

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR E DE SAÚDE

KÉCIA MILLENA DIAS DE MIRANDA

**CAPS Ad: INTERFERÊNCIA DA ESCASSEZ DE RECURSOS NAS PRÁTICAS
PROFISSIONAIS NA PERSPECTIVA DOS SERVIDORES**

**NATAL/RN
2012**

KÉCIA MILLENA DIAS DE MIRANDA

**CAPS Ad: INTERFERÊNCIA DA ESCASSEZ DE RECURSOS NAS PRÁTICAS
PROFISSIONAIS NA PERSPECTIVA DOS SERVIDORES**

Monografia apresentada ao Centro
Universitário do Rio Grande do Norte –
UNI-RN, como exigência do Curso de
Especialização em Gestão Hospitalar e
Saúde.

Orientadora: Prof.^a (Msc.) Maria Teresa
Pires Costa

**NATAL/RN
2012**

KÉCIA MILLENA DIAS DE MIRANDA

**CAPS Ad: INTERFERÊNCIA DA ESCASSEZ DE RECURSOS NAS PRÁTICAS
PROFISSIONAIS NA PERSPECTIVA DOS SERVIDORES**

Monografia apresentada ao Centro
Universitário do Rio Grande do Norte –
UNI-RN, como exigência do Curso de
Especialização em Gestão Hospitalar e
Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a M.Sc. Maria Teresa Pires Costa
Orientadora

Prof.
Membro

Prof.
Membro

Dedico este trabalho a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste sonho. E em especial a DEUS que me fez ter fé para concluir este Projeto. Agradeço ainda aos meus amigos, pelo companheirismo e a minha família por estar ao meu lado nesta trajetória profissional.

AGRADECIMENTOS

A DEUS: pela vida e objetivos alcançados.

A minha família: pais, filha, irmãos e sobrinhas pela dedicação e apoio.

Aos meus parceiros de trabalho no CAPS ad Norte: pelo empenho, perseverança e companheirismo, nesta luta diária no combate ao uso de álcool e outras drogas.

Aos meus professores e orientadora: por me abrir novos horizontes na busca interminável por novos conhecimentos e futuros desafios.

“Acredito que gostar do que faz, ou seja, sentir prazer no que fazemos é a solução para muita coisa. A falta de condições de trabalho adequada, a remuneração deficiente e a sobrecarga de trabalho (devido a grande demanda) são condições diárias que enfrentamos, mas a gratificação em ver o reflexo positivo que o tratamento proporcionou na vida do usuário e, indiretamente, da sua família não tem preço. Dar um pouco de si, do melhor que se sabe fazer, e não só no que se refere ao seu contexto profissional, é algo que tento fazer diariamente. Buscar alternativas e meios para dinamizar as atividades cotidianas e solucionar as dificuldades apresentadas são tarefas que proporcionam melhora para o serviço e também para a satisfação profissional”.

(E 5) CAPS Ad Norte

RESUMO

Este trabalho pretende propor uma intervenção técnica em que se investiguem os reflexos da escassez de recursos na prestação do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas no CAPS AD II na Zona Norte de Natal-RN. O estudo foi realizado utilizando-se a abordagem qualitativa através de pesquisa bibliográfica e questionário de administração direta, aplicado aos servidores do referido serviço. Partirá das visões da loucura que percorreu um longo caminho para a reversão do modelo assistencial hegemônico através da Reforma Psiquiátrica, que ainda que não tenha se revertido totalmente é passível de se viabilizar. Os achados apontam uma série de problemas estruturais, de recursos humanos, desinteresse a nível institucional entre outros. Esses aspectos apontam o modo restrito de entender o objeto da saúde mental a perda da integralidade do cuidado. Com base nos achados encontrados aponta-se para necessidade de discussões dos problemas institucionais elencados no estudo, visando à superação destes, bem como, a constituição de um processo para a atenção à saúde, pautado na escuta qualificada, na racionalização dos recursos, na humanização das práticas e na disponibilidade de uma rede integrada e qualificada para os usuários do CAPS Ad II Norte de Natal. .Através desse trabalho foi possível visualizar os grandes desafios que esses servidores enfrentam tanto no processo de implantação quanto no fortalecimento das políticas públicas de saúde mental para o acolhimento e a saúde dos usuários de álcool e outras drogas, concluindo-se que todos os objetivos do estudo foram alcançados.

Palavras-Chave: Loucura. Doença Mental. Reforma Psiquiátrica. CAPS Ad.

ABSTRACT

This work intends to propose an intervention technique that investigate the effects of the shortage of resources in the provision of care to users of alcohol and other drugs in AD CAPS II Northern District of Natal-RN. The study was conducted using a qualitative approach through a literature review and questionnaire administration directly applied to servers that service. Leave the visions of madness that has come a long way in reversing the prevailing welfare model through the Psychiatric Reform, which still has not fully reversed is likely to become feasible. The findings highlight a number of structural problems, human resources, the institutional disinterest among others. These aspects indicate the restricted mode to understand the object of the loss of health mint comprehensive care. Based on the findings point to the need for institutional discussions of the problems listed in the study, aiming to overcome these, as well as the establishment of a process for health care, based on qualified hearing, the rationalization of resources and the humanization practices and the availability of an integrated and qualified for users of Ad CAPS II North Christmas. . Through this work was possible to visualize the great challenges that face both these servers in the deployment process as the strengthening of public policies for mental health care and health of users of alcohol and other drugs, concluding that all objectives of the study were achieved.

Keywords: Madness. Mental Illness. Psychiatric Reform. CAPS Ad.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 O TEMA E A SUA IMPORTÂNCIA	10
1.2 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO E SEU AMBIENTE	11
1.3 OBJETIVOS	12
1.3.1 Objetivo Geral	12
1.3.2 Objetivos Específicos	12
1.4 JUSTIFICATIVA	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 LOUCURA ATRAVÉS DAS ÉPOCAS: BREVE HISTÓRICO	14
2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	19
2.2.1 A reforma psiquiátrica no Brasil	20
2.3 A INFLUÊNCIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA NOS CAPS Ad II	24
2.4 ESTRUTURA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL	24
2.4.1 As atividades e funções do CAPS Ad	25
2.4.2 Caracterização dos CAPS Ad II	25
2.5 REDUÇÃO DE DANOS	26
2.5.1 Princípios básicos	26
2.5.2 Formas de atuação	27
2.5.3 Redução de Danos no Brasil	28
3. METODOLOGIA	29
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	29
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	29
3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	30
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISES DE DADOS	30
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	31
4.1 CATEGORIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES	31
4.2 PRINCIPAIS DIFICULDADES ENCONTRADAS	31
4.2.1 As condições de trabalho	32
4.2.1.1 Estrutura física	32
4.2.1.2 Desinteresse a nível institucional	33

4.2.1.3 Desconhecimento do planejamento Institucional	33
4.2.1.4 Desabastecimento de medicamentos básicos e controlados	34
4.2.1 Falta de veículo próprio	35
4.2.1.6 Desmotivação	35
4.2.1.7 Baixo número de visitas domiciliares	36
4.2.2 Recursos Humanos	36
4.3 PERCEPÇÃO DA ESCASSEZ DE RECURSOS UTILIZADOS	37
4.3.1 Dificulta a relação doença X usuário X tratamento	37
4.3.2 Má aplicação dos recursos destinados à Saúde Mental no Município de Natal/RN	37
4.3.3 Falta de gestão adequada	38
4.4 COMO OS PROFISSIONAIS LIDAM COM A ESCASSEZ DE RECURSOS	38
4.4.1 “Tempestade de sentimentos”	38
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICES	45

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos 50 anos o mundo passou por grandes transformações em especial a aparente normalidade do uso corriqueiro de cigarros e bebidas alcoólicas tanto nos ambientes sociais quanto dentro de casa como também a disseminação da ideia da existência de drogas "inocentes"

1.1 O TEMA E A SUA IMPORTÂNCIA

Nos últimos 50 anos o mundo passou por grandes transformações em especial a aparente normalidade do uso corriqueiro de cigarros e bebidas alcoólicas tanto nos ambientes sociais quanto dentro de casa como também a disseminação da ideia da existência de drogas "inocentes"

No Brasil, a partir do final das últimas décadas do século XX e início do século XXI, um fenômeno começou a ser observado: a intensificação de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas.

