

(Des)Construção do Modelo Assistencial em Saúde Mental na Composição das Práticas e dos Serviços¹

(De)Construction of the Mental Health Care Model in the Composition of Professional Practices and Services

Paulo Henrique Dias Quinderé

Psicólogo. Mestre em Saúde Pública. Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE) da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Endereço: Av. Paranjana, 1700, CEP 60740-903, Fortaleza, CE, Brasil.

E-mail: pauloquindere@hotmail.com

Maria Salete Bessa Jorge

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular e Coordenadora do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem.

Endereço: Campus do Itaperi - Av. Paranjana, 1700, CEP 60740-903, Fortaleza, CE, Brasil.

E-mail: masabejo@uece.br

¹ Apoio Financeiro: CNPq e CAPES.

Resumo

A Reforma Psiquiátrica brasileira trouxe uma nova visão de tratamento e acompanhamento para as pessoas com transtornos mentais. A criação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), assim como a inserção de ações de saúde mental nos vários níveis de complexidade do sistema de saúde, assumem um importante papel no cenário das novas práticas de saúde mental, configurando-se como dispositivos estratégicos para a transformação do modelo hospitalocêntrico. O estudo tem como objetivo discutir a (des)construção do modelo assistencial em saúde mental no município de Sobral-CE, na composição das práticas e dos serviços. Trata-se de um estudo de natureza histórico-social, realizado na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental do município de Sobral-CE. Utilizamos para a coleta de dados as técnicas de observação sistemática, documentos e a entrevista semiestruturada. Os sujeitos da pesquisa foram definidos pela saturação teórico-empírica, sendo entrevistados 10 usuários, 9 trabalhadores e 4 coordenadores dos serviços de saúde mental. Os resultados revelaram que o modelo assistencial do município foi reestruturado, deslocando as ações em saúde mental do Hospital Psiquiátrico para os diversos níveis de complexidade do sistema de saúde. O modelo de Atenção Psicossocial prestado às pessoas portadoras de transtornos mentais no município de Sobral-CE tem contribuído para a transformação do modelo psiquiátrico asilar na composição dos saberes e das práticas em saúde mental.

Palavras-chave: Assistência em Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Serviços Comunitários de Saúde Mental.

Abstract

The Brazilian Psychiatric Reform has brought a new vision of treatment and monitoring for people with mental disorders. The creation of the Community Mental Health Centers (Caps) and the insertion of mental health actions in the various levels of complexity of the health system play a major role in the context of the new mental health practices, setting themselves as strategic devices to the transformation of the hospital model. The study aims to discuss the (de)construction of the mental health care model in the city of Sobral, state of Ceará, in the composition of the professional practices and services. This is a historical and social study, carried out in the Integral Mental Health Care Network of the city of Sobral. For data collection we used systematic observation techniques, documents and semi-structured interview. The research participants were defined by theoretical and empirical saturation. The interviews were conducted with ten users, nine workers and four coordinators of mental health services. The results showed that the health care model of the city was reorganized and the mental health actions of the Psychiatric Hospital were allocated in the diverse levels of complexity of the health system. The model of Psychosocial Care provided for people with mental disorders in the city of Sobral has contributed to the transformation of the institutional psychiatric model in the composition of knowledge and practice in mental health.

Keywords: Mental Health Assistance; Mental Health Services; Mental Health Community Services.

Introdução

Ao longo dos últimos 30 anos, o campo da saúde mental vem passando por diversas transformações. As formas de organização dos serviços, o modo de abordar as pessoas com transtornos mentais, as práticas de saúde, o modelo assistencial e os saberes no campo da psiquiatria têm se modificado na nossa sociedade. Fruto das mobilizações políticas das décadas de 1970 e 1980, pelo processo de redemocratização do Brasil, a área da saúde como um todo vem se reconfigurando através de novos saberes e novas práticas.

