamentos levantados pela pesquisa, como a integralidade está inserida na prática e no discurso dos profissionais do CAPS. O roteiro utilizado para as entrevistas do presente estudo encontra-se ao final do documento (Apêndice A).

Para análise de política de saúde mental foram escolhidos documentos que orientaram as mudanças no modelo de atenção a saúde mental. Serão abordadas as mudanças produzidas a partir de três setores essenciais para a Reforma Psiquiátrica Brasileira: os documentos provenientes das ações diretas da sociedade civil e dos trabalhadores de Saúde Mental, sobretudo as CNSM; a Lei nº 10.216, originada do Legislativo e as portarias ministeriais lançadas pelo Executivo para o setor da Saúde Mental até 2011.

As conferências de saúde mental são dispositivos importantes de participação popular para o controle social, debatendo as diretrizes, as medidas operacionais e formas de intervenção desse setor. As conferências de saúde mental tiveram e têm um papel fundamental de dar continuidade a substituição do modelo hospitalocêntrico de assistência, em prol de uma prática baseada na Reforma Psiquiátrica, que desde a década de 1980 vem propondo, e construindo um novo fazer em saúde mental. Esse espaço tem sido crucial para a interlocução de experiências e ideias provenientes de diversos países do mundo, e de diversas localidades do Brasil (ROSA; LUZIO; YASUI, 2001).

Além dos documentos provenientes das conferências de saúde mental, também foram analisados alguns marcos legais a constituição da Política de Saúde Mental, vigente no país atualmente. Um desses documentos foi uma declaração construída a partir da Conferência sobre a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, realizada no ano de 1990, que tinha por objetivo lançar alguns critérios que pudessem melhorar a assistência a pessoas em sofrimento psíquico, e contou com a participação de Ministérios de Saúde, Justiça e

Seguridade social, parlamentares, delegações técnicas e outras forças políticas nacionais de vários países: Argentina, Chile, México, Uruguai, Nicarágua e o Brasil.

QUADRO 1 – Documentos analisados

Documentos federais			
Declaração de Caracas	Documento latino americano Que representa um acordo firmado entre os países dessa região para reorientar o modelo de assistência em saúde mental	Venezuela	1990
Relatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental	Documento proveniente da I CNSM	Brasília	1987
Relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental	Documento proveniente da II CNSM	Brasília	1992
Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental	Documento proveniente da III CNSM	Brasília	2002
Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental	Documento proveniente da IV CNSM	Brasília	2010
Portaria Ministerial 336	Define as atribuições que os CAPS devem apresentar, e qual seu papel dentro da rede de atenção a saúde mental	Brasília	2002
Portaria Ministerial 3.088	Lança um olhar sobre a rede de atenção a saúde mental, instituindo diversos dispositivos de atuação para a oferta de uma assistência que se dê de forma ampla e resolutive.	Brasília	2011
Lei nacional 10.216	Marco legal que versa sobre como se deve dar a assistência em saúde mental em âmbito nacional	Brasília	2001
Documentos estaduais			
Lei estadual 11.064	Trata sobre a assistência em saúde mental, instituída em Pernambuco, em 1994	Pernambuco	1994
Documentos municipais			
Relatório da I Conferência Municipal de Saúde Mental	Documento proveniente da I CMSM	Recife	2010

Fonte: Elaborado pela autora.

4.3 Local e período do Estudo

O Município de Recife é dividido em 94 bairros, mediante Decreto nº 14.452/88, com uma população estimada para o ano de 2014 de 1.608.488 habitantes e uma extensão territorial de 218,435 km² (IBGE, 2014). Iniciou o processo de distritalização na saúde em 1993. A divisão obedece a Lei Orgânica do município, que subdivide o Recife em seis Regiões Político-Administrativas (RPA), cada uma correspondendo a um Distrito Sanitário (DS) e cada um desses em três microrregiões (RECIFE, 2010).

A rede de saúde mental de Recife é composta por 17 CAPS, que atendem usuários com transtorno mental - adulto, juvenil e infantil, e CAPS que atendem usuários de álcool e outras drogas, SRT, ambulatórios de psicologia e psiquiatria nas policlínicas, leitos integrais em hospital geral, UA, Equipes de consultório de rua. Além de fazer uso da emergência psiquiátrica do estado, que funciona 24 horas por dia, e todos os dias da semana.

QUADRO 2 - Unidades de saúde que integram a rede de saúde mental. Recife, janeiro de 2014.

Tipo de estabelecimento	Unidades
Centro de Atenção Psicossocial Adulto	8
Centro de Atenção Psicossocial Juvenil	1
Centro de Atenção Psicossocial Infantil	2
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas	6
Ambulatórios de Saúde Mental em Policlínicas	9
Unidades de Acolhimento (UA)	3
Equipes de consultórios de rua	4
Leitos em Hospital Geral	30
Serviços de Residência Terapêutica (SRT)	27
Serviço de Emergência Psiquiátrica (estadual)	1

Fonte: Elaborado pela autora

O estudo foi realizado em um dos dispositivos centrais da rede de saúde mental, um CAPS 24 horas. Serviço que incorpora a rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, e que tem dentre suas atividades, o acolhimento noturno e contínuo aos usuários que necessitam de um suporte mais intenso.

O CAPS em questão é um serviço com funcionamento 24 horas que atende

usuários de transtorno mental, e possui seis leitos de acolhimento noturno para dar suporte aos usuários que necessitem de um cuidado mais intenso, e está vinculado a seis SRT, servindo como suporte aos moradores desses locais, além do atendimento à população adstrita.

O CAPS por sua função de acolhimento noturno, estratégia que se mostra imprescindível para que o modelo substitutivo possa ser incorporado enquanto tal, mostra-se um serviço fundamental da política de saúde mental em Recife. Diante deste fato, nota-se a importância de que esse serviço esteja funcionando levando em consideração a integralidade no discurso e nas práticas dos profissionais do serviço, visto a importância desse pressuposto para a política de saúde mental.

Todas as entrevistas foram realizadas nos locais convenientes para as profissionais, a saber, o próprio espaço do CAPS, e as entrevistas duraram de 30 a 90 minutos. As entrevistas foram realizadas entre os meses de Março e Abril de 2014.

4.4 População do Estudo

De acordo com Bocchi, Juliani e Spiri (2008), o que deve ser questionado ao se delimitar os sujeitos da pesquisa é quem pode fornecer as melhores informações, referentes à pergunta do projeto de pesquisa.

Em relação ao quantitativo de sujeitos a serem abordados para a obtenção dos dados, é importante considerar que esse fator é influenciado pela qualidade das informações obtidas em cada depoimento, bem como da profundidade e do grau de recorrência e divergência das informações coletadas. Enquanto estiverem aparecendo informações originais que possam revelar novas perspectivas à investigação em curso, as entrevistas continuarão sendo realizadas.

O CAPS possui em seu quadro de trabalhadores, profissionais de nível superior: terapeutas ocupacionais, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e médicos, e também nível técnico, médio e fundamental: técnicos de enfermagem, assistentes administrativos, vigilantes, copeiros, e auxiliares de serviço geral. Todos possuem contato com o usuário e podem desenvolver relações terapêuticas. Porém, para o presente estudo foi usada como delimitação de escolha dos sujeitos entrevistados, o exercício da função da Técnico de Referência (TR), visto que essa figura é central no acompanhamento do cuidado ao indivíduo, sendo responsável

por conduzir o PTS do usuário no CAPS. Dessa forma, as categorias de profissionais que exercem essa função no CAPS e que foram entrevistadas foram psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e assistentes sociais.

O presente estudo se deu com a participação de 10 sujeitos, pois em dado momento o discurso dos entrevistados saturou, isto é, começou a apresentar repetição no conteúdo investigado, dando a entender que o material obtido já era suficiente para realizar a análise pretendida, pois é possível perceber padrões e visões de mundo cada vez mais recorrentes (DUARTE, 2002).

4.5 Processamento e análise dos dados

Em relação a análise dos dados foram elencados alguns conceitos relacionados ao tema estudado para um maior aprofundamento do conceito pesquisado. O estudo da normatização foi realizado através da análise documental, e a conceitualização da integralidade foi investigada através das entrevistas. Vale salientar que dado os problemas em relação ao funcionamento do serviço à época da pesquisa, a prática da integralidade teve que ser analisada através do discurso dos profissionais, visto que a observação direta, que fazia parte do projeto inicial, não foi possível de ser realizada.

QUADRO 3 – Categorias Chave Análise

CATEGORIAS CHAVE	SUBCATEGORIAS
Normatização da Integralidade na Política de Saúde Mental	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento à crise • Reabilitação Psicossocial • Intersetorialidade
Conceitualização da Integralidade	<ul style="list-style-type: none"> • Entendimento da Integralidade • Acolhimento na crise • Reabilitação Psicossocial
A Integralidade na prática	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento à crise • Construção PTS • Reabilitação Psicossocial • Intersetorialidade

Fonte: Elaborado pela autora

Para condução, realização e análise das entrevistas, foram realizados os sete estágios da pesquisa propostos por Kvale (1996):

- 1) Tematização – Momento no qual foram formulados o objetivo da investigação e a descrição do conceito do objeto em pauta antes da realização da coleta de dados;
- 2) Planejamento – Foi realizado de que forma os dados seriam coletados para obter o conhecimento e levando em conta as implicações morais do estudo;
- 3) Entrevista – A condução da entrevista foi baseada no roteiro de entrevista, com a abordagem reflexiva do marco teórico e considerando a situação de relação interpessoal da entrevista;
- 4) Transcrição – O material da entrevista foi preparado para análise, que consistiu na transcrição da entrevista oral para o texto escrito;
- 5) Análise – Decidido com base nos propósitos e objetivos e na natureza do material da entrevista, o método de análise apropriado para as entrevistas;
- 6) Verificação – Determinação da generalização, fidedignidade e validade dos achados da entrevista;
- 7) Relato – Comunicação dos achados do estudo e os métodos aplicados em um formato com critérios científicos, no presente documento.

A análise das entrevistas foi realizada através da técnica de condensação dos significados, onde são construídas formulações a partir do discurso dos entrevistados. Para analisar as entrevistas foi feita a transcrição do material obtido, posteriormente uma leitura detalhada e cuidadosa buscando compreender e refletir o sentido e a relação do discurso com o objetivo proposto, onde foram determinadas as unidades de significados naturais conforme expressas pelo sujeito; definidos os temas centrais relacionados às unidades naturais da maneira mais simples possível; realizados os questionamentos quanto à relação entre as unidades de significados e os objetivos propostos pelo estudo; elaborada uma descrição essencial dos temas identificados na entrevista e relacionados aos objetivos da pesquisa (KVALE, 1996).

Segue quadro exemplificando o modelo proposto por Kvale (1996), para sistematização da análise das entrevistas.

QUADRO 4 - Organização dos Significados

(continua)

Questão de Pesquisa
Entrevista X Pergunta Y da pesquisa Sobre a integralidade - Como você definiria integralidade?

QUADRO 4 - Organização dos Significados

(conclusão)

Unidades Naturais de Análise	Temas Centrais
<ol style="list-style-type: none"> 1. A gente pensar em integralidade, primeiro o ser como integral, a pessoa na sua integralidade, o que é a sua integralidade como pessoa? Pra mim é ver subjetividade, é ver condição de vida, a questão social que envolve a vida daquele ser, o princípio de ter vínculos sócio familiares ou não, ter vida produtiva ou não, ver aquele ser que é individual, mas ao mesmo tempo é integral, tem outras co-morbidades? 2. [...]outra coisa é a gente ver o serviço em integralidade, então a gente tem uma equipe multiprofissional, que precisa evoluir para ser uma equipe multidisciplinar, e nesse sentido ofertar uma assistência integral, e a gente tem também um serviço dentro de uma rede do distrito, que precisa funcionar também, de modo Integralizado. 3. Nosso sujeito não é uma pessoa com transtorno, ele é um indivíduo que em sua integralidade é pai, é mãe, é profissional, é homem, é mulher, é negro ou não, quem é ele em sua integralidade, pra eu poder entender sua doença e sua integralidade também, e poder ter um serviço para atender em sua integralidade, então eu acho que integralidade tem a ver com isso, e precisa ta articulado com intersectorialidade. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concebe a importância de olhar o sujeito nos diferentes âmbitos de sua vida. 2. Importância da construção de uma rede composta por diversos serviços que possibilitem a oferta de um cuidado Integral. 3. Idem.
<p>Descrição Essencial da questão de pesquisa A entrevistada compreende a visão do sujeito integral, composto por diversas questões que interferem em sua vida e que precisam ser trabalhadas para a oferta de um cuidado integra. Também foi citada a necessidade da construção de uma rede intersectorial que possa abarcar as demandas desse sujeito, que é multiplamente constituído.</p>	

Fonte: Adaptado de Kvale (1996).

4.6 Considerações Éticas

Esta pesquisa foi desenvolvida dentro dos padrões de ética científica, tendo sido aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM (CAAE 175003113.3.0000.5190) (Anexo A).

Toda pesquisa envolvendo seres humanos acarreta riscos. Neste estudo, conforme metodologia proposta, a relação com os sujeitos se deu a partir de sua participação em entrevistas. Os riscos quanto às dimensões físicas, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, particularmente quanto a qualquer tipo de constrangimento, foram minimizados garantindo-se o sigilo das informações pessoais dos participantes.

Solicitou-se a todos os entrevistados a assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), ficando cada um deles com uma cópia. Eles foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a estratégia de divulgação dos resultados e, ainda, quanto à confidencialidade dos dados obtidos, à participação voluntária, à garantia do direito de não identificação como também à possibilidade de retirar-se da pesquisa a qualquer momento.

A fim de preservar os critérios científicos e os preceitos éticos foi garantido o anonimato dos entrevistados. Os entrevistados serão identificados através da junção da letra E a um número de entrevista (E1, E2, E3, etc.).

4.7 Limitações do Estudo

Uma das principais limitações do presente estudo foi a situação na qual se encontrava o CAPS à época da coleta de dados. O CAPS passou por um acidente, em meados de fevereiro de 2014, onde parte de sua estrutura caiu, limitando as atividades dos profissionais, que não estavam realizando as práticas comuns do serviço, dessa forma, um dos objetivos do estudo que era a observação direta das atividades realizadas ficou prejudicado, sendo o levantamento das informações sobre as práticas profissionais adquiridos através dos discursos dos profissionais entrevistados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para entender como a integralidade está presente nos documentos que regem a Política de Saúde Mental, bem como nas práticas e nos discursos dos profissionais do CAPS apresentam-se os resultados e discussão em três etapas: normatização da integralidade na Política de Saúde Mental; conceitualização da integralidade e a práticas integrais em Saúde Mental.

5.1 Normatização da Integralidade na Política de Saúde Mental

Esta etapa do estudo refere-se a como os documentos que influenciam a política de saúde mental, em âmbito nacional, estadual e municipal, preconizam a integralidade na constituição da política de Saúde Mental.