Fato esse que chamou a atenção dos diversos segmentos da sociedade: autoridades, instituições públicas, organizações da sociedade civil, profissionais de saúde, estudiosos etc. e que na atualidade tomou proporções alarmantes, estando relacionado aos mais diversos tipos de crimes. Na revisão de literatura serão apresentados os indicadores das últimas pesquisas sobre a ascensão tanto para o uso experimental como para a dependência que atinge cada vez mais um público precoce - jovens e adolescentes - de substâncias psicoativas, sendo isso uma tendência mundial.

Ainda que o art. 6º da Constituição Federal de 1988 mencione que a saúde é um direito social, tal qual o direito à educação e a sua implementação é dever do Estado, esse mandamento Constitucional programático, o direito à saúde, esbarra tanto na escolha de prioridades do administrador quanto na escassez de recursos.

Nos últimos dois anos o CAPS Ad II Norte vem apresentando uma série de dificuldades como consequência da escassez de recursos.

Assim pergunta-se: como a escassez de recursos nos serviços de saúde mental interfere na prestação dos cuidados? Essa será a pergunta que norteará este trabalho.

1.2 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO E SEU AMBIENTE

O CAPS AD II Norte é um serviço público municipal, estratégia do Ministério da Saúde para o tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, importante por contribuir na sua prática com o deslocamento progressivo da atenção e cuidado aos usuários “para fora do hospital, em direção à comunidade” (Saúde Mental no SUS p. 25), esse destina a todas as pessoas que desejem realizar esse tratamento.

Está localizado no Distrito Norte II de Natal no Rio Grande do Norte e integra a Rede de Saúde do Município, como um dos serviços especializados, funcionando no Conjunto Panatis, Bairro Potengi.

Os serviços e projetos desta instituição são regidos pela Política Nacional de Atenção ao uso e abuso de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde.

A equipe é composta por 02 médicos (clínico geral e psiquiatra), 01 enfermeiro, 03 psicólogos, 02 assistentes sociais, 01 nutricionista, 01 arte educador, 01 farmacêutico, 01 administrador, 01 educador físico, 04 técnicos de enfermagem, 02 auxiliares administrativos, 06 guardas patrimoniais (vigias), 04 ASGs (02 para limpeza, 02 para copa/cozinha).

O serviço funciona em horário integral, em dias úteis não havendo necessidade de agendamento prévio para triagens. Atende demandas aberta e referenciada, nas modalidades intensivas (usuários atendidos em turno integral, que recebem duas refeições diárias); semi-intensivo (usuários atendidos em um turno uma refeição diária) e não intensivos (usuários em tratamento). O serviço atende também aos familiares em grupos semanal e quinzenal, disponibilizando para esses os mesmos serviços ofertados aos usuários, inclusive referências laboratoriais e para especialidades etc.

As atividades ocorrem principalmente em grupos tais como: psicoterapêuticos, operativos, oficinas de higiene e beleza, de saúde e cidadania,

temáticas, de vídeo, atividades físicas, passeios, atividades de lazer e passeios e grupos de família.

O tratamento consiste em atenção interdisciplinar, com atenção da psicologia, psiquiatria, médico generalista, enfermagem, nutrição, farmácia - as medicações necessárias são fornecidas na própria unidade para todos que fazem o tratamento - , educador físico, assistente social, arte educador, administrador, além de técnicos de enfermagem e auxiliares administrativos.

Os valores importantes no tratamento são: acolhimento, família, diálogo, ajuda mútua, respeito, humanização e cidadania.

A rotina de serviço constitui-se de acolhimento, triagens, oficinas, grupos terapêuticos e operativos, atividades externas (passeios e encontros). A equipe se reúne diariamente num momento denominado “passagem” para discutir e avaliar atividades, casos, tomar decisões e acompanhar os projetos terapêuticos dos usuários.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Investigar os reflexos da escassez de recursos na prestação do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas da instituição no CAPS AD II na zona norte de Natal-RN.

1.3.2 Objetivos Específicos

a) Listar as principais dificuldades encontradas na prestação do cuidado no referido serviço;

b) Identificar junto aos profissionais do CAPS Ad II Norte, a percepção da escassez de recursos utilizados na sua assistência;

c) Identificar como os profissionais lidam com a problemática em questão.

1.4 JUSTIFICATIVA

Diante das informações na mídia a respeito da situação da saúde nesta cidade, um projeto para se verificar as dificuldades de um serviço de saúde mental tem uma tripla relevância: científica, social e profissional.

No que concerne ao conhecimento científico, este projeto preencherá lacunas existente no campo teórico no que diz respeito a pesquisas sobre a Reforma Psiquiátrica no mundo, no Brasil e a sua influência no CAPS Ad II na Zona Norte de Natal. Tais lacunas se devem a falta de conhecimento sobre a doença, sob a égide de sua perversa política de saúde mental (antes do SUS).

Como estudante e profissional de Saúde, a pesquisa é importante para conhecer a cultura organizacional, uma vez a gestão de saúde pública é complexa e requer habilidades e qualificação continuada.

Relevância social se prende ao fato de que esse contribuirá para a melhoria do serviço e em consequência para melhoria da sociedade, ajudando a desmistificar o estigma que ainda é presente inclusive nos bancos da faculdade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A reforma psiquiátrica brasileira denota um movimento iniciado na segunda metade da década de 1970. Segundo Delgado (1992) “no Brasil da restauração democrática, sua característica dominante é o repto da cidadania de sujeitos obrigatoriamente tutelados. O desafio paradoxal da cidadania interdita”. Seus antecedentes e conceitos serão abordados nesta revisão bibliográfica além de um breve histórico da loucura através das épocas.

2.1 A LOUCURA ATRAVÉS DAS ÉPOCAS: BREVE HISTÓRICO

A Loucura, que já foi concebida como modo de manifestação do humano (AMARANTE, 1992), historicamente apresenta os mais variados conceitos e as mais variadas explicações construídas na mitologia, religião e na comunidade científica (ALVES et al.2009) e, esses diversos aspectos possibilitaram a construção da reforma psiquiátrica no mundo e no Brasil.

Na Antiguidade-pré-socrática a loucura era vista como a manifestação dos deuses e os loucos reconhecido e valorizado socialmente, pois através dos seus delírios podiam ter acesso às verdades divinas (SILVEIRA, 2003).

Nesse período a loucura foi transformada pela cultura em um instrumento para se compreender as mensagens divinas, não gerava estigma, não havia necessidade de cura porque não era considerada doença e não havendo, portanto, necessidade de controle e ou exclusão Dessa forma a etiologia da loucura era de ordem mitológica, sendo obra de Zeus e de outros deuses subalternos assim descritos:

Quanto à origem, não há dúvidas: toda loucura é obra de Zeus, de outros deuses ou de entidades subalternas, de diferentes níveis hierárquicos, no plano da divindade. A 'etiologia' da loucura é mitológica. Mas, ao lado dos melindres dos deuses e de seus desentendimentos mútuos, a presunção humana de escapar da própria *moira*, ou seja, a *hybris* pode determinar a cólera dos deuses e desencadear todo processo 'causal' (PESSOTTI, 1995, p. 19).

A loucura é narrada em poesias épicas e peças teatrais, que não objetivavam conceituá-la e sim representar o ideário popular da relação com a loucura, um capricho dos deuses exemplificada no poema na “Ilíada” do poeta Homero descrevendo Agamênon tentando se desculpar por ter roubado a amante de Aquiles

Não fui eu que causei esta ação e sim Zeus, o destino e as Erínias que caminham nas trevas: foram eles que colocaram uma Atê selvagem no meu entendimento, naquele dia em que roubei, de minha iniciativa, o prêmio de honra de Aquiles. Mas, que podia eu fazer? É a divindade que leva todas as coisas. Sim, é a veneranda Atê, que ofusca a todos, aquela maldita! Ela... não se arrasta pelo chão, mas sobe à cabeça dos homens para obscurecer-lhe a mente... e conseguiu, uma vez, enevoar a mente do próprio Zeus, como deveis saber (PESSOTTI, 1995, p. 13).

A Idade Média foi o período da perseguição aos demônios. Nesse período se observa diversos tipos de segregados. Os primeiros foram os leprosos que aos olhos dos europeus eram o símbolo da lascívia e da promiscuidade e do pecado e um sinal visível dos erros e em especial das transgressões sexuais, representando também o castigo divino. Assim, pelo abandono e da exclusão estariam mais próximos da graça divina, punidos na Terra pelos males cometidos e, assim obteriam a salvação (KODA, 2002; SILVEIRA, BRAGA, et. al. 2005).

