

INCLUSÃO SOCIAL E SAÚDE MENTAL – O PERFIL DO USUÁRIO DO CAPS III REVIVER, CAMPINA GRANDE/PB

Tereza Cristina Ribeiro da Costa¹, Thaísa Simplício Carneiro², Yara Cirilo Gonçalves Silva³, Vanessa Fontes Silva⁴

¹Universidade Estadual da Paraíba/Departamento de Serviço Social, Rua Engenheiro Vasconcelos Bittencourt, nº45/204, Várzea, Recife, PE, terezadacosta@hotmail.com

²Estudante do Curso de Graduação em Serviço Social, R Inácio Marques da Silva, 189, Catolé, Campina Grande, PB, 58104-695, thaisasimplicio@hotmail.com

^{3,4}Estudante do Curso de Graduação em Serviço Social, R Antenor Navarro, 155, Prata, Campina Grande, PB, 58100-000, yaracirilo@hotmail.com, vanessafontes7@hotmail.com

Resumo - Esta pesquisa tem como objetivo contribuir para experiências de desinstitucionalização através da caracterização perfil do usuário do CAPS III, no Município de Campina Grande/PB. O estudo fornece elementos para o processo de conhecimentos dos usuários do SUS na Saúde Mental, bem como a análise dos condicionantes e determinantes da saúde, que tem relação direta e decisiva num modelo assistencial aberto, como se propõe o processo de reforma psiquiátrica que vêm sendo implementado no município. Os dados foram coletados através da análise dos prontuários dos usuários. Percebe-se desde já a necessidade de rediscutir conceitos e ampliar a discussão sobre a desinstitucionalização.

Palavras-chave: Desinstitucionalização, Saúde Mental, Perfil de Usuários.

Área do Conhecimento: Ciências Sociais Aplicadas

Introdução

No Brasil as avaliações do modelo de assistência psiquiátrica tradicional, centrada no modelo hospitalocêntrico mostraram um quadro dramático e estarrecedor: ineficiência, ineficácia, baixa qualidade e violação dos direitos humanos. Neste sentido, emerge em meados da década de 70, o Movimento de Reforma Psiquiátrica, com liderança dos trabalhadores de saúde mental (AMARANTE, 1998). Tal movimento teve como base desconstruir o modelo hospitalocêntrico, o qual exercia apenas a função de excluir o paciente do convívio social. Assim, propõe-se a construção de novos espaços na rede pública, procurando consolidar um modelo substitutivo, de base comunitária.

Dentre as várias experiências e lutas em função da busca da cidadania dos PTM, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (BRASIL, 2004a), buscando atender o usuário e sua família a partir de uma perspectiva integralizadora, (DELGADO, 1997) envolvendo o exercício da cidadania, e a integração do usuário na comunidade. Os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção a saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É função dos CAPS prestar atendimento clínico, em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de internações intersetoriais: regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde

mental na sua área de atuação e dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território.

A implantação dos serviços substitutivos possibilita o desenvolvimento de uma nova prática, não apenas psiquiátrica, mas de um novo agir, que pressupõe a interação do sujeito que sofre, não apenas com o corpo técnico, mas com toda a rede social. O serviço deve proporcionar a ampliação das relações sociais, objetivando transformar o imaginário social a respeito da “loucura”, até então permeado pelas imagens de periculosidade, irracionalidade, que inviabilizariam o contato social, pela compreensão e tolerância da diferença, através da proximidade da mesma. Assim, percebe-se a necessidade de conhecer quem são os usuários desses serviços substitutivos e o que o perfil desses usuários nos revela sobre esses serviços.

Materiais e Métodos

Seguindo o novo paradigma e as diretrizes da Coordenação Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2004b), a Prefeitura do Município de Campina Grande a política de Saúde Mental como prioridade da Gestão. Assim, observa-se que entre os anos de 2000 e 2005 foram criados vários dispositivos substitutivos, com destaque para a criação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II Novos Tempos, organizado como um

serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, com ações de assistência, reabilitação psicossocial e de suporte especializado a rede de atenção básica; um CAPS ad, que presta atendimento a portadores de transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, um CAPSi para atendimento a crianças e adolescentes um CAPS III para atendimento de usuários com transtornos moderados, graves e severos, e as residências terapêuticas àquelas pessoas que passaram muitos anos internadas e perderam vínculos familiares.