A I Conferência Brasileira de Saúde Mental (CNSM), realizada em junho de 1987, reflete muito o momento político e social daquela época. No ano anterior ao desta conferência foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que foi um marco na constituição de um novo sistema de saúde que pudesse atender toda a população e apresentar respostas satisfatórias aos problemas apresentados pelos indivíduos, e também atuar na perspectiva de diminuir as iniquidades sociais, ofertando uma assistência a saúde de qualidade a qualquer brasileiro. Esse momento representa a concretização de uma nova perspectiva para a saúde, sendo esta vista como um direito social básico de toda a população.

A I CNSM seguiu essa linha de discussão presente na sociedade naquele momento, mas também em um movimento próprio, realizou uma reavaliação das práticas observadas nos hospitais psiquiátricos e quis garantir uma humanização do cuidado, trazendo o usuário ao patamar de cidadão, dando visibilidade ao sujeito que estava imerso na figura do doente. A característica dessa Conferência é a ampliação na forma de enxergar o indivíduo que sofre com transtornos mentais, inserindo-o dentro de uma perspectiva social, que na maioria das vezes é responsável pela manutenção de seu adoecimento. Proporcionar aos sujeitos que apresentam sofrimento psíquico direitos básicos passa a ser fundamental no momento de se pensar o cuidado oferecido a essas pessoas.

Situando a Saúde Mental no bojo da luta de classes, podemos afirmar que o seu papel tem consistido na classificação e exclusão dos "incapacitados"

para a produção e, portanto, para o convívio social em uma sociedade organizada segundo os princípios do modo de produção capitalista (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1987, p. 12).

A integralidade, na perspectiva que é avaliada no presente estudo, não é citada com essa denominação nesse documento, porém, ao ter como meta combater a delimitação da visão do indivíduo como exclusivamente vinculada a perspectiva psiquiátrica, e ao modo de produção capitalista, pode-se observar que uma visão integral do sujeito é defendida.

O acolhimento à situação de crise ainda é vinculado ao espaço do hospital, porém os leitos devem ser instituídos em hospitais gerais e não mais em hospitais psiquiátricos, que segundo o documento, devem ser extintos.

Em todos os distritos sanitários onde se verifique demanda significativa, as emergências de hospitais gerais públicos devem ter um programa especial para as emergências psiquiátricas, considerando aquelas como porta de entrada exclusiva e extinguindo as emergências em hospitais psiquiátricos (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1987, p. 19).

A reabilitação psicossocial por sua vez, é desenhada com a designação de dispositivos que possibilitem ao sujeito a inclusão nos espaços sociais, sendo a comunidade apontada como importante nesse processo. Os seguintes trechos do texto mostram essa concepção: “Promoção da saúde mental através de integração das ações específicas com outros programas assistenciais de saúde, organizações e movimentos comunitários e outras instituições da sociedade civil” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1987, p. 19); “O Estado deve buscar formas de reconhecer os espaços não profissionais, criados pelas organizações comunitárias, como espaços promocionais de saúde mental” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1987, p. 21).

A Declaração de Caracas, apesar de não possuir valor legal, foi utilizada para guiar práticas e estabelecer alguns preceitos da assistência em saúde mental. Tinha como principal foco a reestruturação da assistência psiquiátrica, saindo de um modelo pautado no internamento no hospital psiquiátrico para um modelo de base comunitária, isto é, inserido nas redes sócio comunitárias. Portanto, o grupo de países que assinou este documento reconheceu a incapacidade do hospital psiquiátrico em atender a demanda de saúde mental e delegou a atenção básica o lugar de principal estratégia de cuidado em saúde mental.

Apesar de toda a preocupação com a mudança de modelo de cuidado,

baseado numa lógica comunitária, não há uma menção clara sobre os instrumentos sobre os quais se dariam as mudanças na atuação para atender os objetivos preconizados, não há menção ao papel da família e ao aspecto da vida laboral do sujeito, características fundamentais para uma abordagem que visa a integralidade do cuidado. Percebe-se então uma mudança de olhar, a necessidade do aspecto comunitário, porém, a dimensão de reabilitação psicossocial não é totalmente contemplada.

Já a II CNSM foi realizada em 1992, posteriormente a constituição do SUS, que se deu em 1990. O discurso relacionado ao aspecto social ainda permanece muito presente, porém nesse momento, uma atenção maior é dada a construção de uma rede em Saúde Mental.

A integralidade surge no documento como forma de reorientação do modelo assistencial, sendo proposto um novo olhar de entendimento sobre o sujeito, de modo amplo e não fragmentado. Para isso é necessária uma maior preocupação com a formação dos profissionais, para que estes possam praticar esse novo fazer, pautado em uma perspectiva integral do sujeito:

A mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico; (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1992, p. 6).

A vida exige uma abordagem abrangente no campo da Saúde Mental, capaz de romper com a usual e ainda hegemônica concepção compartimentalizada do sujeito com as dissociações mente/corpo, trabalho/prazer, tão frequentes na abordagem dos serviços de saúde. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1992, p. 6).

Deve ser dada prioridade às ações que estimulem a desinstitucionalização do trabalhador de saúde mental, desconstruindo seus manicômios mentais, libertando-o de esquemas e de estruturas que o impedem de pensar e agir de modo mais humano pela promoção da saúde mental e necessária emancipação do campo terapêutico (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1992, p. 8).

A II CNSM também propõe a substituição do tratamento em hospitais por uma rede de serviços de base territorial e integral, levando em consideração as diversas necessidades que o sujeito pode apresentar

A rede de atenção deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a

integridade do cidadão (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1992, p. 7).

Ao longo dos anos, as diversas regiões brasileiras foram instituindo experiências práticas em saúde mental, com a construção de novos dispositivos e também a instituição de leis estaduais, aonde eram postos princípios que deveriam ser seguidos na prestação da assistência em saúde mental. Em Pernambuco, isso se deu através da lei 11.064/1994, que dispôs sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral à saúde mental, e também regulamentou a internação psiquiátrica involuntária.

A Lei nº 11.064/1994 estipulou como deveriam ser ofertados os serviços de saúde mental, com ênfase na garantia de um tratamento humanizado nos hospitais psiquiátricos, e institui o fechamento progressivo destes, bem como a instituição de serviços em saúde mental, pautados em uma lógica comunitária. Os serviços especializados, tidos como fundamentais para esse processo foram o hospital dia, e hospital noite, não havendo menção, neste documento, aos CAPS (PERNAMBUCO, 1994).

Há uma defesa da noção de integralidade em relação ao acesso dos usuários a todos os níveis de atenção. Ao longo do documento são mencionadas ações e serviços que devem compor a rede de assistência que denotam essa preocupação com o olhar humanizado do sujeito, saindo de uma perspectiva puramente patológica, para enxergar outras necessidades desse indivíduo, porém ainda delimitando um olhar sobre o sujeito doente, e não sobre o cidadão que precisa de instrumentos para uma reinserção social como sujeito de direitos.

Art. 5o Os recursos psiquiátricos definidos no artigo anterior serão aplicados à população segundo critérios e normas definidos no Plano Estadual de Saúde Mental:

[...]

V – centro de convivência, atelier terapêutico ou oficina protegida, os serviços que dispõem de espaço terapêutico para convivência e recreação de pacientes com transtornos mentais com o objetivo de ressocialização; (PERNAMBUCO, 1994).

Em âmbito nacional, a lei que é considerada o marco legal da política de atenção à Saúde Mental foi promulgada em 2001, a Lei 10.216 nasceu de um projeto de lei que foi apresentado em 1990, e que, ao longo dos anos, sofreu

diversas modificações, para finalmente em 2001 ser aprovada.

A Lei nº 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. E tem como foco a humanização do funcionamento dos hospitais psiquiátricos, visando a substituição progressiva destes por uma rede de saúde mental. Pouco é falado sobre a assistência em si, e a lei serve mais ao objetivo de ratificar a importância da troca do modelo hospitalocêntrico, evitando situações de desrespeito aos direitos dos internos nos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2001).

Apesar do foco maior deste documento ser em como os hospitais psiquiátricos devem funcionar, há uma importante definição de como a rede substitutiva em saúde mental deve prestar assistência, pautada numa perspectiva integral de cuidado, englobando os diversos aspectos relacionados a vida do sujeito, preconizando assim uma assistência que vise a reabilitação psicossocial:

Art. 2º: Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

[...]

II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; (BRASIL, 2001).

O texto da lei também cita a importância dada a questão da inserção social dos sujeitos com histórico de longa permanência em hospitais psiquiátricos, estabelecendo como prioridade o entendimento de que para esse indivíduo é necessário a inserção social como forma de cuidado

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário (BRASIL, 2001).

A Lei 10.216/2001 veio ratificar a importância da reabilitação psicossocial como nova estratégia para um cuidado amplo e que atendesse a demanda dos usuários dos serviços de saúde mental, porém não se deteve em especificar como se daria a atenção ao usuário em crise, quais os dispositivos necessários para atender as diversas necessidades dos usuários. Ações intersetoriais, fundamentais

para o estabelecimento dessa rede de saúde mental, também não foram mencionadas no citado documento (BRASIL, 2001).

Entre a II e a III CNSM há um hiato de 10 anos. Nesse período diversas experiências surgiram, as cidades passaram a construir suas redes de serviço em saúde mental, e marcos legais, estaduais e nacionais, foram instituídos.

A partir da III CNSM a discussão tornou-se mais ampla, e diversos atores passam a fazer parte efetivamente da construção dessa nova rede de saúde mental. Os documentos das conferências, que antes tinham um aspecto mais generalista, passam a ser mais detalhados, exemplo disso é a diferença de extensão entre os documentos, os das duas primeiras conferências tinham cerca de 30 páginas, a partir da III CNSM, os documentos passam a ter mais de 200 páginas, exemplificando o fato de que o objetivo dos envolvidos nesses encontros possam discutir o mais pormenorizadamente possível as práticas que irão permitir a instauração de uma rede de serviços em saúde mental, que de fato possa cuidar do usuário, nos diversos aspectos que o envolvem.

A integralidade é a condição que deve ser garantida para que esse cuidado possa ser posto em prática, garantindo um modelo assistencial ampliado e resolutivo para as necessidades apresentadas pelos indivíduos “A reorientação do modelo assistencial deve estar pautada em uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002, p. 23).

Há uma marcada ratificação da atenção básica como fundamental para o processo de atendimento a demanda de saúde mental, colocando a Estratégia Saúde da Família como integrante chave da política de saúde mental, aonde deverá ser implementada uma formação dirigida aos profissionais para que estes possam oferecer um cuidado que vá muito além do que a identificação de patologias “Com este objetivo, e atendendo ao princípio da integralidade, necessário incluir a atenção aos portadores de sofrimento psíquico nas ações básicas de saúde e, também, incorporar as ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002, p.48).

Importante notar que uma das ações preconizadas no documento da III CNSM está o entendimento do CAPS 24 horas como local preferencial de cuidado aos usuários em situação de crise, com pleno potencial de substituição as

internações em hospitais psiquiátricos.

Garantir, respeitando as possibilidades e especificidades de cada município, a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, inseridos na rede de serviços, que assegurem o atendimento das urgências em saúde mental sem recurso ao hospital psiquiátrico, mediante funcionamento 24hs nos CAPS, NAPS, CERSAMs ou utilização de leitos em hospital geral ou internação em hospital geral (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002, p.42).

Outro item colocado como fundamental na abordagem a situação de crise é o desenvolvimento da prática de um cuidado domiciliar, junto à família. A família entra como um fator potencial a ser trabalhado, tanto em situações de cuidado direto nos momentos de crise, como no processo de reabilitação psicossocial, sendo o suporte a esta família entendido como uma das prioridades dentro desse processo de abordagem integral.

O processo de substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por outras formas de assistência exige a potencialização do papel dos familiares nos cuidados dos portadores de transtornos mentais. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002, p. 37).

De modo geral, a reabilitação psicossocial é descrita como um conjunto de práticas que tem o objetivo de fazer com que os dispositivos de saúde intermediem as relações entre aqueles que apresentam dificuldades de inclusão e o meio social:

Garantir que o processo de reabilitação psicossocial contemple ações destinadas à clientela com níveis de autonomia e contratualidade reduzidos. Os dispositivos de saúde devem realizar a intermediação desta clientela com o social e devem primar pela diversidade de atores, inscrevendo-se no âmbito da cidade. As atividades realizadas por estes dispositivos devem ser estruturadas e desenvolvidas na dimensão do cotidiano pessoal e social (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002, p. 37).

Fomentar a implantação e implementação de programas de reabilitação e ressocialização do portador de transtornos mentais, priorizando a criação de lares abrigados, oficinas de trabalho e centros de convivência para a clientela institucionalizada ou não (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002, p. 43).

Já a Portaria Ministerial nº 336/2002, do Ministério da Saúde, é o documento que versa sobre como devem funcionar os Centros de Atenção Psicossocial. Este texto é do ano de 2002, época onde a maioria dos municípios brasileiros já tinham instituído o CAPS como ordenador da Política de Atenção à Saúde Mental (BRASIL, 2002).

O termo integralidade em si não se encontra presente nesta portaria, porém

os princípios preconizados para uma assistência substitutiva ao modelo hospitalocêntrico possibilitam a ampliação do olhar sobre o indivíduo. O atendimento à crise é visto como responsabilidade do CAPS 24 horas, com leitos próprios para esse tipo de acolhimento, bem como são mencionadas atividades desenvolvidas, primordialmente no território.

Em relação a reabilitação psicossocial o documento traz a necessidade do cuidado ser realizado junto a família, e uma integração social e comunitária, porém desconsidera a questão da vida laboral do sujeito como estratégia para reinserção social, devem ser realizadas “Atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social” (BRASIL, 2002, p. 3).

Também foi analisado o relatório da I Conferência Municipal de Saúde Mental (CMSN) de Recife. Esta aconteceu em 2010, como parte integrante do processo de discussão que vinha sendo levantando nacionalmente, e como prévia para a discussão nacional que culminaria com a realização da IV CNSM.

O documento municipal tem a característica de ser primordialmente voltado para as ações que garantam a política municipal de saúde mental, tanto na perspectiva da gestão, como das ações dos profissionais de saúde. Ao longo do documento, é pontuada a necessidade de um comprometimento profissional com a clínica ampliada, ou seja, com um entendimento integral do sujeito, que irá guiar a elaboração do Projeto Terapêutico Singular de cada pessoa.

Isto significa que a aplicação e o foco das intervenções em saúde coletiva buscarão através do espaço social concreto e histórico da vida do sujeito no território, à construção do cuidado em saúde que seja capaz de levar em conta a complexidade da dimensão de um sujeito singular (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL, 2010, p. 8).

Do mesmo modo, é fundamental realizar uma revisão e mudanças na prática clínica dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, bem como nas intervenções em saúde mental e álcool e outras drogas no território e ambulatório, na perspectiva de uma clínica ampliada, de base territorial e com priorização dos projetos terapêuticos singulares (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL, 2010, p. 9).

Apesar dessa preocupação em estabelecer as linhas gerais de como deve ser o olhar sobre o sujeito, não é dada muita atenção aos aspectos da participação familiar, e da vida profissional do sujeito, e como garantir que esses aspectos sejam trabalhados, de acordo com a necessidade de cada caso, dentro do esquema de cuidado ao usuário.