Com o fim das cruzadas e os focos orientais de infecção da lepra, o espaço de exclusão foi ocupado inicialmente pelas doenças venéreas como por direito de herança uma vez que “[...] se os leprosos têm direitos mais antigos de se instalar nesses lugares “segregados”, são pouco numerosos para fazê-los valer; os atingidos pelas doenças venéreas, um pouco por toda parte, logo ocuparam-lhes o lugar”. (FOUCAULT, 2005).

Nesse período de 400 anos em que as proezas de “satanás” prevaleceram na mentalidade das pessoas, comprometendo toda a atividade médica. Pelo fato dos demônios serem considerados fontes seguras de prazeres, poderes e conhecimentos especiais, sendo mais fácil atribuir os seus comportamentos incomuns e bizarros à cumplicidade com esses. Nesse contexto os loucos eram considerados como possessões dos maus espíritos, precisando que fossem extirpados pelas práticas inquisitoriais sob o controle da Igreja e muitas vezes condenados à fogueira (SILVA, 1997; PESSOTTI, 1994).

“O século XVII foi aquele que realizou a partilha entre a razão e a desrazão: foi o momento da emergência da loucura, ou melhor, foi o momento em que a razão produziu a loucura”.
(ROZA, 2005, p.27)

No século XVII, tem início uma nova ordem social - a burguesa -, que propunha um modelo político para diminuir o absolutismo dos reis e a criação de um novo modelo econômico: o mercantilismo. Com a Revolução Industrial e o capitalismo em ascensão, a situação dos loucos era miserável. Como não trabalhavam nem produziam riquezas, eram excluídos do mundo, dependendo dos outros para viver (DELAGOSTINI, 2005). Foi nesse contexto que a exclusão que tinha um caráter predominantemente religioso, passa a ter caráter econômico e, aqueles que não podiam contribuir para o movimento de produção, comércio e consumo, começam a serem encarcerados, sob a prerrogativa do controle social, crianças abandonadas, aleijados, mendigos, velhos e os loucos, surgindo nesse período a Nau dos Loucos¹ assim descrito:

[...] Um objeto novo acaba de fazer seu aparecimento na paisagem imaginária da Renascença; e nela, logo ocupará lugar privilegiado: é a Nau dos Loucos, estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos (FOCAULT, 2005:12).

Segundo Birman (2003), tudo que não se enquadrasse no cartesianismo era sistematicamente negado e rotulado como não verdade, perdendo a validade do discurso. Assim, com o racionalismo a loucura não pertence mais ao âmbito das forças da natureza e associada à periculosidade e o "louco" o ignorante ou o transgressor da moral e, uma vez desrazoado representa o perigo. Dessa forma essa a loucura é excluída social e politicamente:

A não razão do século XVI constituía uma espécie de ameaça aberta cujos perigos podiam sempre, pelo menos de direito, comprometer as relações de subjetividade e da verdade. O percurso da dúvida cartesiana parece testemunhar que no século XVII esse

¹ Figura mítica que vagava pelos rios, de cidade em cidade, onde os loucos eram entregues a grupos de peregrinos que andavam por várias localidades em busca de um milagre.

perigo está conjurado e que a loucura foi colocada fora do domínio no qual o sujeito detém seus direitos à verdade: domínio este que, para o pensamento clássico, é a própria razão. Doravante, a loucura está exilada FOUCAULT (2005, p. 47).

A partir do Classicismo, em 1656, na metade do século XVII, são criados em toda Europa os hospitais gerais, ocorrendo assim à ligação entre a loucura e o internamento a estrutura mais visível da experiência clássica da loucura (FOUCAULT, 2005). Os hospitais gerais tinham a finalidade de recolher, alimentar, zelar pela conduta e subsistência. Além disso, é através da internação, que se a sociedade impedia a mendicância e a ociosidade, uma vez que os internados eram obrigados a trabalhar em troca de baixa remuneração.

Para Foucault (2005), a importância do internamento do século XVII reside no fato de que esse é o que provocará o escândalo quando no século XIX essa experiência desaparecer das culturas europeias.

Além disso, Foucault chama a atenção para o fato de que tal internamento não é um estabelecimento médico e sim uma estrutura semi-jurídica que, decide, julga e executa, além dos tribunais. Assim, na Europa o internamento é uma das respostas dadas pelo século XVII a uma crise econômica que entre outras coisas envolve o desemprego. Na Europa, o trabalho era visto como uma solução para todas as formas de miséria, sendo os salários muito baixos, podendo ser considerados como verdadeiras esmolas. Dessa forma, os hospitais gerais tinham duas finalidades: em períodos fora das crises servia para oferecer mão-de-obra barata; nas crises serviam para reabsorver os ociosos e proteger a sociedade contra as revoltas. Dessa forma os loucos e os pobres eram unidos pela condenação ética da sociedade

Durante um século e meio essas pessoas ficaram aprisionadas em condições sub-humanas de sobrevivência dentro dos hospitais gerais e, a loucura, desaparecendo de circulação através da prática do internamento e juntamente com essas os loucos excluídos do convívio social.

No século XVIII, com o triunfo da visão cartesiana, esta toma conta da loucura (Foucault, 1972, p. 31). A loucura, então, é vista como o oposto da razão e

associada à animalidade, sinal de humilhação e sofrimento. Os loucos que aparentavam ser mais furiosos eram expostos como animais aos públicos como forma de evidenciar a verdade e virtude pela razão e nas lavouras substituíam as bestas de carga (MILANI e VALENTI, 2008).

Uma nova concepção de loucura começa a surgir a partir da Revolução Francesa em 1789, cujo lema “liberdade, igualdade e fraternidade” eram as palavras de ordem, não combinava com a exclusão social existente, representante do Antigo Regime. Assim, em virtude da revolução burguesa; pelo surgimento das crises políticas e econômicas, a miséria existente e os ideais da Revolução Francesa, os excluídos voltaram ao convívio familiar e social, Contudo, os loucos permaneceram encarcerados, perigosos para a família e vizinhos, uma vez que poderiam ser violentos.

A partir do movimento dos alienistas, com Pinel (França), Chiarruggi (Itália), Tuke (Inglaterra) e Todd (Estados Unidos), nasce o Hospício como instância oficial da institucionalização da loucura e de uma nova relação social de tutela. Com a nomeação de Philippe Pinel, em 1793, para Bicêtre, difunde-se essa nova concepção da loucura. Ela recebe o nome de doença mental, configurando-se assim uma reestruturação do espaço cultural em que o normal passa a ser aquele comportamento que se adapta à liberdade burguesa, e que está ligado a toda uma reformulação no conjunto de práticas médicas (CASTEL, 1978; BIRMAN, 1976).

Só no final do século XVIII que essa concepção de loucura se difunde, com a nomeação de Pinel para a direção do hospital francês Bicêtre e a doença mental e a psiquiatria nasceram a partir de Pinel que requereu para a medicina o tratamento do doente mental (AMARANTE, 2003).

É a partir da reestruturação da loucura feita por Pinel que essa passa a ter o status de doença mental. Ele a fundamenta como sendo um distúrbio das funções intelectuais do sistema nervoso; o cérebro é definido por ele como a sede da mente e, nela se manifesta a loucura; os sintomas são divididos em categorias (mania, melancolia, demência e idiotismo). Assim, a loucura é uma doença mental, passa então para o âmbito da medicina, ou seja, requer um saber médico e técnicas específicas. Com isso o louco é “um sujeito com novo status jurídico, social e civil,

encarado como alienado, juridicamente incapaz e relegado à condição de minoridade” (CASTEL, 1978).

2. 2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA²

Pinel na França, Tuke na Inglaterra, Chiarruggi na Itália, Todd nos Estados Unidos, serão os primeiros protagonistas de um movimento de reforma através do qual, pela primeira vez, os loucos seriam separados de seus colegas de infortúnio e passariam a receber cuidado psiquiátrico sistemáticos. Alegadamente centrado em bases humanitárias, o movimento generalizou-se com o nome de tratamento moral (REZENDE, 2000, p.25)

As casas de internação foram transformadas em asilo. No entanto esse tal qual o Hospital Geral é um lugar de humilhação e correção. Ainda que liberto dos grilhões, esses não se libertaram do estigma que os mantinham a margem da sociedade. E de louco enfurecido passou “a ser louco amedrontado, coagido e temeroso de punição”.

No asilo (manicômio), o tratamento aplicado por Pinel baseava-se na reeducação dos asilados na forma de respeito às normas e no desencorajamento das condutas inconvenientes. Era uma conduta de caráter essencialmente moral e o médico exercendo uma função disciplinadora do médico e do manicômio.

