



LOGOS UNIVERSITY-FLÓRIDA-USA

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CIÊNCIA POLITICA,
CIDADANIA E GOVERNAÇÃO.**

**POLITICAS PÚBLICAS SOCIAIS E DE SAÚDE: O DESAFIO
DA SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO DE CASO SOBRE OS
PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS NO CAPS I GANDU –
BAHIA.**

DULCILENE RIBEIRO SOARES NASCIMENTO

SALVADOR

2013

DULCILENE RIBEIRO SOARES NASCIMENTO

**POLÍTICAS PÚBLICAS ASSOCIAIS E DE SAÚDE: O DESAFIO
DA SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO DE CASO SOBRE OS
PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS NO CAPS I GANDU –
BAHIA.**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, da UH LT Universidade Lusófana de Humanidades e Tecnologias, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciência Política. Convalidada pela LOGOS UNIVERSITY
Área de concentração: Políticas Públicas para Saúde Mental.

**ORIENTADOR: Professor Dr. Gabriel César Dias
Lopes**

Salvador-Bahia

2013

DULCILENE RIBEIRO SOARES NASCIMENTO

**POLITICAS PÚBLICAS E SAÚDE MENTAL: O DESAFIO
DADA SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO DE CASO SOBRE OS
PACIENTES ESQUIZOFRENICOS NO CAPS I GANDU –
BAHIA.**

Esta dissertação foi julgada adequada para a
obtenção do título de Mestre em Ciência Política
e aprovada em sua forma final pelo Orientador e
pela Banca Examinadora.

Orientador: Professor Doutor Gabriel César Dias Lopes

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Gabriel César Dias Lopes

FICHA CATALOGRÁFICA

Dulcilene Ribeiro Soares Nascimento

**POLITICAS PÚBLICAS SOCIAIS E DE SAÚDE: O DESAFIO DA SAÚDE MENTAL:
UM ESTUDO DE CASO SOBRE OS PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS NO CAPS I
GANDU –BAHIA.**

Arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico 123 fls.

Thesis(Mestrado)Logus University. Curso de Mestrado em Ciência Política
Cidadania e Governação

Área de Concentração: Políticas Públicas e Saúde

Orientação: Profo. Doutor Gabriel César Dias Lopes

1. Introdução 2 Esquizofrenia. 3. Políticas Publicas 4. Liberalismo.5 Centro de
Atenção Psicossocial (CAPS)

D

Bibliotecário Responsável: _____

© 2015 Todos os direitos autorais reservados a Orestes Gonçalves Azevedo.

A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita com autorização por escrito do autor.

Endereço residencial :Rua Belmiro Figueiredo de Almeida,631 Parque Turístico. Gandu-Bahia.

Endereço eletrônico: dulceriso@gmail.com

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, em especial pela dedicação e apoio em todos os momentos difíceis. E a meu esposo Valdir Nascimento dos Santos. Sem ele nada disso estaria acontecendo.

AGRADECIMENTOS

A UPE, pela oportunidade de realização de trabalhos em minha área de pesquisa, seus maravilhosos professores e equipe de referência.

Ao Professor Doutor ItaluCollares o apoio constante.

Aos colegas do curso pelo seu auxílio nas tarefas desenvolvidas durante o curso e apoio na revisão deste trabalho, apesar de ter sido a única “do interior” do Estado.

A todos meus sinceros agradecimentos

RESUMO

As políticas públicas de saúde no Brasil e mais especificamente as de saúde mental surgem no contexto do capitalismo liberal e não podem ser entendidas fora do contexto do surgimento da política do Estado bem-estar social. A ideologia democrática que envolve essas políticas, faz-nos acreditar na sua eficácia e eficiência, obstruindo-nos por vezes a visão real do que acontece no país, onde planejamento e iniciativa no sentido de implementá-las esbarra na questão gritante da desigualdade social, epidemia, que assola o país de norte sul. Esse estudo é uma reflexão acerca dessas políticas, de sua gênese e da forma como são gestadas, buscando além de uma avaliação técnica e teórica, uma avaliação de nossas possibilidades enquanto profissionais no sentido de fazer “a nossa parte.”, tendo a perspectiva humanista e humanitária como caminho como caminho. O recorte aqui escolhido, a saúde mental, tendo como de fundo a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial em seu tratamento a pacientes esquizofrênicos, mostra como é possível aliar ao imprescindível tratamento medicamentoso, acompanhamento psicoterápico, atividade educacional (lúdica e física), de forma contínua e ininterrupta ultrapassando de forma quase ininteligível os empecilhos da gestão pública.

Palavras chave: Políticas Públicas, Liberalismo, Estado do Bem-Estar Social, Desigualdade, Saúde Mental, Esquizofrenia..

ABSTRACT

Public health policies in Brazil and more specifically mental health arise in the context of liberal capitalism and cannot be understood outside the context of the emergence of state policy social welfare. The democratic ideology concerning these policies, makes us believe in its effectiveness and efficiency, sometimes obstructing the real picture of what happens in the country, where planning and initiative to implement them collides with the stark social inequality, epidemic plaguing the country south of the north. This study is a reflection on those policies, its genesis and how they are gestated, looking beyond the technical and theoretical evaluation, an assessment of four ability as professionals to do "our part". And the humanistic perspective and humanitarian as way as way. The clipping chosen here, mental health, having as background the performance of a Psychosocial Care Center in their treatment to schizophrenic patients, shows how you can combine the essential drug treatment, psychotherapeutic treatment, educational activity (leisure and physical) of continuous and uninterrupted surpassing almost unintelligible hindrances of public management.

Keywords : public policy, liberalism, state social welfare, inequality, mental health, schizophrenia ..

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	21
3	POLITICAS PÚBLICAS.....	23
3.1.	A GÊNESE DAS POLITICAS PÚBLICAS NO ESTADO NEOLIBERAL.....	23
3.2.	O ESTADO DO BEM ESTAR SOCIAL.....	26
3.3.	O ESTADO NEOLIBERAL	29
4.	DEFININDO SAÚDE PÚBLICA	30
4.1	POLITICAS PUBLICAS E SAÚDE NO BRASIL.....	33
4.2.	POLITICAS PUBLICAS DESAÚDE DESIGUALDADES E POSSIBILIDADES .	35
4.3.	AVALIANDO AS POLITICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	39
5.	O CASO DA SAÚDE MENTAL	42
5.1	POLITICAS SOCIAIS E SAÚDE	45
5.2	UMA NOVA ESTRURA TERAPÊUTICA: O CAPS.....	50
5.3	CAPS I GANDU, HISTÓRIA.....	56
6.	A ESQUIZOFRENIA	60
6.1.	FATORES BIOLOGICOS , PSICOLÓGICOS E SOCIAIS.....	66
6.2.	DIAGNÓSTICO.....	69
6.3.	TRATAMENTO	75
6.4.	RESSOCIALIZAÇÃO	82
6.4.1.	EM 2013 APRESENTA COMO FORÇAS.....	86
6.4.2.	INFRAESTRUTURA.....	87
6.4.3.	EQUIPAMENTOS.....	87
6.4.4.	PESSOAL E ESTRUTURA ORGANIZACIONAL.....	88
6.4.5.	SITUAÇÃO FINANCEIRA.....	88
6.5.	AÇÕES DESENVOLVIDAS EM 2013.....	89
6.5.1.	OFICINA DE ALABETIZAÇÃO TOPA.....	89
6.5.2.	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO SERVIÇO SOCIAL.....	90
6.5.3.	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA OFICINA ARTESANATO.....	95
6.5.4.	RELATÓRIO DE ATIVIDADES DE NUTRIÇÃO.....	95
6.5.5.	RELATÓRIO DAS AULAS DE ATIVIDADE FÍSICA.....	98
6.5.6.	RELATÓRIO DE GESTÃO DE FARMÁCIA.....	101
7	CONCLUSÃO	103
	REFERÊNCIAS.....	107
	APÊNDICE:	109
	ANEXO: 1.RELATÓRIO CAPS 2013 (PARTES.....	85/101
	2. FOTOS DE OFICINAS E EVENTOS DO CAPS I	

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 SEDE DO CAPS	110
Figura 2 ATIVIDADES DOS PACIENTES CARNACAPS.....	111
Figura 3 ATIVIDADES DOS PACIENTES BAZAR DO CAPS.....	111
Figura 4 ATIVIDADES DOS PACIENTES OFICINA DO DESABAFO.....	112
Figura 5 PROJETO VISITA INSTITUCIONAL.....	112
Figura 6 PROJETO HORTICULTURA.....	113

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CAPS	58
Tabela 2 .GRAU DE DIFICULDADE DE ALFABETIZAÇÃO	89
Tabela 3. MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NA FARMÁCIA DO CAPS.....	100

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT: Associação Brasileira de Normas Técnicas:

CAPs- Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial.

CID – Cadastro Internacional de Doenças.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

INPS-Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

PSF- Programa de Saúde da Família

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PPGCP- Programa de Pós Graduação Strictu Sensu em Ciência Política

SUDS-Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde.

INTRODUÇÃO

Com base na Organização Mundial de Saúde (OMS), transtornos mentais são condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e/ou do humor (emoções), causando sensação de incapacidade, sofrimento, e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas à angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global. É preciso que essas anormalidades sejam persistentes e que causem certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal, para que tenha um diagnóstico de transtorno mental.

Segundo Amaral (2011, p.1), transtornos mentais são alterações do funcionamento da mente, que transmite em uma pessoa a sensação de incapacidade, prejudicando o desempenho na vida familiar, social, pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na tolerância aos problemas, na possibilidade de autocrítica, e de estar satisfeito com o que a vida proporciona.

Os transtornos mentais em sua etiologia podem ter diversas origens e por sua complexidade precisam ser analisados em sua gênese e de acordo com os fatores que mais fortemente o influenciam que podem ser fatores orgânicos/ genéticos, psicológicos e socioculturais.

Segundo Perrez (2005) Os transtornos mentais podem dar-se assim em diferentes níveis:

Nível intrapessoal: são os transtornos de:

(a) determinadas funções mentais (memória, percepção, aprendizagem, etc.)

(b) grupos de funções. Como a psicologia geral ainda não produziu modelos empíricos para tais grupos de funções e sua relação com os transtornos mentais, deve ficar sua descrição por hora no nível dos sintomas, das síndromes e dos diagnósticos, como descritos nos sistemas de classificação (CID-10)

Nível interpessoal: são os transtornos de sistemas, ou seja, de conjuntos de duas ou mais pessoas - casal, família, empresa, escola, etc. Tais transtornos são em parte menos objeto de estudo da psicologia clínica e da psiquiatria do que da psicologia das organizações ou da psicologia pedagógica e não são normalmente tratados como distúrbios mentais. Seu significado para a compreensão dos transtornos mentais em sentido mais restrito é, no entanto enorme, o que se mostra na estrutura multiaxial dos atuais sistemas de classificação.

Segundo Maier & Wagner (2005) apesar de os fatores genéticos desempenharem um papel importante nos problemas de transtornos mentais, ainda não se sabe o verdadeiro alcance de sua influência para o seu alcance. Continuam os autores abordando que dentre os fatores orgânicos para o desenvolvimento dos transtornos mentais são importantes, sobretudo três sistemas do corpo humano: o sistema nervoso, o sistema endócrino e o sistema imunológico.

Para Wingefeld&Hellhammer (2005)

Relacionadas à maioria dos distúrbios mentais foram observadas modificações do sistema nervoso central; os distúrbios mais importantes ligam-se às funções cognitivas (memória, atenção, concentração, processamento e avaliação de informações, planejamento de ações, etc.) bem como distúrbios da regulação das emoções e do estresse. Esses dois últimos grupos de funções estão, além disso, intimamente ligados ao sistema nervoso periférico - como no caso dos ataques de pânico, normalmente caracterizados por taquicardia e suor excessivo.

A regulação hormonal desempenha também um importante papel no desenvolvimento dos transtornos mentais, e não apenas nos transtornos psicossomáticos. Modificações na regulação hormonal foram descritos também nas depressões, transtornos de estresse pós-traumático e transtornos alimentares. Aqui, como no caso dos demais fatores biológicos tratados, é muito difícil de estabelecer a causa, porque as observações têm caráter correlativo: é difícil estabelecer se o transtorno mental provoca a mudança física ou vice-versa.

Seguindo a ordem dos fatores, os fatores psicológicos são apresentados por Perrez&Ahnert (2005), como:

a) Fatores vulnerabilizantes são aqueles que provocam a vulnerabilidade da pessoa, ou seja, uma maior probabilidade de ela apresentar um transtorno mental. A

vulnerabilidade pode ser pessoal, com uma maior influência dos fatores biológicos, ou ambiental, com maior influência de fatores sócio-econômicos e do meio ambiente. As diferentes vulnerabilidades podem ter um valor mais ou menos relativo conforme sejam mais ou menos estáveis - geneticamente determinadas ou ligadas a determinadas condições externas; relacionadas a determinadas fases da vida puberdade ou à situação geral da pessoa tais como puberdade, menopausa, pobreza, divórcio, etc.

b) Fatores vulnerabilizantes, os chamados fatores protetivos, ou seja, aqueles que agem contra as condições estressantes, "fortalecendo" o indivíduo contra os transtornos mentais. Há dois tipos de tais fatores: os fatores de resiliência, que são as características pessoais e as competências que dão a uma pessoa a capacidade de se adaptar adequadamente a situações ruins ou mesmo ameaçadoras para o seu bem estar; e os fatores de apoio social, que se referem sobretudo ao meio ambiente e à rede social da pessoa. A capacidade de construir uma rede social está intimamente ligada às experiências com relacionamento feitas na infância.

E por fim os fatores sócio culturais que considerando Tseng (2001) a cultura pode ter seis tipos de efeito sobre os transtornos mentais:

- 1. Efeito patogênico: Fatores culturais podem ser a origem explícita ou imediata de um transtorno mental. Exemplos são distúrbios frutos da quebra de um tabu ou o não cumprimento de uma expectativa social, como o suicídio de alunos que não são aprovados em exames de admissão típico de algumas culturas do extremo oriente.*
- 2. Efeito pato-seletivo: cada cultura vê alguns comportamentos patológicos como mais ou menos aceitáveis, de acordo com suas próprias normas. Assim em algumas culturas certos comportamentos patológicos, como a agressividade ou o suicídio, são mais aceitos do que em outras.*
- 3. Efeito pato-plástico: a cultura determina a forma de expressão de determinados transtornos, por exemplo o conteúdo das alucinações, determinados tipos de obsessões e fobias. Além disso alguns transtornos têm sintomas diferentes em diferentes culturas,*

como no caso da depressão: na Ásia faltam os sentimentos de culpa típicos da depressão na Europa.

4. Efeito pato-facilitante: determinados fatores culturais, como a permissividade o até mesmo a exigência de determinados tipos de comportamento que podem tornar-se patológicos, podem aumentar a frequência de determinados transtornos e na população. Assim culturas em que o álcool é mais aceito e em que bebedeiras fazem parte de determinadas circunstâncias sociais tendem a ter um maior número de casos de abuso e dependência desse tipo de substância.

5. Efeito pato-reativo: a cultura determina além disso a reação das pessoas a determinados tipos de doença. Essa é uma possível explicação para o fato de a esquizofrenia ter uma prognose mais positiva nos países em desenvolvimento do que nos países industrializados.

6. Idioma de estresse (Idiomsofdistress): cada cultura possui um "idioma" próprio para expressar seus estresses, tensões e problemas psíquicos. A esse fato estão relacionados as "síndromes ligadas à cultura" (cultureboundsyndromes), ou seja, determinados quadros clínicos que há apenas em determinados círculos culturais - como por exemplo as reações psicóticas ao Chi Kung, que há apenas na China, e a bulimia, típica da cultura ocidental.

Dentre as patologias enquadradas como transtorno mental, a esquizofrenia é uma das mais frequentes, e por esse motivo foi considerada para esse estudo. Segundo Sadock (2008 p 160), na década de 1930, estudos mostraram que uma pessoa tem maior probabilidade de ter esquizofrenia quando outros membros de sua família são afetados, sugerindo através desses estudos, um componente genético para a hereditariedade da esquizofrenia. A literatura de modo geral, indica base genética heterogênea para a esquizofrenia. Na última década, uma quantidade crescente de pesquisas indicou um papel fisiopatológico para determinadas áreas do cérebro, incluindo o sistema límbico, o córtex frontal, o cerebelo e os gânglios basais. Estas quatro áreas estão interligadas, de modo que uma disfunção em uma delas pode envolver um processo patológico primário em outra. Quando a lesão neuropatológica

aparece no cérebro e a sua interação com estressores ambientais e sociais, são duas áreas ativas de pesquisa.

Atualmente, os estudos comprovam que a esquizofrenia é uma doença com um substrato biológico, isto é, envolve uma predisposição genética e de acordo com fatores ambientais e psicológicos pode ou não ser desenvolvida. É caracterizada por sintomas como alucinações e delírios, pensamento e discurso desorganizados e comportamento claramente bizarro. O diagnóstico envolve o reconhecimento de uma série de sinais e sintomas associados com prejuízo nas atividades diárias e de relacionamento do indivíduo, sempre levando em conta as diferenças culturais. Seu início geralmente ocorre entre o final da adolescência ou início da vida adulta, embora haja casos na infância. (AFFONSO e REINHARDT, 2010, p. 858)

A Reforma Sanitária com seus princípios e diretrizes, é o pilar do movimento da Reforma psiquiátrica, com relevância na constituição de uma rede assistencial às pessoas com transtorno psíquico.

Com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, supõe-se a superação do modelo asilar, subentendendo que a instauração de novos serviços, de portas abertas, de base territorial, com maior interlocução com a comunidade, proporcionaria um curso diferente daquele atribuído à suposta doença mental. No entanto, com o surgimento dos novos serviços, retornam a crítica à institucionalização e a reflexão sobre a nova cronicidade, assim como o entendimento de que tais serviços podem criar novas formas de institucionalização, cronificação ou até mesmo manicomialização. (PANDE e AMARANTE, 2009)

Segundo Brusamarello (2011), nos últimos anos, no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o padrão hospitalar de atendimento em saúde mental vem sendo questionado e, gradualmente, substituído por uma nova forma de cuidar da pessoa com transtorno mental, baseada na inclusão e na reabilitação psicossocial. O atual modelo de atuação busca substituir a assistência excludente, que causava o abandono e a marginalização, por uma rede de atenção integral à saúde mental, que favoreça a integração social e familiar dos portadores de transtornos mentais. Assim, o SUS, instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direitos de todos e dever do Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988.

Nunes et al., (2007) afirmam:

Entre 1970 e 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS), reconhece a gravidade dos problemas de saúde mental e admite a impossibilidade do seu cuidado ficar a cargo exclusivo de especialistas. Preconiza então a descentralização dos serviços existentes, a integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e o aumento da participação da comunidade. (p.2375)

Assim, esse trabalho é fruto de uma inquietante busca da análise do alcance das políticas públicas do chamado período neoliberal. Nesse caso específico, a saúde pública especificamente voltada para a questão da saúde mental, é uma área recente, a ser desbravada, com muitos desafios que pela própria raiz histórica é imposta.

A revisão de literatura por se tratar de um tema novo, é também um desafio, visto que a maioria dos autores ou caem nas graças da legislação proposta ou então aqueles mais céticos, são contundentes em desvalorizar tais iniciativas.

Para tanto, traça-se aqui uma discussão das políticas públicas neoliberais, sua influência crescente no panorama político social e econômico no Brasil. Busca delimitar numa abordagem sociológica, política em face às novas demandas que a saúde mental enfrenta, no contexto de uma sociedade que se democratiza e se transforma, os desafios impostos ocorridos na implantação do conceito de saúde mental, de mudanças organizacionais que atendam aos padrões atuais de ordens: econômicas, políticas, culturais, como também, as tarefas de ordem burocrática, disciplinar, organizacional, as quais atingem os mais diversos sujeitos envolvidos no ambiente de saúde pública.

Busca-se aqui assim detalhar o panorama das políticas públicas no Brasil no contexto neoliberal, numa perspectiva histórica e assim retratar a gênese do conceito de saúde e assim adentrar no conceito de políticas públicas e saúde mental em suas prerrogativas legais e principalmente apresentar de que forma a legislação atual atende esse público e ainda como ir além da ação dos governos na inclusão social desse grupo, demonstrando de que forma as ações das equipes multiprofissionais, ultrapassam a

gestão política e realizam de forma coletiva e pensada nos pressupostos humanistas e humanitários um trabalho diferenciado e abrangente.

Sou psicanalista e coordenadora de um CAPS de um município da região baixo-sul da Bahia e atuo diretamente na área de programa de saúde, especificamente em saúde da mental. Na minha trajetória de trabalho tenho observado que os esforços empreendidos pelo Governo Federal no sentido de implementar políticas públicas na área de saúde, encontra uma série de obstáculos quando da sua aplicação, tanto no nível estadual quanto no nível municipal.

Além de todos os entraves burocráticos e toda a dificuldade técnica que esses programas encontram para a sua efetivação, uma questão é mais aparente e alimenta um círculo vicioso que colabora para a manutenção do atual estado de coisas: a desigualdade social.

Por trás da chamada democratização e implementação dos serviços de saúde, existe uma tentativa de mascarar as desigualdades que dificultam o acesso da grande maioria da população agravando a cada dia o quadro da saúde pública no país.

Essa questão parece subjetiva até nos depararmos com os dados e números que demonstram as mazelas sociais no Brasil entre os quais os problemas de saúde estão inclusos. Hoje, cerca de quinze programas fazem parte do Programa de Saúde do Governo Federal, e, desde que o Brasil afirma-se no perfil neoliberal, um sem fim de projetos tem sido lançados na tentativa (suposta) de erradicar os problemas sociais do país.

Os números entretanto, de acordo com os dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) demonstram que 112,6 milhões cerca de 71,2% da população tem acesso regular aos serviços de saúde, desses 67,2% são pessoas com mais de 20 salários mínimos de renda familiar. Esses números são ainda mais graves se colocarmos em conta, por exemplo, os serviços de saúde bucal.

Assim, esse estudo se justifica, pela urgente necessidade de reafirmar a relevância dos

programas em questão como alternativas viáveis e possíveis de aplicação séria e qualificada, contando sobretudo com a seriedade e comprometimento dos profissionais da área.

Preocupada com essa questão e, de certa forma, buscando esclarecer, motivada pela minha própria realidade profissional, quais os motivos que levam a essa dificuldade de implementação, funcionamento e acesso aos serviços de saúde pública, buscarei através desse estudo de caso e bibliográfico discutir a implementação dos programas de saúde pública no Brasil, nas décadas de 80 e 90 bem como relacionar o surgimento dos mesmos com as demandas do capitalismo liberal, visando também analisar a aplicabilidade e o alcance desses programas para as classes populares e de forma mais específica os relacionados à saúde mental. E nesse sentido aqui colocamos a questão do programa de atenção à saúde mental como necessária a ser viabilizada pelo governo, tendo a educação e conscientização sobretudo como principal suporte para a efetivação de programas e projetos de qualidade no país e que atinjam a população alvo sem grandes delongas.

Entendendo que o funcionamento da Saúde Pública e da Saúde Mental e suas intervenções a cada período histórico estabelecem estreita relação com movimentos políticos, sociais e econômicos correspondentes, observa-se que ambas sempre acompanharam as tendências vigentes da sociedade, organizando-se de acordo com as necessidades e contextos específicos.