No tocante ao CAPS III Reviver, este é o serviço de maior porte na rede de saúde mental. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, os CAPS III estão presentes hoje, em sua maioria nas grandes metrópoles brasileira. De acordo com a portaria 336, Os CAPS III são serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Com no máximo cinco leitos, realizando, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas de no máximo sete dias). A equipe mínima para esse serviço deve contar com 16 profissionais, entre os profissionais de nível médio e superior, além de uma equipe noturna e de final de semana.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção a saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento desses serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico, em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de internações intersetoriais: regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção as pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território.

Seguindo o novo paradigma e as diretrizes da Coordenação Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2004b), a Prefeitura do Município de Campina Grande a política de Saúde Mental como prioridade da Gestão. Assim, observa-se que entre os anos de 2000 e 2005 foram criados vários dispositivos substitutivos, com destaque para a criação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II Novos Tempos, organizado como um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, com ações de assistência, reabilitação psicossocial e

de suporte especializado a rede de atenção básica; um CAPS ad, que presta atendimento a portadores de transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, um CAPSi para atendimento a crianças e adolescentes um CAPS III para atendimento de usuários com transtornos moderados, graves e severos, e as residências terapêuticas àquelas pessoas que passaram muitos anos internadas e perderam vínculos familiares.

Na atualidade o grande desafio é como contribuir para o resgate e afirmação dos direitos de cidadania dos usuários, como promover inclusão na família, na comunidade e no mercado de trabalho.

Considerando essas questões, nosso estudo parte da preocupação em conhecer o perfil dos usuários do CAPS III – Reviver, buscando contribuir para o processo de compreensão dos fatores condicionantes e determinantes do processo saúde/doença e procurando colaborar para a dinâmica de funcionamento do serviço, reconhecendo suas fragilidades e consonância com o a Reforma.

Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. (AMARANTE, 1995:5)

Neste sentido, algumas constatações merecem análise. Primeiramente, atentamos para a quantidade de usuários no CAPS III, ou seja, em pouco mais de sete meses o mesmo atende cerca de duzentas pessoas (até o mês de julho). Observou-se ainda, que o serviço não dispunha de dados coletivos sobre os usuários atendidos, dificultando assim o planejamento e a avaliação do mesmo, ademais se sabe da necessidade de conhecer melhor os usuários para para se definir ou redefinir estratégias de inclusão social (família – comunidade – mercado de trabalho).

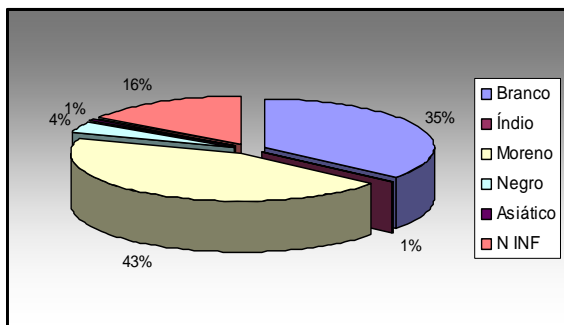
Através de uma pesquisa documental, tendo como principal base de dados os prontuários dos usuários, elegemos como eixos analíticos: Etnia – Condição Profissional – Situação Sócio-econômica - Escolaridade – Condições de Moradia e Internações Psiquiátricas anteriores.

Resultados

Quanto à etnia (ver gráfico 1), observa-se que o serviço utiliza uma “classificação” que por vezes da margem à subjetividade e indefinições, sugerindo para uma análise posterior uma discussão mais profunda do elemento étnico na saúde, visto que foi identificado através dos questionários que 43% dos usuários foram

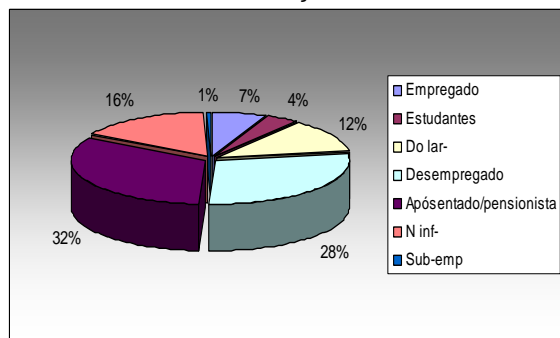
identificados no momento da triagem como “moreno”, outros 35% aparece como branco. É curioso que apenas 4% foram identificados como negros.