Pinel na França e Emanuel Tuke, na Inglaterra são citados na literatura como os primeiros a implementar um tratamento mais efetivo com a loucura. Vale salientar que Tuke não era médico, mas muito influente por ser membro de uma associação protestante.

No século XIX essas práticas foram adotadas pela Psiquiatria, incluindo: medidas físicas como duchas, banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias e sangrias.

² “[...] pode ser entendida como transformações em psiquiatria que vão, além da busca de soluções técnicas ou administrativas, até a remontagem de questões teóricas, políticas, culturais e sociais”. (BIRMAN, 1992). Birman J 1992. A cidadania tresloucada, pp. 71-90. In B Bezerra Jr & PD Amarante (orgs.). Psiquiatria sem hospício. Ed Relume-Dumará, Rio de Janeiro.

Mesmo com o avanço das teorias organicistas, com outra compreensão da loucura em consequência das descobertas experimentais da neurofisiologia e da neuroanatomia, a submissão do louco continua e vai até a primeira metade do século XX.

Na segunda metade do século XX, tem início uma crítica a tratamento das instituições psiquiátricas como também a transformação do saber. Essa crítica foi impulsionada pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia.

Franco Basaglia influenciou o nascimento do movimento da Luta Antimanicomial, marcado pela defesa dos direitos humanos e do resgate da cidadania dos indivíduos que carregam transtornos mentais.

Aliado ao do movimento da Luta Antimanicomial, nasce o movimento da Reforma Psiquiátrica que além de denunciar os manicômios pelas práticas violentas, tinha como propostas a construção de uma rede de serviços, estratégias territoriais, comunitárias, solidárias, inclusivas e libertárias.

2.2.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil³

No Brasil na primeira metade da década de 1970 prevalecia o modelo hospitalocêntrico, centralizado no binômio saúde x doença, excludente, medicalizador e burocrático. E a atenção oficial aos problemas de saúde mental seguia fielmente esse modelo, sendo trabalhado como problema moral, sujeito à caridade ou a força policial. A saúde mental era financiada por recursos públicos, sendo a rede de atenção aos transtornos mentais, incluindo a dependência química dominada pelos serviços privados e completamente desvinculada da rede de atenção geral.

³ Ver Apêndice C - síntese para uma melhor compreensão da trajetória da reforma psiquiátrica brasileira, considerando o momento, o período e as ocorrências (Amarante, 1998; Rezende, 1987; Tenório 2002).

É na segunda metade dos anos 1970 mais precisamente o ano 1978 - que emerge o reconhecimento da necessidade de transformação de tal modelo, com a influência das mudanças políticas, sociais e econômicas que impulsionaram os movimentos pós Segunda Guerra Mundial, como também da análise institucional francesa, das comunidades terapêuticas inglesas e a desinstitucionalização italiana, influenciando o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Amarante (1995) a respeito da definição da reforma psiquiátrica diz que:

Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (Amarante, 1995, p. 91).

De acordo com Tenório (2002), na metade da década de 1970 o Brasil ainda estava sob a égide de um Estado autoritário e nesse contexto começam a surgir às críticas em relação à saúde pela falta de eficiência da assistência pública e ao caráter privatista da política de saúde do governo central. Além disso, surgem acusações de fraudes no sistema de financiamento dos serviços e sobre o abandono, os maus-tratos e a violência a que eram submetidos os pacientes internados nos diversos e grandes hospícios do país, o que foi significativo para o movimento da reforma. Vale salientar o surgimento de um novo conceito que ajudará na luta antimanicomial: comunidades terapêuticas cujos princípios se tornaram política nacional na Inglaterra a partir do Plano Nacional de Saúde de 1948, sendo Maxwel Jones⁴ na década de 1940, início da Reforma Psiquiátrica.

De acordo com Jones (1972) os serviços das Comunidades Terapêuticas procuravam alterar a lógica do funcionamento hospitalocêntrico, dessa forma

⁴ [...] grande psiquiatra inglês do pós-guerra que demonstrou, antes mesmo do advento dos psicofármacos, que o envolvimento dos pacientes psiquiátricos em seu próprio tratamento pode ser um dos principais princípios terapêuticos (AMARANTE, 2011)

tornando-se um espaço de recuperação que integrando os pacientes aos familiares e, processualmente, à sociedade.

No Brasil, a origem da Reforma Psiquiátrica são as denúncias do psiquiatra Paulo Amarante e mais dois médicos plantonistas do Centro Psiquiátrico Pedro II, no Engenho de Dentro em 1978. Num documento escrito esses relataram uma série de violações aos direitos humanos das pessoas lá internadas como também os presos políticos que ali eram internados e torturados. A situação do Rio de Janeiro era semelhante no Espírito Santo, um modelo asilar e manicomial onde as pessoas eram abandonadas em instituições tanto públicas como privadas financiadas pelo poder público e, os leitos privados à época passavam dos 70 mil e pagos pelo poder público (AMARANTE, 1994).

A resposta oficial foi a demissão dos três denunciantes e mais 263 profissionais que confirmaram as denúncias e defenderam esses. Assim nasceu o MSTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental), influenciado pelo pensamento de Franco Basaglia, de setores da Psiquiatria Preventiva e da Antipsiquiatria. Dez anos mais tarde, transformou-se no movimento de luta antimanicomial, ainda hoje o mais importante movimento social pela reforma psiquiátrica e pela extinção dos manicômios que envolvia “intelectuais, profissionais do sistema de saúde, parcela da burocracia, organizações populares e sindicatos em luta pela garantia do Direito Universal à Saúde e a construção de um sistema de prestação de serviço de saúde” (FLEURY, 1998 p. 207).

O MSTSM atuava no interior de outras instituições como universidades, conselhos profissionais, sindicatos da área de saúde e de outros profissionais, entre outros, o movimento se expandia e influenciava cada vez mais esses setores como também os governamentais e tendo como características a resistência à institucionalização, pela participação de profissionais de várias categorias e da população em geral (GONDIM, 2001).

Esses se organizaram tanto apontando os graves problemas do sistema de assistência psiquiátrica do país, e propondo formas de trabalho que pudessem romper com esse modelo (CAMPOS, 1998).

De fundamental importância para o movimento foi a visita do psiquiatra italiano Franco Basaglia ao Brasil em 1978, fundador do Movimento da Psiquiatria Democrática, líder das mais importantes experiências de superação do modelo asilar-manicomial em Gorizia e Trieste. Esse foi o primeiro profissional a colocar em prática a extinção dos manicômios ao criar uma nova forma de cuidado através de variados dispositivos de caráter social e cultural, que incluíam cooperativas de trabalho, ateliês de arte, centros de cultura e lazer, oficinas de geração de renda, residências assistidas, entre outros. Ou seja, ele criou uma nova rede de serviços e estratégias para se lidar e cuidar as pessoas com sofrimento mental. Além disso, Basaglia serviu de inspiração para a lei conhecida como a Lei Basaglia, aprovada na Itália em 13 de maio de 1978, que determinou a extinção dos manicômios e a substituição do modelo psiquiátrico por outras modalidades de cuidado e assistência.

A Lei Federal 10216 de 6 de abril 2001 é considerada como o marco da reforma psiquiátrica brasileira, não citando os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivo central da saúde mental no país. Entretanto Artigo 4º (BRASIL, 2001) estão organizadas as idéias fundamentais deles:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

2.3 A INFLUÊNCIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA NOS CAPS Ad II

Acompanhando a lógica da Reforma Psiquiátrica iniciada na Política Nacional de Saúde Mental - Lei Federal 10216 de 6 de abril 2001 e com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental é instituída pelo Ministério da Saúde a Política para a Atenção Integral aos usuários de Álcool e outras Drogas em 2003. Política essa envolvendo o Governo e a sociedade. Ou seja, com a participação social, integrando ações tanto da sociedade organizada quanto de diferentes esferas governamentais, dando prioridade ao uso indevido (BRASIL, 2003). Constando ainda, no seu arcabouço a lógica da redução de danos, a educação e a reinserção social como norteadoras das ações (BRASIL, 2003).

Essa política segue os pressupostos da Organização Mundial de Saúde, concebendo a questão das drogas como um problema de saúde pública, envolvendo assim toda a rede de serviços públicos. Tal sistema deve observar as múltiplas necessidades dos cidadãos usuários de drogas e, portanto, os seus serviços devendo nortear-se por uma visão ampla de saúde (BRASIL, 2003).