Assim, a Saúde Pública no Brasil vai se configurando numa política nacional em meados do século XX com o estabelecimento simultâneo do esboço daquilo que mais tarde se chamaria Capitalismo brasileiro.

Esse texto constitui-se num documento que deve auxiliar sobretudo aos estudantes de Área de Saúde, Gestão, Ciências da Educação ou de Ciências Políticas na análise e posicionamento perante o quadro específico que aqui se apresenta.

REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura por se tratar de um tema novo, é também um desafio, visto que a maioria dos autores ou caem nas graças da legislação proposta ou então aqueles mais céticos, são contundentes em desvalorizar tais iniciativas.

Para tanto, traça-se aqui uma discussão das políticas públicas neoliberais, sua influência crescente no panorama político social e econômico no Brasil. Busca delimitar numa abordagem sociológica, política em face às novas demandas que a saúde mental enfrenta, no contexto de uma sociedade que se democratiza e se transforma, os desafios impostos ocorridos na implantação do conceito de saúde mental, de mudanças organizacionais que atendam aos padrões atuais de ordens: econômicas, políticas, culturais, como também, as tarefas de ordem burocrática, disciplinar, organizacional, as quais atingem os mais diversos sujeitos envolvidos no ambiente de saúde pública.

Busca-se aqui assim detalhar o panorama das políticas públicas no Brasil no contexto neoliberal, numa perspectiva histórica e assim retratar a gênese do conceito de saúde e assim adentrar no conceito de políticas públicas e saúde mental em suas prerrogativas legais e principalmente apresentar de que forma a legislação atual atende esse público. Propõe-se aqui neste documento a análise das políticas públicas numa perspectiva neoliberal, traçando o conteúdo histórico em suas raízes desde o Iluminismo. O Liberalismo que vem assim traçar os moldes no novo liberalismo é aqui estudado na análise de vários autores, é trabalhado aqui de forma sucinta o conceito de neoliberalismo e dentro desses conceitos a forma como foi desenhado o contexto de Saúde Pública e de Saúde mental. É traçado um panorama histórico da Saúde mental no Brasil, abordando a Reforma Psiquiátrica e a nova predisposição para o trato da saúde mental no país, com a criação dos CAPS.

Nesse contexto é discutida a esquizofrenia como patologia mais frequente na série de transtornos de ordem mental que assolam o país e após rápida exposição dos atores inclusive socioeconômicos que predispõem à doença, de que forma a saúde pública tem agido e funcionado em trato da doença e muito especificamente de que forma a nova abordagem de saúde coletiva contrastando com a antiga abordagem de saúde públicas vem

considerando as atuações das equipes multiprofissionais enquanto agentes de fomento na aplicação dessas referidas políticas.

Os principais autores aqui abordados são Acúrcio, Faleiros e Drae Henirique que traçam um histórico do Liberalismo e do Neoliberalismo. Tarride e Campos que discutem o conceito de Saúde Pública, Paim, Neri e Peres que discutem as aplicações das políticas públicas e a nova terminologia de saúde coletiva, Amaral, Barone, Tarride e Sadock que descrevem os transtornos mentais em sua especificidade, sendo que nesse último têm-se a descrição sucinta e objetiva da Esquizofrenia como patologia preponderante e imediata no local de estudo. E os manuais do Ministério da Saúde como suporte para o histórico de implementação dos Centros de Atenção Psicossocial.

Tendo em vista a vasta literatura sobre o assunto Saúde Pública, Teorias Liberais e Neoliberais e Esquizofrenia, propõe-se aqui apenas o estudo comparativo e levando em conta o desenvolvimento e ressignificação de uma teoria para a outra e as modificações que o conceito de Saúde Pública vêm tomando diante dessas mudanças e de que forma isso redimensiona as ações em saúde pública.

A Esquizofrenia também possui conceitos que variam desde autores que consideram os fatores genéticos como preponderantes para sua existência, como de autores que defendem fatores sócio ambientais como os que a ocasionam ou a propagam e ainda aqueles que aliam os dois fatores. Trata-se aqui das duas possibilidades e também de um fator conjunto.

E por fim trata-se aqui principalmente nos moldes humanistas de uma saúde coletiva defendida por teóricos como PAIM e já pensada filosoficamente por outros tantos que defendem uma política de saúde que aja além dos perigos e armadilhas da gestão em saúde nos moldes que aí estão.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS

3.1.GÊNESE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO ESTADO LIBERAL

O início do século XX assiste a uma apoteose do conhecimento técnico-científico com o progresso incessante da medicina, da biotecnologia ao lado de uma deterioração da vida em comunidade, dos serviços públicos, das relações humanas e interpessoais.

A ciência que a tudo parecia ter resposta não consegue resolver os mínimos problemas da humanidade, que em função disso tornam-se agigantados e de difícil solução.

As doenças, que até o início do século XX eram tratadas em forma de saneamento do meio ambiente passou a serem controladas por órgãos de saúde pública em função da imensidão de bactérias que ora se desenvolviam juntamente com o desenvolvimento urbano-industrial que o mundo assistia.

O Brasil, que não acompanhou paralelamente aos países europeus esse desenvolvimento, também assistiu ao surgimento de inúmeras doenças, antes então inimagináveis. Em função disso, surgem os primeiros esforços no sentido de implementar políticas de saúde pública, que são um desdobramento das políticas sociais que o estado liberal introduz na tentativa de conter as mazelas que o capitalismo vai deixando ao longo do seu percurso.

As políticas públicas, na qual se inserem as políticas de saúde são assim entendidas por Acúrcio (2000:25).

Entendemos políticas públicas como sendo o conjunto de diretrizes e referências ético-legais adotadas pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta. Em outras palavras, política pública é a resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade.(Acúrcio, 2000:25)

A forma como o Estado planeja, define, organiza e executa essas ações é que vai dar ao problema a conotação da importância a ele atribuída pelo Estado e isso é percebido a curto prazo, principalmente quando boa parte dessas ações não conseguem atingir os objetivos traçados.

Quando falamos em objetivos traçados sabemos que por trás da implementação dessas políticas, uma série de interesses de grupos e setores estão em jogo e que o estado age como regulador e negociador entre esses setores e a população em geral, o alvo firme dessas políticas.

A implementação de políticas sociais públicas é contemporânea do liberalismo econômico, filosofia que embasa o capitalismo e também o resultado da relação do desenvolvimento das forças produtivas e das forças sociais. São também o resultado da luta de classes e ao mesmo tempo contribuem para a reprodução das classes sociais.

O termo liberalismo apesar de ter surgido no século XVII, só passa a ser adotado na segunda metade do século XIX. O liberalismo econômico apóia-se no princípio de que, uma vez que o interesse individual coincide com o interesse geral, deve-se na prática conceder plena liberdade de ação aos interesses privados. O regime de liberdade é essencial para que o aumento do capital se processe da melhor forma, preceito que evidencia a necessidade de ser limitadas as funções do Estado.

O Estado liberal que vai substituir o Estado absolutista repousa em quatro princípios básicos: a liberdade, a igualdade política, a propriedade e a segurança; “destes a pedra angular da sociedade liberal é o direito de propriedade” (Domingues, 1985: 132).

O liberalismo assim é ideologicamente visto como uma filosofia global, que abrange todos os aspectos da vida na sociedade, e se apresenta como resposta a todos os problemas que se colocam na sociedade, relativos ao respeito da liberdade, das relações entre as pessoas e de sua relação com a verdade.

Trata-se também de uma filosofia social individualista, na medida em que coloca o indivíduo à frente da razão de Estado dos interesses de grupo, das exigências da coletividade (...) Trata-se ainda de uma filosofia da história, de acordo com a qual a história é feita não pelas forças coletivas, mas pelos indivíduos. (Domingues, 1985: 132)

O liberalismo para alguns autores é tido como um disfarce do domínio da burguesia capitalista, impondo seus interesses, seus valores, suas crenças. Nesse sentido se reveste também da capa da democracia, mas o que há na

verdade é uma luta pela soberania burguesa. A esse revestimento democrático, foi dado o nome de neo-liberalismo, que segundo René Remond, historiador francês: apóia-se em dois pilares: o dinheiro e o ensino.

O liberalismo dissimula a contradição quando apresenta essas medidas como instrumento de igualdade social, de melhoramento, do bem-estar, de igualdade de oportunidades.

A isso Faleiros (1995: 41) adverte:

As intervenções do estado nesse setor são explicadas pela relação existente entre a sociedade civil e o órgão do poder que esta sociedade concreta (formação social) proporciona. Nas sociedades capitalistas avançadas, estas medidas de política social, são mediações para reproduzirem a força de trabalho, segundo o projeto da fração hegemônica da burguesia. Entretanto, essas mediações realizadas pelo Estado se limitam e se dinamizam pela força de dominação desta burguesia, e pelas contradições e as exigências das diferentes frações da burguesia e pela força dos movimentos das classes subordinadas da sua capacidade de obter concessões e/ou de constituir alternativas concretas ao poder existente.”

Dessa forma, nenhuma política pública é implementada por doação do estado, mas porque existe uma movimentação das classes menos favorecidas no sentido de alterar o panorama social injusto ao qual é submetida.

O estado liberal é realmente o mentor das políticas públicas, na sua versão original aponta para um mercado de ação espontânea que deveria ocasionar um equilíbrio entre todos os indivíduos, de modo que todos pudessem nele tirar vantagens, pelas vias de livre concorrência, o que sabemos ser impossível, pois na verdade o mercado é disseminador da desigualdade social.

E aí justamente entra a ação do Estado propriamente dito utilizando “medidas sociais” exteriores ao mercado, mas com interesses a ele ligados, ao que Faleiros (1995,42) aponta:

A intervenção não-mercantil do Estado, contribui, com efeito, para a gestão da mão-de-obra, para a criação e melhoramento dos recursos humanos, para a produtividade das empresas, para o estímulo da demanda. Nestas condições, a intervenção “não imediatamente mercantil” favorece contraditoriamente a economia do mercado em seu conjunto.(Faleiros, 1995,42)

Ou seja o apoio que o estado dá as empresas, favorece aos grupos sociais que são beneficiados com a necessidade de manter esse tipo de intervenção: as construtoras que precisam que hajam casas populares é um exemplo de como o Estado beneficia e é beneficiado pela manutenção das políticas públicas, que servem também como uma forma de controle sujeita às crises econômicas e sociais.

Na perspectiva de Keynes, o mercado tem uma dupla ação: estímulo à demanda e subvenção das empresas e por esta mesma razão as relações de produção não são tocadas por estas políticas no que tem de essencial: as relações de exploração.

Assim o Estado aparece como um árbitro neutro, acima dos interesses das classes ou grupos sociais, com a função de interferir nos desajustes ocasionados pela ação do mercado, favorecendo aqueles que foram ou que estão desfavorecidos para que todos possam tirar daí alguma vantagem. Esse é o chamado Estado do bem-estar social.

3.2. O Estado do bem-estar social:

Chamou-se de Estado do Bem Estar Social à parceria entre a política social e apolítica econômica estabelecida por alguns governos capitalistas no período pós-guerra. Assim, a maioria das economias capitalistas experimentou um crescimento econômico sem precedentes, aliado à expansão de programas e sistemas de bem-estar social sustentada por um consenso acerca do estímulo econômico conjugado com segurança e justiça sociais. Teria havido mesmo um "círculo virtuoso" entre a política econômica keynesiana e o *Welfare State*: aquela regula e estimula o crescimento econômico; este por sua vez, arrefece os conflitos sociais e permite a expansão de políticas de corte social, que amenizam tensões e, no terceiro momento, potenciam a produção e a demanda efetiva. (DRAIBE e HENRIQUE, 1997)

O Dicionário inglês, de Oxford, define o Estado do bem-estar como: “uma política de tal modo organizada que cada membro da comunidade tenha assegurado o sujeito que lhe é devido, com as mais vantajosas condições para todos”. Segundo esta concepção o Estado deve assegurar um mínimo, sem

afetar as condições de funcionamento do mercado, onde cada um e todos possam usufruir do maior número possível de vantagens.

Mas como isso não acontece de maneira igualitária, o Estado surge então como o protetor dos mais fracos, introduzindo os direitos sociais que visem estabelecer mecanismos para garantia do mínimo para todos, o individualismo onde cada um deve velar por si mesmo, o direito à acessibilidade aos serviços, a universalização dos direitos sociais, a livre escolha e a cobertura dos riscos sociais.

Nessa perspectiva, surge o sistema de previdência social, que por exemplo, é uma forma de cobrir os riscos inerentes a uma economia de mercado, sujeita à interrupção abrupta da fonte de renda.

Além de protetor do cidadão, o Estado liberal deve cuidar também da paz social e da tranquilidade pública, mas sua contradição reside justamente no fato de ter que interagir entre opostos, sendo assim o palco de batalha entre grupos dominantes e entre esses a classe dominada. Sobre isso Faleiros (1999) aborda:

O Estado é uma relação social...é, ao mesmo tempo, lugar de poder político, um aparelho coercitivo e de integração, uma organização burocrática, uma instância de mediação para a práxis social capaz de organizar o que aparece num determinado território como o interesse geral.(Faleiros, 1999,27)

Assim, sua relação com a economia faz com que seja sujeito a ela, mas também a dominar. A ação hegemônica do Estado vai se dar no sentido de destruir as oposições e resolver os conflitos ocasionados pela pressão das classes populares que não ficam indiferentes diante dessa dominação.

O Estado aqui passa a chamar-se liberal democrático pois, de um lado mediatiza e regulariza as reivindicações populares, e do outro assegura a propriedade privada e a acumulação do capital. Assim, garantindo o clima de paz social, que é exaustivamente veiculado através do discurso ideológico que elimina as diferenças, abre-se caminho para a acumulação capitalista Surge então aí o Estado Neoliberal.

Por cerca de 40 anos essa ação do Estado funciona , mas em muitos países o sintomas da desestruturação do modelo vão se mostrando e a crise

do WelfareState vai se delineando Antecedido pela visão otimista que, do pós-guerra até os 80, compreendia como progressiva e tranqüila a expansão do é vista agora com pessimismo conservadores ou progressistas, de distintos matizes e apelando para diferentes argumentos, tendiam a concordar que aquela que parecia ser a mais importante construção histórica do pós-guerra dos países industrializados — o Estado do Bem-Estar Social — fundado sobre uma particular e fecunda aliança entre as políticas econômica e social, atingira seus limites, esgotara suas potencialidades. A crise, ao pôr a nu todas as tensões estruturais do *WelfareState*, encaminharia necessariamente soluções negadoras daquele, fosse o fim desta forma de regulação e, então, segundo os conservadores, uma volta aos sadios mecanismos do mercado, ou a edificação de uma nova estrutura, segundo os progressistas, mais próxima do que entendiam ser uma sociedade do bem-estar, assentada sobre novo tipo de sociabilidade. (DRAIBE, HENRIQUE, 1987).

Com todas as certezas abaladas a crise impôs restrições e, no plano das políticas sociais, muitos foram os reajustamentos processados. Entretanto, não apenas não se confirmaram as previsões pessimistas como as resistências ao desmantelamento dos mecanismos compensatórios e redistributivos expressaram uma defesa do Estado Protetor não prevista ou, pelo menos, pouco vislumbrada, situação que, se não significa certamente anular a importância dos temas discutidos, tem contudo imposto novos perfis e termos ao debate. Hoje, claramente, a discussão ampliou-se e remeteu as questões para o quadro mais geral das relações Estado-Economia-Sociedade, reduzindo o grau de autonomia com que foi concebida a "crise do WelfareState".

Além de enfrentamento teórico, mas sobretudo político-ideológico, os setores liberais conservadores enfrentam os reajustes propostos pelos setores neoliberais, que impõe aos progressistas a exigência e o desafio de revisão e avanço teórico, num movimento de reflexão cujas potencialidades obviamente estão relacionadas com a capacidade que terão estas correntes de libertarem-se de estreitos e estereotipados marcos anteriores, para efetivamente captarem as atuais tendências de transformação das sociedades capitalistas contemporâneas.

O modelo neoliberal surge pós anos 80 com mais força em resposta a essa crise estabelecida pelo modelo anterior.

3.3. O Estado neoliberal

O momento do sistema capitalista no qual vivemos atualmente está bastante articulado ao que se convencionou chamar de neoliberalismo, uma corrente político-econômica que passou a ser sistematicamente implantada nos países ocidentais em resposta à crise dos anos 1970/1980 e que envolve a maioria dos países capitalistas, mostrando seus impactos em todos os níveis das sociedades: o econômico, obviamente, mas também o social e o político. Tudo indica tratar-se de uma crise profunda, que afeta as estruturas sociais e de poder, mesmo levadas em consideração as claras diferenças nacionais. A aceleração inflacionária, a desorganização do sistema financeiro internacional, as elevadas taxas de desemprego têm imposto reordenamentos econômicos de grande significado e têm trazido consigo profundas alterações tecnológicas, assim como redefinições dos papéis e ações das instituições sociais e políticas. O sentido e os resultados desses desequilíbrios e reordenamentos não estão, ainda, claramente delineados. Por outro lado, os rumos seguidos na resolução dos vários problemas em questão estão condicionados por pressões sociais e conflitos políticos. Finalmente, assim como a crise traz já, em seu bojo, embriões do futuro, também as medidas "anticrise" em curso, de diferentes matizes, determinarão em parte as condições mais ou menos propícias — do ponto de vista econômico, mas sobretudo social — da retomada posterior.

O neoliberalismo, no entanto, não se reduz a pacotes econômicos, tendo grande influência na formulação de políticas públicas de cunho social. A Educação e a Saúde tem sido um dos seus alvos principais. Essa ideologia tem entrado nos ministérios, nas secretarias e em todas as esferas do poder público que convencionou-se a chamar esse momento de ofensiva neoliberal. As premissas da agenda neoliberal giram em torno de princípios como a desregulamentação da economia, a mínima intervenção estatal, a privatização, a redução de impostos, o incentivo à competição e a obtenção de lucro.

Essa ofensiva tem subordinado a Saúde e subordinando-a aos interesses do mercado advogando uma neutralidade política, quando sua intenção, contudo, é dissimular a imensa carga de ideologia que se esconde sob projetos e programas moldados por princípios como produtividade, competitividade, mérito e eficiência.

4. DEFININDO SAÚDE PÚBLICA.

Segundo Leavell e Clark (1976: 6) a saúde pública em sua atividade surge da necessidade de um esforço comunitário no sentido de desenvolver e implantar centros de saúde onde seja enfatizada, a promoção da saúde, a proteção específica e os procedimentos para identificação dos casos e o correto encaminhamento daqueles que tem necessidade de tratamento específico.

Em Winslow (1920 apud Leavell e Clark 1976: 6):

“Saúde pública é a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental e a eficiência através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle de infecção na comunidade, a organização dos serviços médicos e paramédicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde.”

Percebemos nessa situação, implícita a ideologia de um Estado que promove os meios, mas que também coloca para o cidadão a responsabilidade desses meios darem ou não certo. É nesse contexto de necessidade de uma medicina preventiva que surgem as políticas de saúde pública no Brasil.

Terris (1992, p.81) atualiza a clássica definição de saúde pública elaborada por Winslow, na década de vinte, nos seguintes termos: "a arte e a ciência de prevenir a doença e a incapacidade, prolongar a vida e promover a saúde física e mental mediante os esforços organizados da comunidade". A partir dessa concepção, esse autor prescreve quatro tarefas básicas para a teoria e a prática de uma "Nova Saúde Pública": prevenção das doenças não infecciosas, prevenção das doenças infecciosas, promoção da saúde, melhoria da atenção médica e da reabilitação.

Para Vasconcelos (2000) A saúde pública está inserida no campo das políticas públicas de responsabilidade pública e como direito social, entendida como uma política social de proteção à pessoa. De acordo com a época e o funcionamento das cidades e de seus habitantes, vai se definindo o trabalho de Saúde Pública, surgindo da necessidade de compreender a vida comunitária, seus costumes, formas de sociabilidade, diversidade dos modos de vida, conformando-se assim nas suas formas de assistência e proteção.

Tarride (1998) descreveu a diversidade de concepções em relação à Saúde Pública, citando e dividindo os autores entre aqueles que estendem o atendimento à saúde em atendimento ao indivíduo e à família realizado pelo médico particular e aqueles que realizam atendimento em grupos e comunidades por sanitaristas que consideram a Saúde Pública uma área em que discussões como pobreza, falta de oportunidades, economia global estão tomando cada dia mais afrente das discussões.

O termo Saúde Pública assim vem paulatinamente sendo substituído pela terminologia Saúde Coletiva. Nunes (1996, apud CAMPOS, 2000) descreveu que o termo Saúde Coletiva passou a ser utilizado, no Brasil, em 1979, quando um grupo de profissionais, oriundos da saúde pública e da medicina preventiva e social procuraram fundar um campo científico com uma orientação teórica, metodológica e política que privilegiava o social como categoria analítica. Agudelo e Nunes (1991), ainda que reconhecendo o papel decisivo do movimento da saúde coletiva no Brasil e em outros países da América do Sul, na incorporação do social à temática da saúde, não deixaram de apontar que tampouco esta expressão tem podido resolver totalmente a insuficiência das denominações em questão.

Para Carvalho (1996, apud CAMPOS 2000) a saúde coletiva, ao incorporar o social ao pensamento sanitário, tendeu a fazê-lo segundo cânones objetivistas preconizados pela escola estruturalista e pela tradição marxista: a subjetividade aqui admitida é aquela que brota da necessidade coletiva e que se organiza em sujeitos coletivos - no Estado, no partido, nas organizações classistas e comunitárias...

De fato, apesar de autores tão influentes como Testa (1993) e Donnangelo (1976) haverem divulgado análises em que a saúde pública aparecia como construção histórica e o exercício profissional como prática social, não há como não concordar com Carvalho quando aponta que o saber dominante em saúde coletiva tendeu a subestimar a importância dos sujeitos na construção do cotidiano e da vida institucional.

Ainda em Campos, (2000) Finalmente, caberia reconhecer a tendência da saúde coletiva em confundir-se com todo o campo da saúde. Tal tendência indicaria uma visão de mundo fundada em categorias absolutas e transcendentais. Para alguns, a saúde coletiva se constitui numa espécie de metadiscurso supostamente capaz de criticar e reconstruir saberes e processos concretos de produção de saúde. Nesse sentido, ela forneceria metaexplicações auto-suficientes sobre a tríade saúde, doença e intervenção. Por outro lado, seu discurso constitutivo tenderia a hipervalorizar a determinação social dos processos saúde/doença, desqualificando os fatores de ordem subjetiva e biológica. Neste caso, a saúde coletiva não é vista como um modo de intervenção sobre o real mas como um novo paradigma ou um modelo alternativo aos demais.

O modelo denominado de vigilância em saúde (Mendes, 1993), por exemplo, proclama-se vinculado a um novo paradigma, o da *promoção à saúde*, imaginando que a incorporação do social à análise dos processos saúde e doença criaria práticas distintas, senão antagônicas, àquelas baseadas na história natural. Um novo modo de se produzir saúde, que negaria o *modelo clínico* e não um modo entre outros não necessariamente equivalentes, porém úteis, cada uma dentro de seus limites e especificidade.