O relatório da CMSM traz algumas medidas fundamentais para estruturar o cuidado para além das questões de acolhimento a questão patológica, medidas como “Implantação de Centros de Convivência em todos os DS, garantindo a inclusão social e a geração de emprego e renda, envolvendo a iniciativa pública e privada, articulando com ações intersetoriais” (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL, 2010, p. 14) e “Garantir a implantação de centros de convivência, como também o fortalecimento da atenção básica no acompanhamento dos usuários nos seus territórios” (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL, 2010, p. 19), demonstram essa preocupação em expandir o escopo do cuidado oferecido na rede de atenção à saúde mental.

A ampliação do olhar sobre as necessidades dos usuários implica em ofertar ações que possam auxiliar no processo de reabilitação psicossocial:

Garantir, ampliar e fortalecer a oferta de oficinas terapêuticas (teatro, música, artesanato, dança, artes plásticas, etc.), com profissionais qualificados, na programação terapêutica de todos os CAPS AD, CAPS transtorno, CAPS i e albergues terapêuticos (casa do meio do caminho), oferecendo capacitação para criação de produtos artesanais, que desenvolvam habilidades e evoluam para atividades profissionais, além de favorecer a inserção dos usuários em feiras livres, artesanais e bazares (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL, 2010, p. 15).

A IV CNSM aconteceu oito anos depois da última conferência e, nove anos após a promulgação da Lei 10.216. Nesse período o modelo de atenção a saúde mental focado em uma perspectiva substitutiva ao modelo hospitalocêntrico ganhou força e reconhecimento, porém foram observadas algumas lacunas na assistência, principalmente em relação aos aspectos para além do setor saúde, por isso a intersetorialidade ganhou um papel de destaque nesse evento.

Importante frisar também que dos relatórios das CNSM é este que mais faz menção ao termo integralidade, focando principalmente na concepção de um cuidado integral, que possa oferecer ao sujeito, uma produção de qualidade de vida, para além das questões sintomatológicas da doença, e que leve em consideração o entendimento ampliado do sujeito na elaboração de um projeto terapêutico singular condizente com as necessidades apresentadas.

Para tanto, necessário adotar um modelo de saúde humanizado que considere o cuidado integral e a ativa participação de todos, principalmente a dos próprios usuários, na elaboração e condução dos seus projetos terapêuticos, fortalecendo o protagonismo social, no sentido de desenvolver autonomia e autodeterminação. Dessa forma, exige, também, garantir e promover a inserção e a participação das Famílias na construção dos

projetos terapêuticos dos usuários da rede de saúde mental (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2010, p. 63).

Aprofundar as discussões de casos clínicos, considerando o sujeito de forma integral, e buscando promover maior interdisciplinaridade, ou seja, integração entre o conjunto de diversos saberes profissionais (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2010, p. 65).

Criar oportunidades para a realização de cuidado integral, por equipes capacitadas no cotidiano dos serviços da rede intersetorial, para atender, também, usuários de drogas, profissionais do sexo, pessoas em situação de rua e outros cidadãos marginalizados, observando as propostas oriundas da reforma Psiquiátrica, evitando práticas manicomiais nos serviços, e incluindo o usuário no projeto terapêutico (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2010, p. 66).

O acolhimento ao usuário em situação de crise é colocado como passível de ser realizado em diversos serviços, porém institui o CAPS III, ou seja, aquele de funcionamento 24 horas, como dispositivo fundamental para essa abordagem, nos municípios nos quais estes existirem.

Para isso é imprescindível garantir e ampliar a atenção 24 horas às situações de crise em saúde mental, assegurando o atendimento às emergências psiquiátricas em unidades gerais 24 horas, em Prontos Socorros Geral/Pronto Atendimento, em hospitais gerais, e em CAPS III (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2010, p. 74).

Garantir, em todo território nacional, a implantação imediata de CAPS III conforme a legislação vigente, dando ênfase à importância desse dispositivo na atenção à crise na rede substitutiva de saúde mental, dispensando o recurso ao hospital psiquiátrico (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2010, p. 75).

É ratificada, nesse documento, a importância dos programas instituídos para proporcionar a reabilitação psicossocial, principalmente as residências terapêuticas, o programa de volta para casa, e os centros de reabilitação psicossocial. As oficinas terapêuticas também são instituídas como fundamentais nesse processo. E a participação dos usuários de saúde mental e de seus familiares no processo de formulação, planejamento e fiscalização da política surge como uma característica importante para a construção dessa rede substitutiva, ao mesmo tempo que atua como forma de implicar o sujeito em outros âmbitos de sua vida.

Em primeiro lugar, isso requer garantir e estimular em todo o país a participação dos usuários, familiares e sociedade civil na formulação, planejamento e fiscalização das políticas sociais e das políticas de formação dos profissionais intersetoriais, em co-gestão com os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde e saúde mental. De modo especial, exige fomentar o protagonismo dos usuários, cuidadores e familiares nas instâncias de controle social, na política local, estadual e nacional da saúde mental do SUS. Isso implica particularmente no fortalecimento dos

Conselhos Municipais de Saúde, na implantação dos Fóruns Permanentes ou Comissões de Saúde Mental em todos os conselhos municipais e estaduais, bem como a implantação de Conselhos Locais de Saúde, e de Conselhos Gestores nos CAPS e nos demais serviços de saúde mental, respeitando a paridade entre os segmentos envolvidos (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2010, p.141).

Por fim foi analisada a Portaria Ministerial 3.088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esse documento tem o objetivo de detalhar como a rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico deve ser composta.

A integralidade surge durante o texto como algo a ser garantido para uma assistência resolutiva e é trazida, logo no início do texto, que deve ser instituída como diretriz que orienta o estabelecimento da RAPS

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

[...]

IV - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar (BRASIL, p.2, 2011).

A atenção ao usuário em crise é entendida como responsabilidade do CAPS (BRASIL, 2011, p. 71):

Os Centros de Atenção Psicossocial realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

A portaria ressalta a importância da questão da reabilitação psicossocial dentro dessa rede, como um dos objetivos principais, quando coloca que é necessário “Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária” (BRASIL, 2011, p.3).

5.1.1 Discutindo integralidade nos documentos

Desde a primeira CNSM, realizada em 1987 há uma forte influência do

momento de abertura política observado no Brasil à época. Percebe-se uma grande importância dada ao resgate da condição do sujeito que apresenta sofrimento psíquico, e o entendimento deste como um cidadão possuidor de direitos, e portanto, um indivíduo que deve estar inserido na sociedade. É por volta dessa época que a luta pela transformação da assistência psiquiátrica vincula-se com as questões políticas que estavam ganhando força na agenda da sociedade (DEVERA; COSTA, 2007).

Essa conferência foi o primeiro momento de discussão nacional coletiva sobre os pressupostos orientadores dessa nova prática substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, e apesar de ter preconizado uma política nacional bem definida, com ênfase na ampliação do olhar sobre o sujeito, não foi suficiente para que esta política fosse, de fato, posta em prática de forma intensiva. As ações provenientes que foram compartilhadas nesse espaço evidenciaram a possibilidade da instituição de um modelo baseado em práticas substitutivas de cunho integral.

A II CNSM, realizada após o período de institucionalização do SUS, continuou a ressaltar a importância do entendimento do usuário de serviços de saúde mental como cidadão, e ampliou um pouco a perspectiva de organização da rede. Devera; Costa (2007, p. 71) ao falarem sobre esta conferência nos traz que

Os conceitos de Atenção Integral e Cidadania foram direcionadores das deliberações da II Conferência, referentes aos temas centrais: Modelo de Atenção e Direitos de Cidadania. Com respeito ao modelo assistencial, enfatiza-se a necessidade do cumprimento da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8142/90) e a efetivação da municipalização da saúde, garantindo assistência integral e substituindo o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços diversificados e qualificados.

No que diz respeito a integralidade já começam a surgir a importância de ampliar o entendimento do cuidado, incluindo os familiares, e a comunidade no processo de cuidado, bem como instituindo medidas que pudessem dar conta de outras questões relacionadas ao adoecimento do sujeito, principalmente as questões sociais e ao aspecto da vida laboral dos indivíduos.

Porém, vale salientar que uma assistência que englobasse as questões relacionadas ao momento da crise e a reabilitação psicossocial, ou seja, o atendimento dessa demanda complexa, com ênfase nas três áreas relacionadas aos aspectos da vida do sujeito: família, sociedade e trabalho, só passou a ser amplamente abordada a partir da III Conferência de Saúde Mental.

Essas ideias aparecem muito mais fortemente nos documentos das

conferências de saúde mental, principalmente a partir da III CNSM, por serem documentos muito mais discursivos, frutos de um processo intenso de discussão, a evolução de um olhar voltado para a integralidade é muito mais perceptível do que nos documentos oficiais.

A III CNSM se deu em 2002, e foi constituída pelo debate de como seria o estabelecimento da rede em saúde mental, visto que no ano anterior tinha sido aprovada a Lei 10.216/2001 que institui, em linhas bem gerais, como deveria ser dar a assistência, na verdade, pautou-se mais na figura do Hospital Psiquiátrico, e do que não seria mais permitido nesse ambiente. Diante disso era fundamental aprofundar as discussões do modo de funcionamento da assistência do modelo substitutivo em si.

O entendimento da importância de trabalhar aspectos relacionados a questão social, a vida do sujeito para além do adoecimento, passa a ser tema central nas discussões que envolvem como deve se dar a assistência nessa rede de atenção psicossocial. Especificamente em relação ao papel do CAPS, fica evidente a necessidade de se pensar e construir um cuidado que não se limite ao espaço físico do serviço, o cuidado precisa basear-se em como será a vida do sujeito do lado de fora, na sociedade, entre os seus pares. Um tratamento que somente englobe questões intramuros do CAPS não possibilitará que o indivíduo possa ser socialmente incluído, e dessa forma não atende ao princípio da integralidade.

A IV CNSM foi realizada em 2011, e pautou-se pela constituição de uma rede intersetorial, percebendo assim que a busca pela integralidade, em seus diversos âmbitos, só seria possível se for ampliado o escopo de atuação, não se delimitando apenas ao setor saúde, visto que, reabilitação psicossocial se dá nas diversas esferas de vida do sujeito.

Os espaços das Conferências de Saúde Mental têm mostrado a sua relevante importância para os avanços da Reforma Psiquiátrica. As modificações propostas pelos atores que participam desses momentos visam principalmente adentrar no ideário social, o que por sua vez, acaba por transformar o modo como se vê e como se cuida. Mas é importante que essas construções coletivas possam ser incorporadas como estratégias norteadoras do cuidado.

Dos documentos oficiais muitos também não abordam essas questões de modo que possa abarcar todos os âmbitos a serem trabalhados em relação a integralidade. Tanto a Lei pernambucana 11.064/1994, como a Lei nacional 10.216/2001, são claras em relação a mudança do cuidado centrado no hospital

psiquiátrico, porém não detalham de modo amplo como seria essa nova forma de cuidado, deixando para os documentos posteriores, portarias ministeriais, a responsabilidade de pormenorizar a instituição de uma rede de cuidados voltadas para o usuário em sofrimento psíquico.

Isso fica bastante claro quando se analisa o texto da Lei 10.216/2001, a lei de saúde mental, aonde o principal foco foi uma adaptação das exigências defendidas pelo movimento da RPB. O texto demonstra uma maior ênfase na prestação de uma atenção humanizada nos hospitais psiquiátricos do que na instituição pormenorizada de uma rede substitutiva. A integralidade ainda não se institui de forma central nas medidas que devem ser seguidas, e nem medidas que pudessem concretizar essa perspectiva no cuidado ao sujeito.

A Lei 10.216 possui um olhar voltado para a mudança de assistência hospitalar, mesmo que pregue a substituição progressiva dos hospitais, não delimita um tempo para isso, e fala muito mais de como se deve dar a prática nesses ambientes, com uma atenção mais humanizada, garantindo direitos básicos de melhoria de tratamento aos usuários desses serviços. A constituição da rede em si, ou como a assistência nessa rede deve ser prestada, é citada, porém não é detalhada.

Isso pode ser explicado pela dificuldade que foi aprovar essa lei, por conta da pressão de setores ligados a assistência psiquiátrica hospitalar. Desde seu projeto inicial, em 1989, até a aprovação em 2001, foram realizadas várias modificações, o resultado disso foi uma lei superficial no que diz respeito a como proporcionar a integralidade para que o cuidado pudesse seguir uma outra lógica, baseada nas necessidades reais dos indivíduos.

Cada vez mais fica claro o fundamental papel da intersetorialidade para ampliação da garantia de direitos para os usuários dos serviços de saúde mental, pactuações com os diversos setores da sociedade são fundamentais para que se possa ampliar o escopo da atuação, e proporcionar medidas para além do aspecto estrito de saúde, pois numa perspectiva integral de entendimento do sujeito, serão considerados todos os aspectos presentes na história do indivíduo que o levaram ao adoecimento, e isso inclui, principalmente, aspectos sociais e familiares.

É importante perceber que apesar da Portaria 336/2002 vir com o intuito de instituir o CAPS como peça fundamental dessa rede substitutiva em saúde mental, e principalmente colocar o CAPS III como um dispositivo de acolhimento da crise, há uma descrição dos CAPS I e II como sendo espécies de centros comunitários de

Saúde Mental, numa percepção de uma função intermediária, ainda resguardando um lugar para o hospital psiquiátrico dentro dessa rede em Saúde Mental, o que vai de encontro ao defendido pela Reforma Psiquiátrica, que prega a extinção dos hospitais (DEVERA; COSTA, 2007).

Numa tentativa de sanar essa lacuna, foi publicada em 2011 a portaria ministerial que teve o objetivo de instituir a rede em saúde mental, e os diversos dispositivos que constituiriam essa rede. A Portaria Ministerial 3.088/2011 tem um amplo escopo de atuação e engloba desde a atenção ao usuário em crise, até as estratégias de reabilitação psicossocial, como as questões de moradia, a vida em comunidade, aspectos relacionados a vida laboral do sujeito, e espaços de convivência social, possibilitando assim, um cuidado de cunho integral.

O que pode-se afirmar através dos documentos selecionados para o entendimento de que modo a integralidade está inserida na Política de Saúde Mental é que, a constituição de uma rede diversificada, composta por diversos atores, para além do setor saúde, instituídos por parcerias intersetoriais e focada, principalmente na questão das diversas necessidades dos sujeitos, é condição *sine qua non* para que a reforma psiquiátrica possa continuar. Apesar dos documentos oficiais terem demorado para definir e detalhar melhor como essa integralidade deve ser incorporada as práticas dos profissionais de saúde, e instituídas em rede de atenção psicossocial, só sendo amplamente abordado na portaria ministerial 3.088/2011, o controle social, através das conferências de saúde mental, sempre preconizaram a ampliação do olhar sobre o sujeito em sofrimento,

Se antes o modelo de assistência tinha um viés mais humanizador, no sentido de prestar uma assistência que pudesse não fazer mal ao sujeito, modificando assim o tratamento cruel e desumano oferecido pelos hospitais psiquiátricos, a pauta é, cada vez mais, que o olhar integral sobre o sujeito, o reconhecimento desse indivíduo de maneira holística, levando em consideração as nuances envolvidas em seu processo de constituição e de adoecimento guie o cuidado ofertado, e possa resgatar a potência de vida dessa pessoa.