2.4 ESTRUTURA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL

O Ministério da Saúde planejou de saúde mental planejou ações voltadas aos usuários de álcool e outras drogas por meio dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS Ad II, dispositivos estratégicos da rede de atenção a essa população específica, a serem implantados em regiões metropolitanas e municípios de fronteira, com indicadores epidemiológicos relevantes (BRASIL, 2005^a) e com funcionamento ambulatorial e de hospital-dia, com trabalho interdisciplinar e integral que procuram oferecer e criar uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

2.4.1 As atividades e funções dos CAPS ad são:

- Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;
- Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
- Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, de acordo com a necessidade do usuário garantindo que eles recebam atenção e acolhimento;
- Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados;
- Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
- Promover, mediante diversas ações, esclarecimento e educação da população, a reinserção social dos usuários, utilizando recursos intersetoriais;
- Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;
- Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo.

2.4.2 Caracterização dos CAPS Ad II

Os CAPS são classificados de acordo com a população e área de abrangência, o modo de funcionamento, a especificidade da demanda e a composição da equipe, conforme as diretrizes das Portarias MS 336/02 e 2841/10.

Os CAPS Ad II são instituídos quando a população fica entre 70 e 200 mil habitantes; A organização do serviço é definida pelo Ministério da Saúde e constantes na publicação "Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial" - do "Manual dos CAPS determinando que todas as atividades desenvolvidas nesse serviço tenham finalidade "terapêutica", chamando à "construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento" (Ministério da Saúde, 2004, p.16).

2.5 REDUÇÃO DE DANOS

Não existe consenso na literatura ou entre os técnicos que a operacionalizam mas que pode ser definida por através de suas ações. Assim, a Redução de Danos são práticas (conjunto de medidas) cuja finalidade é a minimização dos riscos e danos de natureza de natureza biológica, psicossocial, de saúde e econômica provocados ou secundários ao uso/abuso dos diferentes tipos de drogas sem necessariamente requerer a redução de consumo de tais substâncias (ANDRADE, 2002).

Para Pollo-Araújo e Moreira (2008), a RD surge na década de vinte quando a heroína e a cocaína eram recomendadas por um grupo de médicos e cuja finalidade era controlar os sintomas de abstinência em dependentes.

Os primeiros centros de distribuição de trocas de agulhas e seringas surgem na Inglaterra e Holanda na década de oitenta (DERRICOT, PRESTON & HUNT, 1999).

2.5.1 Princípios básicos

Para Andrade (2002), são três os princípios básicos que orientam essas ações: o pragmatismo, a tolerância e a diversidade.

As ações são pragmáticas uma vez que visam à preservação da vida tanto para as pessoas que têm problemas com drogas tanto para as que não conseguem ou não querem parar o uso, sendo portanto, imprescindível a continuação do oferecimento dos serviços de saúde a essas. Essa prática é norteadada pela tolerância pois evita compreensões morais, intervenções e preconceito; compreende a diversidade ao perceber que cada sujeito estabelece uma relação particular com a droga e abordagens impostas ou padronizadas não desvelam a complexidade do fenômeno (ANDRADE, 2002).

Allan Marlatt (1999) diz que os princípios da Redução de Danos são:

1. A RD é uma alternativa de saúde pública para os modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência da droga;
2. A RD reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzem danos;
3. A RD surgiu principalmente como uma abordagem de “baixo para cima”, baseada na defesa do dependente, em vez de uma política “de cima para baixo”, promovida pelos formuladores de políticas de drogas;
4. A RD promove acesso a serviços de baixa exigência, como uma alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência.

2.5.2 Formas de atuação

A abordagem das drogas como um problema da saúde pública foi introduzida na Europa particularmente na Inglaterra com a prescrição médica de substâncias aditivas, e na Holanda através dos programas de troca de seringas, impulsionando o desenvolvimento do modelo de redução de danos (MARLAT, 1999).

A RD é usada desde 1926 na Inglaterra, a partir do Relatório Rolleston, com a prescrição médica de opiáceos, anfetaminas para dependentes em tratamento, a partir de dois critérios:

para o manejo da síndrome de abstinência, após sucessivas tentativas de cura, quando se constatava, nos tratamentos, que o uso de drogas não podia ser descontinuado com segurança; e quando fosse comprovada a impossibilidade do paciente levar uma vida normal e produtiva sem que uma dose mínima diária fosse administrada regularmente (Manual de Redução de Danos, 2001)

A Holanda foi um dos primeiros países a instituir mudanças radicais na política nacional de drogas na década de 70. Essas começaram a ocorrer a publicação dos relatórios *Baan* (1972) e o *Cohen* (1975). Nesses são propostos uma classificação das drogas de acordo com os riscos provenientes do consumo entre aceitável (maconha) e inaceitável (cocaína e heroína anfetaminas e LSD) e como a permissão do uso de drogas ilícitas de forma controlada e limitada. Além disso,

afirmava que a proibição marginalizava as pessoas, seja pela formação de subculturas ou pelas penas restritivas de liberdade respectivamente (DUARTE & BORGES, 2011).

Assim, em 1976 foi estabelecida a Redução de Danos (RD) como política pública, através da revisão da lei sobre o ópio (1976), cujos principais eixos foram:

1. Descriminalização do consumo de maconha e sua posse para uso pessoal;
2. Implantação do programa de metadona em dois níveis, um com o objetivo de manter o toxicômano na rede sanitária, e o outro voltado para o tratamento e obtenção da abstinência a curto ou longo prazo;
3. Desenvolvimento do programa de troca de seringas;
4. Reconhecimento da toxicomania e do consumo de drogas como problemas sociais e de saúde pública (ENGELSMAN, 1989).

2.5.3 Redução de Danos no Brasil

As atividades dos programas de Redução de Danos no Brasil (SENAD, 2011) incluem:

- Localização e abordagem da rede de usuários de drogas injetáveis (UDIs);
- A substituição de seringas usadas por novas;
- Informações e orientações de saúde;
- Disponibilização de serviços de saúde;
- Testagem anônima de HIV e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs);
- Exames para os demais problemas de saúde;
- Encaminhamento para avaliação e tratamento médico de problemas relacionados ou não ao HIV, DSTs ou ao uso de álcool e outras drogas;
- Encaminhamento para tratamento de dependência e para outros recursos sociais da rede de assistência (serviços sociais, reinserção social, jurídicos, educação, etc.)

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e enfoque exploratório descritivo. A abordagem qualitativa é indicada para o presente estudo em virtude da sua característica de buscar a questão do significado e da intencionalidade dos atos presentes nas relações e nas estruturas sociais, valorizando-se os aspectos subjetivos, que por natureza são impossíveis de serem sintetizados em dados estatísticos.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Essa é uma abordagem que não se preocupa em quantificar, mas em “explicar os meandros das relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana, criadora, efetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência, e da explicação do senso comum” Minayo (2000, p. 11),

O enfoque exploratório-descritivo, comum em estudos que se propõe a analisar e descrever determinado fenômeno, sendo pertinente a nossa pesquisa pelo fato de possibilitar o aumento da familiaridade entre pesquisador e ambiente, fato ou fenômeno, bem como, o acúmulo de informações detalhadas sobre o objeto de estudo.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para escolha da população foi utilizado como critérios de inclusão: profissionais que sejam funcionários da Secretaria de Saúde Estadual ou Municipal, com vínculo efetivo ou não, que tem ligação direta com o CAPS Ad Norte pacientes desse serviço. Será utilizado como critério de exclusão servidor que exerce atividades em setores que não tem ligação com o Complexo Regulador e clientes que se recusarem a responder o questionário.

Para garantir o anonimato dos participantes da entrevista serão identificados como E1, E2, E3... assim sucessivamente.

Para cumprimento das questões éticas, será destacada, oportunamente, a observância aos princípios éticos propostos na Resolução 196/96.

A amostra constou de nove (09) servidores que responderam ao questionário na forma de administração direta (aquele que é entregue ao inquerido), sendo o próprio que preenche.

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Este trabalho constitui-se de um estudo de caso qualitativo, no qual foram utilizados como recursos para a coleta de dados um questionário de acordo com os princípios anteriormente expostos ao qual responderam: assistentes sociais, psicólogos, enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista, farmacêutico, administrador e educador físico.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISES DE DADOS

Nesta pesquisa, se agiu de forma cuidadosa em virtude do respeito aos aspectos éticos das pessoas participantes da pesquisa, evitando a utilização de informações que pudessem levar à identificação dos sujeitos da pesquisa, obedecendo ao contrato estabelecido com esses por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O roteiro do questionário foi constituído de três partes: a primeira voltada para a caracterização dos sujeitos e a segunda investigou a opinião dos servidores.