Gráfico 1 - Grupo Étnico



Quanto à condição profissional, chama atenção o número de estudantes e desempregados (60%) demonstrando não só o adocimento da idade jovem, como também, as dificuldades de se manter no trabalho sendo PTM. Por outro lado a análise da escolaridade nos mostra 26% é analfabeta, torna-se mais grave ao identificar que 21% apenas sabe escrever o nome, a baixa escolaridade torna-se categoria importante ao se analisar os limites e possibilidades da inclusão social. Especialmente quando se percebe que, no que tange a situação sócio-econômica, 40% dependem da renda familiar, pois não tem renda própria.

Gráfico 2 – Condição Profissional



Esse dado quando relacionado ao fato de apenas 38% dos usuários terem acesso a algum benefício social nos faz refletir sobre as condições reais de inclusão social que vem sendo discutidas nos projetos terapêuticos. Questiona-se se de fato, na análise, numa proposta ainda dominada pelo campo psi, se direitos não estejam sendo relegados à segundo plano, em função de um suposto cuidado terapêutico com a tutela, ou ainda pior, que essa discussão se quer faça parte da proposta pretensamente inclusiva. O Benefício de Prestação Continuada não pode ser relegado a segundo plano quando se trabalha em serviços substitutivos, visto que sabe-se que ele, muitas vezes, é essencial quando se pensa em direitos humanos, mínimos, é a primeira pedra para

emancipação de muitos que durante anos ficaram a mercê do hospital psiquiátrico, não pelo tratamento, mas pelo abrigo (mesmo que inadequado). Trata-se de uma exclusão cumulativa, como pode-se perceber pelos dados hora apresentados, devido à baixa escolarização, internamentos, abandono do mercado de trabalho, falta de renda, quebra de vínculos de redes primárias e secundárias e a estigmatização. Assim verifica-se que, um de seus objetivos do BPC é promover a integração desses usuários à vida social, ou melhor, sua inclusão social, fundamental no processo de desinstitucionalização.

Discussão

Por outro lado foi detectado alguns equívocos na coleta de informações na Triagem, visto que 36% dos usuários respondem que passaram por algum serviço substitutivo, contudo quando cruzamos com os nomes referentes a esses serviços, identificamos que mais de 50% que respondeu sim as essa resposta, só passou por instituições fechadas – hospitais psiquiátricos. Na maioria dos casos, a compreensão era de que os manicômios, ambulatórios também constituíam a Rede substitutiva de saúde mental. Este fato, se de um lado revela o desconhecimento sobre o que de fato seja *serviço substitutivo* e de outro impõe a necessidade de se abrir um debate sobre desinstitucionalização, direitos sociais e rede substitutiva, abrangendo usuários, técnicos e sociedade civil organizada.

Conclusão

Aponta-se para a necessidade de ampliar a discussão sobre o perfil dos usuários do CAPS III, analisando conjuntamente com sua missão no processo de reforma psiquiátrica que vem sendo implantada no município e observando como os condicionantes e determinantes da saúde vem sendo trabalhados na perspectiva da ampliação da cidadania para os usuários do serviço.

Referências Bibliográficas

- AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. Cad. Saúde Pública., Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, Jul/Sep, 1995.
- AMARANTE, Paulo. Loucos Pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- BASAGLIA, Franco. A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BRASIL. Constituição Federal. Brasília, Brasil: 1998.

BRASIL. Legislação em Saúde Mental 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004^a

BRASIL. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

DELGADO, P. G.. A Psiquiatria no Território: Construindo uma Rede de Atenção Psicossocial. Revista Saúde em Foco, 16: 40-43, 1997