A palavra **prática** vem do termo grego *práxis* e significa ação; termo referente a uma ação voluntária voltada para uma razão prática, ou seja, um agir prático. De acordo com o materialismo dialético, a ação transformadora das condições concretas da existência seria a *práxis*, que englobaria tanto a ação objetiva do homem sobre o seu meio como as construções subjetivas, estando articuladas as ações e as intenções (Acioli, 2001).

Na concepção de Pinheiro e Luz (2003), a ação é o elemento processual da prática. Através do movimento processual da ação se constrói a prática. A ação deve ser entendida como um componente cultural de uma determinada civilização. A ação seria, portanto, o componente primordial para a construção das práticas, ou seja, elas seriam moduladoras do próprio fazer e formuladoras de saberes, seriam uma fonte inesgotável de transformações, pensamentos e sentidos.

Para Costa-Rosa (2000), as novas práticas em saúde mental são desencadeadas a partir de diversos movimentos sociais e científicos, de vários campos teóricos. Uma gama de teorias influenciou na mudança da atenção em saúde mental no Brasil. A psiquiatria de setor e a psicoterapia institucional francesa, a antipsiquiatria e as comunidades terapêuticas inglesas, a saúde mental comunitária norte-americana e o movimento da desinstitucionalização italiano são exemplos da complexidade teórica que influenciou o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira trouxe uma nova visão de tratamento e acompanhamento para as pessoas com problemas relacionados aos

transtornos mentais. Essa transformação é fruto de experiências exitosas emergidas do movimento de reforma psiquiátrica do Brasil, através de novas práticas no campo da saúde mental e da influência de teorias de diversos países, tais como Inglaterra, França, Itália e Estados Unidos no campo da psiquiatria e da saúde mental, apontando, assim, para a construção de um novo modelo de atenção.

Os modelos de atenção ou modelos assistenciais têm sido conceituados como “combinações técnicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços/populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade” (Paim, 2003, p. 567). Nesse aspecto, os modelos de atenção em saúde não podem ser considerados como uma forma de organizar os serviços, nem tampouco um modelo administrativo do sistema de saúde. São, portanto, uma forma de articular técnicas e tecnologias para atender as necessidades e dar resolubilidade aos problemas de saúde individuais e coletivos, não se tratando de normas rígidas a serem seguidas, mas, sim, racionalidades variadas que informam as intervenções em saúde.

Teixeira (2006) amplia a discussão sobre os modelos assistenciais quando inclui três dimensões que vão além das práticas desenvolvidas em saúde propriamente ditas. São elas: a dimensão gerencial, relacionada aos meios de condução do processo de reorganização das ações e dos serviços; a dimensão organizativa, que se refere a como se estabelecem as relações entre os níveis de complexidade do sistema assistencial na produção do cuidado; e a dimensão técnico-assistencial, que diz respeito a como se estabelecem as relações entre os sujeitos das práticas, mediadas pelo conhecimento e pelas tecnologias que operam nesse processo de trabalho em saúde, e seus objetos de trabalho em diversos planos, seja na promoção à saúde, seja na prevenção de riscos e agravos ou na recuperação e reabilitação.

O modelo de assistência em saúde mental tem se transformado ao longo dos últimos anos e demonstrado que é possível cuidar das pessoas com transtornos mentais através de um modelo de saúde que esteja integrado aos diversos níveis de comple-

xidade do sistema de saúde e não somente restrito ao hospital psiquiátrico, que só onera o setor saúde e crucifica as pessoas que dele precisam.

Saúde Mental no Ceará

O Estado do Ceará é um dos pioneiros na transformação do modelo manicomial em um modelo de assistência psicossocial. O primeiro CAPS do Estado foi inaugurado em novembro de 1991, na cidade de Iguatu; em seguida vieram os CAPS de Canindé (agosto de 1993), Quixadá (dezembro de 1993) e Icó (março de 1995). As mudanças nas cidades em que foram implantados os serviços de atenção psicossocial eram visíveis. Os gastos com internações psiquiátricas eram reduzidos, esboçavam-se movimentos sociais para a criação de núcleos de Movimento da Luta Antimanicomial, Comissões Municipais de Saúde Mental e aprovação de Leis Orgânicas Municipais com introdução de princípios da Reforma Psiquiátrica (Sampaio e col., 1998).