Para que os dados fossem analisados foi feita a transcrição, ordenação, classificação e análise dos dados de acordo com os pressupostos do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC (LÈFREVE e LÈFREVE 2005: 35)

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Visando a operacionalização do estudo organizamos os achados nas seguintes perspectivas: I - categorização sociodemográficas dos participantes; II - principais dificuldades encontradas; III percepção da escassez de recursos e IV - como os profissionais lidam com a escassez de recursos.

4.1 I CATEGORIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES

Os sujeitos do estudo caracterizaram-se como indivíduos predominantemente do sexo feminino (77%), na faixa etária média de 48 anos e formados há mais de 10 anos (65%), em faculdades públicas (100 %). Dos entrevistados, 68,8% atuavam no CAPS ad há mais de cinco anos, e metade dos sujeitos (60%) afirmou não ter trabalhado em algum serviço de psiquiatria, antes do CAPS ad. Aproximadamente 90% dos entrevistados informaram não manter outro vínculo empregatício, além do CAPS ad.

A maioria (77%) dos sujeitos informou não possuir especialização em saúde mental. O mesmo ocorreu com a formação específica em álcool e outras drogas (75%). Com relação à participação em cursos de capacitação, a minioria (40 %) informou ter feito algum curso desse tipo nos últimos cinco anos. Quando se analisou a formação, na graduação, de questões relacionadas às substâncias psicoativas, 77% negaram ter recebido qualquer tipo de preparo na área.

4.2 PRINCIPAIS DIFICULDADES ENCONTRADAS

A análise de conteúdo do material coletado nas entrevistas com os servidores quanto as dificuldades encontradas para desempenharem suas funções, possibilitou a criação de duas temáticas que podem ser classificadas condições de trabalho e recursos humanos.

4.2.1 As condições de trabalho são traduzidas como:

4.2.1.1 Estrutura física

“[...] convém ainda pontuar a atual situação do serviço, que em função de problemas na encanação, não está com funcionando com capacidade plena e das condições estruturais. Ressalte-se que o CAPS hoje funciona em uma residência alugada totalmente inadequada para o que se propõe a realizar este tipo de serviço, prejudicando assim o processo de trabalho [...] de toda a equipe multiprofissional da Instituição.”

(E 2)

“Poder-se-ia mencionar também as dificuldades trazidas pela própria estrutura física do serviço, a qual encontra-se longe de ser a ideal para os nossos usuários. A falta de espaço físico para a realização de oficinas e atividades de lazer e qualidade de vida tem como consequência a subutilização de profissionais capacitados para o desempenho de tais atividades”.

(E 8)

Nos depoimentos dos servidores é evidenciada a grave situação para enfrentar a lógica manicomial que seria as oficinas de serviço terapêuticas, difundida pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, como ferramentas fundamentais do processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, como defendem (CEDRAZ & DIMENSTEIN, 2005 P. 207):

As oficinas se sustentam na possibilidade de representarem dispositivos que sejam catalisadores da produção psíquica dos sujeitos envolvidos, facilitando o trânsito social deles na família, na cultura, bem como na sua inserção ou reinserção no trabalho produtivo.

Situação análoga foi encontrada num CAPS Ad por pesquisadores da Universidade Federal de Uberlândia – MG. (SILVEIRA et. al. 2010).

4.2.1.2 Desinteresse a nível institucional

[...] Total desinteresse e prioridade a nível institucional em relação a saúde pública e especificamente à saúde mental transformando-se em dispositivos essenciais para que o sistema não funcione de maneira menos precária.
(E1)

4.2.1.3 Desconhecimento do planejamento institucional

“Por desconhecemos o planejamento institucional referente à saúde mental, desestimula a equipe técnica.
(E1)

O desinteresse a nível institucional e o desconhecimento do planejamento institucional é evidenciado justificado respectivamente.

O Plano Municipal de Saúde de Natal-RN para o quadriênio 2010-2013, somente foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde de Natal-RN, em março de 2011, aprovado contemplando apenas as metas para o triênio 2011-2013, considerando que o exercício do ano de 2010 transcorreu sem que o referido plano fosse apresentado ao Conselho Municipal de Saúde de Natal – RN para a devida apreciação e deliberação. Nesse consta apenas a transformação do CAPS II AD Norte em CAPS III AD, Norte, o incentivo de R\$ 1.696.000,00 (um milhão, seiscentos e noventa e seis mil reais) aprovado pelo Ministério da Saúde para a implantação do Plano Emergencial de Universalização do Acesso a Usuários de Álcool e Drogas de Natal 2010-2011, cujo objetivo seria geral garantir o acesso universal dos usuários de drogas a serviços de saúde mental no município.

No entanto, a realidade é o CAPS Ad Norte interditado pela segunda vez no ano, desde o mês de agosto pela Coordenadoria de Vigilância Sanitária – COVISA - Natal-RN por problemas em seus banheiros.

4.2.1.4 Desabastecimento de medicamentos básicos e controlados

“Os medicamentos atualmente utilizados no CAS apresentam um perfil de reações adversas bastantes variadas o que dificulta em alguns casos a adesão do paciente ao tratamento. É necessário a implementação de medicamentos mais modernos que causem menos reações adversas na padronização”.
(E 5)

“Os medicamentos utilizados atualmente no tratamento da dependência química tem um papel fundamental visto que visam minimizar os sintomas provocados pela falta da droga no organismo. O conjunto desses sintomas é chamado de síndrome abstinência e é caracterizado principalmente por insônia, ansiedade, depressão, nervosismo, irritabilidade e crises convulsivas no caso do alcoolismo. Dentro desse contexto os medicamentos mais utilizados são os antidepressivos, ansiolíticos, sedativos, tranquilizantes maiores e anticonvulsivantes. Dessa forma quando o paciente faz uso do medicamento ele consegue suportar com menos dificuldades esses sintomas, que são muito intensos no início do tratamento, diminuindo assim a possibilidade dele buscar a droga. Vale salientar que o medicamento faz parte de um conjunto de fatores(no qual a força de vontade, o empenho e a determinação do paciente é o mais importante) que quando associados de forma adequada vão ajuda-lo a se recuperar d essa doença tão complexa de ser tratada. A escassez desses medicamentos dificulta de forma significativa o tratamento, pois se percebe na prática clínica que os pacientes se sentem confortáveis, seguros e muito confiantes quando estão fazendo uso deles”.
(E7)

A preocupação com o desabastecimento da medicação se justifica por essa se constituir como uma das estratégias de redução de danos, utilizadas para diminuir os riscos no tratamento de álcool e outras drogas mesmo com a possibilidade de abuso ou dependência. (CRUZ, et. al. 2003).

No Brasil a medicação é usada na fase inicial do tratamento quando são administrados os benzodiazepínicos, em situações que influenciam a vontade de beber: diminuir a ansiedade, depressão, transtorno bipolar, etc., como também pós-alta, como mostra pesquisa realizada por Justi (2010) num CAPS Ad na cidade de Maringá - PR.

4.2.1.5 Falta de veículo próprio

[...] a falta de um veículo próprio para que possamos realizar as visitas domiciliares, imprescindíveis ao acompanhamento dos usuários e das famílias.

(E 4)

A falta de um veículo próprio compromete as atividades extramuros do CAPS Ad Norte. Diversas atividades deixam de ser realizadas pela sua falta como: transportar profissionais em visitas domiciliares e institucionais; conduzir a equipe para intervenções comunitárias e o transporte dos materiais necessários para sua realização; em situações de crise, conduzir usuários acompanhados por profissional do serviço para a unidade de urgência; transportar profissionais e usuários a visitas em espaços da cidade ou a participação em eventos públicos; transportar usuários até a sua residência, em caso de ter passado o dia em atendimento de desintoxicação e que ainda se encontre sob efeito da medicação, para não expô-lo a situação de risco, acidentes ao fazer o retorno para sua residência.

4.2.1.6 Desmotivação

“Desmotivação de alguns componentes da equipe”.

(E 3)

“Infelizmente com um sentimento de impotência muito grande, indignação, mas realizando todos os procedimentos que estejam ao nosso alcance, de maneira honesta, firme e procurando sempre respeitar os usuários de drogas como cidadãos que são e que não pediram para adoecer”.

(E 6)

A desmotivação verbalizada pelo servidor é o reflexo da insuficiência de recursos materiais básicos para o funcionamento do serviço e a desvalorização do profissional de saúde sempre muito mal remunerado e desmotivado para o trabalho.