Ainda em Campos (2000) A saúde coletiva deveria escapar aos limites do positivismo e do estruturalismo, articulando teorias e práticas do campo da política e da gestão com saberes e experiências originários da psicanálise, pedagogia e análise institucional. Combinar política, gestão e epidemiologia (disciplinas que fazem parte da tradição da saúde coletiva) com clínica, psicanálise, pedagogia e análise institucional. Aqui reside a proposta dos CAPS, que serão desenhadas a seguir.

4.1. Políticas Públicas de Saúde e Brasil.

É dentro do contexto do Estado do Bem Estar Social que vamos entender o conceito de políticas públicas de saúde tal qual entendido atualmente. No Brasil, as consequências do modelo neoliberal, desqualificou os serviços públicos, incentivou o surgimento do SUS e privilegiou a previdência privada bem como o modelo assistencial-médico privatista, que contrariando os pressupostos de uma política pública, esbarra na questão central dos governos da Nova República que é a estabilização monetária.

O período da Nova República inicia com a transição democrática, através do restabelecimento de eleições diretas em todo o território nacional e a convocação de uma nova constituição, com o fim de fundar um novo consenso político e social para o país após o fim do ciclo ditatorial. O desafio na área econômica era a contenção da inflação, e para tanto vários planos foram implementados, cujas consequências repercutem em alguns setores até os dias atuais.

Em relação ao setor saúde, o governo anunciou a crise econômica e sua incapacidade de financiá-la, intensificando o debate nos movimentos sociais, nas categorias profissionais e no campo acadêmico, comprometidos com mudanças sociais. Denunciaram as condições de saúde da população e propuseram alternativas para a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tendo como componentes essenciais a descentralização, a universalização, participação da população e a unificação no setor.

Segundo (Aglietta 1991: 14, apud Paim 2002: 401):

“Não surpreende, pois, que a crise da organização do trabalho seja simultaneamente o momento de uma ofensiva geral da classe capitalista para reduzir os gastos sociais e uma época de perturbações financeiras para os organismos públicos. Todos esses fenômenos são manifestações inelutáveis de uma

crise de reprodução da relação salarial.(Aglietta 1991: 14, apud Paim 2002: 401):

Ou seja, nunca foi tão incentivada a assistência médica privada, quanto no momento em que notadamente, baixa o poder aquisitivo do individuo e quando mais se proliferam os programas de saúde pública.

Nesse sentido, Paim (2002: 01) alerta:

“Um dos desafios das políticas públicas é trazer para o projeto assistencial os valores enunciados como universalidade, equidade, solidariedade, participação, integralidade, ética, qualidade etc...”Paim (2002: 01)

Paim coloca que, o destino das políticas públicas no caso principal da Reforma Sanitária e da redefinição dos modelos assistenciais está associado à redefinição do papel do Estado, de acordo com as transformações da base produtiva e as novas formas de acumulação do capital (sob a hegemonia do financeiro) e, de outro, o que ainda resistir de cidadania e mobilização popular.

“A transformação capitalista ao nível das políticas públicas e sociais, consiste, justamente na mercantilização dos serviços e dos benefícios, num só movimento, em que a produção dos benefícios e serviços consome mercadorias, obriga à compra de mercadorias e coloca o homem como mercadoria.” Faleiros 1999: 60)

Esse processo se manifesta pela privatização ou pelo apoio dado pelo Estado à rentabilização dos empreendimentos privados de saúde, educação, habitação. O Estado realiza suas políticas por uma série de intermediários, numa “simbiose entre o público e o privado” (Faleiros: 1999) com a associação direta às multinacionais, seja pela compra e controle de tecnologia empregada, seja pelo controle direto da propriedade das empresas sociais.

Como o financiamento das políticas de tratamento de saúde, aposentadoria, acidentes de trabalho, provém da contribuição dos trabalhadores (direta ou indiretamente), os serviços privados atendem uma clientela proveniente das classes burguesas ou pequeno-burguesas e são financiados pela contribuição do Estado que advém dos trabalhadores.

“A maioria das medidas de políticas sociais e públicas realizam uma transferência de recursos, dos mais pobres aos mais ricos. É verdade que as medidas de assistência realizam uma certa redistribuição da renda, mas limitadas sempre a um nível mínimo, a uma clientela, restrita e com um controle rígido.” (Faleiros 1999: 62).

Entendida dessa forma, não se pode pensar em políticas públicas sem a efetiva participação da comunidade, no sentido de cobrar as informações e os direitos que a cidadania lhe outorga. O próprio governo brasileiro definiu na Conferência da Organização Mundial de Saúde em 1986 no Canadá como : “promoção de saúde é o nome que se dá ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde incluindo uma maior participação no controle desse processo.” (www.saude.gov.br/programas/pes.2001).

No mesmo ano de 1986 foi realizado com ampla participação de trabalhadores, governos, usuários e parte dos prestadores dos serviços de saúde a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília que deu as bases para a formatação da Constituição Nacional, onde as políticas públicas de saúde passam por um processo reformador do setor de saúde “definidas como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Democracia é Saúde” representou um dos acontecimentos mais significativos de sedimentação das propostas que vinham sendo construídas e de encaminhamento para uma legitimidade social e política na área da saúde. As diretrizes desta Conferência são resultantes da produção crítica sobre o setor saúde, onde diferentes forças sociais construíram o movimento da Reforma Sanitária, entendido como “um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional [...], cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado” (TEIXEIRA, 1989, p. 39).

Em 1988, a Constituição Brasileira foi aprovada trazendo pela primeira vez um capítulo sobre saúde, que entre outras providências criou o SUS (Sistema Único de Saúde) que levou às críticas especializadas a considerá-la (a Constituição) como uma das mais avançadas do mundo, mas infelizmente, essa avaliação não foi garantida para que as suas propostas “inovadoras” fossem seguidas à risca. O significado inovador do movimento da reforma sanitária foi sua proposta de ruptura com a forma histórica de constituição da política de saúde no Brasil: centralizadora, autoritária, privatista, hospitalocêntrica, meritocrática e residual. No processo de histórico de constituição do SUS no país, um esforço relevante de mudança foi a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), cujas diretrizes estavam alicerçadas nos princípios constituídos pelo movimento da Reforma Sanitária, como universalização, integralidade, regionalização e descentralização das ações de saúde.

4.2. Políticas públicas : desigualdades e possibilidades:

Estudos sobre a desigualdade social na América Latina apontam o Brasil como um caso *sui generis* para estudá-la, pois, além de possuir uma grande parte da população pobre da América Latina, possui também o grande potencial para erradicá-la.

Acerca disso Néri (2002) coloca:

“O relativamente alto PIB per capita brasileiro, combinado com o alto grau de desigualdade da renda, gera condições favoráveis para o desenho de políticas redistributivas. Esse potencial é exemplificado pela alta sensibilidade dos índices de desigualdade e pobreza, e mudanças em certos instrumentos de política (por exemplo mudanças no salário mínimo e nas taxas de inflação). Por outro lado, talvez devido a instabilidades anteriores, o Brasil não tenha avançado muito na implementação de políticas estruturais de combate à pobreza e desigualdade.”

E continua, afirmando que, quanto à provisão de saúde pública, é importante ressaltar que a extensão desse tipo de benefício à população tende a afetar a produtividade e a renda do indivíduo.

O uso dos serviços de saúde segundo pesquisas, mostra que a proporção dos indivíduos que procuram os serviços de saúde aumentam de acordo com a renda do indivíduo. Apesar de necessitarem mais, os indivíduos de menor poder aquisitivo, tendem a consumir menos esses serviços e que indivíduos mais pobres tendem a procurar mais os serviços de saúde por problemas de doença, e não por motivos de prevenção ou exames de rotina, como observado no contingente de maior poder aquisitivo.

A proposta de descentralização da saúde é considerada por alguns pesquisadores como um processo que realmente contribui para que o quadro melhorasse, só não chegou a melhores níveis em função da heterogeneidade do país, que fez com que a política do SUS fosse marcada por procedimentos clientelísticos, patrimonialistas, associados ao tráfico de influências no exercício da política pública e muito arraigados na cultura política e institucional (www.comciencia.br/reportagem/ppublicas/pp06.htm).

É inegável, que em muitos municípios a descentralização da saúde melhorou a expansão e ofertas de serviços com a injeção dos recursos (agora responsabilidade dos estados e municípios) que em alguns municípios foi aplicado com umbridade. Mas existe também o desinteresse de muitos estados e municípios, além dos casos em que os recursos da saúde são utilizados incoerentemente.

“A falta de investimento de muitos estados e municípios, principalmente nas ações de prevenção, formação e desenvolvimento dos recursos humanos, levou vários municípios do país a enfrentarem verdadeiras epidemias, sem que seus hospitais estivessem preparados para receber os doentes. Um exemplo a ser citado é o episódio da dengue, no qual a falta de estrutura para agir na prevenção, mediante a eliminação do mosquito transmissor, levou muitos lugares a um verdadeiro “estado” de calamidade pública.” (www.comciencia.br/reportagens/ppublicas/pp06htm).

Dessa forma percebemos que a rede de culpados pela ineficácia das políticas públicas em saúde é ampliada e que se dá em todos os níveis desde o municipal até o federal, mas sobretudo é ineficiente dentro de um contexto de ineficiência institucionalizada do país.

Diante do modelo econômico que está aí, seria ilusório e romântico refutar a necessidade das políticas públicas, mesmo quando já sabemos que elas resguardam o autoritarismo das classes dominantes e que escondem sob a égide da democracia uma ideologia baseada na lei do mais forte e na legitimação das desigualdades.

Por isso mesmo, a criação de políticas sociais torna-se um mal necessário no contexto capitalista, em que vivemos, mas só vão ser possíveis se o âmbito público for revalorizado com a compreensão de que o mercado não funciona bem se o social se decompõe paulatinamente.

No relatório da 10^a Conferência Nacional de Saúde, os participantes decidiram defender a luta pela implantação de políticas públicas que garantam os direitos de cidadania e uma sociedade mais justa baseada nos seguintes pontos:

- .1..Garantia dos direitos sociais, assim entendidos o emprego, a moradia, a saúde, a ..educação, a alimentação e outros;
2. Resgate dos compromissos com a vida e com a Reforma Sanitária, desnudando e enfrentando o Neoliberalismo;
- 3.Vinculação da luta pela saúde e pela qualidade de vida às grandes lutas nacionais;
- 4.Resgate da solidariedade humana e dos aspectos afetivos do homem e da mulher, contrapondo-se a uma sociedade consumista, excludente e individualista.

(www.datasus.gov.br/cns/REL10/1.SAUDE.htm).

Alcançar essas metas é, sobretudo, romper com a capitalização da saúde, e com os que “conspiram contra os princípios da universalidade, equidade e integralidade na atenção à saúde consagrados na Constituição” (PAIM, 1992: 40).

É trazer a máquina estatal que atende aos interesses das classes dominantes para a sua real vocação, é deliberar para estados e municípios suas responsabilidades no que diz respeito à assistência à saúde, é promover através de ações e programas educativos o acesso da população ao

conhecimento das políticas sociais e mais que isso, possibilitar o pleno acesso e participação da sociedade na projeção e deliberação dos projetos e programas governamentais que interfiram na qualidade de vida dos mesmos.

O compromisso profissional é antes de tudo um compromisso com o ser humano, no sentido de viabilizar através de nossa interferência técnica as condições em nível micro, (porém no da efetivação) que o acesso seja universal, justo e eqüitativo.

Se na perspectiva do capitalismo, a política pública fragmenta e separa, gerando desigualdade entre as classes e favorecendo a acumulação do capital e a legitimação do Estado, só mesmo na perspectiva do humano, da solidariedade, que esse quadro poderá ser revertido, para tanto, só a educação pode fazer a diferença.

4.3. Avaliando as políticas públicas.

A performance de baixo crescimento com aceleração inflacionária e desequilíbrios financeiros dos Estados parece ter gerado um conflito entre política econômica e política social destruindo aquele "círculo virtuoso do pós-guerra". Mais ainda, parece ter sido definitivamente abalado o consenso quanto à possibilidade de se assegurar o crescimento econômico conjugado com a tentativa de contrastar a tendência à desigualdade e injustiça sociais através de transferências de renda e gastos de governos. Do mesmo modo, pareceria ter diminuído a crença na capacidade de gerenciamento, pelo Estado, dos vários desequilíbrios, dado o declínio mesmo da capacidade de governar, seja por envelhecimento dos mecanismos de política, seja pela profunda crise de confiança que afeta a relação governantes-governados (Dror, 1981). A projeção de uma Sociedade do Bem-Estar, baseada nas análises que identificavam o WelfareState com uma mudança estrutural da sociedade capitalista, revelaria, hoje, a face excessivamente otimista que se manifestara ao longo dos anos 50-60.

De acordo com DRAIBE e HENRIQUE (1987):

Três ordens de questões têm, em geral presidido os estudos e debates sobre a crise do WelfareState:

- quais são as medidas necessárias para superar a crise? Inclui-se aqui a necessidade de reexaminar o papel e instrumentos de políticas, dada a aparente inadequação tanto das políticas sociais tradicionais quanto das políticas econômicas keynesianas;
- quais as alterações de longo prazo necessárias para enfrentar as transformações em curso (as tecnológicas, mas também, as de valores)? Inclui-se o reexame do papel do Estado, das instituições e grupos sociais; da estrutura e práticas das organizações e dos processos decisórios;
- como obter recursos para promover as alterações necessárias, não só os financeiros, mas também e sobretudo os políticos, dada a erosão do consenso social prévio?(DRAIBE e HENRIQUE)(1987):

É unânime afirmar que a crise econômica atual vem destruindo as bases de financiamento dos gastos sociais: seja pela diminuição das receitas e/ou das contribuições sociais, provocadas pela redução da atividade econômica, seja pelas pressões advindas do desemprego crescente e da aceleração inflacionária, que elevam os custos e despesas sociais. Desta forma, os Estados vêm sendo cada vez mais incapazes, de responder às exigências financeiras impostas pelos programas atuais.

Entende-se aqui assim que avaliar a eficiência das políticas públicas está sempre relacionado ao fato de analisar o esforço do governo em implementá-la e os resultados alcançados. No caso da saúde, a disponibilidade de informações é grande, pois o próprio governo se encarrega de formular as pesquisas o que acontece também com a educação, e é uma forma que o próprio governo pode prestar contas à sociedade pelo uso de recursos que são públicos.

Arretche (2000) afirma:

Do ponto de vista do cidadão, a avaliação permite o controle social sobre o uso de recursos que são, em última instância, da sociedade. Em segundo lugar, o emprego mais eficiente de recursos públicos implica, na prática, a maximização de recursos, na medida em que tem como consequência, que um maior número de beneficiários pode ser atingido com o mesmo volume de recursos. Somente as avaliações tecnicamente bem

feitas podem responder com segurança a questões desta natureza. Arretche(2000).

Sem dúvida a grande falha na implementação das políticas públicas é o centralismo estrutural de nossas instituições, bem como o conservadorismo e resistência à mudança. Além disso, as fraudes e a corrupção também colaboram no sentido de dificultar esse processo. Mas alguns analistas políticos mais otimistas apontam que há fortes tendências no sentido de uma maior descentralização, à participação do cidadão sob forma de conselhos os mais diversos, à introdução de mecanismos regulatórios estatais e assim por diante.

No entanto, a grande maioria dos cientistas políticos são unânimes ao analisar o caso do Brasil, especificamente, que, como todos os países em desenvolvimento que vivem o que chamam de fenômeno de decomposição do capitalismo (Beluzzo: 2000) e onde na verdade há uma crise da proteção social idealizada pelo liberalismo, as chances de reverter o quadro caótico de desigualdade no acesso aos serviços sociais e às políticas públicas são mínimas.

A incapacidade das economias periféricas de rearticularem as suas políticas públicas internas está diretamente ligada ao fato de haver um "americanocentrismo" que concentra todas as fontes de crescimento nos Estados Unidos, gerando uma terceiromundialização da economia, que gera todo o caos social que vivenciamos.

5. O CASO DA SAÚDE MENTAL

Através dos estudos científicos, pode-se ter melhores esclarecimentos sobre os transtornos mentais, mas há séculos atrás, estes problemas psíquicos foi tratado de forma bastante distinta. Philippe Pinel, um dos precursores da ciência que estudou o transtorno mental em pessoas confinadas e escrevia artigos sobre suas observações. Em 1792, ao tornar-se médico chefe do asilo, realizou sua primeira grande reforma, ao tirar as correntes dos pacientes para lhes proporcionar dignidade, deixando a sociedade e a classe médica assustada frente a seus atos. Em 1803, foi eleito membro do Institut de France, logo após, professor de Patologia da Escola de Medicina de Paris. Em sua trajetória, também foi diretor do Hospital da Salpêtrière que tornou-se um dos mais conhecidos estabelecimentos neuropsiquiátricos do mundo. Este médico, foi revolucionário no método de tratamento dos deficientes intelectuais. Para a França Revolucionária, privilegiava-se o refinamento literário, característico da Europa do séc. XVIII e início do séc. XIX, onde, predominaram as concepções de humanismo e liberalismo, de forte influência Iluminista. Assim, os médicos passaram a diagnosticar através de estresses sociais e psicológicos, e também a danos hereditários, sendo que tais enfermidades decorreriam de alterações patológicas no cérebro. Portanto, banuiu tratamentos antigos, tais como sangrias, vômitos, purgações e ventosas, preferindo terapias que incluíssem a aproximação e o contato amigável com o paciente, proporcionando-lhes um programa de atividades ocupacionais, onde vigorou tratamento digno e respeitoso.

No século XVII, na Europa, Pinel foi o primeiro a elaborar uma classificação, tornando como matéria de conhecimento objetivo e quantitativo

para os estudiosos da época, constituiu extraordinário avanço da psiquiatria, utilizando como principal método a observação e a análise de seus pacientes.

Na primeira obra do autor, *Nosographiephilosophique* (1798) destinada à classificação das doenças, distinguiu várias psicoses e descreveu, dentre outros fenômenos, alucinações, isolamentos, e uma variedade de outros sintomas, o que lhe rendeu grande projeção. Seu principal livro, um dos clássicos da psiquiatria, *Traité médico-philosophiquesurl'aliénationmentale ou lamanie*(1801), discutiu sua abordagem psicologicamente orientada. Pode-se dizer que, Philippe Pinel, distinguiu-se pelas inovações que introduziu e sua orientação foi visivelmente psicológica, suas ideias características de sua época, do Iluminismo e das tendências promovidas pela Revolução Francesa: igualdade, liberdade e fraternidade.

A Psicologia, tendo em vista o momento em que as ciências físico-químicas e biológicas monopolizavam as atenções, adotou, com a contribuição de Pinel, um modelo de cientificidade, inspirado no marco referencial Galileico-Baconiano, uma nova epistemologia e uma nova visão do homem que, em determinadas circunstâncias da vida e de sua conflitualidade, expressa o sofrimento humano através da mente e da alma. Dessa forma, a psicologia na metade do século XIX, aprendeu a considerar o seu material de estudo como parte da natureza, e a tentar explicá-lo em termos naturais, ou seja, a psicologia tornou-se capaz de se constituir uma ciência, tanto na matéria como no método, faltando pouco para passar a ser experimental tarefa empreendida por Wundt, em Leipzig, ao criar o primeiro laboratório de psicologia. Assim, por qualquer lado que se olhe a vida e a obra desse extraordinário psiquiatra-psicólogo, vamos encontrar sempre a marca de alguém que revolucionou a concepção de loucura de um tempo e promoveu um caminho de humanização e de libertação para o enfermo mental, inscrevendo-o nos mais nobres ideários da modernidade: dignidade e liberdade! O moderno movimento de humanização dos manicômios, a que estão engajados os organismos de ponta da evolução social, não podem esquecer, na sua trajetória de luta, que o seu representante primeiro, foi, sem sombra de dúvida, Philippe Pinel.

Já no século XIX, a crítica política do internamento, do século XVIII, não funcionou no sentido de uma libertação da loucura, permitindo aos alienados uma atenção mais filantrópica, unindo a loucura ao internamento, havendo uma grande ligação quanto aos conceitos da teoria médica e o espaço do internamento, surgindo essa relação, posteriormente dada como natural, mas que era totalmente estranha ao Classicismo, entre medicina e internamento.

Para Foucault (1997, p. 399), o fato de haver tomado suas distâncias, de ter-se tornado enfim uma forma delimitável do mundo perturbado do desatino, não libertou a loucura, e, entre ela e o internamento estabeleceu-se uma profunda ligação, um elo quase essencial. Essa ligação não ocorreu pelo progresso alcançado através do estatuto médico em direção à aquisição do conhecimento da loucura, mas foi possível através de um medo, de todo um simbolismo do Impuro, causando entusiasmo nos aspectos morais e físicos. Nesta concepção do Impuro e não por um aperfeiçoamento do conhecimento, que o desatino foi confrontado com o pensamento médico e isolado da loucura.

Segundo Vieira (2007 p 6), internamento é importante para Foucault por tais motivos: primeiro, por ser a estrutura mais visível da experiência clássica da loucura, e segundo, pois será exatamente o internamento que provocará o escândalo quando essa experiência desaparecer, no século XIX, tendo como exemplo, Pinel ou Tuke, surgir a ideia de libertação dos loucos do internamento produzido pelo século XVII. Mas, ao contrário de fazer a história dessa suposta “libertação”, Foucault, prestará atenção à racionalidade própria desse internamento, tentando entender os seus mecanismos e as suas práticas específicas.

O internamento, tornou-se relevante ao tratamento do indivíduo, faz parte do quadro terapêutico através do reajustamento político, social e moral da relação entre loucura e desatino que a medicina poderá abranger todas as experiências da loucura. Portanto, esclarece a origem da loucura produzida pela psicologia do século XIX, que não surgiu da humanização da justiça e de suas práticas, mas de uma exigência moral e de uma preservação de cultura. Enfim, essa psicologia, provém de uma reorganização da consciência social.

Assim sendo, surge uma nova visão em relação à loucura, segue-se as regras da razão e moral, ou seja, o respeito perante o próximo. Através do tratamento e estudo para a cura das doenças nervosas, haverá a possibilidade de uma psiquiatria da observação, de um internamento de aspecto hospitalar e do diálogo do louco com o médico, favorecendo um ambiente harmônico entre ambas as partes no decorrer do tratamento. Desde então, um conjunto de reivindicações, legislações e adoção de novas modalidades de atenção em saúde mental vêm sendo implantadas, tanto pela ação de agentes sociais como pelo Estado. A contradição dos movimentos e processos em diferentes estágios da vida social traduz-se na historicidade sobretudo na ênfase no modelo político-econômico categoria analítica central neste estudo. As mudanças nas sociedades são permanentes, sendo importante verificar os rumos que estas provocam em relação a determinados aspectos de interesse à sociedade.

5.1. Políticas sociais em saúde

As políticas públicas sociais são constituídas a partir de um determinado modo de a sociedade conceber e explicar fenômenos sociais para que a ação pública se efetive com seus dispositivos legais e de gestão. A política setorial da saúde e sua especificidade de saúde mental foram gestadas no teor, ritmo e tempo característicos da formação e consolidação do Estado brasileiro ao longo do século XX, particularidades que as moldam com feições dinâmicas e contraditórias.