5.2 Conceitualização da Integralidade

Essa etapa refere-se a como as profissionais entendem e conceitualizam aspectos relacionados à integralidade, no que diz respeito a como é visto o

momento de crise dos usuários, como é definida a integralidade, e como a reabilitação psicossocial pode ser caracterizada, bem como a importância desses dois últimos conceitos para a prática profissional no CAPS.

Percebe-se no discurso da maioria dos entrevistados que é considerada a necessidade de perceber e entender o usuário numa perspectiva mais global: o sujeito visto como um todo, composto pelos diferentes contextos que fazem parte da sua vida, e todas as questões referentes à esta, como família e trabalho, e que influenciam diretamente na condição de saúde deste indivíduo. Essa visão do sujeito não deve se delimitar ao diagnóstico, e traz esse adoecimento influenciado e influenciando outros âmbitos da vida do sujeito.

[...] e a gente também não tem que esquecer que os indivíduos eles também têm família, e a família também adocece, e a família também é responsável pela saúde dele (E1).

[...] aqui a gente trabalha o sujeito enquanto sujeito, não, como uma portadora de uma doença mental, apenas, a gente trabalha um sujeito que está passando por um sofrimento psíquico, e que houve esse corte na vida dele, mas a perspectiva da gente é a saúde e não a doença, a inserção, não a exclusão, então a gente tem que olhar para além disso, lógico que a gente tem que cuidar da doença, especificamente, mas as intervenções, o diálogo, a forma de olhar para esse indivíduo enquanto sujeito, e apesar de estar passando por um momento de fragilidade e vulnerabilidade, inclusive de fazê-lo protagonista da sua história, isso é o mais importante (E4).

A gente tenta não ver só o CID, a gente nem usa muito o CID, a gente não quer tratar daquele jeito, como esquizofrênico, como isso, como muita gente é atendido por aí né? É bipolar, é toc, é esquizofrênico, por aí. A gente tenta ver de uma maneira integral, que tem muitas questões (E6).

A integralidade é entendida como um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios (MACHADO et al., 2007).

Pinheiro (2009) destaca duas dimensões da integralidade, a primeira relaciona-se com o movimento da medicina integral, que em sua essência via a integralidade como sendo o cuidar da pessoa como um todo e criticava o fato de trabalhadores da saúde adotarem diante de seus pacientes uma atitude fragmentada – prática resultante da formação médica através de um currículo que privilegiava os laboratórios e hospitais como principal espaço de aprendizagem. A outra dimensão ou sentido da integralidade relaciona-se como o modo de organizar os serviços e as práticas de saúde. Os serviços deveriam se organizar de tal forma que permita as diferentes necessidades de uma pessoa sejam atendidas de forma

integral.

Entender esse sujeito de forma ampla possibilita que a intervenção junto a ele seja também constituída de diferentes perspectivas, pois a integralidade visa a totalidade, onde as partes sempre serão constituintes de um todo, e nenhuma dessas partes isoladamente representa o todo (CAPRA, 2006).

Percebe-se então que os profissionais entrevistados conseguem ter um entendimento da necessidade de olhar o sujeito de modo diferente, não apenas aquele indivíduo que necessita de um acolhimento aos seus sintomas psiquiátricos, mas que precisa ser acolhido em seu sofrimento e no que isso significa para a sua existência.

Ao ser citada a questão da integralidade muitos entrevistados trouxeram distintas perspectivas relacionadas ao termo, além da visão sobre o sujeito multifacetado, a questão da rede de saúde e seus diferentes níveis trabalhando em interlocução.

[...] quando a gente vai pensar a integralidade dentro da saúde, aí a gente sabe que precisa consolidar mais a nossa rede de saúde mental, então há essa dificuldade com outros serviços (E2).

Integralidade é aquilo que a gente mais busca né? A gente poder tá articulado com todos os outros serviços, e puder dar essa assistência horizontal, necessária ao usuário, só que a gente vive um momento difícil da política de saúde em Recife (E4).

[...] falando em termos de aparelho de saúde, é você poder contar com uma rede estruturada pras demandas desse usuário, porque o usuário de saúde mental ele não é só um usuário de saúde mental, ele vai precisar da atenção básica, ele vai precisar da média como ele está utilizando, e por ventura, vai precisar da alta complexidade (E5).

O princípio da Integralidade, entendida nesse contexto, como acesso a todos os recursos assistenciais que o usuário necessita, apresenta-se como um dos principais desafios do SUS. O conceito da integralidade rapidamente reporta a integração de serviços de saúde por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e das organizações, considerando que nenhuma delas dispõe da totalidade de recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ; CONTRADIOPOULOS, 2001).

Para Pinheiro (2009) a integralidade é uma ação resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos da atenção à saúde, nos quais os aspectos subjetivos e objetivos devem ser considerados.

Foram citadas diversas dificuldades na interlocução com o próprio sistema de

saúde, como a falta de espaços para a discussão com os outros setores do cuidado, e a impossibilidade da realização do matriciamento – estratégia utilizada para troca de conhecimento, e resolução dos casos junto à Atenção Básica; por questões operacionais os acabam por priorizar as demandas internas ao serviço. Essas falas mostram a importância da compreensão de que não se oferece o devido cuidado em saúde mental apenas com o CAPS. E que este se apresenta como um dos serviços centrais da RAPS, porém a integralidade na oferta de cuidado só se dará quando for possível atuações conjuntas com outros pontos da rede de saúde.

Outra fala muito presente em grande parte das entrevistas foi o entendimento de que a visão de um sujeito integral, isto é, composto por distintos aspectos e interesses, envolve a busca por outros setores para além da saúde, e a necessidade de interlocução com estes para poder se oferecer um cuidado que seja de fato integral. Um atendimento integral pressupõe que as diferentes necessidades do sujeito possam ser abarcadas, e estas vão além da atuação do setor da saúde.

[...] nosso sujeito não é uma pessoa com transtorno, ele é um indivíduo que em sua integralidade é pai, é mãe, é profissional, é homem, é mulher, é negro ou não, quem é ele em sua integralidade, pra eu poder entender sua doença e sua integralidade também, e poder ter um serviço para atender em sua integralidade, então eu acho que integralidade tem a ver com isso, e precisa ta articulado com intersetorialidade (E7).

É ver o indivíduo, e buscar diferentes serviços que ofereçam diferentes tipos de ações que vai estar atendendo as diferentes necessidades daquele sujeito (E8).

Nesse contexto, um dos aspectos que apresentam mais fragilidade é a construção de uma rede de serviços substitutivos integrada entre si e com outros equipamentos sociais presentes nas comunidades, e isto é imprescindível para o avanço da reforma. Vale salientar que essa construção precisa ser pensada e discutida tanto pela gestão, como pelos trabalhadores em saúde mental.

Ainda não se dispõe de uma rede ágil, flexível, resolutiva, onde a circulação dos usuários é facilitada e estes são acolhido em suas diferentes demandas. Pode-se perceber muito mais a existência de serviços isolados, que não se comunicam, fechados em suas rotinas, como é o caso do CAPS (DIMENSTEIN, 2009).

A visão integral do sujeito produz outro tipo de necessidade, esta por sua vez, relacionada ao trabalho interno, no serviço, um trabalho que deve ser pautado na interdisciplinaridade, nas diferentes esferas de conhecimento se debruçando sobre esse sujeito.

[...] outra coisa é a gente ver o serviço em integralidade, então a gente tem uma equipe multiprofissional, que precisa evoluir para ser uma equipe multidisciplinar, e nesse sentido ofertar uma assistência integral, e a gente tem também um serviço dentro de uma rede do distrito, que precisa funcionar também, de modo integralizado (E7).

[...] ai realmente você trabalha com a integralidade do sujeito, vendo a subjetividade dele, são outros saberes, são ações voltadas, são ações de vários profissionais voltadas para um único sujeito (E2).

O CAPS trabalha com essa visão do sujeito integral, busca isso. Você tem serviço social, uma psicóloga, médico, enfermagem, T.O., dependendo da demanda, o que aquele sujeito mais precisa no projeto a gente vai ver o lado social, não ver só clínico (E10).

A dimensão de trabalho em equipe fundamentada na interdisciplinaridade, rompendo a fragmentação dos saberes e a hierarquização das relações se mostra essencial para a prática pautada nos pressupostos da integralidade preconizados pela Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). No âmbito da clínica na atenção psicossocial, observa-se a construção de uma clínica do coletivo, sem prejuízo das ações de caráter individual. No intuito de respeitar a singularidade dos sujeitos e de atender às suas necessidades, as equipes têm implantado uma lógica de organização do trabalho a partir do acolhimento, da construção de PTS com a definição de TR e discussão em equipe dos casos clínicos (PINTO et al., 2011)

Outra questão investigada relacionada à integralidade é como é percebida, pelos profissionais, o processo de crise pela qual o usuário passa e que o leva a ser acolhido no serviço.

[...] a gente quando fala crise, crise é alguma coisa que ta tirando o sujeito do parâmetro que ele vem, o normal dele tradicional, o que sai daquele normal e ta prejudicando a vida, no sentido de trabalho, de estudo, e os funcionamentos psíquicos sociais também, dificultando a vida social, as vezes o isolamento, ta entendendo, é uma forma de crise (E10).

Diz de uma mudança no caminhar, algo interpelou esse indivíduo, ta interpellando essas relações aqui que ta chamando a atenção, que pode ser o silencio completo, o recolhimento, que pode ser a exaltação, que pode ser a desinibição, o que foi que mudou que transformou esse momento numa disrupção? Então pra mim a crise é isso (E7).

Crise é um momento delicado, porque eu mesma entendo que não é só pra isso, porque crise, crise, não é só isso, não é só a fragmentação, a crise também vem quando algo se insere na sua vida, e lhe impossibilita de dar continuidade a ela, eu posso não estar quebrando tudo, eu posso não estar falando sozinha, eu posso não estar ameaçando ninguém, nem me ameaçando, mas eu posso estar num nível de fragilidade e vulnerabilidade tão grande que eu parei, que eu parei de viver (E4).

[...] ele está num adoecimento tão intenso, ele está trazendo um adoecimento psíquico tão intenso, que não está conseguindo mais fazer suas atividades, não está conseguindo mais suas atividades de vida diária,

interfere nos seus relacionamentos, interfere no seu social, no seu trabalho, então a crise é quando esse paciente ele começa perdendo toda sua referência (E2).

Segundo Ferigato, Campos e Ballarin (2007), é necessário procurar construir o entendimento da crise, não apenas como uma situação de agudização dos sintomas psiquiátricos, que devem ser suprimidos com a maior rapidez possível, mas como um momento que deve ser cuidadosamente investido em seu potencial transformador, criativo e acolhedor.

Importante lembrar que o tipo de acolhimento dado a esse sujeito em crise, a forma de entendimento do papel que a crise desempenha na história do sujeito é crucial no cuidado oferecido pelos profissionais do CAPS. Não perceber como algo a ser extirpado, mas sim escutado e pensado dentro do contexto de vida de cada pessoa. Ao citarem a importância e a ampliação do olhar sobre a crise, não apenas delimitada a aspectos sintomatológicos, os profissionais demonstraram estar em acordo com os princípios que regem o cuidado integral almejado pela PNSM.

Sobre reabilitação psicossocial, outra das características envolvidas com a perspectiva integral de visão do sujeito, os entrevistados trouxeram elementos referentes ao entendimento de que a vida do indivíduo, para além do adoecimento deve ser considerada para a oferta de um cuidado integral. Elementos como a inserção social através do trabalho, da vida familiar e da vida comunitária objetivando uma qualidade de vida para esta pessoa

[...] conseguir fazer com que essas pessoas sejam inseridas, não só em empregos formais, mas na vida, e aí a gente vai falar de diversas coisas, a gente vai falar de conceito e preconceito, a gente vai falar de aceitação, a gente vai falar de um bocadinho de coisas (E4).

Um dos principais motivos, pra mim, do que é reabilitação psicossocial, o resgate da cidadania, que aqueles indivíduos se sintam cidadãos de direitos e deveres, e que eles realmente se sintam como tal, e consigam traçar sua vida, traçar seu caminho considerando-se como tal, e não mais um excluído da sociedade (E5).

[...] a reabilitação é pensada como o retorno do indivíduo a sua vida social, ocupacional, familiar, comunitária, nesse entendimento mais amplo, então eu acho que essa é a grande lacuna dos serviços substitutivos (E7).

[...] então a gente vai ver o que é possível, o que é possível pra que ela possa ter uma vida de melhor qualidade, dentro da limitação dele, o máximo que você conseguir atingir com ele, junto com a família, ve o que é possível (E9).

Essa compreensão da reabilitação como o processo que facilita ao usuário

uma melhor reestruturação de autonomia de suas funções na comunidade e nas questões de sua vida, se mostra diferenciada da concepção manicomial de um retorno a um estado anterior ou à normalidade do convívio social ou de atividades profissionais, por parte do usuário. A proposta atual da PNSM tem como objetivos a desinstitucionalização e a inclusão, integrando as pessoas com sofrimento psíquico nos diferentes espaços da sociedade (JORGE et al., 2006).

O entendimento da reabilitação psicossocial como condição sem a qual não é possível exercer a integralidade do cuidado em saúde mental é peça chave para que seja possível realizar uma reforma de modelo assistencial em saúde mental. Esse objetivo tão almejado pelo movimento da RPB tem o intuito de permitir aos sujeitos condições dignas de cuidado, porém mais que isso, a construção de uma sociedade que respeita e convive com as diferenças, para que o cidadão que apresenta sofrimento mental possa enxergar o meio social como seu local de vida.

5.3 Práticas Integrals em Saúde Mental

Nesse momento serão elencados os elementos que foram citados pelos entrevistados ao falar sobre suas práticas e como a integralidade está inserida nestas. Para atender tal demanda do estudo foram questionadas as práticas usuais das profissionais no CAPS, o atendimento a situações de crise, a elaboração do PTS, e as atividades desenvolvidas no serviço que são voltadas para os usuários.

Os entrevistados citaram como atividades exercidas no cuidado ao usuário, grupos realizados pelos diversos profissionais, que vão desde o enfoque no processo de adoecimento – os grupos de fala, ou de expressão – como também a realização de atividades voltadas para a interlocução com a comunidade, em bazares, e blocos de carnaval, por exemplo. Foi falada da importância das atividades de matriciamento, porém está não tem sido uma das intervenções que tem sido priorizada no cotidiano dos profissionais do CAPS. As ações no território são realizadas quando solicitadas pela Atenção Básica, ou quando do acompanhamento de um usuário que não está vindo ao CAPS, pela situação na qual se encontrava o serviço.

Ao serem questionadas sobre como é construído o PTS, instrumento que guiará a construção do cuidado do usuário no CAPS, os entrevistados referem que é levado em consideração quais os elementos que influenciam esse adoecimento,

e como este interfere na vida dos usuários. Outra característica elencada como fundamental por quase todos os entrevistados foi a necessidade de que o sujeito possa se implicar no processo de construção desse PTS.

[...] gente vai vendo como se fossem descontinuidades na vida, e é isso que vai ressaltar para a construção do PTS, se a gente tem uma pessoa, que por exemplo, tem família, e que essa pessoa está só porque houve rompimentos de vínculos de alguma forma, a gente pode colocar como parte do PTS, a recuperação ou a retomada desses vínculos, outra coisa é uma pessoa que é economicamente ativa, foi o tempo todo, e pelo adoecimento está fora da sua atividade produtiva, que isso também figure entre os critérios de construção do PTS (E7).