No município de Sobral-CE, o atendimento psiquiátrico data do início da década de 1970, com a abertura de um pequeno serviço particular de atendimento psiquiátrico. Em 1974, foi criada a Casa de Repouso Guararapes, que atendia a microrregião de Sobral e dispunha de 80 leitos de internação. Funcionava aos moldes da psiquiatria clássica, com a maior parte da sua clientela com alto grau de cronificação dos quadros, com grande tempo de permanência e frequentes reinternações (Silva e col., 2000).

O hospital psiquiátrico de Sobral, embora com vinte anos de funcionamento, apresentava deficitários recursos terapêuticos, um enorme reducionismo de ferramentas clínicas, resumindo-se à abordagem biofarmacológica com característica prisional e de exclusão social. O hospital custava caro aos cofres públicos e tinha pouca eficácia terapêutica. Em relação aos internamentos, custava ao SUS mais caro que os hospitais gerais da capital Fortaleza, lembrando que os custos com internações psiquiátricas são bem menores (Pereira e Andrade, 2001).

No ano 2000, diante de constantes denúncias de maus-tratos e torturas a pacientes do hospital Guararapes, a instituição foi descredenciada como prestadora de serviço ao SUS, sendo realizada uma nova estruturação do sistema de atenção à saúde mental no município (RAISM) (Silva e col., 2000).

Entretanto, questionamos: a transformação do modelo de assistência em saúde mental tem contribuído para a desconstrução do modelo psiquiátrico asilar? Para responder a tal indagação, o presente estudo tem como objetivo discutir a (des)construção do modelo assistencial em saúde mental no município de Sobral-CE, na composição das práticas e dos serviços.

Metodologia

O estudo é de natureza histórico-social e do tipo qualitativo. Tem como finalidade a compreensão do conhecimento, buscando o sentido e o significado do fenômeno estudado (Minayo, 1999). A natureza histórico-social tenta conjugar as diversas dimensões do processo de transformação histórico do modelo em saúde mental e da composição das novas práticas.

O Estudo foi realizado na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental do município de Sobral, cidade localizada na região norte do Estado do Ceará. Os sujeitos da pesquisa foram definidos pela saturação teórico-empírica e pela relevância das informações e das observações que indiquem contribuições significativas e adequadas ao delineamento do objeto em apreensão. Para conformar os sujeitos, foram selecionados em três grupos de informantes-chave: nove Trabalhadores de Saúde Mental, dez Usuários (clientes e familiares) e quatro Coordenadores dos serviços.

Foram utilizadas como técnicas e instrumentos de coleta de dados a entrevista semiestruturada, a observação sistemática e fontes documentais importantes.

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e aprovado sob o nº de Processo 07520905-5.

Resultados e Discussão

(Des)Construção do Hospício

Até o ano de 1999, a Casa de Repouso Guararapes constituía-se como o único serviço de atenção à saúde mental prestado à população de toda a macrorregião Norte do Estado do Ceará. Criada em

1974, foi palco de inúmeras atrocidades, internamentos inadequados e cronificação das patologias dos seus internos (Sá e col., 2007). O período de sua implantação foi marcado, em todo o Brasil, por uma política de credenciamento de hospitais psiquiátricos privados, fruto do regime da ditadura militar, que havia incentivado a implantação desses serviços em todo país.

Para Cohn (2005), é um período marcado pela intensa burocratização da máquina estatal, inclusive do setor da saúde, com destinação de parcelas significativas dos recursos públicos para a compra de serviços privados. O poder clientelístico, paternalista e arbitrário coloca a assistência à saúde nas mãos de grupos privados, com interesses eleitoreiros, com a apropriação privada da coisa pública. O Estado do Ceará acompanhou tal processo e inaugurou um manicômio judiciário e nove hospitais psiquiátricos privados conveniados com a previdência pública, dentre eles a Casa de Repouso Guararapes (Sampaio e Carneiro, 2007).