O interesse em analisar a política de saúde mental brasileira está no fato de que esta passou por uma revisão crítica ao modelo hegemônico existente até meados dos anos 1980. Sua perspectiva contemporânea é fruto do movimento da reforma psiquiátrica, concebida no bojo da Reforma Sanitária e instalada no contexto do debate sobre a Reforma do Estado no Brasil nos anos 1990. Entende-se como reforma psiquiátrica o processo de reversão do modo manicomial e hospitalocêntrico de lidar com o fenômeno do transtorno mental e do sofrimento psíquico, com a centralidade da cidadania dos sujeitos, estes inseridos numa histórica e determinada sociedade (DIAS, 2007).

Historicamente falando a psiquiatria brasileira nasceu na Praia Vermelha, Rio de Janeiro, em um prédio onde surgiu o primeiro hospital psiquiátrico da América Latina, o Hospício de Pedro II, fundado em 05 de dezembro de 1852. Após a proclamação da República, passou a chamar-se Hospital Nacional de Alienados, nome que manteve até ser extinto, em 1944. Neste prédio, atualmente funciona a Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro.(Ramos e Geremias(2006) apud DIAS 2007)

A história do Instituto Philippe Pinel começou em 13 de janeiro de 1937, quando nasceu com o nome de Instituto de Neurosífilis e fazia parte do complexo psiquiátrico da Praia Vermelha, juntamente com o Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil, o IPUB. Em 1965, foi batizado como Hospital Pinel, homenageando o fundador da psiquiatria, Philippe Pinel, que após algumas décadas, ganhou seu nome atual, especificamente em 1994. Atualmente, o Instituto Philippe Pinel é responsável pela realização integrada de assistência, ensino especializado e pesquisa na área de saúde mental, além de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico: Laboratório de Análises Clínicas, Orientação Nutricional, Serviço de Farmácia e de Arquivo e Documentação Científica. Entre os objetivos principais da instituição estão ações de produção técnico-científica, de formação e de capacitação de pessoal qualificado, planejadas e realizadas pelo Centro de Estudos. A qualidade dessas atividades, tem feito do Instituto Philippe Pinel um modelo de referência para outras instituições.

A partir de 1920, a ordem social foi se constituindo para a formação do Estado, iniciando estratégias de ampliação de serviço em saúde pública, políticas sociais começaram a serem esboçadas para enfrentar epidemias e a loucura no Brasil. Com o rápido desenvolvimento do processo de urbanização em precárias condições de higiene, sob comando do capital industrial, o Estado passou a adotar uma política de saúde dividida entre saúde pública e medicina previdenciária.

Segundo Carletto, Abelha, Silva, (2011), em 1923, através da Lei Elói Chaves, surgiu a Previdência Social no Brasil, a qual criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), sendo mantida sob regulação do estado,

mas organizadas por empresas. Os CAPs não possuíam boa estrutura, pois tinha poucos contribuintes e funcionava em regime de capitalização, também, tinha hipóteses demográficas de parâmetros inseguros e insuficiência na concessão de benefícios, possibilitando o aumento de fraudes. Na década seguinte, o presidente da República, Getúlio Vargas, deu impulso a uma reestruturação, substituindo as aposentadorias das CAPs por Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que eram autarquias de nível nacional centralizadas no governo federal, assim, difere do CAPs que se sustentava por empresas, e com a filiação deste instituto era por categorias profissionais. Nos anos seguintes, surgiram muitos outros institutos, porém, os serviços médicos deste setor não atendia a assistência psiquiátrica, até o final da década de 1950, por haver carência em estudos científicos abrangentes à medicina.

Segundo Carletto e Silva (2010 p 193), nesta época classista, além da vigência dos IAPs, houve a criação do Instituto Nacional de Previdência social (INPS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), contudo, todos esses Institutos foram extintos após a Constituição Federal de 1988, a qual estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS) e ao atual sistema previdenciário brasileiro. Porém, em 1970, houve uma tendência para a privatização da assistência médica previdenciária.

Já em 1982 O Inamps, responsável pelo pagamento das internações, faz um diagnóstico das internações psiquiátricas no Brasil, concluindo que estas cresceram 15% ao ano desde a década de 1970, com indicações desnecessárias, manipulações de diagnósticos para fins de ampliação de prazos de internação e uso do expediente de dar alta seguida de imediata reinternação. A Portaria nº. 3.108 foi lançada para regular mudanças no modelo assistencial em saúde mental, calcadas nos seguintes princípios: a) ser predominantemente extra-hospitalar, b) ser exercida por equipe multidisciplinar, c) incluir-se numa estratégia de atenção primária de saúde, d) utilizar recursos intermediários entre o ambulatório e a internação integral, como hospital-dia, hospital-noite, pré-internação, pensão e oficina protegidas, e) restringir a internação aos casos estritamente necessários, f) promover a implantação

progressiva de pequenas unidades psiquiátricas em hospitais gerais (BRASIL, 1982).

Conforme Silva, Barros, Oliveira (2002, p 5, 6) na década de 1980, a sociedade brasileira passou por um processo de democratização política, período da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, tendo em pauta a instituição de um sistema único de saúde e a relação entre a saúde pública e a sociedade. Neste período de reivindicações, a sociedade civil lutou também pelo amplo processo de Reforma Sanitária, incluindo articulações no Movimento pela Reforma Psiquiátrica, sendo representado pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), com a participação dos usuários e seus familiares, representando o Movimento de Luta Antimanicomial da atualidade, que anseia pela Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, todo esse movimento democrático pela reforma psiquiátrica no Brasil, defende um tratamento para as pessoas com transtorno mental, voltado para a assistência médica com proximidade entre paciente e médico, acessibilidade aos medicamentos, recuperação da dignidade moral, liberdade e a ressocialização.

Para Silva (2002, Apud Barros 1996), essa reflexão no Brasil:

Acentuou-se depois da Conferência para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina em Caracas, em 1990, quando se reconheceu a ineficiência e ineficácia do Hospital Psiquiátrico; rejeitou-se essa modalidade de assistência ao doente mental; evidenciou-se a urgência de reestruturação da atenção psiquiátrica e recomendou-se a revisão e adequação da legislação sobre o assunto, de modo a garantir os direitos de cidadania aos doentes mentais. A mesma autora lembra que, nesse sentido, os Relatórios da I e II Conferência Nacional de Saúde Mental, nortearam o Plano de Trabalho/1994, da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde — COSAM, propondo a substituição progressiva do modelo asilar por uma rede de assistência diversificada. Estas orientações permitiram iniciativas como: a criação dos Centros de Atenção Psicossocial — Caps e dos Núcleos de Atenção Psicossocial-Naps com práticas transformadoras...”

Para Carletto e Silva (2010, p 201, 202) em 1990, o SUS instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever do Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988. O SUS, tem

como objetivo a saúde em geral, para o exercício pleno da cidadania, partindo dos serviços preventivos de vigilância sanitária, até a permanência na proteção da saúde de todo cidadão. É um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, o qual abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país, amparado para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. A Lei nº 8.080 – Lei Orgânica da Saúde (LOS), salienta em seu artigo 2º, que a saúde é um direito fundamental de todos, devendo o Estado prover as condições necessárias ao seu pleno exercício, por meio de políticas públicas.

Ainda Carletto e Silva (2010, p 211) a assistência social também faz parte da Constituição Federal de 1988, porém, estruturada a partir de 1993 através da Lei nº 8.742, Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), a qual compõe o sistema da Seguridade Social e que consolida com a implantação do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), em 2004. Diante do que é preconizada em Lei, redefine-se a tradição do assistencialismo originado da igreja católica, acionado através do estado como política de assistência social não apenas ao acesso dos direitos sociais à população em vulnerabilidade, mas também pela eliminação do estigma de intolerância da sociedade às pessoas com transtornos mentais.

A escolha do conteúdo apresentada pelo movimento da reforma psiquiátrica, que tem como centro de atenção a pessoa, norteia o atendimento. Assim, busca a total integração do paciente ao seu ambiente social, através do Serviço de Reabilitação Psicossocial, oferecendo-lhe atividades aliadas ao atendimento terapêutico adequado às suas necessidades. De acordo com o portal de saúde do SUS, a Reforma Psiquiátrica é uma grande mudança que garante o acesso das pessoas aos serviços de atendimento público em saúde mental, tendo como diretriz o respeito aos seus direitos e à sua liberdade. A Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, ampara essa reforma, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem

qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

De acordo com portal do SUS (2007), Diante deste contexto, um novo parâmetro de atendimento é realizado em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais e Centros de Convivência. Sendo assim, os grandes hospitais psiquiátricos serão substituídos e as internações serão feitas em hospitais gerais ou no próprio CAPS/24 horas, quando necessárias. Portanto, as políticas sociais são mecanismos históricos de mobilização da sociedade brasileira, para influir no processo de construção da democracia em nosso país.

Porém, o último decênio do século XX no Brasil vai representar um momento histórico cheio de contradições. A conquista do direito da escolha livre de seus governantes e a construção de um consenso mínimo sobre direitos sociais a serem efetivados ocorreram no contexto de ajuste econômico e de reforma das estruturas do Estado, implicando na retração do financiamento das políticas sociais e no agravamento das históricas desigualdades sociais. Uma vez que o princípio da universalização está cindido, com as políticas de saúde optando pelos mais pobres para terem acesso, e assim a noção de direito pleno está desconstituída. Contudo, esta situação é resultante da histórica inserção dos interesses privados no setor, que disputam com os anseios da população em ter seus direitos sociais garantidos, realidade que a sociedade brasileira vem mediando ao longo de sua história política e econômica. Estas desigualdades sociais comprometem a atenção à saúde mental total e colocam em risco alguns poucos passos em direção à tão falada inclusão social das pessoas com transtornos.

5.2.CAPS , uma nova estrutura terapêutica

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram constituídos pela Lei 10.216, de 06/04/2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” e pela Portaria Nº 336/GM, de 19/02/2002.

Esses dispositivos visam a garantir um atendimento de qualidade a pessoas com transtornos mentais próximos ao local onde vivem

O CAPS é um centro de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros. Seu objetivo é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Esta instituição, entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, tem valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos, por isso, visa: (Ministério da Saúde, 2004)

- Prestar atendimento em regime de atenção diária;
- Gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. O CAPS I, também tem a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2004), em 1986, foi inaugurado o primeiro CAPS do Brasil, em São Paulo, logo após, surgiram inúmeros outros

CAPS por todo o país, resultado de um intenso movimento social, iniciado por trabalhadores de saúde mental, os quais buscavam uma assistência social digna para um cidadão, também denunciavam a precariedade dos hospitais psiquiátricos, que eram a única forma de atendimento para os portadores de transtornos mentais. Após longo período de reivindicações, surge a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que preconiza sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental:

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

OCAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), atualmente regulamentada pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Esta portaria, reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade do CAPS, com comprometimento em atendimento diurno/noturno às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, proporcionando serviços clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando internações, possibilitando o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. Esta instituição, é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e a singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana. (Ministério da Saúde, 2004)

Esta instituição supracitada, deve estar articulada na rede de serviços em saúde e necessita permanentemente de outras redes sociais, desenvolvendo o trabalho de forma interdisciplinar, para que possa atender a demanda de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por possuir transtornos mentais. As redes possuem muitos obstáculos e as tornam complexas e resistentes, mas o fundamental é que não perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu

sofrimento. O CAPS deve assumir seu papel estratégico na articulação dessas redes, cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando com as seguintes parcerias: Secretária de Saúde, Secretaria de Ação e Desenvolvimento Social, CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, Polícia Militar, Ministério Público e INSS.

De acordo com resolução do Ministério da Saúde os CAPS ficaram assim subdivididos :

- CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funciona das 08 às 18 horas, de segunda a sexta-feira;
- CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funciona das 08 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas;
- CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana;
- CAPSi – municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona das 08 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas;
- CAPSad – municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 08 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.

Os Centros de Atenção Psicossocial dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país.

Esses dispositivos foram criados para organizar a rede municipal de atenção a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2007). Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário. Eles devem ser territorializados, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as

potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se estruturar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade.

Seu objetivo é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

O CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental desen-

volvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para os Agentes Comunitários de Saúde(ACS) e para a Estratégia Saúde da Família (ESF) no cuidado familiar (BRASIL, 2004).

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Todo o trabalho desenvolvido no CAPS deverá ser realizado em um “meio terapêutico”, isto é, tanto as sessões individuais ou grupais como a convivência no serviço têm finalidade terapêutica. Isso é obtido através da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento. Ao iniciar o acompanhamento no CAPS se traça um projeto terapêutico com o usuário e, em geral, o profissional que o acolheu no serviço passará a ser uma referência para ele (Terapeuta de Referência - TR) (BRASIL, 2004).

Cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual. Caracterizado como um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades, potencialidades e limitações.

A depender do projeto terapêutico do usuário do serviço, o CAPS poderá oferecer, conforme as determinações da Portaria GM 336/02: atendimento Intensivo; atendimento Semi-Intensivo e atendimento Não-Intensivo.

O processo de construção dos serviços de atenção psicossocial tem revelado outras realidades: as teorias e os modelos prontos de atendimento vão se tornando insuficientes frente às demandas das relações diárias com o sofrimento e a singularidade desse tipo de atenção. É preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno. Para tanto, é necessário que, ao definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade. Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço (BRASIL, 2004).

Quando uma pessoa é atendida em um CAPS, ela tem acesso a vários recursos terapêuticos: atendimento individual; atendimento em grupo; atendimento para a família; atividades comunitárias; Assembléias ou Reuniões de Organização do Serviço.

Dessa forma, o CAPS pode articular cuidado clínico e programas de reabilitação psicossocial. Os projetos terapêuticos devem incluir a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente à sua vida. Todas as ações e atividades realizadas no CAPS devem se estruturar de forma a promover as melhores oportunidades de trocas afetivas, simbólicas, materiais, capazes de favorecer vínculos e interação humana (BRASIL, 2004).

A ativação dos CAPS I pelo Brasil tem sido a alternativa viável para a demanda crescente da saúde mental, por representar além de uma possibilidade de ressocialização do paciente, possibilita uma maior agregação da família e da comunidade, sem falar na possibilidade crescente de evacuação dos manicômios.

Assim, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo. A criação deste CAPS e de tantos outros, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais.

O desafio em relação à produção e transmissão de conhecimento em saúde mental na rede pública, em debate pelos profissionais, é gerado da fragilidade de uma rede de produção de conhecimento na área de psiquiatria, ressaltando de modo efetivo e criativo as exigências e peculiaridades de saúde mental pelo SUS, em nosso País. No governo Lula, o Ministério da Saúde, implantou uma política orçamentária, fomentada à pesquisa voltada ao SUS, com relevância aos avanços já conquistados, possibilitando a interlocução das instituições científicas, terem bases racionais e mais produtivas em difíceis e complexos problemas da Reforma Psiquiátrica.

Assim, CAPS I são reconhecidos como estruturas terapêuticas que funcionam enquanto instância intermediária entre a hospitalização integral e o acompanhamento ambulatorial, que se responsabilizam por atender indivíduos com transtornos psiquiátricos graves, desenvolvendo programas de reabilitação psicossocial. Por reabilitação psicossocial, entende-se a possibilidade de reverter um processo desabilitador através do aumento da contratualidade social do indivíduo com o mundo. O CAPS disponibiliza de uma equipe de profissionais aptos a atender às necessidades de cada usuário e seus familiares, contemplando todo contexto e suas perspectivas.

Com a descentralização estabelecida pelo governo federal, o governo municipal da cidade de Gandu-BA, passou a ter necessidade da implantação

de um CAPS I, por haver mais de 20.000 habitantes e não dispor de outros recursos assistenciais em saúde mental, como ambulatório, oficinas terapêuticas, centro de saúde com equipe de saúde mental e equipes de saúde mental na rede básica. Atualmente, o CAPS I, deste município supra mencionado, atende às pessoas portadoras de transtornos mentais leve, moderado ou severo, a partir dos dezoito anos, com um número relevante em esquizofrenia. Este estudo delimita-se aos esquizofrênicos por ser esse transtorno severo que garante a maior atenção das políticas de saúde mental, uma vez que o transtorno é incurável e propenso a crises e surtos constantes e inesperados.

5.3. CAPSI Gandu, histórico.

CAPS I, que deu início as suas atividades em outubro de 2011, porém, aprovado pelo Ministério da Saúde em 17 de Julho de 2012, após auditoria da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). É uma instituição pública de esfera municipal, que tem como público alvo, pessoas portadoras de transtornos mentais que estão excluídos da sociedade. Tem o objetivo de promover reabilitação psicossocial, incluindo atividades de inserção social, com observância ao desenvolvimento individual dos usuários para a reinserção social, e para isto, proporciona um atendimento individual, familiar e grupal, visitas domiciliares, distribuição de medicamentos, atividades de inserção social, oficinas terapêuticas e atividades socioculturais e esportivas. Esta instituição supra mencionada, favorece aos usuários um ambiente aberto e acolhedor, promovendo as melhores oportunidades de trocas afetivas no cotidiano, as quais, favorecem um vínculo terapêutico de confiança com os profissionais. Ela está localizada em uma chácara, em bairro residencial deste município.

O CAPS I, do município de Gandu-BA, possui uma equipe multiprofissional com uma psiquiatra, uma psicóloga, uma psicanalista, uma enfermeira, uma assistente social, uma farmacêutica, uma nutricionista, um educador físico, também a equipe de apoio: uma técnica de enfermagem, uma coordenadora, uma recepcionista, uma técnica de artesã, além de um motorista, duas cozinheiras, um porteiro, dois seguranças e uma auxiliar de

serviços gerais. Esta instituição, acolhe 165 usuários, sendo 33 intensivos, 54 semi-intensivos e 78 não intensivos, 74 do sexo masculino e 91 do sexo feminino, com faixa etária entre 18 e 60 anos, nível de escolaridade dos mesmos é de 29% de analfabeto, 31% de ensino fundamental I, 23% de ensino fundamental II, 15% de ensino médio, e 2% de ensino superior incompleto, 80% possuem benefícios e 60% habitam sozinhos. Atende às pessoas portadoras de transtornos mentais, moderado e severo, a partir dos dezoito anos, deste município, as quais são divididas por atendimentos diferenciados:

I. Intensivo – É um atendimento diário à pessoa com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social ou familiar, pode ser atendimento domiciliar quando necessário;

II. Semi-Intensivo – É quando o usuário apresenta um melhor relacionamento com pessoas de seu convívio, diminuindo seu sofrimento e desestruturação psíquica, porém necessita de atenção direta da equipe para sua independência. Esse atendimento pode ser atendido até 12 dias no mês e domiciliar quando necessário;

III. Não Intensivo – O usuário pode ser atendido até três vezes mensal pela equipe, não necessitando de acompanhamento contínuo no seu cotidiano.

A equipe técnica do CAPS I, do município de Gandu-BA, trabalha em harmonia, pois, a mesma tem a responsabilidade de desenvolver o processo de reconstrução dos laços familiares e sociais das pessoas com transtornos mentais, para a integração dos mesmos à sociedade. Portanto, é fundamental o trabalho em conjunto da equipe para prestação de serviços com qualidade.

O perfil epidemiológico do CAPS I Gandu

O fluxo de atendimento de pacientes externos foi de 8 a 22 diários. 63 usuários do sexo masculino e 96 do sexo feminino, com faixa etária predominante entre 17 e 65 anos.

O perfil epidemiológico dos diagnósticos apresentado é o seguinte:

CID	DIAGNÓSTICOS (CID 10 CAPITULO V)	QUANTITATIVO
F00-F09	TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS ORGÂNICOS, INCLUSIVE OS SINTOMÁTICOS	18
F10-F19	TRANSTORNOS MENTAIS COMPORTAMENTAIS DEVIDO A USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	05
F20-F29	ESQUIZOFRENIA, TRANSTORNOS ESQUIZOTÍPICOS E TRANSTORNOS DELIRANTES	61
F30-F39	TRANSTORNO DE HUMOR (AFETIVOS)	44
F40-F48	TRANSTORNOS NEURÓTICOS, TRANSTORNOS RELACIONADOS COM O STRESS E TRANSTORNOS SOMATÓFORMES	14
F60-F69	TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE E COMPORTAMENTO DO ADULTO	1
F70-F79	RETARDO MENTAL	8
F80-F89	TRANSTORNOS DO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO	-
G40-G47	TRANSTORNOS EPISÓDICOS E PAROXÍSTICOS	5
	TOTAL	155

Quadro 1

Esse número é apenas uma amostra do quadro de Saúde Mental do município que beira a 2000 pacientes no regime ambulatorial. Como é visto acima a quantidade de esquizofrênicos é a grande maioria dos pacientes na instituição. Esses números vêm sendo acrescidos assustadoramente e as doenças de ordem mental e emocional tem sido notificadas junto aos acidentes de trabalho como fatores de aumento nas aposentadorias e pensões junto ao INSS. Por ser do quadro de doenças apresentadas a de mais difícil tratamento, é também o maior desafio não só no CAPS I Gandu mas em todos os centros de tratamento de saúde mental. Assim, nesse ítem do trabalho busca-se além de um maior esclarecimento sobre a doença, o trabalho da equipe multiprofissional que vai além do diagnóstico e tratamento, também as possibilidades de ressocialização que mesmo dificultadas por parte dos entraves da burocracia pública e do descaso histórico sofrido pela saúde mental no país, vêm se mostrando eficaz e eficiente por parte da equipe do CAPS I Gandu.

Segundo CAMPOS (2000) a atuação em equipe num projeto interdisciplinar estimula o processo dialógico e interacional dos dos profissionais, possibilitando uma integração da visão biológica, social e subjetiva nos processos de trabalho e uma maior articulação dos profissionais na elaboração dos projetos de intervenção.

6. ESQUIZOFRENIA

Segundo Affonso e Reinhartd (2010 p. 858), esquizofrenia é uma doença cerebral que interrompe o funcionamento normal de muitas capacidades cognitivas, em geral, pacientes esquizofrênicos têm desempenho semelhante a pacientes com transtornos mentais de causas neurológicas. No entanto, a causa específica da esquizofrenia seja desconhecida, o distúrbio tem, nitidamente, uma base biológica. Pesquisadores atribuem, com um modelo de vulnerabilidade ao estresse, no qual se considera a esquizofrenia como um fenômeno que ocorre em pessoas biologicamente vulneráveis, mas que até o momento, não se sabe o que torna as pessoas vulneráveis à esquizofrenia,

podem estar incluídas a predisposição genética, os problemas que ocorreram antes, durante ou depois do nascimento, ou uma infecção viral do cérebro.

Conforme a Medclick (2012 p, 1) em geral, a pessoa com esquizofrenia pode manifestar vulnerabilidade e dificuldade para processar a informação, incapacidade para prestar atenção, dificuldade para se comportar de modo socialmente aceitável e impossibilidade de enfrentar os problemas. Também apresentam características comuns como paranoia, desconfiança, pensamento irreal, podem ser agitados e ter pouco controle dos impulsos quando em surto, menos sensibilidade social e aparentar impulsividade, enfim, há um declínio das funções gerais, como por exemplo, arrancam o cigarro de outro paciente, trocam o canal da televisão de forma rude, ou atiram comida no chão. O estresse ambiental, como acontecimentos estressantes da vida ou problemas de abusos de substâncias tóxicas, desencadeia o início e o reaparecimento da esquizofrenia nos indivíduos vulneráveis.