[...] fazê-lo protagonista da sua história, dele poder construir junto com seu tratamento, esse é o olhar, dele poder construir junto essa proposta terapêutica, se fala muito em PTI, PTS, mas ele é singular a partir disso, desse olhar, e que esse indivíduo possa protagonizar esse projeto dele e dizer o que ele quer, obviamente que dentro disso a gente tá cuidando do básico, mas eu digo assim, em termos de TR , que vai estar junto, em termos da assistência em si, em grupo, e do lugar dele, dentro desse serviço, porque o que faz o CAPS ser diferente do hospital psiquiátrico é justamente isso, não é porque é uma casa, não é o ambiente, mas é a forma com que você olha pra esse indivíduo (E4).

Todos os âmbitos, desde a questão, na casa dele, na relação familiar, na relação com o trabalho, na relação interpessoal aqui no CAPS, ver também as características, perfil dele, questão cultural, questão de religião, tudo isso é levado em consideração, e é muito discutido junto com o T.R., porque se o usuário não tiver motivado, ele não vai aderir ao PTS, se o PTS ele for construído e ele for colocado de cima para baixo, ele não vai aderir (E9.)

Então assim, mas não é sempre que acontece, mas assim, eu particularmente eu quando pego o paciente, a gente pensa em algumas coisas disso, mas eu construo com ele, eu procuro construir com ele, primeiro, geralmente é tirar do momento mais difícil, até pra que ele possa pensar no que ele quer, e a partir do que ele quer, a gente vai ajudando, trazendo ideias, buscando (E4).

Esse discurso evidencia a ruptura da lógica tutelar associada ao cuidado com o usuário, e o coloca como participante no processo de construção do seu cuidado. É possível reconhecer também que há uma sensibilidade mais aguçada que nos leva a constatar que a PNSM está articulada à produção de novos modos de subjetivação, pressupondo práticas de cuidado diversas das predominantes no modelo asilar (DIMENSTEIN, 2009).

Nas falas dos profissionais do CAPS há a presença de inquietações e dúvidas sobre como fazer o cotidiano da assistência, como se direcionar para que os cuidados produzidos sejam de fato reabilitadores e produtores de sentido. É um desafio para os profissionais, em sua capacidade de estabelecer vínculos e estar receptivo ao outro, no que ele tem a trazer sobre sua vida, e quais são as

potencialidades que podem ser trabalhadas.

O que sobressai no discurso dos profissionais entrevistados ao falar sobre a prática da integralidade é como esta fica impossibilitada diante das lacunas existentes na rede, tanto na rede de saúde, como nas ações e interlocuções intersetoriais

[...] porque nossos usuários geralmente tem uma vulnerabilidade social, e tem a co-morbidade psiquiátrica, é um crivo, que é passado por um técnico de saúde mental e um médico, mas assim, acaba ficando um pouco mais, pelo fato de a gente não ter pra onde mandar, integralidade...que rede é essa que a gente não tem pra onde mandar, a gente trabalha sozinho? (E3).

[...] quando a gente vai pensar a integralidade dentro da intersetorialidade, ai a gente sabe que precisa consolidar mais a nossa rede de saúde mental, então há essa dificuldade com outros serviços, apesar de que a gente tem caminhado (E2).

Muito do que foi trazido pode ser relacionado ao que Dimenstein (2009) relata como empecilhos que dificultam o processo de alta do usuário, dada as questões que não são previstas para os serviços CAPS, mas que não encontram possibilidade de resolução em outros setores de políticas públicas. Tais circunstâncias acabam delegando ao CAPS demandas que seriam de outra ordem e que não poderiam ser “resolvidas” por esses equipamentos, mas pelas instâncias públicas responsáveis por moradia, trabalho, geração de renda. Como é o exemplo citado nas entrevistas de usuários que permaneceram no leito de pernoite por mais de um ano por conta da falta de suporte da rede de assistencial social.

Sobre como a reabilitação psicossocial pode ser observada nas práticas das profissionais do CAPS, o discurso que mais sobressaiu foi o das dificuldades encontradas ao dar continuidade ao cuidado fora do espaço do serviço. A falta da continuidade do cuidado pela ausência de uma política de interlocução, instituída pela gestão, surge como grande empecilho para que a integralidade seja colocada em prática

Então, reabilitar para que? Para quem? E para onde? Como é que eu vou tratar de reabilitação psicossocial...aqui dentro a gente faz aquele trabalhinho de formiguinha, quando do portão pra fora, isso inexistente, inexistente principalmente a nível de política, ai fica complicado, eu acho que isso perpassa várias outras questões [E4].

A reabilitação psicossocial na prática foi colocada como algo de difícil execução, dado o fato de que o CAPS não tem condições, e também não tem a

função, de dar conta de todas as demandas apresentadas pelo usuário. A falta de uma rede que possibilite um cuidado que possa se dar em outros níveis de atenção, bem como, um projeto de vida pensado no CAPS, porém posto em prática para além do setor saúde é o principal dificultador da proposta de um cuidado integral, e reabilitador, pois é necessário que recursos da comunidade e parcerias com secretarias de cultura e educação, por exemplo, possam auxiliar na sustentação na manutenção do bem estar do usuário (DIMENSTEIN, 2009).

É necessário que todos profissionais envolvidos com a saúde mental possam buscar formas de abordagem reabilitadoras, buscando espaços de discussão e proposição que garantam a possibilidade de pensar estratégias de articulação com outros setores da saúde, e também estratégias intersetoriais. O entendimento de que apenas o CAPS não sustenta o modelo de atenção psicossocial que visa a integralidade do cuidado fica evidenciado nas respostas dos entrevistados, como e onde buscar possibilidades de intervenção é que parece não estar muito claro.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se constatar que ao longo dos anos os documentos legais que instituem a política de Saúde Mental, e aqueles provenientes das discussões na área, foram saindo de uma perspectiva de humanização e progressiva substituição ao modelo asilar, para um cuidado que visualiza a inserção do sujeito na sociedade. Dentro desse contexto, o entendimento do que seria necessário para possibilitar essa inserção foi sendo cada vez mais detalhado.

A visão integral do sujeito saiu da conceitualização e passou a ser usada na construção de um cuidado pautado na reabilitação psicossocial do usuário, e em um acolhimento as situações de crise para além da questão sintomatológica. A intersectorialidade passa a ser uma condição reconhecida como fundamental para que a construção do cuidado integral seja possível, e também é citada como um dos principais entraves das atuais práticas em Saúde Mental.

A representatividade do serviço CAPS como substitutivo e a luta para a implicação dos outros níveis da saúde na responsabilização da construção de uma rede em saúde mental está cada vez mais forte, e os profissionais entendem que não há integralidade apenas com a atuação solitária do CAPS. Apesar desse reconhecimento, ainda é incipiente a saída do serviço, e a interlocução com outros setores da saúde, principalmente com a Atenção Básica.

Muitas são as insatisfações em relação a inexistência de uma ampliação de uma rede intersectorial, o olhar integral sobre o sujeito em grande parte dos casos esbarra nas possibilidades que a rede (não) oferece para esse cuidado.

A presente pesquisa aponta para a necessidade da discussão e ampliação da RAPS para além dos limites do “setor saúde”, visto que o cuidado integral somente é possível através de ações que envolvam os setores da assistência social, da educação, trabalho e renda, da cultura, e outros que possibilitem a inserção do sujeito na sociedade.

Não se pode construir um cuidado integral se os pressupostos que produzem essa inserção do sujeito não forem postos em prática. É fundamental reconhecer o papel do CAPS na construção do cuidado proposto pela política de saúde mental, porém mais importante ainda é o entendimento de que a função do CAPS é ser articulador de uma rede que deve oferecer ao sujeito uma possibilidade que o tratamento excludente nos hospitais psiquiátricos nunca puderam oferecer, o

entendimento de que a sociedade tem que acolher e respeitar as diferentes formas de existir.

O entendimento de que a vida se dá fora dos espaços de cuidado em saúde, nas escolas, nas associações comunitárias, nos teatros, nas residências, nos bairros, nas igrejas, e que esses espaços podem proporcionar um cuidado reabilitador é evidenciado, porém o que falta é instituir práticas que possam construir esse caminho.

A proposta do modelo de assistência em saúde mental defende o fechamento dos hospitais psiquiátricos e o estabelecimento de uma outra perspectiva que proporciona o cuidado do usuário em situações de intenso sofrimento psíquico, e também visa proporcionar a reabilitação psicossocial desse usuário. Para isso, o modelo prevê a construção de uma rede que inicia no setor saúde, e se prolonga nas interlocuções com os outros setores. Não ocorrendo essa construção conjunta o que se terá é um tratamento, que poderá ser humanizado, porém sem alcançar o objetivo fundante da RPB que é a oferta de um cuidado integral e reabilitador, com foco em uma sociedade que respeita as diferenças.

Recife é uma das cidades brasileiras com um considerável histórico para a RPB, mesmo antes da lei nacional, participou do processo de elaboração da lei estadual que garantia um cuidado de base comunitária, e institui vários serviços com uma lógica de cuidado territorial. Porém, como pontuaram os entrevistados, em sua grande maioria trabalhadores que já vivenciaram distintos momentos da saúde mental em Recife, há que se ter cuidado com um possível retrocesso em relação aos avanços dessa política, principalmente por conta da fragilidade das instâncias de discussão entre os diversos pontos da rede de cuidado.

Espaços de discussão sobre as práticas de Saúde Mental entre os trabalhadores, os chamados fóruns distritais de saúde mental, não estão funcionando, a estrutura física de alguns CAPS estão bastante precarizadas, principalmente a dos dois únicos CAPS 24 horas da cidade. Centros de Convivência, espaço crucial para a circulação social dos usuários, e espaço de troca com a população comunitária não estão sendo colocados em pauta. A inexistência de um programa voltado para a capacitação dos trabalhadores e trabalhadoras, e de um espaço no qual eles possam ser ouvidos e que suas angústias, solicitações, e necessidades possam ser levados em consideração, também evidencia a falta de investimento pela qual passa atualmente a política de saúde mental em Recife, e a

necessidade de que esses mesmos trabalhadores possam encontrar um caminho para colocar em pauta de que forma a integralidade pode ser concretizada em suas práticas profissionais.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 491-494, jul./set. 1995.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BARROS, D. **Jardins de Abel**: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Edusp, 1994.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1970.

BEDIN, D. M. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Revista Psicologia**: teoria e prática, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 195-208, 2011.

BOCCHI, S. C. M.; JULIANI, C. M. C. M.; SPIRI, W. C. Métodos qualitativos de pesquisa: uma tentativa de desmistificar sua compreensão. **Manual de Métodos Qualitativos**. Botucatu: Unesp, 2008. Disponível em: <http://www.emv.fmb.unesp.br/publicacoes/enfermagem/pesquisa_qualitativa_2008.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2013.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 13 jan. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 15 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993**. Brasília, DF, 1993 Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 17 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Boletim de serviços eletrônicos do Ministério da Saúde**. Brasília, 19 fev. 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>>. Acesso em: 22 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2011. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_

23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 22 jan. 2014

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 ANOS DEPOIS DE CARACAS, 2005, Brasília. **Anais**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental, 2005. 56 p.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 67-82.

CAPRA. F. **A teia da vida**. São Paulo: Cultrix, 2006.

CESAR, A. M. R. V. C. Método do Estudo de Caso (Case studies) ou Método do Caso (Teaching Cases)? Uma análise dos dois métodos no Ensino e Pesquisa em Administração. **REMAC Revista Eletrônica Mackenzie de Casos**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 12-35, 2005.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL, 1., 2010, Recife. **Relatório Final...** Recife, 2010. Material não publicado. Disponibilizado pela Coordenação de Saúde Mental Recife.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1., 1987, Brasília. **Relatório Final...** Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2., 1992, Brasília. **Relatório Final...** Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2002, Brasília. **Relatório Final...** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 4., 2010, Brasília. **Relatório Final...** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

COSTA, M. S. Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades. **Archivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 94-108, 2007.

CUNHA, D. E. S. L.; DEUS, A. M.; MACIEL, E. M. Estudo de caso na pesquisa qualitativa em educação: uma metodologia. In: ENCONTRO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, 6., 2010, Teresina. **Anais**. Teresina: Ed. UFPI, 2010. p. 1-12.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

DEVERA, D.; ROSA, A. C. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da Unesp**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 60-79, 2007.

DIMESTEIN, M. M. L.; JARDIM, K. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, jun. 2007.

DIMENSTEIN, M. M. L. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 78- 90, jan./abr. 2009.

DUARTE, R. Pesquisa Qualitativa: Reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 115, p. 139-154, 2002.

FERIGATO, S. L.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O Atendimento à crise em saúde mental: ampliando os conceitos. **Revista de Psicologia da Unesp**, Assis, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FONTOURA, R. T. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Goiânia, v. 59, n. 4, p. 532-537, jul./ago. 2006.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GUEDES, A.C. et al. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 12, n.3, p. 547-553, 2010.

HARDMAN, L. V. et al. Tecnologias psicossociais em saúde mental: atenção à crise na psicose. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOLOGIA SOCIAL, 15., 2009, Salvador. **Anais**. Porto Alegre, 2009. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/477.%20tecnologias%20psicossociais%20em%20sa%DAde%20mental.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2013.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema em muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 331-336, 2001.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Censo Cidades – Recife**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=261160>>. Acesso em: 12 fev. 2014.

JORGE, M. S. B. et al. Reabilitação psicossocial: visão da equipe de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 734-739, jun. 2006.

KVALE, S. **Interviews**: An introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1996.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p. 335-342, 2007.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado, as fronteiras da Integralidade**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 34-47.

NASI, C. et al. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.13, n. 1, p. 147-152, 2009.

NOGUEIRA, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.3, p. 44-57, 2004.

OLIVEIRA, W. V. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **História Ciência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 141-154, mar. 2011.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 191-203, 2005.

ONOKO, R. T. C.; FERIGATO, S. R.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, v. 6, n.1, p. 31, 2007.

PASSOS, I. **Reforma Psiquiátrica**: as experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PEREIRA, D. B. et al. A Integralidade no cotidiano das práticas em um Centro de Atenção Psicossocial. **Des Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 16, n. 3, p. 430-436, jul./set. 2011.

PERNAMBUCO. Governo. **Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994**, Recife, 16 maio 1994. Disponível em: <<http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=1&numero=11064&complemento=0&ano=1994&tipo=&url=>>>. Acesso em: 12 set. 2013.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no**

cuidado à saúde, Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2009. p. 69 -115.

PINTO, D. M. et al. Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 493-302, jul./set. 2011.

PONTE, J. P. Estudos de caso em educação matemática. **Boletim de Educação Matemática**, Brasília, n. 25, p.105-132, out. 2008.

QUINTAS, R. **A ação territorial do centro de atenção psicossocial (CAPS) enquanto indicativo de sua natureza substitutiva**, 2007. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

RECIFE. Prefeitura municipal. Diretoria Geral de Planejamento e Gestão. **Plano Municipal de Saúde: 2010-2013**. Recife, 2010. Disponível em <<http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/5916.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2013.