Observarmos que a atenção à saúde mental em Sobral era realizada de maneira inapropriada, pois os corpos eram institucionalizados, interditados e submetidos a diversos tipos de violência, inclusive a física. A atenção era estruturada no modelo assistencial médico privatista, em que a figura do psiquiatra era centralizadora de todo o processo de tratamento e cura, através dos mecanismos medicamentosos que resolveriam todos os males que acometiam os indivíduos portadores de transtorno mental. Nos discursos que seguem, percebemos as convergências acerca do aparato manicomial que se instalara, inclusive no discurso do trabalhador 3, destacando o atendimento do profissional médico que quase se confunde com o de uma prescrição medicamentosa.

“...fui internado já, internado no Guararapes... a internação lá era muito ruim, eu sofri muito lá, apanhava muito dos outros pacientes, os outros pacientes me batiam muito. Sofri muito” (Usuário 4).

“...por que na época do Guararapes era mais assim aquele estilo o paciente chegou psiquiatra e pronto, psiquiatra de três em três dias, pouco era vista por psicólogo, por terapeuta ocupacional... o período que eu passei lá no Guararapes era mais

manicomial, mais um manicômio aquilo ali...”
(Trabalhador 3).

A organização do manicômio, estruturada no modelo Médico-Assistencial Privatista, possibilita uma centralização no pronto atendimento e promove uma desordenação da demanda. Esse modelo é centrado na demanda espontânea dos seus usuários, ou seja, os indivíduos precisam estar acometidos de uma doença para que procurem os serviços. Geralmente, tal procura se dá de maneira desordenada e gera, na população, uma busca desenfreada por serviços de pronto atendimento, condicionando uma oferta distorcida por parte dos serviços (Paim, 2003).

O que ocorria era uma procura desenfreada pelo manicômio nos momentos de crise dos pacientes e a oferta de um serviço que acabava excluindo e cronificando os que deles necessitavam. Criava na população a cultura de que a internação e o medicamento eram as únicas ferramentas capazes de resolver os problemas de saúde psíquica dos indivíduos. Esse modelo inviabiliza trocas sociais, é eminentemente curativo e prejudica o atendimento integral ao paciente e à comunidade; não oferecendo um impacto direto na saúde geral da população (Paim, *op. cit.*). Enfatadamente explicitado no discurso deste coordenador:

“...antes o que é que nós tínhamos era o hospital psiquiátrico onde só existia somente a figura do psiquiatra prescrevendo o receituário de medicamentos...” (Coordenador 3).

Ainda nos reportando ao ano de 1999, as mudanças na saúde mental no Brasil já se faziam ecoar. Passavam-se dez anos da promulgação da Constituição Brasileira e da regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS); doze anos da implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, o CAPS Luiz Cerqueira da Rocha de São Paulo, e dez anos da experiência na cidade Santos, no litoral paulista, dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) (Amarante, 1995). O Ceará já vivia suas experiências em serviços de saúde mental extra-hospitalares, e a cidade de Sobral preparava seu terreno para o que viria a se consolidar como uma Rede de Assistência Integral à Saúde Mental, de referência para todo o Brasil e premiada diversas vezes pela inversão completa do seu modelo de assistência

às pessoas com transtorno mental. Porém, vários conflitos, contradições e desafios foram necessários para que essa rede se desenvolvesse.

Tófoli (2007) refere que o ambulatório de psiquiatria começou a funcionar antes mesmo do fechamento do referido hospital psiquiátrico. Era uma tentativa de iniciar um processo de reforma no setor no município. Em 1998, foi implantado o Centro de Atenção Psicossocial, que iniciou suas atividades de forma modesta atendendo os casos ambulatorialmente. Com o fechamento do hospital psiquiátrico, devido a denúncias de maus-tratos e à morte do paciente Damião Ximenes Lopes, desencadeou-se o processo de completa transformação da assistência em saúde mental em Sobral, como observamos nas convergências dos discursos que se seguem:

“...a partir de 1997 nós criamos no PAM uma sala de atendimento aos pacientes que tinha a necessidade de ser atendido, que tinha algum transtorno mental, e aí a gente embrionava a questão dos caps, que já era uma febre a nível de Ceará, e a nível nacional também...” (Coordenador 4).