Ainda em Medclick (2012 p, 1,2) Qualquer um dos cinco sentidos pode ser afetado por experiências alucinatórias, no caso de pacientes esquizofrênicos, as alucinações mais comuns são as visuais e as auditivas, com vozes muitas vezes ameaçadoras, obscenas, acusatórias ou insultosas, podendo ser duas ou mais vozes a conversar entre si, ou uma voz pode comentar a vida ou o comportamento do paciente. Os delírios, exemplo mais óbvio de transtorno do conteúdo do pensamento, são variados na esquizofrenia e podem assumir formas persecutórias, religiosas ou somáticas.

Segundo Sadock (2008 p, 168), os pacientes podem acreditar que uma entidade externa controla seus pensamentos ou comportamentos, ou inversamente, que eles controlam eventos externos de forma extraordinária, exemplo: fazendo com que o sol se levante e se ponha, ou prevenindo terremotos. Podem demonstrar um interesse intenso e absorvente em ideias esotéricas, abstratas, simbólicas, psicológicas ou filosóficas. Também podem preocupar-se com condições somáticas, supostamente fatais, porém bizarras e implausíveis, como a presença de alienígenas em seus

testículos afetando sua capacidade de ter filhos. Esses pacientes, geralmente têm baixo desempenho em uma ampla gama de testes neuropsicológicos.

Ainda para Sadock (2008 p, 169), estatisticamente as evidências sugerem que a baixa inteligência muitas vezes está presente desde o início do transtorno, podendo deteriorar-se ainda mais com sua progressão, prejuízos na aprendizagem e memória, especialmente na capacidade de manter a atenção em tarefas visuais e motoras. Os transtornos da linguagem na esquizofrenia podem indicar uma forma incompleta de afasia. A incapacidade dos pacientes esquizofrênicos de perceber a prosódia da linguagem de outros ou de dar inflexão à sua própria fala pode ser vista como um sintoma neurológico de um transtorno do lobo parietal não dominante. Outros sintomas semelhantes incluem a incapacidade de realizar tarefas, desorientação de direita e esquerda, e falta de preocupação como transtorno.

Conforme Sadock, adolescentes pré-esquizofrênicos podem não ter amigos próximos nem interesses românticos, evitam esportes em equipe, preferem assistir a filmes ou televisão, escutar música ou jogar no computador a participar de atividades sociais. É comum que algumas características já estejam presentes por muito tempo, embora que muitas vezes, se considere que a primeira hospitalização marca o início do transtorno.

Para este autor, (2008 p 168), a perda dos limites do ego em esquizofrênicos, descreve a ausência de noção clara de onde termina o corpo, a mente e a influência do paciente, e onde começam os limites de outros elementos animados e inanimados, como exemplo, os pacientes podem pensar que outras pessoas, a televisão ou os jornais estão se referindo a eles. Outros sintomas da perda dos limites do ego incluem a sensação de que se fundiu fisicamente a um objeto ou outra pessoa. Neste estado psíquico, alguns pacientes têm dúvidas quanto ao seu sexo ou orientação sexual, mas não devem ser confundidos com travestismo, transexualidade ou homossexualidade.

Citando Sadock (2008 p 154):

A causa da esquizofrenia é desconhecida, ela afeta cerca de 1% da população, normalmente inicia antes dos 25 anos de idade, persiste por toda a vida e afeta pessoas de todas as classes sociais e áreas geográficas, as taxas de incidência e prevalência são aproximadamente iguais no mundo inteiro. Um número desproporcional de esquizofrênicos pertence a grupos de baixo nível socioeconômico, o que contribui ao estresse, e normalmente, o paciente e sua família recebem cuidados insuficientes e são submetidos ao ostracismo social devido à grande ignorância a respeito do transtorno. Embora seja discutida como uma única doença, engloba um grupo de transtornos com etiologias heterogêneas e inclui pacientes com apresentação clínica, resposta ao tratamento e curso da doença muito variado.

Ainda para Sadock (2008 p 158), há alguns séculos atrás, os neuropatologistas sentiram dificuldades em encontrar uma base neuropatológica para a esquizofrenia, assim, denominaram como um transtorno funcional. No final do século XX, no entanto, os pesquisadores deram um grande passo no sentido de revelar uma base neuropatológica potencial para o transtorno, primariamente no sistema límbico e nos gânglios basais, incluindo anormalidades neuropatológicas ou neuroquímicas no córtex cerebral, no tálamo e no tronco cerebral. A perda de volume cerebral amplamente relatada em cérebros de esquizofrênicos, parece resultar da densidade reduzida de axônios, dendritos e sinapses que medeiam as funções associativas do cérebro.

Alguns pesquisadores sugeriram que a industrialização e a urbanização estão envolvidas nas causas da esquizofrenia. Ainda que, alguns dados corroborem essas teorias, hoje acredita-se que estressores dessa natureza têm seus principais efeitos no momento do início e na gravidade da doença. Para Ballone (2008), entre diferentes culturas, difere modos de pensar e se comportar, podem influenciar a maneira pela qual se manifestam os transtornos mentais, sendo assim, as variações normais determinadas pela cultura não devem ser rotuladas como transtornos mentais, nem podem ser tomadas como indicações de distúrbio mental às crenças sociais, religiosas e/ou políticas. Essas diferenças étnicas e culturais fazem parte da chamada Psiquiatria Transcultural. Sadock (2008 p 161).

Essa visão do autor vem diretamente ao encontro dos pressupostos aqui defendidos pois alerta para os fatores principalmente de ordem sócio-econômica a que estamos submetidos, predispõe a uma série de mazelas incluindo aí patologias e doenças.

Alterações sociais e ambientais, uso de substância ou morte de parente, podem precipitar sintomas perturbadores, e a síndrome prodrômica pode durar um ano ou mais antes do início de sintomas psicóticos manifestos. Embora cerca de um terço dos pacientes esquizofrênicos tenham alguma existência social marginal ou integrada, a maioria tem vidas caracterizadas por falta de objetivos, ociosidade, hospitalizações frequentes e, no contexto urbano, pobreza e falta de moradia fixa. O problema dos moradores de rua das grandes cidades parece estar relacionado à desinstitucionalização de pacientes com esquizofrenia que não foram adequadamente acompanhados. Embora a porcentagem exata seja difícil de determinar, estima-se que de 1 a 2 terços dos moradores de rua sofram de esquizofrenia. (Sadock (2008 p 170 e 156))

Continua o autor, afirmando que há diferença entre o sexo masculino e feminino, quanto ao início e ao curso da doença, pois o início é mais precoce entre os homens, sendo mais da metade dos pacientes esquizofrênicos do sexo masculino, e apenas um terço dos pacientes do sexo feminino tem seu primeiro atendimento médico em hospital psiquiátrico antes dos 25 anos de idade. As mulheres apresentam distribuição etária bimodal, entre 25 e 35 anos com número mais elevado do início da doença, sendo um segundo momento na meia idade, contudo, os homens são entre 10 e 25 anos. Aproximadamente 90% dos pacientes esquizofrênicos em tratamento têm entre 15 e 55 anos de idade, e dos 10 anos ou após os 60 anos, é extremamente raro, e quando o início ocorre após os 45 anos de idade, o transtorno é caracterizado com esquizofrenia de início tardio. (Sadock (2008 p, 155))

Ainda segundo Sadock (2008 p, 155),

O consumo de drogas psicoterapêuticas, a desinstitucionalização dos hospitais público, as políticas de portas abertas dos hospitais, a ênfase na reabilitação e o atendimento comunitário levaram ao aumento nos casamentos e nas taxas de fertilidade entre os portadores de esquizofrenia. Devido a esses fatores, o número de crianças nascidas de pais esquizofrênicos aumenta de forma contínua. (Sadock (2008 p, 155))

biológicos em primeiro grau têm um risco dez vezes maior de desenvolver a doença do que a população em geral.

O comportamento violento, é comum entre pacientes de esquizofrenia não tratados, tais comportamentos aparentemente impulsivos, incluindo tentativas de suicídio e homicídio, podem ocorrer em resposta a alucinações de comando, delírios de natureza persecutória, episódios anteriores de violência e déficits neurológicos, são fatores de risco para o comportamento violento ou impulsivo. O suicídio é uma das causas principais de mortalidade entre pessoas que sofrem de esquizofrenia. Sadock (2008 p, 168)

As estimativas variam, mas até 10% dos pacientes esquizofrênicos podem morrer devido a uma tentativa de suicídio. Aspectos como doença depressiva, história de tentativas de suicídio, desemprego e rejeição recente aumentam o risco de suicídio na população em geral, quanto na população esquizofrênica. Início da doença ou período após alta médica, pessoas que têm uma noção realista dos efeitos deteriorantes da doença e uma avaliação não delirante de seu futuro comprometimento mental, desesperança, dependência excessiva do tratamento ou perda da fé, são motivos que os conduzem ao suicídio, sendo que os jovens tem maior risco de mortalidade. Sadock (2008 p 155)

Para o autor, aproximadamente 50% de todos os pacientes com esquizofrenia tentam cometer o suicídio, são de 10 a 15% os que consumam. Provavelmente, o fator mais subestimado envolvendo o suicídio destes pacientes seja a depressão diagnosticada equivocadamente como afeto enfraquecido ou como efeito adverso da medicação, também podem ser incluídos neste quadro sentimentos de vazio absoluto, necessidade de escapar da tortura mental ou de alucinações auditivas que comandam o suicídio. Os pacientes hospitalizados que mostrem suicidas, devem ser monitorados com maior atenção, tanto quanto o que já cometeu homicídio. As pesquisas mostram que pessoas com esquizofrenia não têm maior probabilidade de cometer homicídio do que um membro da população geral, para tal atitude, o esquizofrênico pode ter razões imprevisíveis ou bizarras, baseada em alucinações e delírios.

Continua Sadock (2008 p 174),

Pessoas com esquizofrenia são solitárias, mas ainda assim evitam a proximidade e a confiança, tendo grande probabilidade de mostrarem-se desconfiadas, ansiosas, hostis ou de regredirem quando alguém tenta se aproximar. Os terapeutas devem respeitar a distância e a privacidade do paciente e demonstrar simplicidade, paciência, fraqueza e sensibilidade às convenções sociais em vez de optar pela preferência à informalidade prematura e pelo uso condescendente do primeiro nome. Os pacientes tendem a perceber uma ternura exagerada ou expressões de amizade como tentativas de suborno, manipulação ou exploração. Sadock (2008 p 174),

Assim, no contexto de relação profissional, no entanto, a flexibilidade é essencial para estabelecer uma aliança de trabalho através de terapia pessoal. Os pacientes que recebem essa terapia demonstram melhoras no ajustamento social e têm taxas mais baixas de recaída após três anos. Vários métodos são usados para ajudar os pacientes a reconquistarem antigas habilidades ou desenvolverem novas. Muitas pessoas esquizofrênicas são capazes de realizar trabalhos com qualidade, apesar da doença, e outras podem exibir habilidades excepcionais em um campo limitado, como resultado de uma maneira própria de ver, sentir, reagir de cada indivíduo com seu transtorno psíquico. Sadock (2008 p, 158)

6.1.Fatores biológicos, psicológicos e sociais

A saúde mental é um processo constante de adaptação às suas próprias transformações biológicas, crescimento, e às mudanças psicológicas de forma a entender o seu mundo e o mundo que o rodeia ao longo das diferentes idades em função das capacidades que vai adquirindo e decorrente das relações que estabelece com o exterior. Essa adaptação depende de fatores endógenos e exógenos. Se este, altera por diversas razões, pode produzir alterações no comportamento ou transtornos mais ou menos graves. A

abordagem da saúde mental passa por uma dimensão integral onde se consideram os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, que modificam o estado de saúde de um indivíduo e a sua qualidade de vida depende de muitos fatores, tais como o comportamento humano, onde a culturalidade necessita ser compreendida e respeitada.

Para Affonso e Reinhartd (2010 p. 859), os fatores biológicos, psicológicos e sociais tem constituído um grande obstáculo ao estudo, e levaram os cientistas a debaterem por muitos anos sobre a relevância dos fatores genéticos com os ambientais no desenvolvimento de transtorno mental, os genes e o meio ambiente estão ligados numa série de complexas interações, os quais continuarão sendo instrumentos de pesquisa, que venham possibilitar melhor compreensão dos circuitos neurais. As contribuições da neurociência, da genética, da psicologia e da sociologia, entre outras, desempenham papel de suma importância para a psiquiatria compreender os complexos fatores. Neste contexto, há muito estudo a ser realizado, para por fim ao descaso, infligidos pela sociedade às pessoas com transtorno mental, incluindo neste quadro os esquizofrênicos.

De acordo com a Medclick (2012 p, 1) mesmo que a causa específica da esquizofrenia seja desconhecida, o distúrbio possui claramente uma base biológica. Estudos mostram que há vulnerabilidade quanto ao estresse em pessoas esquizofrênicas, mas só ocorre em pessoas biologicamente vulneráveis, problemas que ocorreram antes, durante ou depois do nascimento, ou uma infecção viral do cérebro. Segundo Ballone (2008), Estudos do modo de transmissão de Transtornos Mentais entre diversas gerações de famílias extensas e estudos que comparam o risco de Transtornos em gêmeos monozigóticos (idênticos), em oposição a gêmeos dizigóticos (fraternais), levaram à conclusão de que o risco das formas comuns desses é geneticamente complexo. É possível que a predisposição genética ao desenvolvimento de determinado distúrbio mental ou comportamental se manifeste somente em pessoas sujeitas a certos estressores que desencadeiam a patologia.

Conforme a Medclick (2012 p, 1), nos últimos anos, os estudos realizados pelos cientistas, indicam que transtornos mentais surgem de fatores biológicos e socioambientais. A dificuldade de processamento das informações, a incapacidade de concentração, a dificuldade de comportar-se de forma socialmente aceitável e a incapacidade de lidar com os problemas em geral, podem indicar vulnerabilidade. Os exemplos de fatores ambientais poderiam abranger desde exposição a substâncias psicoativas no estado fetal, até a desnutrição, infecção, perturbação do ambiente familiar, abandono, isolamento e trauma.

Para Ballone (2008), toda a atenção, carinho e afeto, contribuem para que a criança desenvolva normalmente suas funções de linguagem, intelecto e regulação emocional. A ausência dessas funções pode ser causada por problemas de saúde mental ou doença física, porém, qualquer que seja a causa específica, a criança tem maior probabilidade de manifestar transtornos mentais, quando seus cuidadores deixam de dar a atenção devida, no decorrer da infância à adolescência.

Ainda para Ballone (2008), estudos mostraram que crianças vivendo em instituições com boa estrutura, bom atendimento dos profissionais, boa alimentação, têm maiores chances de manifestar deficiência, ao interagir com outras crianças, na expressividade emocional, nos momentos estressantes que possam surgir no cotidiano, causando déficits cognitivo. Dessa forma, corrobora que a nutrição adequada e atenção física não é suficiente, é essencial a atenção que venha proporcionar um nível de estimulação suficiente para que a criança cresça saudável.

Para a Medclick (2012 p 1), O surgimento da esquizofrenia pode ser súbito, em dias ou semanas, ou lento e insidioso, ao longo de anos. Começa frequentemente entre 18 e 25 anos nos homens e entre 26 e 45 nas mulheres, não é incomum o seu início na infância ou começo da adolescência ou em uma idade mais avançada. A gravidade e os tipos de sintomas podem variar significativamente de paciente a paciente. Para Sadock (2008 p 160), a terapia medicamentosa sozinha raramente é suficiente para se obter a melhora clínica adequada, assim, os clínicos devem considerar os fatores psicossociais

atribuídos ao desenvolvimento da esquizofrenia, para um tratamento adequado.

Conforme a Medclick (2012 p 2), Os graves sintomas de uma pessoa esquizofrênica, são capazes de interferir na capacidade laborativa, no relacionamento das pessoas e no cuidado de si próprio. Essas pessoas podem apresentar delírios persecutórios, acreditando que estão sendo atormentados, seguidos, enganados ou espionados, também apresentar delírios de referência, acreditando que trechos de livros, jornais ou letras de músicas são direcionados especificamente a eles. Enfim, envolvem-se com uma interpretação errônea de percepções ou experiências, os quais são os delírios de falsas crenças.

Segundo Ballone (2008), a ciência psicológica mostra, que as pessoas que desabafam seus problemas com alguém, que procuram conviver socialmente mesmo em momentos de estresses, procuram alterar padrões de pensamento e comportamento negativos, têm menos chance de adquirir algum tipo de transtorno mental e ter uma vida saudável. Assim, as pesquisas além de contribuir para melhor compreensão do transtorno psíquico também contribui para as intervenções.

Outro fator que contribui para o desenvolvimento dos transtornos mentais é a urbanização, devido a violência, poluição, congestionamento, desemprego, a falta de recursos sociais e educacionais, as mazelas, ao capitalismo, enfim, a natureza da urbanização moderna pode ter consequências prejudiciais à saúde mental. Os pobres predominam em maior número com transtornos mentais, inclusive transtornos adquiridos através do consumo de drogas ilícitas. Assim, as discrepâncias sociais que emergem no cotidiano das pessoas, especialmente, as que possuem transtornos psíquicos, possam ser minimizadas através dos serviços e programas sociais.

As condições de vida como a pobreza, desigualdade, discriminação, falta de equidade são fatores que produzem dano psicossocial, causando um grande impacto na família que é a unidade fundamental da sociedade e meio natural onde se desenvolvem as crianças. Estas são vulneráveis, devem ser

protegidas, ajudadas e educadas por princípios de convivência são, ambiente de respeito, num contexto construtivo de valores, virtudes e tolerância. Segundo Ballone (2008), os fatores biológicos, psicológicos e sociais, têm sido obstáculo ao estudo dos cientistas, quanto às pessoas que possuem transtornos psíquicos. As pesquisas fundamentadas nas complexas relações da neurociência, genética, psicologia, sociologia, entre outras, têm relevância para melhor compreensão do pesquisador quanto às causas e agravantes.

6.2 Diagnóstico

Para Ballone (2008), a ciência tem a função de desenvolver sistemas de classificação de seus objetos de estudo, para facilitar a aproximação do cientista, o que não difere quanto a psiquiatria e dos sistemas de diagnóstico. Os transtornos mentais, são identificados e diagnosticados através dos métodos clínicos semelhantes aos utilizados para os transtornos físicos. Métodos que incluem uma entrevista (anamnese) com o paciente, incluindo sua família, um exame clínico sistemático para verificar o estado mental e suas condições orgânicas, testes e exames especializados que forem necessários. As informações fornecidas pela família são muito importantes, para se estabelecer o momento do início da doença.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o diagnóstico feito pelos médicos, para identificar o transtorno mental é através dos métodos clínicos, chamado anamnese, realizado com o paciente e com pessoa da família ou responsável, incluindo um exame clínico sistemático, quando necessário, para verificar o estado mental e suas condições orgânicas, com testes e exames especializados, possibilitando a identificação da esquizofrenia. Todo este processo, permite à pessoa de transtorno mental atendimento médico específico, possibilitando aos mesmos, condições de igualdade e liberdade, para uma boa qualidade de vida.

Ainda para Ballone (2008), esquemas internacionais estruturados e padronizados de entrevistas, através das definições uniformes dos sinais, sintomas e critérios de diagnóstico, é possível atingir alto grau de confiabilidade e validade no diagnóstico de transtornos mentais. Esses sinais e sintomas,

foram internacionalmente definidos detalhadamente para permitir uma linguagem comum e uniforme em todo mundo científico, imprescindível para o diagnóstico e para as pesquisas. Dessa forma, os critérios de diagnóstico para transtornos mentais foram padronizados internacionalmente, que atualmente, é possível diagnosticar de forma tão confiável e precisa quanto a maioria dos transtornos orgânicos.

Conforme Sadock (2008 p 154, 166), o diagnóstico de esquizofrenia, baseia-se fundamentalmente na história psiquiátrica e no exame do estado mental, uma vez que não existe um exame laboratorial para tal condição, é comum a realização de exames laboratoriais para se descartar a possibilidade do uso abusivo de drogas ou de um distúrbio clínico, neurológico ou endócrino subjacente que possa apresentar características da psicose. 166 Os sintomas do paciente alteram-se ao longo do tempo, pode-se ter alucinações intermitentes e capacidade variável de desempenho adequado em situações sociais, ou sintomas significativos de transtorno do humor podem ir e vir durante o curso da esquizofrenia.

Ainda em Ballone (2008), um comportamento anormal ou um curto período de anormalidade do estado afetivo não significa, em si, a presença de distúrbio mental ou de comportamento. Sadock (2008 p 167) afirma que a aparência de um paciente com esquizofrenia pode variar desde uma pessoa completamente desleixada, aos gritos e agitada, exibir posturas bizarras, ser falante, até alguém obsessivamente arrumado, silencioso e imóvel. Seu comportamento pode tornar-se agitado ou violento sem motivo aparente, mas isso costuma ocorrer em resposta a alucinações. Ballone (2008) menciona que para serem categorizadas como transtornos, é preciso que essas anormalidades sejam persistentes ou recorrentes e que resultem em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal, em uma ou mais esferas da vida.

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, os dados sobre o início e progressão dos sintomas são de fundamental importância para o diagnóstico, bem como o uso de drogas ou medicações que possam estar causando sintomas psicóticos. O início pode se dar de forma abrupta ou

insidiosa, no entanto na maioria dos casos os indivíduos apresentam algum tipo de fase prodrômica, manifestada pelo desenvolvimento lento de uma série de sinais e sintomas, como retraimento social, perda do interesse pelas atividades diárias ou deterioração dos cuidados pessoais. Por fim, o aparecimento de alguns sintomas da fase ativa marca a perturbação como Esquizofrenia. (AFFONSO e REINHARDT (2010 p 861) o ano foi visto pelo acesso da ref bibliográfica

Segundo Ballone (2008), os transtornos mentais e comportamentais se caracterizam também por sintomas e sinais específicos, geralmente seguem um curso natural mais ou menos previsível, a menos que ocorram intervenções. As pessoas podem sofrer angústia em virtude de circunstâncias pessoais ou sociais, a menos que sejam satisfeitos todos os critérios necessários para o diagnóstico de determinado distúrbio, essa angústia não constituirá distúrbio mental. Há diferença, entre um estado afetivo deprimido e depressão doença, o primeiro surgindo como resposta a uma determinada circunstância estressante e a outra como uma doença franca. Sadock (2008 p167), diz que outros comportamentos podem incluir inépcia ou rigidez dos movimentos corporais, sinais agora vistos como possíveis indicadores de processo patológico dos gânglios basais, incluem também tiques, estereótipos maneirismos e, em alguns casos, ecopraxia, na qual imitam a postura ou o comportamento do profissional. O curso clássico da esquizofrenia é de exacerbações e remissões, nem toda deterioração humana denota distúrbio mental.

Segundo Sadock (2008 p 166, 167), a presença de alucinações ou delírios não é necessária para um diagnóstico de esquizofrenia, inclui um grupo de transtornos com sintomas comportamentais semelhantes, mas com causas heterogêneas, pois os pacientes esquizofrênicos têm apresentação clínica, resposta ao tratamento e curso da doença diferentes. Os sinais podem ter se iniciado com queixas de sintomas somáticos, como dores de cabeça, dores nas costas, dores musculares, fraqueza e problemas digestivos, e o diagnóstico inicial pode ser simulação, síndrome da fadiga crônica ou transtorno de somatização. A família e os amigos podem notar que a pessoa mudou e não

está mais se comportando de forma adequada em suas atividades ocupacionais, sociais e pessoais. Neste período, pode haver o desenvolvimento do interesse em ideias abstratas, filosofias, ocultismo ou questões religiosas. Sinais e sintomas prodrômicos adicionais, incluem comportamento acentuadamente peculiar, afeto anormal, discurso incomum, ideias bizarras e experiências perceptivas estranhas.