RIBEIRO, S. L. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 92-99, 2004.

RICHARDSON, J. R. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. São Paulo: Atlas, 2010.

RINALDI, D. et al. Psicanálise e reabilitação psicossocial: limites e possibilidades de articulação. **Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 118-125, 2008.

ROSA, A. C.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25, maio/ago. 2001.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá: Instituto Franco Basaglia, 2001.

SILVA, M. B. B. Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 127-150, 2005.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. K. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, p. 591-595, jul./ago.2005.

TENÓRIO, F. A Reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 25-59, jan./abr. 2002.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. et.al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VENTURA, M. M. O Estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Revista**

SOCERJ, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 383-386, 2007.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica. 2006. Tese (Doutorado em Ciências na área da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

YIN, R. **Case Study Research: Design and Methods**. 2. ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1994.

YIN, R. **Estudo de caso**. Rio de Janeiro: Companhia, 2005.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista



1. Como funciona o acolhimento e o cuidado oferecidos aos usuários que procuram o serviço? Quais são as atividades desenvolvidas no CAPS?
2. Como você definiria integralidade?
3. De que maneira você percebe a integralidade inserida nas práticas do CAPS?
4. Quais são os critérios, as características que definem a necessidade do usuário de estar admitido no CAPS?
5. Como você definiria crise? E como o CAPS atende a demanda de crise?
6. Como é definido o Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário? O que é levado em consideração na construção desse PTS?
7. O que você entende por reabilitação psicossocial?
8. Como é trabalhado com o usuário a questão da circulação social? E que dispositivos a rede oferece em relação a esse aspecto?
9. Que tipos de atividades são realizadas com os familiares dos usuários?
10. Como funciona a rede de saúde mental? Quais são os dispositivos dessa rede? E qual o papel do CAPS dentro dessa rede? (Atenção básica, hospital geral, SAMU, UPA, emergência psiquiátricas, hospitais psiquiátricos)
11. Existem relações intersetoriais? Se sim, com quais parceiros?
12. Como a rede de saúde de Recife contribui para que os profissionais de saúde mental possam oferecer um cuidado integral?
13. Que aspectos, dificuldades ou facilidades, você gostaria de destacar sobre a prática da integralidade no seu cotidiano profissional?
14. Há algo que não foi perguntado que você gostaria de acrescentar?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado(a) para participar como entrevistado(a) na pesquisa “A Integralidade na política de saúde mental: análise da prática e do discurso em um Centro de Atenção Psicossocial”. Esta pesquisa está sendo conduzida por Renata Maria da Silva Nascimento, como parte de sua dissertação de mestrado acadêmico realizada no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz.

O objetivo principal do estudo é compreender como a integralidade pode ser observada na prática e nos discursos dos profissionais de um CAPS 24 horas, na cidade do Recife, no período no qual será realizado o estudo, no ano de 2013.

Como parte integrante da metodologia a ser aplicada neste estudo será realizada uma entrevista, com duração média de 60 minutos, sem remuneração, e que com sua permissão, será gravada.

Você foi selecionado (a) considerando sua prática profissional e a importância desta para a política de saúde mental da cidade de Recife. Mas você poderá recusar-se ou a qualquer momento retirar seu consentimento, o que não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

O principal risco relacionado à sua participação é algum possível constrangimento perante pessoas e instituições, caso suas respostas venham a público. Porém os benefícios são inúmeros, especialmente porque permitirá uma reflexão sobre a prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial. As informações obtidas serão confidenciais e será garantido o sigilo de sua participação. Os dados não serão divulgados de forma que permitam a sua identificação e você conhecerá os resultados obtidos após a conclusão da mesma.

Este termo deverá ser assinado em duas vias, permanecendo uma cópia em seu poder e a outra com a pesquisadora, com quem você pode entrar em contato para esclarecer dúvidas sobre a pesquisa pessoalmente ou por telefone.

Atenciosamente,

Renata Maria da Silva Nascimento - Telefone: (81) 9813-2673

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo com os termos propostos.

Participante

Departamento de Saúde Coletiva - NESC
Campus da UFPE - Av. Moraes Rêgo, s/n – Cidade Universitária – Recife -PE - Brasil CEP: 50670-420

Fone: 0 XX 81 2101 2605 - Fax: 0 XX 81 2101 2614 E-mail: nesc@cpqam.fiocruz.br -
<http://www.cpqam.fiocruz.br>

APÊNDICE C – ARTIGO SUBMETIDO À PUBLICAÇÃO

A Integralidade na Política de Saúde Mental: Análise da prática e do discurso em um Centro de Atenção Psicossocial¹

The Completeness of the Mental Health Policy: Analysis of discourse and practice in a Psychosocial Care Center

Renata Maria da Silva Nascimento. Psicóloga. Sanitarista. Mestre em Saúde Pública.
Endereço: Rua Bacharel Mário de Castro, 588, CEP 55614-640, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. E-mail: renatanascimento198@gmail.com

José Luiz do Amaral Correa de Araújo. Médico. Doutor em Ciências da Saúde.
Endereço: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ, Departamento de Saúde Coletiva/NESC. Campus da UFPE. Av. Moraes Rego s/n, Cidade Universitária, CEP 50670-420 –ia, CEP 50670-420 Campus da UFPE. Av. 7472. Telefone: (081) 2101-2612. Fax: (081) 2101-2614. E-mail: josearaujo@cpqam.fiocruz.br

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo investigar como a integralidade está inserida no discurso e nas práticas dos profissionais em um CAPS, bem como fazer um levantamento sobre como os documentos oficiais que orientaram as práticas em saúde mental no Brasil discorrem sobre a integralidade. O trabalho se caracteriza como um estudo de caso, de abordagem qualitativa, e foram utilizadas a análise de documentos oficiais que embasam as ações e discussões em saúde mental, e entrevistas semiestruturadas com profissionais de um CAPS. Os dados obtidos foram analisados através da condensação de significados, método de análise proposto por Kvale. Os documentos analisados mostram que a integralidade foi paulatinamente instituída como fator fundamental para a implantação do modelo da reforma psiquiátrica brasileira. As entrevistas, por sua vez, possibilitaram a análise do discurso dos profissionais que observaram a importância do olhar integral sobre o sujeito, entendimento o sofrimento psíquico como relacionado a diversos fatores, como família, e meio social. Foi possível perceber que os CAPS, que deveriam exercer a função de organizador acaba sendo o responsável quase que exclusivo pelo cuidado, e que para que seja realizado um cuidado integral em saúde mental é necessário que as ações sejam pensadas para além do setor saúde e englobem os diferentes espaços presentes na sociedade.

Palavras-chave: Integralidade, Saúde Mental, Serviços de Saúde Mental, Política de Saúde, Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

¹ Apoio financeiro: CAPES

ABSTRACT

This study aimed to investigate how comprehensiveness is part of the discourse and practices of professionals in a CAPS and do a survey on the official documents that guided the practices in mental health in Brazil report about the entirety. The work is characterized as a case study, a qualitative approach, and we used the analysis of official documents on which the actions and discussions on mental health, and semi-structured interviews with professionals of a CAPS. The data were analyzed by the condensation of meanings, analysis method proposed by Kvale. The analyzed documents show that the total was gradually established as a key factor in the implementation of the Brazilian psychiatric reform model. The interviews, in turn, allowed the professional discourse analysis that noted the importance of comprehensive look at the subject, understanding the mental suffering as related to several factors, such as family and social environment. It was observed that the CAPS, they should exercise the organizer function ends up being almost exclusively responsible for the care, and to be carried out a comprehensive mental health care is necessary that the actions are thought beyond the health sector and include the different spaces in society

Keywords: Completeness, Mental Health, Mental Health Services, Health Policy, Health Knowledge, Attitudes, Practice.

INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira – RPB – surgiu no bojo das discussões sobre a reforma psiquiátrica italiana que implementou um modelo de cuidado mais amplo em saúde mental, percebendo o indivíduo para além de questões sintomáticas, e ou patológicas. Dessa forma, houve uma quebra no modelo hospitalocêntrico, que se baseia na delimitação diagnóstica do sujeito, e na exclusão associada a ela.

A quebra paradigmática que a RPB propõe é basear o cuidado em uma perspectiva que não esteja vinculada somente a designação de uma patologia mental, mas principalmente, propor uma ampliação do entendimento das causas do sofrimento e, dessa forma, que se possa diversificar as possibilidades de cuidado voltadas ao sujeito em sofrimento mental (Quintas, 2007).

Dentro dessa visão integral, o foco passa a ser o sujeito que necessita de cuidados, e não apenas o diagnóstico identificado nesse sujeito, como bem pontua Fontoura (2006, p.22) “na perspectiva deste princípio não podemos reduzir o sujeito à doença que lhe provoca sofrimento, e sim buscar uma atenção voltada à ideia de totalidade do sujeito”.

O sofrimento pelo qual os usuários de hospitais psiquiátricos passaram – e ainda passam – com a exclusão total ou parcial do meio social, o estigma que é incorporado à sua existência perante a sociedade, a infantilização do sujeito e a colaboração para manutenção de sua falta de autonomia são alguns dos efeitos prejudiciais que o modelo de atenção à saúde mental – pautado pela RPB – pretende extinguir.

Em consonância com o que propõe a RPB, a política de saúde mental brasileira preconiza a construção de uma Rede de Atenção Psicossocial – RAPS – que deve ser constituída por diversos dispositivos que não permitam a exclusão do usuário e que seja pautada na lógica de ruptura do paradigma da loucura na sociedade. Visto que esse sujeito é constituído por diversos aspectos, que compõem sua vida, e seu sofrimento, o cuidado ofertado a ele deverá ser integral. A proposta da RAPS visa oferecer um cuidado que possa melhorar a vida do sujeito, e proporcionar experiências que nunca o foram permitidas enquanto cidadão. Estar em consonância com os princípios da RPB é, para além da instituição de novos locais de cuidado, incorporar o discurso da integralidade do sujeito no tratamento proposto pela unidade de saúde (Franco e col., 2014).

O principal intuito da integralidade, enquanto forma de entender o sujeito em sua totalidade, é evitar a fragmentação e o reducionismo, não substituindo o ser que necessita de

cuidados, por um diagnóstico delimitante, visto que esta postura empobrece as propostas terapêuticas ofertadas (Alves, 2001).

De acordo com Mattos (2007) a integralidade deve guiar o estabelecimento das práticas de cuidado e pode ser vista como um espaço de construção de novas práticas no agir social, podendo se apresentar como princípio, como direito e como forma de cuidado na atenção à saúde.

Recife tem um longo histórico de inserção nas práticas integrais em saúde mental, desde 1996, ano da inauguração do primeiro CAPS da cidade, a rede territorial vem se estabelecendo no município. Concomitantemente à expansão da rede de saúde mental foi realizada a redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, e atualmente a cidade conta com uma oferta variada de serviços, que vão desde o trabalho conjunto com a Atenção Básica, a manutenção de dezessete CAPS, sendo dois deles serviços 24 horas, vinte Residências Terapêuticas, até a interlocução com Hospitais Gerais (Maia, 2007).

Este artigo tem o objetivo de discutir como a integralidade se insere no discurso dos profissionais de um CAPS, em Recife, e também como esta se faz presente, em documentos oficiais que norteiam a política nacional de saúde mental.

Vale salientar que não foram encontrados estudos que versam sobre a questão da integralidade, enquanto dimensão do cuidado pelos profissionais da área de saúde mental, e este estudo visa contribuir para o fortalecimento da política de saúde mental no país.

ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Para realização do presente estudo foram utilizadas duas formas de obtenção de dados. A primeira consistiu de uma análise de documentos oficiais relacionados a política de saúde mental, e posteriormente foram realizadas entrevistas com profissionais de um CAPS na cidade de Recife.

Os documentos escolhidos para análise foram os que influenciaram diretamente a constituição da política de saúde mental brasileira, tanto no âmbito da discussão dos princípios da RPB, como na instituição de práticas em saúde mental. Foram selecionados documentos em âmbito nacional, estadual e municipal.

QUADRO 1 – DOCUMENTOS ANALISADOS

Documentos federais			
Declaração de Caracas	Documento latino americano que representa um acordo firmado entre os países dessa região para reorientar o modelo de assistência em saúde mental	Venezuela	1990
Relatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental	Documento proveniente da I CNSM	Brasília	1987
Relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental	Documento proveniente da II CNSM	Brasília	1992
Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental	Documento proveniente da III CNSM	Brasília	2002
Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental	Documento proveniente da IV CNSM	Brasília	2010
Portaria Ministerial 336	Define as atribuições que os CAPS devem apresentar, e qual seu papel dentro da rede de atenção a saúde mental	Brasília	2002
Portaria Ministerial 3.088	Lança um olhar sobre a rede de atenção saúde mental, instituindo diversos dispositivos de atuação para a oferta de uma assistência que se dê de forma ampla e resolutiva.	Brasília	2011
Lei nacional 10.216	Marco legal que versa sobre como se deve dar a assistência em saúde mental em âmbito nacional	Brasília	2001
Documentos estaduais			
Lei estadual 11.064	Trata sobre a assistência em saúde mental, instituída em Pernambuco, em 1994	Pernambuco	1994
Documentos municipais			
Relatório da I Conferência Municipal de Saúde Mental	Documento proveniente da I CMSM	Recife	2010

Fonte: Elaborado pela autora.

As entrevistas foram realizadas com profissionais – psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais – que exercessem a função de Técnico de Referência – TR –, visto que esses trabalhadores são responsáveis em guiar o Projeto Terapêutico Singular – PTS – de cada usuário. É através do PTS que pode-se observar como os profissionais estão orientando o cuidado do usuário, e se este cuidado se dá de forma integral.

O CAPS escolhido localiza-se na cidade de Recife, e é um serviço de assistência 24 horas que compõe a RAPS, e que, além das atividades diurnas, realiza o acolhimento noturno e contínuo aos usuários que necessitam de um suporte mais intenso.

Foram realizadas 10 entrevistas, a partir de um roteiro semiestruturado, com questões a cerca do tema estudado. Todas entrevistas foram gravadas após os participantes lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As questões visavam conhecer o que os profissionais entendiam por integralidade e como eles a observavam em suas práticas no serviço. Também foi questionado quais os fatores que possibilitavam o cuidado integral e aqueles que o dificultavam, bem com a importância da integralidade na oferta de cuidado ao usuário.

Análise dos Dados

Em relação aos documentos, após a escolha dos mesmos foi realizada leitura cuidadosa com o objetivo de identificar as categorias de análise necessárias para caracterizar como a integralidade está presente na política de saúde mental.

Já nos discursos dos entrevistados, depois da coleta dos dados, foi feita uma sistematização e análise do conteúdo encontrado. Tomou-se como referência os modelos de análise de entrevistas apresentados por Kvale (1996), especificamente a condensação de significados. Esta técnica consiste no resumo dos significados encontrados no conteúdo das entrevistas, em um formato condensado, sem perder a sua essência. Isso implica no pesquisador identificar as unidades naturais presentes nas entrevistas (frases curtas ou expressões da entrevista que contém o significado e as ideias em um formato condensado da entrevista, permitindo a organização sistemática e resumida dos textos, mantendo a fidelidade ao que foi dito por cada entrevistado).