“...antes mesmo do fechamento do Guararapes já existia o ambulatório do CEM. Que, naquele tempo, era o PAM, uma tentativa de mudança para se adequar à reforma psiquiátrica. O problema do Guararapes foi um acidente de percurso porque o negócio já estava caminhando no sentido talvez de desativar futuramente o Guararapes, pra dá início a esse novo rumo da Psiquiatria aqui em Sobral...” (Trabalhador 7).

A morte desse paciente teve repercussão nacional, forçando o poder público a intervir e tomar providências, sendo uma delas a intervenção e, em seguida, o descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes, que se deu em 10 de julho de 2000 de acordo com a portaria/CCA nº 113, que descredenciava a referida instituição para a prestação de serviços ao SUS no setor hospitalar em psiquiatria (Pereira, 2001).

O mais importante dessa Portaria é que, além de descredenciar a instituição psiquiátrica, traz avanços na assistência em saúde mental, pois transfere a retaguarda das internações de urgência em Psiquiatria para o Hospital Geral Dr. Estevam Ponte,

mais tarde intitulado de Unidade de Internação Psiquiátrica - UIPHG, sob a supervisão da equipe de saúde mental do município (Pereira, *op. cit.*). Foi um marco decisório na transformação da assistência em saúde mental no município e, conseqüentemente, na desconstrução de que os portadores de transtornos mentais deveriam ser tratados de forma segregada em ambientes específicos, distante da sociedade dita “normal”.

Machado e Colvero (2003) colocam que as internações psiquiátricas em hospitais gerais não serão por si só responsáveis pela transformação do modelo assistencial em saúde mental, porém, a sua contribuição para o estabelecimento de uma relação de maior aceitação dos portadores de transtornos mentais em espaços de tratamento preferencialmente ocupados por diversas outras patologias clínicas é de extrema relevância, possibilitando uma maior interação com essa população historicamente marginalizada e segregada. Outro aspecto interessante a ser destacado é o de que, além de as internações serem em leitos em hospitais gerais, elas passam a ser bem mais breves do que as internações no antigo hospital psiquiátrico. De acordo com dados do Ministério da Saúde, as internações na Unidade de Internação Psiquiátrica de Sobral têm uma média de sete a oito dias de permanência na unidade (Tófoli, 2007). Fato comprovado empiricamente pelos seguintes discursos convergentes:

“...a nossa média de internação é de sete (7) dias...” (Coordenador 2).

“...passei oito dias pra nove dias. Me internei duas vezes... a internação lá também é muito boa, é um povo também que ajuda a gente no momento certo...” (Usuário 9).

“...passei duas semanas internado. Aí depois eu fiquei sendo acompanhado só pelo Caps mesmo...” (Usuário 3).

A Portaria ainda determinava que o Programa de Saúde da Família (PSF) prestaria atenção básica aos usuários com transtorno mental do município, e que a atenção aos usuários da macrorregião norte, em que Sobral é referência, ficaria a cargo do Ambulatório de Psiquiatria do Centro de Especialidades Médicas (CEM), e o serviço de atenção secundária Caps se responsabilizaria pelo acompanhamento

ambulatorial dos clientes com transtornos mentais de Sobral (Pereira, 2001).

Embora o CEM, num primeiro momento, tenha apresentado um papel importante no processo de transição do fechamento do Hospital Psiquiátrico para implantação dos serviços substitutivos, atualmente enfrenta alguns entraves na sua articulação com os municípios aos quais é referência. Esse serviço ainda funciona com características dos antigos modelos de atendimento. O ambulatório de Psiquiatria foi construído para atender a demanda da macrorregião norte, em que o município é referência, de acordo com as pactuações de regionalização, fruto do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde.