De acordo com o autor acima (2008 p 170), geralmente após o primeiro episódio psicótico, o paciente se recupera de forma gradual e funciona de modo relativamente normal em longo período, recaídas são comuns, e o padrão da doença durante os primeiros cinco anos após o diagnóstico, costuma indicar o curso do paciente. A deterioração do funcionamento basal do paciente é cada vez maior após cada recaída da psicose, e esse fracasso em retornar ao nível anterior de funcionamento é a principal distinção entre a esquizofrenia e os transtornos do humor. Eventualmente, uma depressão pós psicótica clinicamente observável se segue a um episódio psicótico, e a vulnerabilidade do paciente esquizofrênico ao estresse mantém-se por toda a vida. Os sintomas positivos tendem a tornar-se menos graves com o tempo, mas os sintomas deficitários ou negativos socialmente debilitantes podem aumentar em intensidade.

Os sintomas psicóticos da esquizofrenia podem ser idênticos aos do transtorno esquizofreniforme, do transtorno psicótico breve, do transtorno esquizoafetivo e dos transtornos delirantes. O transtorno esquizofreniforme difere da esquizofrenia porque seus sintomas têm duração de pelo menos um mês, mas menos de seis. O transtorno psicótico breve é o diagnóstico apropriado quando os sintomas duram pelo menos um dia, mas menos de um mês, e o paciente não retorna ao estado pré mórbido de funcionamento neste período. Também pode haver um evento traumático precipitante. Quando uma síndrome maníaca ou depressiva se desenvolve ao mesmo tempo que os sintomas principais da esquizofrenia, o transtorno esquizoafetivo é o diagnóstico apropriado. Delírios não bizarros presentes por pelo um mês sem outros sintomas de esquizofrenia ou transtorno do humor justificam o diagnóstico de transtorno delirante. (SADOCK, 2008, p.170)

Ainda para este autor (2008 p 167), sensações infundadas de estados alterados com órgãos do corpo, são as alucinações cenestésicas, incluem sensação de ardência no cérebro, sensação de pressão nos vasos sanguíneos e sensação cortante na medula óssea. As alucinações não se baseiam na realidade, enquanto que as ilusões são distorções de imagens ou sensações, podem ocorrer com pacientes em esquizofrenia durante as fases ativas, mas também fases prodômicas e períodos de remissão. Sempre que ocorrem ilusões ou alucinações, os clínicos devem levar em conta a possibilidade de elas serem causadas pelos efeitos de uma substância, mesmo quando o paciente já recebeu o diagnóstico de esquizofrenia.

À medida que a patologia se desenvolve, há um processo de perda de familiaridade com o que acontece ao redor: embora continuem a viver no mesmo mundo dos demais, as pessoas com esquizofrenia, por alguma razão percebem esse mundo como se tratasse de um novo. Começam a repetir as mesmas frases e, com frequência, necessitam escrever os pensamentos para poder “fixá-los”, já que sentem que as palavras lhes escapam. Além disso, passam a fazer atos automáticos de forma consciente – como pensar na maneira de posicionar os braços ou em como balançá-los antes de começar a caminhar – e deixam de assistir à televisão, pois não conseguem apreender imagens e linguagem ao mesmo tempo. (NETO, 2011)

Para Sadock (2008 p 166), em menor número, pacientes podem manifestar a esquizofrenia na infância. Estudos recentes estabeleceram que o diagnóstico de esquizofrenia na infância pode basear-se nos mesmos sintomas usados para avaliar adultos. Seu início costuma ser insidioso, o curso tende a ser crônico e o prognóstico é em grande parte desfavorável, além dos fatores que incluem o início precoce da doença, também o mau desenvolvimento social e profissional prévio e uma história familiar de esquizofrenia, favorecem um mau prognóstico, ao contrário da esquizofrenia de início tardio, o prognóstico é favorável e os pacientes geralmente têm bons resultados com medicação antipsicótica. A esquizofrenia de início tardio é clinicamente indistinguível da doença como um todo, mas tem início após os 45 anos de idade. Esta

condição tende a aparecer com mais frequência em mulheres e tende a ter como característica a predominância de sintomas paranóides.

O reconhecimento precoce da esquizofrenia é uma tarefa difícil porque nenhuma das alterações é exclusiva da esquizofrenia incipiente; essas alterações são comuns a outras enfermidades, e também a comportamentos socialmente desviantes mas psicologicamente normais . Diagnosticar precocemente uma insuficiência cardíaca pode salvar uma vida, já no caso da esquizofrenia a única vantagem do diagnóstico precoce é poder começar logo um tratamento, o que por si não implica em recuperação. O diagnóstico precoce é melhor do que o diagnóstico tardio, pois tardiamente muito sofrimento já foi imposto ao paciente e à sua família, coisa que talvez o tratamento precoce evite. O diagnóstico é tarefa exclusiva do psiquiatra, mas se os pais não desconfiam de que uma consulta com este especialista é necessária nada poderá ser feito até que a situação piore e a busca do profissional seja irremediável. RODRIGO MAROT (2004)

Para Sadock (2008 p 155), pessoas com esquizofrenia têm taxa de mortalidade mais alta em decorrência de acidentes e de causas naturais do que a população geral. Variáveis relacionadas à institucionalização e ao tratamento não explicam esses dados, mas a mortalidade pode estar ligada ao fato de que o diagnóstico e o tratamento de condições médicas e cirúrgicas em pacientes com esquizofrenia pode representar um desafio clínico. Diversos estudos demonstraram que até 80% de todos os pacientes com a condição têm doenças médicas concomitantes significativas, e que até 50% destas podem não ser diagnosticadas.

Conforme Ballone (2008), registraram-se nas últimas décadas, avanços importantes na padronização da avaliação mental, bem como na confiabilidade dos diagnósticos clínicos. Um diagnóstico preciso é requisito essencial para uma intervenção apropriada, assim como os dados estatísticos e epidemiológicos. Os avanços nos métodos de diagnóstico vieram facilitar, consideravelmente, a aplicação de princípios clínicos e melhoria da saúde pública na área da saúde mental. Ainda que, a promoção da saúde mental

positiva para todos os membros da sociedade seja evidentemente uma meta relevante, há muito que aprender sobre como atingir esse objetivo.

6.3 Tratamento

Houveram avanços importantes nas últimas décadas, quanto a padronização da avaliação mental e emocional, bem como a confiabilidade dos diagnósticos clínicos, com critérios iguais internacionalmente, para possibilitar uma mesma linguagem no mundo científico, de forma clara e confiável, favorecendo às pesquisas. Fatores que merecem atenção no que diz respeito ao tratamento da esquizofrenia, é como o paciente foi afetado pelo transtorno e como será ajudado através do tratamento. Um diagnóstico definido é requisito essencial para uma intervenção adequada, os avanços nos métodos de diagnóstico vieram facilitar, consideravelmente, a aplicação de princípios clínicos e de saúde pública na área da saúde mental.

De acordo com a Medclick (2012 ,p.3), o tratamento tem como objetivo a redução da gravidade dos sintomas psicóticos, a prevenção de recorrências de episódios sintomáticos e da deterioração associada do funcionamento do indivíduo, também o apoio para que o indivíduo consiga apresentar o melhor funcionamento possível, visando ao controle dos sintomas, para a reintegração do paciente. Os medicamentos antipsicóticos, a reabilitação e as atividades de apoio comunitário e a psicoterapia representam os três principais componentes do tratamento. Os medicamentos antipsicóticos costumam ser eficazes na redução ou eliminação de sintomas como os delírios, as alucinações e o pensamento desorganizado. Após o desaparecimento dos sintomas agudos, o uso contínuo de medicamentos antipsicóticos reduz substancialmente a probabilidade de episódios futuros.

Ainda para a Medclick (2012, p.4), muitos pacientes usam o medicamento ininterruptamente, para evitar outras crises e submeter-se ao atendimento médico periódico. Infelizmente, os medicamentos antipsicóticos produzem efeitos adversos, como a sedação, rigidez muscular, tremores e o ganho de peso. Esses medicamentos também podem causar discinesia tardia, movimentos involuntários, geralmente dos lábios e da língua, ou contorções

dos membros superiores ou inferiores. Geralmente, a discinesia tardia não desaparece após a interrupção da medicação, e em alguns casos persistentes, não há êxito ao tratamento.

Um dos problemas para tratar pessoas com esquizofrenia é elas não terem consciência de que são acometidas por um distúrbio. A patologia se desenvolve à espreita: despoja o afetado de sua identidade sem que ele se aperceba disso. Para avançar no tratamento do transtorno seria preciso criar meios para identificá-lo antes desse “roubo de identidade”. Nos últimos anos, houve progressos expressivos no conhecimento das fases que antecedem a manifestação de sintomas. É o caso de organizações como o Portland Identification and Early Referral Program (Pier), nos Estados Unidos, ou o Programa de Intervenção Precoce na Esquizofrenia (Pipe), na Espanha. Mas, para que esses programas sejam eficazes, são necessárias ferramentas de detecção precoce mais precisas que as atuais. Neto (2011)

Segundo Sadock (2008 p 158, 159), análises utilizando tomografia computadorizada em pacientes esquizofrênicos, comprovam de forma consistente, que o cérebro dos mesmos, apresentam aumento nos ventrículos laterais e no terceiro ventrículo e alguma redução do volume cortical, possibilitam ser interpretados em consonância com a diminuição da quantidade habitual de tecido cerebral nos pacientes afetados, é incerto quanto a diminuição se deve ao desenvolvimento anormal ou à degeneração. 159 Em outras análises com este aparelho, relataram assimetria cerebral anormal, volume cerebelar reduzido e alterações na densidade cerebral em pacientes com esquizofrenia. Profissionais correlacionam a presença de anormalidades nas imagens com a presença de sintomas negativos ou deficitários, comprometimento neuropsiquiátrico, aumento dos sinais neurológicos, sintomas extrapiramidais frequentes devido a fármacos antipsicóticos e ajustamento pré-mórbido pobre.

Ainda para esse autor, atualmente as técnicas de neuroimagens possibilitam fazer mensurações específicas de neuroquímicos ou do funcionamento cerebral em pacientes. Através de dados originados das máquinas de neuroimagem, são feitos cálculos, os quais, construídos a partir de premissas,

e as diferenças entre os modelos matemáticos usados por diversos grupos de pesquisa podem levar a diferentes conclusões a respeito dos mesmos dados. SAdock (2008 p. 158)

Assim, os medicamentos antipsicóticos, têm sido os mais comumente prescritos para pessoas com esquizofrenia, por parecerem ser eficazes no tratamento de sintomas como as alucinações, delírios, pensamento desorganizado e agressividade, sejam eles decorrentes de um quadro de mania, esquizofrenia, demência ou de uma intoxicação aguda por uma substância. Mesmo que os sintomas do surto agudo tenham desaparecido, o uso contínuo dos medicamentos antipsicóticos reduz substancialmente a probabilidade de episódios futuros. Tais medicamentos também podem causar discinesia tardia, que são movimentos involuntários dos lábios e da língua e contorções dos braços e das pernas, podendo continuar, mesmo depois de suspender o consumo do medicamento. Para esses casos persistentes, não existe tratamento eficaz.

Segundo a Medclick (2012, p 13), os medicamentos conhecidos como antipsicóticos convencionais, atuam basicamente da mesma forma, bloqueando os receptores da dopamina no cérebro. A dopamina é um neurotransmissor, ou seja, uma substância química que ajuda a transportar os impulsos elétricos ao longo das vias nervosas e entre nervos, que com o bloqueio dos receptores da atividade excessiva da dopamina pode reduzir os sintomas de alucinações, delírios e pensamento desorganizado. Infelizmente, os medicamentos antipsicóticos convencionais apresentam potências alta e baixa, efeitos colaterais significativos como tendência à sedação, rigidez muscular, tremores e aumento de peso. Todos os medicamentos antipsicóticos convencionais são igualmente eficazes no controle dos sintomas da esquizofrenia, a escolha de um determinado medicamento, geralmente, é baseada nos seus efeitos colaterais e no grau de tolerância que ele produz em um determinado paciente.

Os remédios são a única alternativa para tratar a esquizofrenia. Outras formas de terapia complementam, mas não substituem as medicações. Há, contudo, uma natural resistência ao uso delas e isso é apenas uma consequência da

forma como se entende a doença. Se encararmos a medicação como algo estranho ao corpo a aversão se dará inevitavelmente, mas se encararmos a medicação como substâncias reguladoras de atividades cerebrais desequilibradas, podemos vê-las como amigas. O paciente não tem nenhuma culpa por uma parte do cérebro estar desregulado, mas pode usar o lado saudável (o bom senso) para tomar a decisão de se tratar. As medicações, portanto, só fazem ajustar o que estava desajustado. Infelizmente no caso da esquizofrenia não conhecemos medicações que realizem essa tarefa completamente, restabelecendo a normalidade do paciente. Mas por enquanto temos uma ajuda parcial. Meia dor é menos ruim que uma dor completa.(MAROT ,2004)

Para Sadock (2008 p 171), pesquisadores acreditam que a taxa de concordância de 50% para esquizofrenia observada entre gêmeos monozigóticos, sugere que fatores ambientais e psicológicos desconhecidos, mas provavelmente específicos, contribuam para seu desenvolvimento. Portanto, assim como os fatores farmacológicos são usados para tratar desequilíbrios químicos presumidos, estratégias não farmacológicas devem ser empregadas para tratar questões não biológicas. Ainda que, antipsicóticos sejam o apoio do tratamento da esquizofrenia, pesquisas constatarem que intervenções psicossociais, incluindo a psicoterapia, favorecem a melhora clínica. Modalidades psicossociais, devem ser integradas com o cuidado ao regime medicamentoso e lhe dar suporte. A maioria dos pacientes com esquizofrenia é beneficiada mais pelo uso combinado de antipsicóticos e tratamentos psicossociais do que de qualquer um dos tratamentos isoladamente.

Segundo Sadock (2008, p. 171,172), o uso de medicamentos antipsicóticos na esquizofrenia deve seguir cinco princípios terapêuticos:

1. Os clínicos devem definir com cuidado os sintomas alvo a serem tratados;
2. Um antipsicótico que funcionou para o paciente no passado deve ser usado novamente. Na ausência de tal informação, a escolha do antipsicótico baseia-se no perfil de efeitos adversos. Os dados

disponíveis no momento indicam que os ASDs podem oferecer um perfil superior de efeitos adversos e a possibilidade de maior eficácia;

3. A duração mínima de um ensaio com antipsicóticos é de quatro a seis semanas em dosagens adequadas. Se não tiver sucesso, um antipsicótico diferente, em geral de outra classe, pode ser tentado. Reação desagradável à primeira dose de um antipsicótico, no entanto, está fortemente correlacionada à baixa resposta e à baixa adesão futuras. Experiências negativas incluem sentimento subjetivo negativo peculiar, excesso de sedação ou reação distônica aguda. Quando uma reação inicial negativa grave é observada, os clínicos devem considerar a troca para outro agente em menos de quatro semanas;
4. Em geral, o uso de mais de um medicamento antipsicótico ao mesmo tempo não costuma ser indicado. Em pacientes especialmente resistentes ao tratamento, no entanto, a combinação de antipsicóticos com outros agentes – por exemplo, carbamazepina – pode ser indicada;
5. Os pacientes devem ser mantidos na dosagem efetiva mais baixa possível da medicação. A dosagem de manutenção muitas vezes é inferior à usada para obter o controle dos sintomas durante um episódio psicótico.

O desenvolvimento de agentes antipsicóticos eficazes, a mudança em relação ao tratamento, nas atitudes políticas e, aos direitos das pessoas com doenças mentais, mudaram de forma significativa os padrões de hospitalização para pacientes com esquizofrenia ao longo dos últimos 50 anos. Mesmo com a medicação antipsicótica, no entanto, a probabilidade de uma nova baixa dentro de dois anos após a alta da primeira hospitalização é de cerca de 40 a 60%. Pacientes com esquizofrenia ocupam cerca de 50% de todos os leitos de hospitais psiquiátricos e respondem por 16% de toda a população psiquiátrica que recebe algum tipo de tratamento.¹⁷¹ A gravidade da doença e a disponibilidade de tratamento ambulatorial determinam a duração da estadia. Pesquisas mostraram que hospitalizações, de quatro a seis semanas, são tão eficazes quanto as de longo prazo, e que o ambiente hospitalar com abordagens comportamentais ativas, diminui o estresse do paciente, contribui para estruturar suas atividades diárias e produz resultados melhores do que as instituições de moradia. (SADOCK, 2008 p 156, 171)

Ainda de acordo com o autor, a hospitalização é indicada para fins diagnósticos, estabilização da medicação, segurança do paciente em caso de

ideias suicida ou homicida, e para o comportamento fortemente desorganizado ou impróprio, incluindo a incapacidade de lidar com necessidades básicas, como alimentação, vestuário e abrigo. Os médicos devem avaliar as dificuldades específicas de cada paciente para planejar estratégias de tratamento com orientações adequadas às suas famílias ou responsáveis e ao próprio paciente após a alta. O plano de tratamento hospitalar deve ser orientado para questões práticas de cuidados pessoais, qualidade de vida, emprego e relações sociais. Visitas domiciliares de terapeutas colaboram para que os pacientes permaneçam fora do hospital por longos períodos, melhorando sua qualidade de vida. Estabelecer uma associação efetiva entre o paciente e os sistemas de apoio da comunidade é uma das metas da hospitalização.

Nesse contexto, o tratamento com terapias psicossociais incluem uma variedade de métodos para aumentar as habilidades sociais, a auto suficiência, as habilidades práticas e a comunicação interpessoal de pacientes esquizofrênicos sem hospitalização. O objetivo dessas terapias é capacitar pessoas com doença a desenvolverem habilidades sociais e vocacionais para uma vida independente, podendo trabalhar também com a terapia de grupo, é eficaz para reduzir o isolamento social. (Sadock (2008 p 172) Para a Medclick, um número menor de pessoas com esquizofrenia é incapaz de viver independentemente, por apresentarem sintomas graves e não serem responsivos à terapia ou porque não possuem as habilidades necessárias para viver em comunidade. Nesses casos, é necessário o tratamento contínuo em um ambiente seguro e amparador. Esses tratamentos são bastante úteis, podem ser realizados em hospitais, clínicas ambulatoriais ou centros de saúde mental, os quais, representam um apoio direto para o paciente, juntamente com a terapia farmacológica. Em geral, os pacientes precisam de psicoterapia, terapia ocupacional, e outros procedimentos que colaborem a viver com mais facilidade o seu cotidiano.

De acordo com Sadock (2008 p 173), a psicoterapia é muito importante ao tratamento de pessoas com esquizofrenia, tem como finalidade estabelecer uma relação de colaboração entre o paciente, sua família e o médico.

Geralmente, a expressão excessiva de emoção por parte da família em período de tratamento, prejudica o processo de recuperação do paciente, portanto, pode-se direcionar a terapia também para a família, com aplicação de redução de estresse e para a reintegração gradual do paciente à vida cotidiana. Dessa forma, o paciente pode aprender a compreender e a lidar com sua doença, a tomar os medicamentos de acordo com a prescrição e a enfrentar as situações estressantes que possam agravar a doença. Em estudos controlados, a terapia familiar reduziu drasticamente a taxa anual de recaída, que é de 25 a 50% para pacientes não submetidos à terapia familiar, comparada com a taxa de 5 a 10% para aqueles em terapia familiar.

Assim, as intervenções psicossociais para os familiares de indivíduos com esquizofrenia são de fundamental importância para que estes consigam entender alguns aspectos decorrentes da doença, a importância do tratamento medicamentoso, bem como compreender que é extremamente importante estimular estes indivíduos para que consigam ter maior autonomia possível, podendo dessa forma, lidar melhor com o familiar que necessita de cuidados e com os próprios sentimentos que decorrem deste contato e através disso prevenir a ocorrência de recaídas e melhorar a qualidade de vida de toda a família.

De acordo com Sadock (2008 p 170), estudos mostraram que o período de cinco a dez anos, após a primeira hospitalização psiquiátrica por esquizofrenia, apenas cerca de 10 a 20% dos pacientes têm boa evolução, e mais de 50% apresentam um baixo resultado, com várias hospitalizações, exacerbação de sintomas, episódios de transtornos maiores do humor e tentativas de suicídio. A estimativa é de que 20 a 30% de todos os esquizofrênicos têm capacidade de levar vidas relativamente normais. Aproximadamente, 20 a 30% continuam a apresentar sintomas moderados, e entre 40 e 60% permanecem comprometidos de forma significativa pelo transtorno durante toda a vida.)
Dessa forma, o tratamento medicamentoso é essencial no cotidiano, a probabilidade é de 70 a 80% dos indivíduos que apresentaram um episódio esquizofrênico, apresentarão recaídas nos doze meses seguintes. Os

medicamentos utilizados continuamente podem reduzir a taxa de recaídas para aproximadamente 30%.

6.4. Ressocialização

O indivíduo que sofre de transtornos psíquicos, necessita adquirir habilidades para uma convivência na comunidade. Precisa ir às compras, ao trabalho, ter cuidados com as tarefas da casa ou de si própria. Para isso, a reabilitação e as atividades de apoio, fazem parte do processo de ressocialização, não descartando a hipótese de haver uma recaída desta pessoa, necessitando de hospitalização, mesmo forçada, quando apresenta perigo à população ou para si. Em muitos casos, as pessoas com transtornos psíquicos, habitam em suas próprias residências de forma espreitada ou em Serviços Residenciais Terapêuticos (STRs), para o devido acompanhamento quanto ao consumo da medicação, mas, em número menor, essas pessoas possuem sintomas graves ou não têm habilidades essenciais para uma convivência com a sociedade, são impossibilitadas de viver de modo independente, assim, as mesmas passam a viver em ambiente que tenham apoio e segurança em tempo contínuo. (Medclick, 2012.p.5)

Gradativamente, o padrão hospitalar em atendimento à saúde mental tem sido renovado nestes últimos anos, com base nos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, houve progresso em relação ao tratamento do paciente, visando integração familiar e social, para as pessoas com transtornos mentais. Muitas famílias têm dificuldades quanto ao relacionamento com uma pessoa de transtorno psíquico, na maioria das vezes, por falta de conhecimento sobre a doença, afeta a estrutura familiar, surgindo um ambiente conflituoso em âmbito domiciliar.

Com a implantação dos CAPS, a partir de 1986, criados para a ressocialização de usuários de hospitais públicos e conveniados ao SUS, minimiza o contexto de conflitos entre a pessoa com transtornos psíquicos e sua família, o qual tem o objetivo de inserir o indivíduo à sociedade,

promovendo reabilitação psicossocial, atividades de inserção social, oficinas terapêuticas, integração da família ao tratamento, proporcionando ao usuário um ambiente seguro, acolhedor, elevando sua autoestima, estabilidade emocional, e que os mesmos sintam-se cidadãos de uma comunidade igualitária.