Esta pesquisa foi desenvolvida dentro dos padrões de ética científica, tendo sido aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM (CAAE 175003113.3.0000.5190).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Normatização da Integralidade na política de saúde mental

Desde a I CNSM há uma forte influência do momento de abertura política observado no Brasil à época. Percebe-se uma grande importância dada ao resgate da condição do sujeito que apresenta sofrimento psíquico, e o entendimento deste como um cidadão possuidor de direitos, e portanto, um indivíduo que deve estar inserido na sociedade. Como bem pontuam Devera e col. (2007, p.8): “é a partir dessa época que a luta pela transformação da assistência psiquiátrica no país ganha estreita vinculação com as questões políticas que agora se explicitam na agenda da sociedade: democratização e anistia a presos políticos, entre outras”.

Essa conferência foi o primeiro momento de discussão nacional coletiva sobre os pressupostos orientadores dessa nova prática substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, e apesar de ter preconizado uma política nacional bem definida, com ênfase na ampliação do olhar sobre o sujeito, não foi suficiente para que esta política fosse, de fato, posta em prática de forma intensiva. As ações provenientes que foram compartilhadas nesse espaço evidenciaram a possibilidade da instituição de um modelo baseado em práticas substitutivas de cunho integral.

A II CNSM, realizada após o período de institucionalização do SUS, continuou a ressaltar a importância do entendimento do usuário de serviços de saúde mental como cidadão, e ampliou um pouco a perspectiva de organização da rede. Devera e col. (p. 71, 2007) ao falar sobre esta conferência nos traz que

Os conceitos de atenção integral e cidadania foram direcionadores das deliberações da II Conferência, referentes aos temas centrais: Modelo de Atenção e Direitos de Cidadania. Com respeito ao modelo assistencial, enfatiza-se a necessidade do cumprimento da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8142/90) e a efetivação da municipalização da saúde, garantindo assistência integral e substituindo o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços diversificados e qualificados.

No que diz respeito à integralidade já começam a surgir a importância de ampliar o entendimento do cuidado, incluindo os familiares e a comunidade no processo de cuidado, bem como instituindo medidas que pudessem dar conta de outras questões relacionadas ao adoecimento do sujeito, principalmente as sociais e ao aspecto da vida laboral dos indivíduos.

As discussões da RPB tratam dessa reformulação assistencial, levando em consideração o papel que a família assume no cuidado ao usuário e no processo de ressocialização dos sujeitos que sofrem com transtornos mentais (Borba e col., 2008)

Porém, vale salientar que uma assistência que englobasse as questões relacionadas ao momento da crise e a reabilitação psicossocial, ou seja, o atendimento dessa demanda complexa, com ênfase nas três áreas relacionadas aos aspectos da vida do sujeito: família, sociedade e trabalho, só passou a ser amplamente abordada a partir da III CNSM.

Essas ideias aparecem muito mais fortemente nos documentos das conferências de saúde mental, principalmente a partir da III CNSM, por serem documentos muito mais discursivos, frutos de um processo intenso de discussão, a evolução de um olhar voltado para a integralidade é muito mais perceptível do que nos documentos oficiais.

A III CNSM se deu em 2002, e foi constituída pelo debate de como seria o estabelecimento da rede em saúde mental, visto que no ano anterior havia sido aprovada a Lei 10.216/2001 que instituiu, em linhas bem gerais, como deveria ser dar a assistência; na verdade, pautou-se mais na figura do Hospital Psiquiátrico e do que não seria mais permitido nesse ambiente. Diante disso, era fundamental aprofundar as discussões do modo de funcionamento da assistência do modelo substitutivo em si.

O entendimento da importância de trabalhar aspectos relacionados à questão social, à vida do sujeito para além do adoecimento, passa a ser tema central nas discussões de como deve se dar a assistência nessa rede de atenção psicossocial. Especificamente em relação ao papel do CAPS, fica evidente a necessidade de se pensar e construir um cuidado que não se limite ao espaço físico do serviço; o cuidado precisa basear-se em como será a vida do sujeito do lado de fora, na sociedade, entre os seus pares. Um tratamento que somente englobe questões intramuros do CAPS não possibilitaria que o indivíduo pudesse ser socialmente incluído, e dessa forma não atende ao princípio da integralidade.

A IV CNSM foi realizada em 2011, e pautou-se pela constituição de uma rede intersetorial, percebendo assim que a busca pela integralidade, em seus diversos âmbitos, só seria possível se fosse ampliado o escopo de atuação, não se limitando apenas ao setor saúde, visto que a reabilitação psicossocial se dá nas diversas esferas de vida do sujeito.

Dos documentos oficiais muitos também não abordam essas questões de modo que possa abarcar todos os âmbitos a serem trabalhados sobre a integralidade. Tanto a lei pernambucana 11.064/1994, como a lei nacional 10.216/2001, são deficitárias em propor uma nova forma de cuidado.

Isso fica bastante claro quando se analisa o texto da lei 10.216/2001, a lei de saúde mental, aonde o principal foco foi uma adaptação das exigências defendidas pelo movimento da RPB, com ênfase muito mais na prestação de uma atenção humanizada nos hospitais psiquiátricos, do que na instituição pormenorizada de uma rede substitutiva com foco na integralidade do cuidado.

O texto considerado o marco legal para a atenção em saúde mental elenca os princípios que devem guiar a prática em saúde mental possui um maior foco na mudança da assistência, o documento em si fala muito mais de como se deve dar a prática nos hospitais psiquiátricos, com uma atenção mais humanizada, garantindo direitos básicos de melhoria de tratamento aos usuários desses serviços, do que da constituição da rede em si, ou como a assistência nessa rede deve ser prestada. Isso pode ser explicado pela dificuldade que foi aprovar essa lei, por conta da pressão de setores ligados à assistência psiquiátrica hospitalar.

Desde seu projeto inicial, em 1989, até a aprovação em 2001, foram realizadas várias modificações no texto do projeto, e o resultado disso foi uma lei superficial no que diz respeito a como proporcionar a integralidade para que o cuidado pudesse seguir uma outra lógica, baseada nas necessidades reais dos indivíduos.

A portaria ministerial 336/2002 instituiu o CAPS como peça fundamental dessa rede substitutiva em saúde mental, e o coloca como crucial no acolhimento ao usuário em situação de crise, e questões como abordagem à família e inserção comunitária são elencadas como fundamentais no cuidado ao usuário. Porém, não se faz presente o entendimento de que uma rede de saúde mental se faz pensando e viabilizado outros setores, e a intersetorialidade não é mencionada neste documento, fragilizando assim a potencialidade do pensar em um cuidado pautado na integralidade.

Na tentativa de expandir o entendimento da oferta de cuidado, e incorporando a importância da integralidade no tratamento do sujeito, foi publicada em 2011 outra portaria ministerial que teve o objetivo de instituir a RAPS, e os diversos dispositivos que a constituem. A portaria ministerial 3.088/2011 tem um amplo escopo de atuação e engloba desde a atenção ao usuário em crise, até as estratégias de reabilitação psicossocial, como as questões de moradia, a vida em comunidade, aspectos relacionados a vida laboral do sujeito, e espaços de convivência social, possibilitando assim, um cuidado de cunho integral.

Então, o que pode-se afirmar a partir da leitura dos documentos selecionados é que, a constituição de uma rede diversificada, composta por diversos atores, para além do setor saúde, instituídos por parcerias intersetoriais e focada, principalmente na questão das diversas

necessidades dos sujeitos, é condição *sine qua non* para que a integralidade esteja presente no cuidado e a resolutividade às demandas apresentados pelo indivíduo possa se dar.

Apesar dos documentos oficiais, leis e portarias ministeriais, terem demorado para definir e detalhar como essa integralidade deve ser incorporada às práticas dos profissionais de saúde, e instituídas em uma rede de atenção psicossocial, aos poucos foram sendo incorporadas discussões que o controle social já vinha propondo, por meio das conferências de saúde mental, que sempre preconizaram a ampliação do olhar sobre o sujeito em sofrimento.

Através da análise documental também fica claro o papel fundamental da intersetorialidade na ampliação da garantia de direitos para os usuários dos serviços de saúde mental, e como está influencia a integralidade. As pactuações com os diversos setores da sociedade são fundamentais para que se possa ampliar o escopo da atuação, e proporcionar medidas para além do aspecto estrito do setor saúde, pois numa perspectiva integral de entendimento do sujeito, serão considerados todos os aspectos presentes na história do indivíduo que o levaram ao adoecimento, e isso inclui também aspectos sociais e familiares.

Se antes o modelo de assistência tinha um viés humanizador, no sentido de prestar uma assistência que pudesse não ser prejudicial ao sujeito, modificando assim o tratamento cruel e desumano oferecido pelos hospitais psiquiátricos, a pauta atual é proporcionar um outro tipo de olhar, o reconhecimento desse sujeito de maneira holística, integral, levando em consideração as nuances do processo de constituição do sujeito, e proporcionando um cuidado em rede que resgate sua potência de vida.

Conceitualização da Integralidade

Em relação a análise das falas e da prática dos trabalhadores do CAPS percebe-se que é levada em consideração a necessidade de perceber e entender o usuário numa perspectiva mais global; um sujeito como um todo, composto pelos diferentes contextos que fazem parte da sua vida, e todas as questões referentes à esta, como família e trabalho, visto que isso influencia diretamente a condição de saúde deste indivíduo. Essa visão do sujeito não deve se limitar a um diagnóstico que traz esse adoecimento influenciando outros âmbitos da vida do sujeito.

Aqui a gente trabalha o sujeito enquanto sujeito, não, como uma portadora de uma doença mental, apenas, a gente trabalha um sujeito que está passando por um sofrimento psíquico, e que houve esse corte na vida dele, mas a perspectiva da gente é a saúde e não a doença, a inserção, não a exclusão, então a gente tem que olhar para além disso, lógico que a gente tem que cuidar da doença, especificamente, mas as

intervenções, o diálogo, a forma de olhar para esse indivíduo enquanto sujeito, e apesar de estar passando por um momento de fragilidade e vulnerabilidade, inclusive de fazê-lo protagonista da sua história, isso é o mais importante (E4)

A gente tenta não ver só o CID, a gente nem usa muito o CID, a gente não quer tratar daquele jeito, como esquizofrênico, como isso, como muita gente é atendido por ai né? É bipolar, é toc, é esquizofrênico, por aí. A gente tenta ver de uma maneira integral, que tem muitas questões. (E6)

A integralidade, então, é percebida como um conceito que permite identificar os sujeitos como totalidades, ainda que essa ideia não seja alcançável em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios (Machado e col., 2007).

Ao ser citada a questão da integralidade, as falas trouxeram distintas perspectivas relacionadas ao termo, além da visão sobre o sujeito multifacetado, também a questão da rede de saúde e seus diferentes níveis trabalhando em interlocução.

[...] quando a gente vai pensar a integralidade dentro da saúde, aí a gente sabe que precisa consolidar mais a nossa rede de saúde mental, então há essa dificuldade com outros serviços (E2)

Integralidade é aquilo que a gente mais busca né? A gente puder tá articulado com todos os outros serviços, e puder dar essa assistência horizontal, necessária ao usuário, só que a gente vive um momento difícil da política de saúde em Recife (E4)

[...] falando em termos de aparelho de saúde, é você poder contar com uma rede estruturada pras demandas desse usuário, porque o usuário de saúde mental ele não é só um usuário de saúde mental, ele vai precisar da atenção básica, ele vai precisar da média como ele está utilizando, e por ventura, vai precisar da alta complexidade (E5)

O princípio da Integralidade, entendida nesse contexto, como acesso a todos os recursos assistenciais que o usuário necessita, apresenta-se como um dos principais desafios do SUS. O conceito de integralidade rapidamente reporta à integração de serviços de saúde por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e das organizações, considerando que nenhuma delas dispõe da totalidade de recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (Contradiopoulos e col., 2001).

Práticas Integradas em Saúde Mental.

Sobre as práticas relacionadas à integralidade, as falas apontaram como um dos aspectos mais frágeis é a construção de uma rede de serviços substitutivos integrada entre si e

com outros equipamentos sociais presentes nas comunidades, e como isto é imprescindível para o avanço da política de saúde mental.

Na maioria das falas ficou o entendimento de que a visão de um sujeito integral, isto é, composto por distintos aspectos e interesses, envolve a busca por outros setores de políticas públicas, e a possibilidade de interlocução com estes, para poder se oferecer um cuidado que seja de fato integral. Um atendimento integral só será possível se as diferentes necessidades do sujeito puderem ser atendidas, e essas necessidades estão para além do setor saúde.

[...]quando a gente vai pensar a integralidade dentro da intersetorialidade, aí a gente sabe que precisa consolidar mais a nossa rede de saúde mental, então há essa dificuldade com outros serviços (E2)

[...]falando em termos de aparelho de saúde, é você poder contar com uma rede estruturada pras demandas desse usuário, porque o usuário de saúde mental ele não é só um usuário de saúde mental, ele vai precisar da atenção básica, ele vai precisar da média como ele está utilizando, e por ventura, vai precisar da alta complexidade, então o profissional ele precisa ter esse olhar integral, integralidade é você ver aquela pessoa como um todo né? Estar ali indivisivelmente, aqui é só saúde mental e você não lembrar que esse usuário precisa estar em um programa social, caso ele necessite, fazer essa interlocução (E5).

[...]a gente vai precisar ver essa integralidade dentro de outra coisa que é a intersetorialidade, então a gente tem a política de saúde, que a gente pensou aqui sujeito, equipe e rede sanitária em sua integralidade, e depois intersetorialidade entre essa equipe com os demais equipamentos sócio assistenciais (E7).

Em relação a intersetorialidade em saúde mental, o principal problema está na falta de articulação entre a saúde e os demais setores públicos. Há o reconhecimento da necessidade de construção de caminhos que possibilitem uma rede pública ampliada, porém a transformação desse entendimento em práticas instituídas que visem o debate e discussão em conjunto depende de cada setor incorporar e provocar a demanda dessas medidas (Couto e col., 2008).

Ainda não se dispõe de uma rede ágil, flexível, resolutiva, onde a circulação dos usuários seja facilitada e acolhidos em suas diferentes demandas. Pode-se perceber muito mais serviços isolados, que não se comunicam, fechados em suas rotinas, como é o caso do CAPS (Dimenstein, 2009).

Outra questão investigada, junto aos profissionais entrevistados, diz respeito à integralidade no entendimento e acolhimento das situações de crise pelas quais os usuários

passam.

Ela não passa somente pela questão de você desconectar com a realidade, eu acho que isso faz parte de um sintoma produtivo, mas acho que crise é o sofrimento...você vir procurar o serviço, você estar procurando o serviço naquele momento, seja por vontade própria, seja obrigado, porque chega a polícia... e o profissional poder ouvir o sofrimento do outro, poder dar um acolhimento a esse sofrimento (E3).

Eu posso não estar quebrando tudo, eu posso não estar falando sozinha, eu posso não estar ameaçando ninguém, nem me ameaçando, mas eu posso estar num nível de fragilidade e vulnerabilidade tão grande que eu parei, que eu parei de viver, seja porque motivos forem, então a gente aqui procura ver isso (E4).