Embora, de acordo com Conh (2005), o processo de descentralização possibilite um repasse de recursos e delegação de poder para que os níveis estaduais e municipais formulem a política de saúde dos seus territórios, a partir de especificidades locais, essa forma de pactuação também possibilita entraves na organização dos serviços; pois é fato que a delegação de poderes nem sempre vem acompanhada do repasse de verbas e de estruturas organizacionais que deem conta da demanda.

O CEM é referência para quase um milhão de habitantes, e o ambulatório conta com um psiquiatra e um auxiliar de enfermagem, e, algumas vezes, os assistentes sociais da rede dão suporte aos casos com maior dificuldade de condução. A demanda chega através da central de regulação de leitos ou através dos encaminhamentos da UIPHG dos casos internados de outros municípios, como observamos no discurso que segue:

“...aqui nós recebemos só pacientes da região, não recebemos pacientes da cidade de Sobral recebemos de todos os municípios... chega aqui por marcação de consulta através da central de marcação do seu município...” (Trabalhador 7).

Essa pactuação traz alguns entraves para o funcionamento da rede de atenção, pois são deslocados profissionais para dar suporte a esse serviço. Devido ao fato de a maioria das cidades da macrorregião norte não possuírem equipes de saúde mental nem Caps, há uma grande quantidade de encaminhamentos para as consultas no CEM, assim como um grande índice de solicitação de internação na

UIPHG, além dos pacientes que conseguem burlar o procedimento padrão que organiza o fluxo de encaminhamento e chegar à unidade de internação e ao ambulatório sem que os serviços estejam preparados para atender a demanda, como bem destacam os discursos:

“...E tem os pacientes que burla, tem o sistema que burla o próprio sistema...em vez de pedir a vaga à central de regulação de leitos manda direto, estes pacientes segundo a lei tem que ser avaliados e mandados de volta ou encaminhados para outro serviço, não poderia sair daqui sem uma avaliação e realmente não sai, mas o que acontece é que a gente acaba absorvendo esta demanda que vem sem o encaminhamento adequado, devido a estes cinco leitos extras que a gente tem, então a gente acaba absorvendo e não volta, mas aí a gente manda um ofício para a central de regulação de leitos se queixando do serviço que referenciou e do profissional que referenciou injustamente...” (Coordenador 2).

“...chegam aqui pacientes sem ser marcado ... porque chega às vezes em crise ... chega até sem documento e nós somos obrigados a atender por que se trata de uma emergência e chega paciente também que furam até a burocracia e lá do próprio hospital Dr. Estevam... manda dá a ele um boletozinho já com a data previamente estabelecida pra ser atendido aqui” (Trabalhador 7).

Isso tem reflexo direto na qualidade da atenção prestada, pois os pacientes advindos de outros municípios têm dificuldades de acesso e acabam tendo um atendimento precarizado, apenas a possibilidade de internação e uma consulta psiquiátrica. Foi fácil percebermos como o atendimento é falho, principalmente através do discurso de um usuário que trouxe as dificuldades principalmente relacionadas à infraestrutura do seu município de origem, que não lhe dá condições de acesso a transporte e à medicação necessária ao seu acompanhamento:

“...é difícil, principalmente agora que você sabe que político, político só são bom pra gente quando tá na época da política, depois que passa, é meio difícil, a gente só consegue se a doença tiver no último recurso, é que eles socorre com a ambulância pra pessoa, às vezes, chega aqui e nem

tem mais jeito...aí ele (médico) passou três tipos de comprimidos pra mim, um eu comprei logo, no mesmo dia... aí dois eu ainda não comprei porque eu não pude...” (Usuário 7).

Embora a rede se esforce para ser resolutiva em relação aos casos que chegam de outros municípios, nem sempre é possível devido a entraves na articulação com os serviços de saúde desses municípios, devido à distância e ao despreparo dos profissionais para atender os casos relacionados à saúde mental.