Situação encontrada em outro CAPS Ad em outra cidade do Brasil por exemplo, em Uberlândia, MG (SIVEIRA et. al., 2010)

4.2.1.7 Baixo número de visitas domiciliares

“As visitas domiciliares correspondem a outro ponto de dificuldade que encontramos atualmente, uma vez que estão sendo realizadas bem abaixo do quantitativo necessário. Tal fato acontece devido a grande demanda de usuários que atendemos e a falta de condições básicas para a realização da visita, pois o CAPS se quer dispõe de meio de transporte para transportar o profissional até a casa do usuário e/ou familiar”.

(E 4; E5)

4.2.2 Recursos Humanos

[...] a carência de recursos humanos para compor a equipe multiprofissional, haja vista que muitos profissionais migraram para outros serviços da rede não havendo até o momento substituição, tampouco a realização de concurso público.

A falta de profissionais de algumas áreas também é algo que torna difícil o andamento do serviço.

“Ausência de outros Profissionais na Equipe como Terapeuta Ocupacional, Enfermeiro, Técnicos de Enfermagem”.

“Falta de uma capacitação continuada”.

(E 7)

A falta de profissionais para atuar nos CAPS Ad e na área de saúde mental pode ter diversas explicações: a falta de formação em saúde mental para profissionais tanto no nível médio quanto no nível universitário para atuar com dependências químicas e dependentes; carência de iniciativas do próprio serviço no oferecimento de capacitações e treinamentos que auxiliem a atuação de alguns funcionários; preconceitos e estigmas em relação à dependência química. Resultados também encontrados e relatados por Alves (2009 p.170) e Grigolo (2010 p. 126).

Estigma é um termo criado pelos gregos ao se referir a “marcas”, sinais corporais que atribuíam diferenças físicas e morais, caracterizando o portador de tal marca como um transgressor, geralmente um criminoso ou traidor e, a partir dessa se justificando uma série sentimentos, pensamentos, comportamentos sociais de exclusão e segregação (GOFFMAN, 1988:7).

4.3 PERCEPÇÃO DA ESCASSEZ DE RECURSOS UTILIZADOS

4.3.1 Dificulta a relação doença X usuário X tratamento

“Na minha percepção a escassez dos recursos dificulta ainda mais a elaboração mental dos usuários em relação a sua doença e, conseqüentemente afeta o seu tratamento”.

(E5)

4.3.2 Má aplicação dos recursos destinados a Saúde Mental no Município de Natal/RN.

Um exemplo do descaso com a saúde é não implantação do Plano Emergencial de Universalização do Acesso a Usuários de Álcool e Drogas de Natal 2010-2011. Este plano tem como objetivo geral garantir o acesso universal dos usuários de drogas a serviços de saúde mental no município. O Ministério da Saúde aprovou um incentivo de R\$ 1.696.000,00, (um milhão, seiscentos e noventa e seis mil reais) mas não se sabe se esse foi aplicado ou devolvido ao Ministério da Saúde.

“A Nossa percepção é a de que na verdade não há escassez de recursos e sim, má aplicação dos recursos destinados a Saúde Mental no Município de Natal/RN. Trata-se de um problema de gestão destes recursos e também de gestão local, pois há uma previsão do Ministério da Saúde (não sabemos as rubricas), mas sabemos que não é uma quantia módica para a Atenção Especializada, mas estes recursos não estão chegando aos CAPS, falta impressora, material de expediente e até folhas para os servidores efetuarem os seus registros de ponto. O dinheiro não está chegando seu destino final, acreditamos que por falta de vontade política e por ausência de uma gestão local séria, que não prioriza a promoção da saúde neste em Natal e no Estado do Rio Grande do Norte”.

(E 2)

4.3.3 Falta de gestão adequada

São notórios e inegáveis os avanços conquistados na humanização dos serviços e na Reforma Psiquiátrica – representados neste estudo pelo CAPS Ad II Norte, levando-se em conta a rede de atuação que inclui as políticas públicas do enfrentamento do uso da dependência química do álcool e outras drogas. Esses avanços foram postos em xeque pela Gestão Micarla de Souza, afastada de suas funções pela justiça em virtude de diversas irregularidades na saúde. Isso se reflete numa série de problemas inclusive na saúde mental, problemas esses confirmados pelos depoimentos dos servidores pesquisados.

“A indisponibilidade de recursos básicos para o funcionamento do serviço é por vezes revoltante. Notar que, muitas vezes, alguns desses recursos escassos são de baixo custo e que se encontram indisponíveis por falta de gestão adequada é desmotivador. Atualmente vivemos o momento em que se determinado recurso é repostado, logo em seguida outro vai faltar. O desabastecimento é algo que vem fazendo parte de nossa rotina diária e, aprender a conviver com isso tem se tornado o nosso compromisso/nossa aprendizagem dia a dia. Refiro-me a compromisso com o usuário, não com a gestão”.

(E.8)

“Difícil já que não temos o apoio do gestor público, cito a coordenadoria de saúde mental do município juntamente com a secretaria de saúde do município”

(E3)

“Dificultam, obstaculizam um maior e melhor atendimento, limitam algumas iniciativas, impedem um acompanhamento/tratamento mais efetivo, ausência de uma política de gestão, de recursos humanos, suprimentos, saúde pública e saúde mental adequada”.

(E.6)

4.4 COMO OS PROFISSIONAIS LIDAM COM A ESCASSEZ DE RECURSOS

4.4.1 “Tempestade”⁵ de sentimentos

“Praticamente nada, fazemos o que podemos dentro de nossas possibilidades, como atividades extra CAPS (área de lazer do Panatís) (E6)

⁵Tumulto de sentimentos. “As palavras têm a leveza do vento e a força da tempestade.” Victor Marie Hugo (1802-1885), poeta, escritor e dramaturgo francês.

“Tentando minimizar os danos e problemas que isso acarreta; buscando através do humano e profissionalismo “compensar” essas dificuldades; fortalecendo junto com os outros colegas o sentido e a prática do trabalho em equipe; tendo a consciência daquilo que posso e não posso fazer diante da conjuntura existente”.

(E5)

“infelizmente o transtorno mental causado pelo uso drogas em geral não é de fácil tratamento, requer um conjunto de medidas para que se inicie uma mudança na vida e na rotina do usuário, que vai desde o desejo de querer se tratar ate as condições estruturais propostas pelo sistema de saúde. O trabalho do [...] em todo esse “esquema” e muito importante, mas não mais importante do que o trabalho da equipe multi e interdisciplinar. No meu trabalho, especificamente, busco diversas formas e meios materiais acessíveis, para tentar uma aproximação com a simbolização do usuário, que vão desde musicas, dinâmicas, jogos, brincadeiras, etc.”.

(E4)

“Infelizmente com um sentimento de impotência muito grande, indignação, mas realizando todos os procedimentos que estejam ao nosso alcance, de maneira honesta, firme e procurando sempre respeitar os usuários de drogas como cidadãos que são e que não pediram para adoecer”.

(E6)

“As saídas que temos encontrado é buscar no meio de todo este caos, vislumbrar possibilidades, a fim de proporcionar a assistência social com o mínimo de qualidade aos usuários(as), enquanto direito destes(as). Estamos nos valendo da criatividade, mas com base no referencial teórico que buscamos adquirir ao longo da experiência a acadêmica e da prática valiosa que o CAPS proporciona não apenas as assistentes sociais, mas a todos os profissionais que nele atuam. Por fim, buscamos usar a capacidade que o nossa profissão tem de se inventar e se (re) inventar frente às dificuldades e de nunca. Mas nunca mesmo perdermos a capacidade de sonhar com uma sociedade mais justa e igualitária, pois parafraseando Kant” “ De que são feitos Os homens? Os homens são feitos de sonhos”.

(E2)

“Acredito que gostar do que faz, ou seja, sentir prazer no que fazemos é a solução para muita coisa. A falta de condições de trabalho adequada, a remuneração deficiente e a sobrecarga de trabalho (devido a grande demanda) são condições diárias que enfrentamos, mas a gratificação em ver o reflexo positivo que o tratamento proporcionou na vida do usuário e, indiretamente, da sua família não tem preço. Dar um pouco de si, do melhor que se sabe fazer, e não só no que se refere ao seu contexto profissional, é algo que tento fazer diariamente. Buscar alternativas e meios para dinamizar as atividades cotidianas e solucionar as dificuldades apresentadas são tarefas que proporcionam melhora para o serviço e também para a satisfação profissional”.

(E5)

Apesar de todos os problemas existentes no CAPS Ad II Norte, é visível a disposição dos servidores. Esses acreditam no serviço apesar de tudo, sendo parceiros para os usuários.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho pretende demonstrar as dificuldades enfrentadas pelos servidores de uma CAPS Ad, quanto a escassez de recursos e como essa se reflete no desempenho de suas funções.