Segundo Onoko e col. (2007) é necessário procurar construir o entendimento da crise, não apenas como uma situação de agudização dos sintomas psiquiátricos, que devem ser suprimidos com a maior rapidez possível, mas como um momento que deve ser cuidadosamente investido em seu potencial transformador, criativo e acolhedor. Importante lembrar que o tipo de acolhimento dado a esse sujeito em crise, a forma de entendimento do papel que esta desempenha na história do sujeito é crucial no cuidado oferecido pelos profissionais do CAPS. Não perceber como algo a ser extirpado, mas sim, escutado, e pensado dentro do contexto de vida de cada pessoa. Ao citarem a importância e a ampliação do olhar sobre a crise, não apenas delimitada a aspectos sintomatológicos, as falas dos profissionais mostraram estar em acordo com os princípios que regem o cuidado integral almejado pela reforma psiquiátrica.

Para a composição do PTS, instrumento que guiará a construção do cuidado do usuário no CAPS, as falas referem que é levado em consideração quais os elementos que influenciam esse adoecimento, e como este interfere na vida dos usuários. Outra característica elencada como fundamental em quase todas as falas foi a necessidade de que o sujeito pudesse se implicar no processo de construção desse PTS.

[...] eu penso na construção do PTS, do paciente participando, na medida que ele saia daquela situação de crise, em que ele se expressa como gente, aí a construção do PTS tem sua participação, mas quando a gente recebe o paciente e recolhe a sua história de vida, então a gente vai vendo como se fossem descontinuidades na vida, e é isso que vai ressaltar para a construção do PTS, se a gente tem uma pessoa, que por exemplo, tem família, e que essa pessoa está só porque houve rompimentos de vínculos de alguma forma, a gente pode colocar como parte do PTS, a recuperação ou a retomada desses

vínculos (E7).

Todos os âmbitos, desde a questão, na casa dele, na relação familiar, na relação com o trabalho, na relação interpessoal e aqui no CAPS, ver também as características, perfil dele, questão cultural, questão de religião, tudo isso é levado em consideração, e é muito discutido junto com o técnico de referência e tem que partir da motivação do usuário também, para que ele coloque em prática, não adianta nada a gente construir um PTS muito bonito, estruturado, pensando em todas as áreas e o usuário não estar motivado para aquilo, não participa daquilo (E9).

Esse discurso evidencia a ruptura da lógica tutelar associada ao cuidado com o usuário, e o coloca como participante no processo de construção do seu cuidado. É possível reconhecer também que há uma sensibilidade mais aguçada que leva a constatar que a RPB está articulada à produção de novos modos de subjetivação, pressupondo práticas de cuidado diversas das predominantes no modelo asilar (Dimenstein, 2009)

A reabilitação psicossocial, parte relevante do cuidado sem qual a integralidade não é possível, é elencado como fundamental, porém ausente nas práticas voltadas aos usuários

Essa é a grande questão da reforma e a gente está muito, muito, muito aquém, né? Dos conceitos de reabilitação psicossocial, a gente trabalha embaçados neles, mas a gente está muito aquém, eu digo a nível de política, de investimento, porque tem que ter, porque sem o suporte, o alavanque, a vontade política do gestor, seja ele qual for que tiver, é complicado (E4).

A reabilitação é pensada como o retorno do indivíduo a sua vida social, ocupacional, familiar, comunitária, nesse entendimento mais amplo, então eu acho que essa é a grande lacuna dos serviços substitutivos, no nosso, e acho que nos demais (E8)

A reabilitação psicossocial pode ser entendida como o processo que propicia ao usuário melhor reestruturação de sua autonomia, nos diversos aspectos que isso pode englobar, como trabalho, família e comunidade. O objetivo da política de saúde mental visa a desinstitucionalização e inclusão social, integrando as pessoas com sofrimento psíquico nos diferentes espaços da sociedade (Jorge e col., 2006). Porém mais que isso, a construção de uma sociedade que respeite e conviva com as diferenças, para que o sujeito que apresenta sofrimento mental possa enxergar o meio social, como seu local de vida.

Sobre a reabilitação psicossocial, observada nas práticas do CAPS, a fala que mais sobressaiu foi o das dificuldades encontradas ao dar continuidade ao cuidado fora do espaço CAPS.

A reabilitação psicossocial foi colocada, na prática, como algo de difícil execução,

dado o fato de que ao CAPS muitas vezes faltam condições estruturais para o exercício dessa função. A falta de uma rede que possibilite, minimamente um cuidado que possa se dar em outros níveis de atenção, bem como um projeto de vida pensado no CAPS, porém posto em prática para além do setor saúde é o principal dificultador da proposta de um cuidado integral, e reabilitador.

É importante lembrar que para sustentar a saída do hospital se faz necessário a instituição de recursos na comunidade que atuem como suporte social, e que envolvam não só a secretaria de saúde, mas também secretarias de cultura e ação social, por exemplo. Um dos recursos fundamentais para a integralidade do cuidado são os centros de convivência e cultura. No entanto, nota-se que existência desses centros é ainda muito incipiente. Outro fator imprescindível é a articulação com programas estaduais e municipais de habitação, para viabilizar a construção de moradias e estruturas intermediárias, no intuito de evitar a transinstitucionalização tão observado no campo da saúde mental (DIMENSTEIN, 2009).

É necessário que todos profissionais de saúde mental possam buscar formas de abordagem reabilitadoras, mas mais que isso, buscar espaços de discussão e proposição que garantam a possibilidade de pensar estratégias de articulação com outros setores da saúde, e também estratégias intersetoriais. O entendimento de que apenas o CAPS não sustenta o modelo de atenção psicossocial fica evidenciado nas falas deste estudo, como e onde buscar possibilidades de intervenção é que parece não estar muito claro e precisa ser trabalhado junto a esses profissionais.

É o que sobressai nas falas sobre a prática da integralidade é de como esta fica impossibilitada diante das lacunas existentes na rede, tanto na rede de saúde, como nas ações e interlocuções intersetoriais.

E saindo da saúde para assistência, para a justiça, nessa questão da intersetorialidade, que a gente não caminha sozinho, então assim, pra mim isso ta muito comprometido, infelizmente (E3).

[...] eu acho que a rede ainda é muito falha, os usuários, de saúde mental principalmente, muitas vezes já chegam numa rede onde deveriam ser aberto pra eles e se sentem excluídos, o que não deveriam, então eu acredito que o que falta mais na realidade é um pouco mais de articulação, muitas vezes de falhas do CAPS, mas muitas vezes falhas dos locais pra onde a gente possa encaminha-los, por exemplo, pra mim existe uma grande falta na nossa rede que são os centros de convivência (E5).

Muito do que foi trazido pode ser relacionado ao que Dimenstein (2009) relata como empecilhos que dificultam o processo de alta do usuário, dada as demandas que não são

previstas para os serviços CAPS, mas que não possuem lugar na rede. Tais circunstâncias acabam delegando à rede de atenção em saúde mental demandas que seriam de outra ordem e que não poderiam ser “resolvidas” por seus equipamentos, mas pelas instâncias públicas responsáveis por moradia, trabalho, geração de renda, entre outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se constatar que, ao longo dos anos, os documentos legais que instituem a política de saúde mental, e aqueles provenientes das discussões na área, foram saindo de uma perspectiva de humanização, e considerando a necessidade de intervenção reabilitadora na vida do usuário. Dentro desse contexto, o entendimento do que seria necessário para possibilitar essa inserção foi sendo cada vez mais detalhado.

A visão integral do sujeito saiu da conceitualização e passou a ser usada na construção de um projeto de cuidado que visa a reabilitação psicossocial do usuário, e em um acolhimento as situações de crise para além da questão sintomatológica. A intersetorialidade passa a ser uma condição reconhecida como fundamental para que a construção do cuidado integral seja possível, e também é citada como um dos principais entraves das atuais práticas em saúde mental.

Um dos principais entraves das práticas em saúde mental que visam à substituição ao modelo asilar é a falta de integração com os demais setores da rede de saúde, bem como da intersetorialidade, esta característica as faz cada vez mais presente, e os profissionais entendem que não há integralidade apenas com a atuação solitária do CAPS. Apesar do reconhecimento da importância de ampliar não só o olhar sobre o sujeito, mas as intervenções voltadas para o tratamento deste, ainda é incipiente a saída do serviço, e a interlocução com outros setores da saúde, principalmente com a atenção básica.

Muitas são as insatisfações em relação a inexistência de uma ampliação de uma rede intersetorial, o olhar integral sobre o sujeito em grande parte dos casos esbarra na falta de interlocuções, e os profissionais sentem-se impossibilitados de dar continuidade ao cuidado integral. O trabalho que é realizado no CAPS em relação a reabilitação psicossocial acaba por não ter uma continuidade, e o tratamento ganha força dentro dos muros da instituição, porém carece de meios para ser de fato reabilitador e integral.

A presente pesquisa aponta para a necessidade da discussão das propostas da RAPS e da urgente constituição de serviços e interlocuções que possam ampliar o cuidado ofertado. Para isso é necessário pôr em prática o entendimento de que cuidado substitutivo ao modelo do hospital psiquiátrico se dá com a constituição de uma rede, e não apenas da instituição e ampliação de serviços como o CAPS, que tem papel essencial no cuidado, porém

não atua sozinho.

Há um entendimento de que a vida do usuário se dá de forma excludente quando este é tratado no hospital psiquiátrico não só pela dimensão territorial, de retirada do sujeito de seu lugar de vida, mas também porque o que interessa a esse tratamento é a doença, a integralidade proposta pela RAPS visa o sujeito e as diversas questões que envolvem sua vida.

A proposta do modelo de assistência em saúde mental defende o fechamento dos hospitais psiquiátricos e que as práticas em saúde mental possam possibilitar e a inclusão do sujeito nas associações comunitárias, nos teatros, nas residências, nos bairros, nas igrejas, junto à família, no mercado de trabalho, e inseridos em uma sociedade que possa lidar e respeitar as diferenças nos modos de existir.

Recife é uma das cidades brasileiras com um considerável histórico para a RPB, mesmo antes da lei nacional, participou do processo de elaboração da lei estadual que garantia um cuidado de base comunitária, e instituiu vários serviços com uma lógica de cuidado territorial. Porém, como pontuaram os entrevistados, em sua grande maioria trabalhadores que já vivenciaram distintos momentos da saúde mental em Recife, há que se ter cuidado com um possível retrocesso em relação aos avanços dessa política, principalmente por conta da fragilidade das instâncias de discussão entre os diversos pontos da rede de cuidado.

Espaços de discussão sobre as práticas de Saúde Mental entre os trabalhadores, os chamados fóruns distritais de saúde mental, não estão funcionando, a estrutura física de alguns CAPS estão bastante precarizadas, principalmente a dos dois únicos CAPS 24 horas da cidade. Centros de Convivência, espaço crucial para a circulação social dos usuários, e espaço de troca com a população comunitária não estão sendo colocados em pauta. A inexistência de um programa voltado para a capacitação dos trabalhadores e trabalhadoras, e de um espaço no qual eles possam ser ouvidos e que suas angústias, solicitações, e necessidades possam ser levados em consideração, também evidencia a falta de investimento pela qual passa atualmente a política de saúde mental em Recife, e a necessidade de que esses mesmos trabalhadores possam encontrar um caminho para colocar em pauta de que forma a integralidade pode ser concretizada em suas práticas profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, Ruben A. de (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

- 2 BORBA, L. O. et al. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paul Enfermagem*, São Paulo, v.21, n.4, p. 588-594, 2008.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF, 1987. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relafinal.pdf . Acesso em: 25 de maio de 2014.
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 1992. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf Acesso em: 06 de junho de 2014.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 2001. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf Acesso em: 08 de junho de 2014.
- 6 BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf Acesso em: 13 de julho de 2014.
- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei n.8080*, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 02 de julho de 2014.
- 8 BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 336*, de 19 de Fevereiro de 2002. Brasília, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2014.
- 9 BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei 10.216*, de 06 de Abril de 2001. Brasília, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 28 de junho de 2014.
- 10 BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 3.088*, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 28 de junho de

2014.

11 CESAR, A.M. R. *Método do Estudo de Caso (Case Studies) ou Método do Caso (Teaching Cases)? Uma análise dos dois métodos no Ensino e pesquisa em administração.* São Paulo, 2006. Disponível em: http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCSA/remac/jul_dez_05/06.pdf. Acesso em: 3 de maio de 2014.

12 DEVERA, D. et al. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, São Paulo, v.6, n.1, p. 60-79, 2007

13 DIMENSTEIN, M.M.L. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Santa Catarina, v. 1, n1, jan-abr. 2009

14 DUARTE, R. Pesquisa Qualitativa: Reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo n. 115, p. 139-154, 2002.

15 FONTOURA, R. T. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.59, n.4, p. 532-537, jul-ago 2006.

16 FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

17 FRANCO, T.B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.24, n. 1, p. 253-271, 2014.

19 JORGE, M. S. B. et al. (Des)Construção do Modelo Assistencial em Saúde Mental na Composição das Práticas e dos Serviço. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.19, n.3, p.569-583, 2010.

20 HARTZ, Z. M. A. et al. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema em muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 331-336, suplemento 2, 2001.

21 MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 335-342, 2007.

22 MAIA, A.I.S. *A Política de Saúde Mental em Recife: Caminhos da*

desinstitucionalização. 2007 ...

- 23 MATTOS, R. A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. *Cuidado, as fronteiras da Integralidade*. HUCITEC. Rio de Janeiro – 2004.
- 24 MATTOS, R.B; PINHEIRO, R. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. In MATTOS, R.B; PINHEIRO, R. (org.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007.
- 24 ONOKO, R.T.C; FERIGATO, S.R; BALLARIN, M.L.G.S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, Assis, v.6, n.1, p. 31, 2007.
- 25 ONOCKO-CAMPOS, R. T. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação de rede de Centros de Atenção Psicossocial(CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n.5, p. 1053-1062, 2006.
- 26 PERNAMBUCO. *Lei 11.064*, de 16 de maio de 1994, Assembleia Legislativa de Pernambuco (ALEPE), Recife, 16 de maio 1994. Disponível em: <http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=1&numero=11064&complemento=0&ano=1994&tipo=&url>. Acesso em: 12 set. 2013.
- 27 QUINTAS, R. *A ação territorial do centro de atenção psicossocial (CAPS) enquanto indicativo de sua natureza substitutiva*. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, 2007.
- 28 RICHARDSON, J. R. *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. São Paulo: Atlas, 2010.
- 29 VENTURA, M. M. O Estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista SOCERJ*, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 383-386, 2007.

ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CPQAM

Título do Projeto: "A integralidade na política de saúde mental: análise da prática e do discurso em um centro de atenção psicossocial"

Pesquisador responsável: Renata Maria da Silva Nascimento

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 11/10/2013

Registro no CAAE: 17503113.3.0000.5190

Número do Parecer PlatBr: 543.464

PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 05 de fevereiro de 2017.

Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 27 de fevereiro de 2014.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Janete de Azevedo', is written over a horizontal line. Below the signature, the text 'Coordenadora do CEP/CPqAM' is printed in a black, sans-serif font.

Coordenadora do CEP/CPqAM