A origem das oficinas terapêuticas, têm como finalidade o restabelecimento à cidadania da pessoa com transtornos psíquicos, através da desconstrução do modelo asilar de atenção à saúde mental. Assim, as oficinas passam a exercer papel primordial, tanto como elemento terapêutico quanto como promotoras de reinserção social, através de ações que envolvem o trabalho, a criação de um produto, a geração de renda e a autonomia do indivíduo. Uma oficina se torna terapêutica de fato, quando dá ênfase na relação terapeuta/paciente, na importância do pertencimento a um grupo, na convivência e na comunicação com o outro. Portanto, o usuário deve ser sujeito do processo, criar autonomia no pensar, ter capacidade de planejar o próprio trabalho e participar do processo de gestão.

As redes sociais contribuem bastante na articulação de interesses comuns que beneficia a população, com acessibilidade aos serviços, apoio material, emocional e afetivo. O trabalho em rede está em constante evolução, a interação e comunicação são fatores importantes para o auxílio no gerenciamento de políticas sociais. A atenção à saúde mental não é apenas um atendimento clínico, é importante utilizar estratégias terapêuticas de reabilitação psicossocial, para atender às múltiplas necessidades dos indivíduos, com técnicas que permitam às pessoas com transtornos psíquicos aumentar suas aptidões de autocuidado, autonomia, para um ambiente harmônico com a família e sua ressocialização à comunidade.

A reabilitação psicossocial deve promover um bom nível de interação entre indivíduo e sociedade. A pessoa com transtornos psíquicos dá início a um processo de formação de hábitos, fortalece suas crenças e competências, conduz a assumir novas atitudes mentais, novos valores, conhecimentos e motivações que irão permitir desenvolver o sujeito como pessoa e cidadão. Cria-se uma nova relação afetiva, caracterizada frequentemente pela

ambivalência. É preciso respeitar às escolhas individuais de forma a devolver o direito de cidadania, que há tanto tempo foi retirado da pessoa com transtorno psíquico, portanto, é de suma importância respeitar e entender o sujeito/indivíduo como um todo, que possui uma história de vida dentro de um contexto social dinâmico e complexo.

Atualmente o governo reforça a política de saúde mental, estimulando o atendimento ambulatorial para que o paciente com transtornos psíquicos possa manter vínculos sociais, evitando assim, internamentos desnecessários. No âmbito das políticas públicas, prevalece a consolidação de direitos sociais, incentivando o respeito à diversidade e a liberdade do cidadão, em prol de uma sociedade igualitária. Portanto, reconhecer a individualidade de cada indivíduo, permite-se estudar e interpretar comportamentos dos mesmos.

Precisamos reestruturar, de forma urgente, os processos pelos quais nossas crianças e nossos jovens aprendem os valores e os comportamentos sociais. Para que isso ocorra, todas as instituições, tanto públicas quanto privadas, terão que dar a sua parcela de contribuição. Somente uma educação pautada em sólidos valores altruístas poderá fazer surgir uma nova ética social que seja capaz de conciliar direitos individuais com responsabilidades interpessoais e coletivas. (Silva, 2008 p 193).

Diante dessa realidade, é possível ter percepção de nossa própria singularidade, dar liberdade, notar nossa relação frente à aceitação passiva ou à luta contra qualquer ideologia ou intolerância, nos empenha a um projeto existencial cujo significado está fundado na intencionalidade de nossa própria consciência. Nessa perspectiva, é uma oportunidade para que o ser humano imerso no processo de socialização, se abra para que não se torne apenas um mero (re)produtor de um discurso fincado nas forças econômicas, sociais e históricas que legitimam diálogos tortos e aniquiladores da diversidade humana.

No CAPS I Gandu observa-se que apesar das demandas e da má vontade política existe uma organização interna que predispõe as propostas de uma saúde coletiva. A inúmeras atividades realizadas, o dinamismo das ações e do cotidiano proposto aos pacientes desafia as mazelas da saúde pública no Brasil.

Foucault (1995) afirmava que uma das manifestações do poder era a capacidade de produzir verdades. Em analogia, poder-se-ia afirmar que a capacidade de produzir necessidades sociais é uma manifestação concreta do poder dos distintos grupos e segmentos sociais (Campos, 2000). Nesse sentido, tanto as equipes de saúde quanto a sociedade deveriam explicitamente cuidar da produção de valores de uso e de sua expressão pública sob a forma de necessidades sociais. Enganam-se aqueles que atribuem ao poder dominante a capacidade exclusiva de sempre produzir necessidades sociais. Por mais poderoso que sejam o Estado e mercado, jamais essas instâncias conseguiram desconhecer a dinâmica social que resulta na construção de necessidades. Ainda quando relegam desejos e interesses dos usuários, ou o discurso da saúde coletiva, esses elementos acabam por mostrar sua lógica. Em alguma medida, os de baixo metem sua colher de pau no cozido das necessidades sociais. (CAMPOS, 2000)

O que se argumenta é que caberia aos trabalhadores e aos usuários, a partir de seus próprios desejos e interesses, apoiando-se em uma teoria sobre a produção de saúde, tratar de construir projetos e de levá-los à prática; objetivariam então a concretização de determinados valores de uso, expressos sob a forma de necessidades, bem como dos meios necessários para atendê-las. Uma luta sem resultados prévios assegurados. É contrária à razão dialética a análise que atribui exclusividade de efeitos à racionalidade ou ao poder hegemônico. O poder hegemônico é o dominante e não o único. Os dominados também interferem na dinâmica social, particularmente quando se trata da alteração de valores. Ora, valores são os alicerces das estruturas e as estruturas são produtoras e garantidoras de valores. A alteração de valores ressalta a inadequação social e histórica de estruturas ultrapassadas, aumentando as possibilidades de mudança.

Valeria um esforço concentrado da saúde coletiva objetivando tornar mais democrática e participativa a definição de valores de uso e de necessidades sociais.

Assim a saúde coletiva e o fortalecimento dos sujeitos residem em co-participar da produção de necessidades sociais exige iniciativa política e

capacidade de reflexão crítica. Como a saúde coletiva poderia contribuir para diminuir o coeficiente de alienação das pessoas? E aqueles que são biologicamente “incapazes” podem influir nessa reflexão-ação?

De acordo com CAMPOS (2002) Os saberes e práticas apoiados no positivismo ou no estruturalismo reforçam a polaridade *objeto* das pessoas, por intervirem sobre os seres reduzidos à condição de receptores. Ainda que, na prática, um máximo de coisificação seja impossível, distintas estratégias políticas, sanitárias e terapêuticas fundadas sobre essas duas correntes filosóficas buscam a progressiva redução dos coeficientes de liberdade e de autonomia dos sujeitos. A *práxis* social daí advinda reafirma, embora não como fatalidade, a tendência histórica das instituições oprimirem a dimensão singular de cada sujeito ou os interesses e necessidades dos grupos dominados.

As práticas sociais, todas elas - a clínica, a saúde pública, a pedagogia, a gestão e a política, poderiam produzir a infinidade de matizes entre controle social (seres dominados) ou autonomia (cidadãos com liberdade relativa). Essas práticas operam, em potencial, tanto em prol de reduzir pessoas à condição de objetos sujeitados a algum poder, quanto no sentido de multiplicar as possibilidades de sujeitos viverem mais livremente. Essa liberdade significaria que, embora condicionados ao contexto e a compromissos, estariam aptos a lidar com autonomia relativa diante da objetividade das coisas e das relações sociais.

Uma amostra dos trabalhos dos usuários do CAPS I Gandu vem responder essa questão, através do relatório de gestão 2013 da instituição temos uma análise das ações propostas, das ações desenvolvidas.

6.4.1. Em 2013 do CAPS GANDU apresenta como forças:

- O aval da Secretaria de Saúde
- O apoio e aprovação da comunidade
- O empenho da equipe técnica, constituída por 8 profissionais de nível superior.

- A frequência semanal (posteriormente quinzenal) a partir do mês de abril da psiquiatra que ajudou a regular a demanda.

- O compromisso da atual psiquiatra com a Instituição e o bom diálogo e respeito com a equipe.

- Maior integração com o serviço de ambulatório (finais de 2013)

- Regularização da demanda do Serviço Social.

Como fraquezas nessa Instituição há :

- A demora do atendimento dos pedidos em função da crise financeira que a Prefeitura atravessa.

- Sério problema com as instalações elétricas e hidráulicas da sede da Instituição, pondo em risco todo o setor de dados e risco iminente de incêndio;

- Falta de um carro exclusivo para atender as necessidades da Instituição;

- Dificuldade na aquisição de recursos materiais necessários para o correto funcionamento do trabalho da Instituição. A exemplo: medicamentos, alimentação, material de artesanato, consertos e reparos na sede.

- Melhor interlocução com as demais Secretarias municipais, principalmente a Assistência Social.

- Dificuldade persistente apesar dos esforços empreendidos , de sensibilizar a família do paciente para maior participação e atuação na Instituição.

Em relação ao ano anterior , alguns problemas foram sanados, Outros persistem, por isso, intencionamos alimentar essas forças ao firmar parceria com a prefeitura, secretarias municipais, empresas da comunidade, estreitar mais laços com a sociedade, promover mais eventos socioeducativos, ter o apoio da família, capacitar o corpo técnico da Instituição, aprimorar a sede do CAPS I.

6.4.2. Infra- Estrutura

O Centro de Atenção Psicossocial CAPS I Gandu, funciona numa sede provisória em um sítio, na cidade de Gandu, situada na rua Isaac Marambaia, s/n, Bairro 2 de Julho, que é alugado pela Prefeitura Municipal de Gandu.

O espaço possui 01 hall de entrada, 02 varandas, 04 salas, 01 cozinha, 04 banheiros, 01 almoxarifado, 01 área externa sem cobertura, 01 área de serviço.

Dentro da estrutura da atual sede o que se necessita com urgência são grades para isolamento da cozinha, uma pia no local de atendimento de enfermagem (foi improvisada em um banheiro), a manutenção regular dos ar condicionados, A área externa necessita de uma cerca, tendo em vista o trânsito de animais equinos de propriedade dos sítios vizinhos e o risco de fuga de alguns pacientes, fato já ocorrido. Esses pedidos feitos desde 2011 na gestão anterior foram reiterados no decorrer do ano de 2012 e também agora em 2013.

6.4.3. Equipamentos

O CAPS I Gandu, possui atualmente um computador com impressora (precisando de reparos/troca) carteiras emprestadas pelo município de Gandu, um fogão usado 4 bocas que foi emprestado por outro setor da Secretaria de Saúde, um botijão de gás, um armário que já existia no prédio, um suporte de água (doação), utensílios de cozinha doados, 7 mesas de escritório, sendo uma doada, 1 maca, 2 arquivos, 2 armário fechados, 2 armários abertos, 1 mesa de jantar. Com a verba inicial enviada pelo governo foi adquirido um fogão industrial que foi emprestado pela coordenação anterior ao Hospital Municipal Nelson David Ribeiro e até hoje não foi entregue ao CAPS nem substituído.

6.4.4. Pessoal e Estrutura Organizacional

Hoje o CAPS I encontra-se com um quadro de 18 funcionários. Para funcionar satisfatoriamente o ideal seria necessária a inclusão de um terapeuta ocupacional, essa função vem sendo desenvolvida há 2 anos pela coordenadora Dulcilene Soares que vem acumulando esse serviço, fazendo o plano terapêutico individual de cada paciente. Por possuir formação em

Psicanálise Clínica e Terapias Alternativas, como forma de não deixar essa brecha no atendimento.

6.4.5. Situação Financeira

A instituição faz sua manutenção através de repasse de material feito pela PMG e por doações de funcionários e algumas pessoas da comunidade e comércio local. Mantem o Bazar que realizou-se em outubro de 2013 e que desde então vem subsidiando as pequenas necessidades do setor, visto que estamos tendo problemas com repasse de mercadorias para alimentação. A princípio, como uma forma de minimizar os custos com a atenção ao paciente do CAPS, pensamos na implantação de um bazar trimestral que teria a função de arrecadar verbas e principalmente socializar o cliente e trabalhar com eles aspectos da vida prática. Em função do crescente sucesso, colocamos o BAZAR de forma permanente, o que tem dado muito certo até o momento, por ser uma alternativa de compra de usados, com pequenas avarias e até mesmo peças novas com baixíssimo custo. Outro aspecto positivo é a crescente interação com aspectos da vida prática que fazem inclusive parte da Oficina de Geração de renda proposta pelo Serviço Social.

Com o dinheiro arrecadado no Bazar, cerca de R\$1.200,00 (hum mil e duzentos reais) confeccionamos material gráfico para o setor, compramos gêneros alimentícios, sacolas para medicamentos, material para artesanato.

Toda a administração financeira da verba do CAPS fica a cargo da Secretaria de Saúde. A despesa mensal girou em torno de R\$ 3.000 com alimentação e limpeza, sendo esse valor variável a mais ou menos conforme a demanda semanal. O material inicialmente enviado pela secretaria, para artesanato e material pedagógico foi fornecido pela Secretaria de Saúde, assim como despesa com transporte dos quais não temos ciência do valor exato. Não temos acesso direto às compras e repasse de verbas.

6.5. Ações desenvolvidas em 2013

Muito se trabalhou no CAPS em 2013, para se ter um exata apreciação, faremos a apresentação por setor, de tudo o que foi desenvolvido no corrente ano, com análise dos responsáveis por área.

6.5.1 Oficina de Alfabetização – TOPA

Sentindo a necessidade de aumentar a auto - estima dos usuários do CAPS, alguns pacientes intensivos, não intensivos e semi – intensivos, pacientes que são recebidos por esta instituição de 2ª à 5ª feira em horário integral, das 8:00 às 16:00. Em harmonia com a Secretaria da Educação, Secretaria da Saúde e a equipe multidisciplinar foi criada uma turma de alfabetizandos, uma vez que boa parte destas pessoas não tiveram a oportunidade de frequentar uma escola em decorrência das suas limitações. Alguns que tiveram este privilégio, não puderam concluir, devido aos problemas psiquiátricos.

O trabalho tem sido muito produtivo, pois os avanços com relação ao domínio da escrita, da leitura e também da oralidade são perceptíveis, uma vez que na turma haviam pessoas apáticas, não se comunicavam, alguns respondiam apenas monossílabos.

A faixa etária desta turma é de 30 a 60 anos, sendo frequência diária entre 21 aos 32 alunos. Em novembro deste ano, foi aplicado o teste cognitivo, onde foi detectado um excelente aproveitamento. 16 alunos são cadastrados no programa, entretanto a turma é de 32 alunos

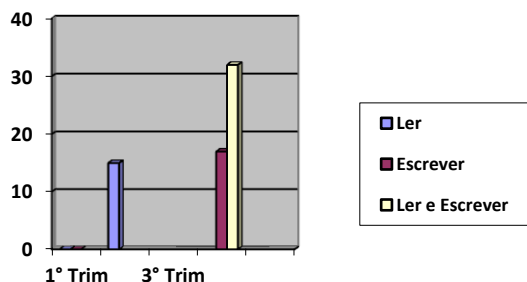
Alguns destes alunos já leem corretamente. Este programa é de suma importância, levando em conta a necessidade dos usuários distinguirem e manusearem seu próprio medicamento reconhecendo bula, dosagem e horários.

Grau de Dificuldade de Alfabetização – Gráfico

Alunos

AlunosAlunos

32	32	M	F	M	F
M 12	F 20	ESCREVER 08	ESCREVER 09	LER 04	LER 11



META ESTIPULADA: 75%

META ALCANÇADA: 100

QUADRO 2

6.5.2. Atividades desenvolvidas pelo Serviço Social

Quando o ser humano sofre algum tipo de transtorno, principalmente na saúde, o Assistente Social é importante em seu tratamento, seja através das informações sobre os direitos, seja através das informações que serão coletadas, fornecendo para a equipe de saúde a doença subjetiva, cultural e social, logo, contribuirão para que o paciente seja tratado em sua totalidade. O profissional de Serviço Social vive em busca de ações estratégicas de acordo à necessidade de cada indivíduo para à sua superação, reforçando sempre o direito social à saúde e levando em conta a importância da equipe multidisciplinar dentro de uma Unidade de Saúde.

A Deliberação nº 14 do Eixo Fiscalização Profissional define que se deve “incluir no estudo do Grupo de Trabalho sobre Serviço Social na Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, que reconhece a categoria de Assistentes Sociais como profissionais de saúde, além da Resolução do CFESS nº 383, de 29/03/1999, que caracteriza o Assistente Social como profissional de Saúde.

O trabalho em equipe merece ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os diversos profissionais.

O Assistente Social, ao participar do trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o

encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde.

O Assistente Social tem tido muitas vezes, dificuldades de dialogar com a equipe de saúde para esclarecer suas atribuições e competências face a dinâmica de trabalho impostas nas Unidades de Saúde.

A alta médica e a alta social devem acontecer concomitantemente. Em situações em que o usuário já tiver recebido a alta médica sem condições de alta social, cabe ao profissional de Serviço Social notificar à equipe, registrando no prontuário a sua intervenção, de forma a ratificar o caráter do atendimento em equipe.

A alta a pedido também é uma situação que recai sobre a equipe e, muitas vezes, sobre o profissional de saúde. Algumas reflexões são importantes sobre o significado da alta e da autonomia do usuário no serviço de saúde e quais procedimentos a equipe deve adotar coletivamente. O usuário devem ser autônomo para decidirem sobre o rumo do tratamento de saúde a ser adotado e a quais procedimentos deve ser submetido.

O usuário, civilmente capaz, deve exercer o seu direito de decidir sobre o seu tratamento e que rituais deve adotar quanto ao destino de sua saúde. Porém, deve também ser esclarecido quanto aos procedimentos e quanto ao tratamento que será adotado e, em caso de solicitar a alta este usuário deverá ser abordado pela equipe de saúde.

Assim, a atuação do Assistente Social frente a este procedimento é o de orientação, esclarecimento e reflexão junto ao usuário e à equipe de saúde com relação às condições objetivas que estão impulsionando os usuários a tomar esta decisão.

O profissional de Serviço Social pode ser um interlocutor entre os usuários e a equipe de saúde com relação a questões sociais e culturais, visto que pela sua própria formação há o respeito pela diversidade, o que geralmente é mais difícil para outros profissionais de saúde.

Cabe ao Profissional de Serviço Social fazer uma abordagem socioeducativa com a família, socializar as informações em relação aos recursos e viabilizar os encaminhamentos necessários.

É baseado nessa premissa que o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS do município de Gandu-Bahia retomou suas atividade no dia 02 de

janeiro de 2013, dando prioridade neste mês aos serviços internos e a seguir realizando atendimento as demandas espontâneas, atendimento diários aos pacientes intensivos, desenvolvendo atividades diversas a exemplo: palestras, oficinas, busca ativa a pacientes, responsáveis e familiares, execução de projetos, eventos e demais atividades de acordo o calendário anual e o plano de ação desta Instituição.

Segue abaixo:

- Atendimento espontâneo ao público (familiares, responsáveis de pacientes e comunidade em geral);
- Acolhimento;
- Atendimento individualizado aos pacientes;
- Atendimento em grupo aos pacientes;
- Atendimento aos familiares ou responsáveis dos pacientes;
- Visitas domiciliares;
- Visitas Institucionais;
- Reuniões informativas para os pacientes;
- Reuniões informativas para familiares e responsáveis dos pacientes;
- Reuniões com a Equipe de Referência do CAPS;
- Participação nos eventos do CAPS:
 - Carnaval; CARNACAPS
 - Dia das mães;
 - Festejos juninos; Arraiá do CAPS
 - Encerramento das atividades do Iº semestre;
 - Exposição dos trabalhos artísticos e artesanais confeccionados pelos pacientes no aniversário da cidade – Praça do Povo;
 - II Bazar;
 - Confraternização natalina e encerramento das atividades do IIº semestre.

- Orientação, encaminhamento e acompanhamento de pacientes para a rede intersetorial:
 - Previdência Social;
 - Secretaria Municipal de Saúde;
 - Centro odontológico do município;
 - Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social;
 - Conselho Tutelar;
 - Sine Bahia;
 - Setor da Regulação;
 - Cartório Eleitoral;
 - Correios;
 - Vara Cível;
 - Ministério Público;
 - 1ª Vara da Infância da Juventude;
 - Núcleo de Assistência Jurídica – NAJ;
 - Centro de Referência de Assistência Social – CRAS
 - Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS;
 - Programa Bolsa Família – PBF;
 - Hospital M. Nelson David Ribeiro – HMNDR;
 - Hospital Psiquiátrico São Judas Tadeu;
 - Hospital Juliano Moreira;
 - Receita Federal;
 - Delegacia de Polícia – DEPOL;
 - Escritório de advocacia.
- Oficina Desabafo do Final de Semana (Segunda-feira às 10:00hs).
- Acompanhamento e supervisão de 3 estagiários de Serviço Social;
- Realização do II aniversário do CAPS;
- Realização da escolha do Presidente e Presidenta da higiene – Trimestral.

- Execução do Projeto “Conhecendo a Rede Institucional”:
 - I - Prefeitura Municipal de Gandu;
 - II - Hospital Municipal de Gandu;
 - III - Previdência Social;
 - IV - Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e PBF;
 - V - Centro de Referência Especializado da Assistência Social;
 - VI - Secretaria Municipal de Saúde;
 - VII - Secretaria Municipal de Educação;
 - VIII - Igreja Católica de Gandu;
 - IX - Associação dos Pais e Amigos Excepcionais de Gandu – APAE;
 - X - Igreja Maranata;
 - XI - Rádio Gandu FM.
- Palestras educativas conforme calendário anual do CAPS:
 - Qualidade no atendimento ao cliente – Equipe do CAPS;
 - Higienização – Pacientes;
 - Violência;
 - Sexualidade;
 - Autonomia
 - Responsabilização;
 - Comportamento humano;
 - Relacionamento e convívio Social;
 - Outubro Rosa;
 - Sentimentos: Amizade, amor e afeto;
 - Novembro Azul;
 - Dia do Idoso;
 - Dia Internacional do Deficiente;
- Entrega do Projeto de Trabalho e Geração de Renda para Secretária de Saúde e Prefeitura Municipal de Gandu. (No aguardo);
- Relatórios Psicossociais;

- Estudo Social;
 - Previdência Social;
 - Conselho Tutelar;
 - Secretaria de Direitos Humanos – SDH;
 - Ministério Público;
 - 1ª Vara da Infância e da Juventude;
 - Cartório Eleitoral;
 - Penitenciária de Regionópolis/SP;
- Avaliação final do Projeto Conhecendo a Rede Institucional – Pacientes;
- Avaliação final da Oficina Desabafo do Final de Semana – Pacientes;
- Participação em Cursos, Seminários, Simpósio e Conferências:
 - II Seminário Valenciano de Saúde Mental – “Loucura: Desconstruindo olhares”;
 - Observadora na 2ª Conferência Municipal das Cidades – Maio/2013;
 - Palestrante na VIII Conferência Municipal de Assistência Social de Nova Ibiá – 24/07/2013;
 - Observadora na IX Conferência Municipal de Assistência Social de Itabuna – 31/07/2013 à 01/08/2013;
 - Observadora na V Conferência Municipal de Assistência Social de Gandu/BA – 05/08/2013 e 06/08/2013;
 - III Simpósio de Saúde Mental e II Seminário Regional sobre crack e outras drogas – Apontando caminhos para (re)fazer as práticas de cuidado em saúde mental;
 - Ouvinte do minicurso – Apoio à Família de Usuários de Substâncias Psicoativas (SPA);
 - Capacitação continuada - Atualização sobre Intervenção Breve (IB) e Aconselhamento Motivacional em Crack e outras Drogas;

6.5. 3 .Atividades desenvolvidas pela Oficina de Artesanato

Participaram semanalmente das oficinas de artesanato, 30 a 36 pacientes. Muitos demonstraram interesse e habilidades e outros não.

Foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Artesanato com revistas.
- Cestinhas com palitos de picolé.
- Imã de geladeira com EVA.
- Embalagens para presentes com papel microondulado.
- Reciclagem com papel e papelão.
- Reciclagem com garrafas pet, caixas de leite, caixas de sapatos e etc.
- Artesanagem com bolas de isopor e sementes.
- Pintura em tela e tecido.
- Arte em crochê.

Ponto positivo - Implantação de varias oficinas terapêuticas e atendimento psiquiátrico quinzenalmente.

Ponto negativo - Falta de material em geral .

6.5.4. Relatório das Atividades de Nutrição.

Planejamento anual das compras, elaboração da lista de gêneros alimentícios para a licitação. Desta forma a cada semana planejamento, organização, supervisão e avaliação dos serviços de alimentação e nutrição.

Elaboração de cardápio semanal diante das necessidades e eventos existentes, solicitando ao setor responsável semanalmente através de lista de compras via ofício, diante do controle de estoque (entrada e saída), acompanhamento da elaboração de preparações e distribuição das mesmas.

Oficinas com os pacientes/clientes semanalmente onde são informadas nas RAAS com respectivos temas:

- Alimentação e Nutrição, educação nutricional, reconhecimento dos alimentos e seus respectivos grupos, patologias/alimentos, desperdícios de alimentos, horários de refeições;
- Auto Cuidado – atividade que visa transmitir informações e conhecimentos que gerem mudanças de hábitos e atitudes relativos à: saúde, higiene, autoestima, cuidados com o meio ambiente, relacionamento interpessoal e outros, buscando incentivar os usuários a uma vida mais saudável, com maior qualidade e bem estar.
- Oficina “Hábitos Saudáveis” - trabalha cuidados pessoais diários, através de orientações e esclarecimentos pertinentes a hábitos mais saudáveis de vida; presta orientações sobre tarefas de higiene; estimula e esclarece sobre a importância da prática de atividades físicas e trabalha demais questões relativas a essa área, buscando a conseqüente melhoria da qualidade de vida.
- Oficina “Viver com Saúde” – destinada a abordar, esclarecer, informar e orientar sobre enfermidades agudas e crônicas, visando sua prevenção, detecção precoce, cuidados essenciais e métodos de controle.
- Oficina de Comunicação e Relações Sociais – estabelece um processo onde toda a relação no grupo procura convergir para a (re)construção das relações interpessoais, através de um diálogo conscientizador e de cuidados para com o outro, respeitando suas diferenças. Estimula a comunicação, a sociabilidade, o relacionamento, a convivência saudável, a fluência na verbalização e a aquisição de hábitos e condutas adequadas aos diversos ambientes sociais.
- Oficina Temática – visa organizar e preparar os eventos relativos ao eixo temático do mês corrente. Trata-se de atividade coletiva motivadora, articuladora e mobilizadora, que explora a criatividade, desperta interesses, contribui para a socialização e a integração, estimula a atenção, a memória e a concentração, e desperta e valoriza talentos individuais, contribuindo para a autoestima.

Dificuldades da Nutrição encontradas em 2013.

Ao realizar a elaboração e execução das oficinas:

- Dificuldades na preparação das atividades propostas, visto que temos apenas 1(um) computador e 1(uma) impressora, onde o mesmo sempre tem problemas, devido as instalações elétricas, que constantemente desliga o computador e o mesmo encontra-se ocupado com outras atividades da Instituição, problemas na recarga dos cartuchos;
- Dificuldade na aquisição de recursos materiais necessários para a execução das oficinas propostas.
- Cumprimentos do planejamento do cardápio proposto:
- Ausência das entrega das solicitações realizadas, por parte das empresas licitadas;
- Estrutura física inadequada da cozinha;
- Ausência de equipamentos/utensílios da cozinha;
- Crise financeira, redução de gastos.

Relatório financeiro do Setor de Nutrição em 2013.

As compras realizaparas para o CAPS do mês de janeiro até julho foram efetuadas no Supermercado, onde os preços dos produtos não eram fixos, podendo variar a cada semana diacordo aos preços de mercado. A cada compra efetuada a secretaria de saúde recebia a cópia das notas. No mês de maio foram entregues as cópias originais ao setor de compras da Prefeitura Municipal para conferência. No mês de agosto iniciamos as compras com as empresas licitadas, porém apenas em setembro acompanhamos as compras com os contratos das empresas que venceram os Lotes do processo licitatório, consequentemente com os preços/valores dos respectivos produtos, porém alguns produtos solicitados semanalmente não foram licitados, desta forma não tenho conhecimento dos seus respectivos valores.

Ao realizar balanço de gastos referentes a gêneros alimentícios, produtos de limpeza, materiais descartáveis, dos meses de setembro, outubro e novembro, visto que o mês de novembro ocorreram ausência de algumas entregas, obtive uma média de 3.000,00(três mil reais). Não esquecendo que alguns produtos não lícitados não foram inclusos, já que não possuo os seus valores/preços.

6.5.5. Relatório das aulas de Atividade Física no CAPS

Os exercícios físicos têm sido enaltecidos ao longo da história como forma de preservar e melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas. Tendo a oportunidade de vivenciar atividades motoras, o indivíduo será beneficiado, pois terá um desenvolvimento global e harmônico. As atividades físicas irão fortalecer sua autoconfiança, desenvolver suas capacidades biológicas, psicológicas e sociais.

O trabalho como profissional de Educação Física no CAPS tem dado certo e com isso trazendo bons resultados, em específico na saúde mental, física e social dos pacientes. Este trabalho vai de encontro às necessidades intrínsecas do ser humano no sentido de proporcionar uma condição de vida mais digna e plena.

O principal desafio aqui encontrado é a dispersão, e algumas vezes a pouca participação dos pacientes nas atividades propostas, seja pela indisposição causada pelos remédios ou por motivos pessoais de cada paciente mas no geral a maioria sempre participa com alegria e entusiasmo das minhas aulas.

No CAPS I Gandu o espaço físico é muito limitado, isso faz com que dificulte o meu trabalho como profissional de educação física. É importante ressaltar que desenvolvemos aqui também outras atividades como palestras, danças, alongamentos e outros tipos de exercícios laborais que de uma forma ou de outra ajudam no combate de algumas doenças degenerativas como hipertensão, diabetes, osteoporose entre outras.

A Educação Física também é considerada uma das maneiras de auxiliar na construção da cidadania e na promoção da inclusão social, de extrema importância averiguar qual o impacto da atividade física na melhora da qualidade de vida dessas pessoas, seja no âmbito social, cognitivo ou motor.

Além disso, a prática de atividades físicas estimula a produção do hormônio chamado endorfina, capaz de proporcionar sensações de bem-estar e prazer. Os pacientes estão sempre alegres e de alto-astrol nos dias da aula de atividade física demonstram segurança, alegria e descontração.

6.5.6.Relatório de Gestão da Farmácia do CAPS

O CAPS é um local exclusivo para atendimento de pessoas que desenvolvem transtorno mental que são referenciados pelo atendimento ambulatorial. A função da farmácia é realizar o atendimento ao paciente a cerca dos medicamentos incluindo dispensação e controle de estoque dos medicamentos classificados como psicotrópicos, que são a classe terapêutica utilizada para o tratamento do transtorno mental.

Ofertas de Serviços Prestados

Armazenagem e dispensação de medicamentos para uso no CAPS, sendo:

- Medicamentos - Dispensados por paciente, de acordo com prescrição médica de acordo com o prontuário do paciente, na forma de dose unitária, separada por horário de administração com identificação do lote e validade, quantidade para tratamento de trinta dias;
- Material Pencil – dispensado no momento do uso evitando subestocagem no setor.
- Horários de atendimento - de segunda a quarta das 08:00h as 11:30h e das 14:00 as 16:30h

3.5.6.1 Tabela de medicamentos que são disponibilizados pelo CAPS

Classe Terapêutica	Medicamento	Dose/FF*	Classe Terapêutica	Medicamento	Dose/FF*
Antipsicótico	Clorpromazina	25mg/COMP	Estabilizador do Humor	Carbonato de Lítio	300mg/COMP
	Clorpromazina	100mg/COMP		Carbamazepina	200mg/COMP
	Haloperidol	1mg/COMP		Carbamazepina	2%/SOL. ORAL
	Haloperidol	5mg/COMP	Antiparkinsoniano / Anticolinérgico	Biperideno	2mg/COMP
	Haloperidol	2%/SOL. ORAL	Anti-Histamínico	Prometazina	25mg/COMP
	HaloperidolDecanoato	70,52mg/ml		Prometazina	25mg/ml/Injetável
	Lavomeprometazina	25mg/COMP	Anticonvulsivante	Valproato de Sódio	500mg/COMP
	Lavomeprometazina	100mg/COMP		Valproato de Sódio	250/MG/SOL. ORAL
	Risperidona	1mg/COMP		Fenobarbital	100mg/COMP
	Risperidona	3mg/COMP		Fenobarbital	40mg/ml/SOL. ORAL
		Fenitoína		100mg/COMP	
Antidepressivo	Amitriptilina	10mg/COMP	Ansiolítico	Bromazepam	3mg/COMP
	Amitriptilina	25mg/COMP		Diazepam	5mg/COMP
	Amitriptilina	75mg/COMP		Diazepam	10mg/COMP
	Fluoxetina	20mg/COMP		Clonazepam	2mg/COMP
	Nortriptilina	50mg/COMP		Clonazepam	0,5mg/COMP
*Forma farmacêutica				Clonazepam	2,5mg/gota
Elaborado pela farmacêutica do CAPS					

Quadro 3

Principais Realizações 2013

- Criação do Manual técnico de Normas e Rotinas;
- Manutenção do controle de validade de medicamentos – realizado periodicamente.
- Elaboração de planilhas para controle de dispensação do medicamento e controle de entrada/saída.

- Dinâmicas realizadas com os pacientes durante todo ano abordando a importância do uso correto de medicamentos, orientando sempre a necessidade de seguir a posologia orientada pela equipe multiprofissional.
- Participação nas reuniões promovidas pela equipe para orientação dos familiares dos pacientes atendidos por esse estabelecimento de saúde.
- Escrituração no livro de registro dos medicamentos psicotrópicos mediante exigência da portaria 344 – ANVISA.

Ajustes em relação ao espaço físico para armazenamento e distribuição dos medicamentos como, por exemplo, armário mais amplo e com fechadura para maior segurança no armazenamento dos medicamentos, biombo que foi solicitado para adequação do setor de aplicação de medicamentos injetáveis.

A mudança no processo de aquisição de materiais e medicamentos, estoque sem margem de segurança e tomada de decisão da aquisição fora do controle do setor, gerou durante o ano insegurança por parte dos funcionários, principalmente os técnicos que estão diretamente envolvidos na dinâmica desse atendimento, que constantemente se vêem apreensivos com a falta ou atrasos de itens em estoque para dispensar.

No ano de 2013, apesar do aumento de procedimentos realizados no CAPS, principalmente com relação à periodicidade do atendimento médico psiquiátrico aumento relativamente a demanda de medicamentos dispensados a equipe de funcionários da Farmácia se manteve motivada, unida no objetivo de prestação de serviços de qualidade. Essa atitude foi essencial para que dificuldades fossem superadas. Dificuldades essas inúmeras pois foi constatado por exemplo que no ano de 2013 a Instituição não teve sequer um pedido (via ofício) atendido por parte da Secretaria Municipal de Saúde, pois a mesma sempre alegou ter prioridades outras e que o CAPS “ não dava problemas” e que “a equipe sabia se virar” ou ainda” que não recebia nenhuma queixa do CAPS”.

De fato ao decorrer de um ano e analisando os trabalhos realizados fica sempre o questionamento de como se conseguiu vender um ano com trabalhos ininterruptos e com tantos transtornos principalmente de ordem material.

7. CONCLUSÃO

A dinâmica do CAPS I consiste em promover melhores condições de autonomia para os usuários no melhor nível de funcionamento possível, para cada caso, evitando novas internações e visando a reintegração no seu grupo social, com o apoio e maior integração da família. Assim, visando um fortalecimento do trabalho psicossocial busca-se reduzir a farmacologia, com a frequência dos grupos terapêuticos, apoio familiar; Reduzindo assim a latrografia: diminuindo e eliminando as consequências físicas e comportamentais da institucionalização prolongada, promovendo a competência social e profissional e principalmente. Reduzindo o estigma social, possibilitando os canais para a autonomia.

O estudo em questão mostrou exaustivamente os percalços das políticas públicas relacionadas à saúde e mais especificamente à saúde mental, mostrando que o sistema neoliberal falido, apresenta uma série de programas,

projetos que muito bonitos teoricamente, requerem um maior investimento em pessoal e em recursos materiais para funcionarem bem.

No caso do CAPS em questão funciona-se com 14 funcionários quando o ideal básico seriam 18. Sabe-se que muitos outros e vários municípios funcionam com bem menos e/ou fecharam por alta dos recursos de contrapartida das prefeituras. A receita não cobre as despesas, O esforço dos profissionais é o diferencial nesse caso. Não é justo, mas faz a diferença.

Campos (2000) afirma que:O poder hegemônico é o dominante e não o único.Os dominados também interferem na dinâmica social, particularmente quando se trata da alteração de valores. Ora, valores são os alicerces das estruturas e as estruturas são produtoras e garantidoras de valores. A alteração de valores ressalta a inadequação social e histórica de estruturas ultrapassadas, aumentando as possibilidades de mudança.

Valeria um esforço concentrado da saúde coletiva objetivando tornar mais democrática e participativa a definição de valores de uso e de necessidades sociais. A saúde coletiva e o fortalecimento dos sujeitos. Co-participar da produção de necessidades sociais exige iniciativa política e capacidade de reflexão crítica. Como a saúde coletiva poderia contribuir para diminuir o coeficiente de alienação das pessoas.

Ainda em Campos (2000) Basaglia (1995) aproveitou-se desta linha de reflexão aqui tecida para repensar políticas e práticas em saúde mental. Poder-se-ia adaptar algode suas conclusões para a saúde pública? Amarante(1996) sintetizou bem a perspectiva metodológica com que Basaglia trabalhou: Se adoença é colocada entre parênteses, o olhar deixade ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no processo de invenção da saúde e de reprodução social do paciente. A perspectiva é de saída do objeto ontologizadoda medicina – a doença – e entrada, em seu lugar, de um sujeito. No caso da clínica, o doente; no caso da saúde coletiva, uma coletividade específica. Vale enfatizar, que Basagliã não se referia a um enfermo em geral, mas a um sujeito concreto, social e subjetivamente constituído. O mesmo se aplicaria a uma saúde

coletiva que se pretendesse construtiva: deveria trabalhar com grupos concretos, social e culturalmente constituídos. Toda a ênfase seria posta sobre a existência concreta de sujeitos e sobre a possibilidade de se inventar saúde para esses enfermos, no caso da clínica; e para grupos expostos a possibilidade de enfermar-se, para a saúde pública. Inventar saúde para Basaglia (1985) implicaria mais do que uma invenção técnica, já que ele ligava essa noção à de reprodução social do paciente. Reprodução social entendida como exercício de cidadania e de participação social. Em saúde pública poder-se-ia trabalhar com a idéia de mudança tanto das estruturas, sua democratização, e da normas de direito, quanto da capacidade reflexiva e da iniciativa dos sujeitos individuais e coletivos. A reconstrução da saúde coletiva passaria por um deslocamento de ênfase: antes fora a doença, depois as estruturas, agora se trataria também de valorizar o fortalecimento dos sujeitos individuais e coletivos grupos concretos, social e culturalmente constituídos.

Para finalizar, o CAPS I Gandu mantém essa atitude, principalmente em se tratando de contextualizar sujeitos em situação especial nesse sentido, acompanhando a atual ênfase da saúde pública em combater determinados estilos de vida (WHO, 1991), ainda que aparentemente reconhecendo a existência de pessoas concretas, não deixa de ser uma forma moralista e normativa de abordagem, já que os grupos a quem se destinam essas intervenções não são incorporados na construção ativa de modos de vida. Por exemplo, escolher entre longevidade e prazer é um direito inalienável da pessoa humana. A participação na administração das relações entre desejos, interesses e necessidades sociais é condição sinequa non para a democracia e para a construção de sujeitos saudáveis (Campos, 2000).

O início desse trabalho detalha outros fatores que não os biológicos que são preponderantes na existência dos transtornos mentais, sendo assim a equipe multiprofissional do CAPS, conseguindo captar essas nuances revela também aquilo que San Juan de La Cruz preconizava há séculos atrás *Bienaventurado el que, dejando a parte sugusto e inclinación, mira las cosas en razón y justicia para hacerlas..*

REFERENCIAS

ACURCIO, Francisco de Assis. **Evolução Histórica das Políticas de Saúde no Brasil**. Art. www.farmacia.ufrug.br/cespmed/text1htm. Disponível em 22 de março de 2003.

AMARAL, Osvaldo Lopes, **Transtornos Mentais**. Disponível em: <http://www.inef.com.br/transtorno.htm>. Acessado em: 26/04/2013.

ARRETCHE, Marta. **Avaliação das políticas públicas é objeto de pesquisa**. Art. www.comciencia.br/entrevistas/ppublica/entrevistas/ppublicas/arretche.htm

Disponível em 30 de março de 2003.

BALLONE, GJ - **O que são Transtornos Mentais** - in. PsiquWeb, Internet. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br>, 2008. Acessado em: 26/04/2013.

BARREIRO, J. **Educação popular e conscientização**. Petrópolis: Vozes, 1980. 198 p.

BELUZZO, Luíz Gonzaga. **Modelo Econômico impede melhorias das políticas pública**: art. www.comciencia.br/entrevistas/ppublicas/beluzzo.htm

BOAVENTURA, Edvaldo M. **Metodologia da pesquisa e elaboração da monografia**. UFBA, 2001.

BRANDÃO, C. R. **Educação popular**. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 88.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Políticas de Saúde **Cadernos de Saúde Mental**. Manual Técnico. Profissionais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Cadernos de Saúde Mental**. Brasília: MS, 2001. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 11.10.2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial/ Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2004.

CAMPOS GWS 2000. **O anti-Taylor e o método Paidéia: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional**. Tese de livre-docência. Campinas/SP, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP). Carvalho AI 1996. Da saúde pública às políticas públicas. 2000.

CARLETTO, Adriana Estela Custódio, SILVA Ruteléia Cândida de Souza, **Seguridade Social**, Universidade de Uberaba, 2010.

CARLETTO, Adriana Estela Custódio, ABELHA Fernanda Miranda de Souza, SILVA Ruteléia Cândida de Souza Silva, **Serviço Social e Proteção Social**, Universidade de Uberaba, 2011.

DRAIBE, S. M. Brasil: **O sistema de proteção social e suas transformações recentes**. Santiago: CEPAL, 1993

DIAS, M. T. G. A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro. 2007. 292f.Tese (Doutorado em Serviço Social)– Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A Política Social do Estado Capitalista: As funções da Previdência e Assistências Sociais**. S. P. Cortez. 1995.

FERNANDES, Flora e MOURA, Joviane A. **A Institucionalização da Loucura: enquadramento nosológico e políticas públicas no contexto da saúde mental** (parte II) in: <http://artigos.psicologado.com/psiquiatria/> 2009.

FOUCAULT M 1995. **O sujeito e o poder**. In P Rabinow & H Dreyfus. Foucault uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Ed. Forense, Rio de Janeiro.

IBGE. **Pesquisa nacional por Amostra de Domicílio**. www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pmad98/saude

LEVY, Sylvani Nahum et al. **Educação em saúde: histórico, conceito e propostas**. Brasília: Ministério da Saúde, Diretoria de Programas de Educação em Saúde. Brasília. 2002. 68 p. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acesso em: 15.03.2004

MAIER & WAGNER (2005), cap. 8 em Meinrad Perrez & Urs Baumann (Hrgs.), Lehrbuch klinische Psychologie - Psychotherapie. 3. Aufl. Bern: Huber

MANGUIA, E. F.; MURAMOTO, M. **Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental**. Ver. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. V. 18, n. 2, p. 54-62, maio/ago., 2007

MAROT, R. **Esquizofrenia**. <http://www.psicosite.com.br/tra/psi/esquizofrenia.htm> Disponível em abril de 2013.

MENDONÇA. Nadir Domingues. **Uma questão de Interdisciplinaridade: O Uso dos Conceitos**. R. J. Vozes. 1995.

NERI, Marcelo. **Desigualdade Social e saúde no Brasil**. Cad. Saúde Pública. Vol 18 supl. Rio de Janeiro 2002.

NETO, Rebeca Garcia, Scientific American Mente Cérebro, artigo: **Diagnóstico Precoce Da Esquizofrenia**, março de 2011. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/diagnostico_precoce_da_esquizofrenia.html>. Acessado em: 21/07/2013.

PAIM. J.S. **Saúde, crises, reformas**. Salvador, Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986.

PAIM, J.S **Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

PERES, Laerte A. **breve história das políticas de saúde deste século no Brasil**. Artigo. www.hospivirt.org.br/enfermagem/port/polsaude.html Disponível em 25 de março de 2003.

RABELO, Marta . Saúde Mental na Escola: "Na experiência do diálogo constitui-se entre mim e o outro em terreno comum. <http://pensareducacao.bligoo.com.br/saude-mental-na-escola-na-experi-ncia-do-dialogo-constitui-se-entre-mim-e-o-outro-em-terreno-comum>. Disponível em março de 2013

Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde. **Saúde, Cidadania e Políticas Públicas**. Art. www.datasus.gov.br/cns/REL10/1-SAÚDE.htm

RUAS, Nelia. **Projeto de mestrado em educação e saúde**. Salvador, 2004.

SADOCK, Benjamin James e Virginia Alcott Sadock, **Manual Conciso de Psiquiatria Clínica**, 2ª Edição, Editora Artmed, 2008.

TARRIDE, M.I. Saúde pública: uma complexidade anunciada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

VIEIRA, Priscila Piazzentini, **Reflexões sobre a História da Loucura de Michel Foucault** – Revista Aulas nº 3, 2007. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/~aulas/pdf3/24.pdf>>. Acessado em: 09/05/2013.

XIMENE, S. **Minidicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.

WINGELFELD & HELLHAMMER (2005), cap. 9 em Meinrad Perrez & Urs Baumann (Hrgs.), **Lehrbuch klinische Psychologie-Psychotherapie**. 3. Aufl. Bern: Huber. Disponível em 25 de maio de 2013.

<http://www.medclick.com.br/saude-mental/esquizofrenia-causas-sintomas-tipos-diagnostico-tratamento-prognostico.html>

ANEXO
S

SEDE
DO
CAPS



ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS PACIENTES ; CARNACAPS





ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS PACIENTES: BAZAR DO CAPS





ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS PACIENTES: OFICINA DO DESABAFO





ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS PACIENTES: PROJETO VISITA INSTITUCIONAL: VISITA A CÂMARA MUNICIPAL E À RÁDIO GANDU FM.



**ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS PACIENTES: PROJETO
HORTICULTURA**



ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS PACIENTES: FORRÒCAPS