Esse trabalho possibilitou a oportunidade de se familiarizar com a realidade de um serviço público de saúde mental da rede de atenção à saúde do município e através dos conhecimentos adquiridos pelos referenciais teórico-metodológicos e do questionário respondido pelos servidores.

Além disso, foi possível visualizar os grandes desafios que esses servidores enfrentam tanto no processo de implantação quanto no fortalecimento das políticas públicas de saúde mental para o acolhimento e a saúde dos usuários de álcool e outras drogas, concluindo-se que todos os objetivos do estudo foram alcançados.

Com base nos achados encontrados aponta-se para necessidade de discussões dos problemas institucionais elencados no estudo, visando à superação destes, bem como, a constituição de um processo para a atenção à saúde, pautado na escuta qualificada, na racionalização dos recursos, na humanização das práticas e na disponibilidade de uma rede integrada e qualificada para os usuários do CAPS Ad II Norte de Natal.

Pode se inferir que o CADS Ad Norte - um equipamento central no panorama atual do campo da saúde mental - e endereço de operacionalização da complexidade de demandas de usuários de álcool e outras drogas - com intenso sofrimento psíquico, não está recebendo a devida atenção da gestão municipal.

REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. **Modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Contexto do Centro de Atenção Psicossocial CAPSad**. 26 de agosto de 2009. 369 fl. Tese (Doutorado). Universidade Federal da Bahia, 2009

ANDRADE, T.M. Redução de Danos: um novo paradigma? In: ACODESS. Entre riscos e danos- uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas Paris: **Editions Scientifiques ACODESS**,2002. p.83-86

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 20ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 204 p.

_____. (org.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**.1995 Rio de Janeiro, SDE/ENSP.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.

_____. Ministério da Saúde. (2009d). *Portaria n.º 1.190/GM*, de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas – PEAD. bvsms.saude.gov.br.

_____. Ministério da Saúde. (2005a). Secretaria e Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: SAS.

_____. Ministério da Saúde. (2005b). *Portaria n.º 1.028/GM*, de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. de <http://dtr2001.saude.gov.br>.

_____. (2007a). *Decreto n.º 6.117*, de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Recuperado em 22 de março, 2008, de [http:// www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br).

_____. Ministério da Saúde. (2008d). *Portaria n.º 154/GM*, de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Recuperado em 12 de dezembro, 2009, de <http://www.portal.saude.gov.br>

_____. Ministério da Saúde. (2009d). *Portaria n.º 1.190/GM*, de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas – PEAD. bvsms.saude.gov.br.

BIRMAN, Joel. Loucura, **Singularidade e Subjetividade**. In: Conselho Federal de Psicologia (coord.). Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CEDRAZ, A.; DIMENSTEIN, M. Oficinas terapêuticas no cenário da reforma psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizante ou não? **Revista Mal-estar e Subjetividade**. Fortaleza v. 5, n.2, p. 302-327, set 2005.

CRUZ, M. S., SÁAD, A. C. & FERREIRA, S. M. B. (2003). Posicionamento do Instituto de Psiquiatria da UFRJ sobre as estratégias de redução de danos na abordagem dos problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: 52 (5),355-362.

DELGADO, Pedro Gabriel **As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco na Brasil**.1992 Rio de Janeiro, Te-Corá.

DERRICOTT, J., PRESTON, A., & HUNT, H. (1999). The Safer Injecting Briefing. England: HIT

DUARTE, Arthur Vieira; BORGES, Frederico Alencar Monteiro. As políticas de drogas do Brasil e da Holanda. Experiências comparadas e a perspectiva de mudança. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 16, n. 3037, 25 out. 2011 . Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/20286>>. Acesso em: 12 out. 2012.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo, Ed. Perspectiva, 2005.

GONCALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, Apr. 2001

GONDIM, Denise Saleme Maciel. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?** 2001. 125f [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

GRIGOLO, Tania Maris. **“O Caps me deu voz, me deu escuta”: um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva de trabalhadores e usuários**. 2010. 283 fl. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura). Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília (UnB). 2010.

JUSTI, Marisa Garbrecht de. **O CAPSAD NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS**.23 de março de 2010.128 fl..Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual de Maringá. Orien. Maringá, PR, 2010.

MARLATT, GA. **Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, ago. 2008 .

PESSOTTI, Isaias. **A Loucura e as Épocas**. 2. ed. Rio de Janeiro: 34, 1995. 208p.

POLLO-ARAÚJO, M., MOREIRA, F, G. **Aspectos Históricos da Redução de Danos. In: NIEL, M. SILVEIRA, D, X. Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde.** São Paulo. Ministério da Saúde, 2008.

SILVEIRA, Ricardo Wagner; REZENDE, Diogo; MOURA, William Araújo. Pesquisa Intervenção em um CAPS Ad. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Gerais: **Revista Institucional de Psicologia**, 3 (2), 2020, 184.197.

SPRICIGO JS, Alencastre MB. O enfermeiro de unidade básica de saúde e o usuário de drogas: um estudo em Biguaçu-SC. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2004; 12:427-32.

SPRICIGO JS, Carraro TE, Cartana MHF, Reibnitz KS. Atenção ao usuário de drogas: um espaço para o enfermeiro. **Texto e Contexto Enferm**. 2004; 3:296-302.

Universidade Federal de São Paulo. Programa de orientação e atendimento a dependentes: o que é a redução de danos e a redução de riscos. [citado em 1 dez. 2004]. Disponível em > <http://www.unifesp.br/dpsiq/proad/redução.htm>> Acessado em 20 out. 2012.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: **Os reflexos da escassez de recursos na prestação do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas da instituição no CAPS AD II na zona norte de Natal-RN.**

Nome do (a) Pesquisador (a):

Nome do (a) Orientador (a):

Instituição:

Natureza da pesquisa: o sra (sr.) está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa que tem como finalidade conhecer a opinião dos gestores das Centrais de Regulação acerca de sua utilização como instrumento de gestão. Participantes da pesquisa: Foram selecionados para campo de estudo desta pesquisa

Envolvimento na pesquisa: ao participar deste estudo o Sr. (a) permitirá que a pesquisadora realize uma entrevista. O Sr. (a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para O Sr (a). **Sobre as entrevistas:** as entrevistas serão, realizadas pela própria pesquisadora, onde será utilizado um questionário. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não traz complicações legais e nem oferece riscos à sua dignidade.

Confidencialidade: todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e a orientadora terão conhecimento dos dados.

Benefícios: ao participar desta pesquisa a sra (sr.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, espera-se que este estudo traga informações importantes sobre instrumentos de gestão, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa contribuir para desenvolvimento da gestão do serviço público, onde a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos. Pagamento: o Sr. () não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Após estes esclarecimentos, requer-se o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Orientador

TELEFONES

Pesquisador: Orientador:

APÊNDICE B - Roteiro para Entrevista - Profissionais

Entrevistado Nº _____

Idade:

Sexo:

Escolaridade: Profissão:

Tempo de serviço no setor público:

Cargo atual:

Profissional de carreira: (☐) S (☐) N

a) Listar as principais dificuldades encontradas na prestação do cuidado no CAPS Ad II Norte;

b) Qual a sua percepção da escassez de recursos utilizados na assistência no referido serviço;

c) Como o Sr. (a) lida com a problemática em questão;

APÊNDICE C

Quadro 1 – Trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira

REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA		
Momentos	Período	Ocorrências
Trajetória alternativa	Últimos anos da ditadura militar	- Fim do milagre econômico; - Abertura democrática - Aumento da participação política da população; - Criação do REME, CEBES e do MTSM. - Surge um pensamento crítico sobre a natureza e a função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas; - Chegam ao Brasil os trabalhos científicos de Foucault, Goffman, Bastide, Castel, Basaglia;
Trajetória Sanitarista	Início da década de 80	- Parte da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica passa a ser incorporada como política pública; - Crescimento da importância do saber a administração e o planejamento em saúde; - Um momento fortemente institucionalizante; - Especificamente no campo da saúde mental, a racionalização, humanização a moralização dos hospitais psiquiátricos e a criação de ambulatórios como alternativa à internação;
Trajetória de desinstitucionalização	Segunda metade dos anos 80	- 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986); - Criação dos CAPS (1986); - I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental (1987); - Instituído o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta.

Fonte: adaptado pela pesquisadora a partir de Amarante,1998; Rezende, 1987; Tenório 2002.