“...mas assim a maioria das pessoas que interna são pacientes de outros municípios, então a gente acaba tendo que ter uma interação com os serviços dos outros municípios da macro não só no atendimento à saúde, porque alguns municípios não têm Caps e aí os profissionais que a gente pode contar de assistente social e psicólogos são do centro de referência da assistência social, a gente acaba tendo contato com os outros municípios e quando há Caps, com a equipe do Caps, em discutir assim com o familiar deles pensarem num projeto terapêutico de ter o profissional de referência pra quando saia do hospital a gente possa comunicar o profissional lá...” (Trabalhador 5).

Também foi implantado no município o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), o primeiro da Região Nordeste do Brasil, o “Lar renascer”. O SRT cumpre o papel de reintegrar os pacientes que haviam perdido os vínculos familiares e sociais devido às reinternações sucessivas no manicômio.

A SRT foi implantada em Sobral-CE com o objetivo de reinserir os pacientes do antigo manicômio na sociedade. No período da sua implantação, foi realizada a integração dos futuros moradores, pois alguns não tinham condições de ser inseridos nas suas famílias porque não se conhecia o paradeiro de suas famílias, ou porque problemas de relacionamento inviabilizavam a reintegração imediata (Duarte e Oliveira, 2007). Fato empírico destacado pelo seguinte discurso:

“...os nossos moradores da residência são graves, a maioria oriunda de internações, mais de dois, três anos no antigo Guararapes, a gente tem essa maior dificuldade da inclusão social, já

tivemos, depois que a residência foi implantada, já tivemos 5 inclusões foi um avanço não é?...” (Coordenador 5).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos tiveram sua expansão no Brasil principalmente após a sua regulamentação em 2000. Conforme indica o texto da Portaria Ministerial, nº. 106, 2000, que cria e regula o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos, esses serviços são moradias ou casas destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais que não possuam suporte social e devem viabilizar sua inserção social (Generoso, 2008).

Há uma preocupação em não se cronificar os moradores do SRT. Os moradores são acompanhados pelos profissionais dos Caps e também pelas equipes de saúde da família de referência, responsáveis pelos cuidados básicos de saúde. As atividades são realizadas dentro e fora da casa; aspecto observado durante a pesquisa de campo no SRT de Sobral-CE, pois os moradores se encontravam em atividades externas junto aos clientes do restante dos serviços da rede, dado empírico complementado pelo seguinte discurso:

“...Tirando eles o máximo possível de dentro de casa, porque se não se tornaria um minimanicômio. Se preocupando também com o resgate da cidadania, da autonomia dentro da unidade no que for possível... nas atividades que realmente tem que ser feito dentro da casa, as demais a gente conta com o apoio das diversas assistências, nos psfs as consultas, nos caps a terapia ocupacional, o ambulatório, os grupos, dentre outras atividades externas feitas por educadora física e terapeuta ocupacional também...” (Coordenador 5).

Ferreira (2007) reforça a ideia de que os serviços não manicomial, inclusive as residências terapêuticas, precisam possibilitar atividades que permitam um maior trânsito de seus moradores pelo seu território: centros comunitários, espaços públicos, feiras livres, centros de saúde; viabilizar a construção de redes sociais e a articulação com os diversos atores, promovendo a reconstrução social, castrada pelo aparato manicomial, e a transformação da cultura. Leal e Delgado (2007) reforçam a ideia afirmando que a saída de um paciente de um período de longa

internação requer um trabalho intenso de agenciamento no território na reconstrução de vínculos e direitos sociais que garantam a sobrevivência desses indivíduos fora da instituição hospitalar. A construção de redes alternativas de cuidado e suporte na comunidade é imprescindível para a sustentação desses indivíduos no meio social.

Como observamos, foi reestruturado todo o modelo assistencial do município com o deslocamento das ações em saúde mental do Hospital Psiquiátrico para os diversos níveis de complexidade do sistema de saúde. O hospital privado que prestava serviço ao SUS deixa de ser o centro da atenção e entram em cena serviços que visam abordar e conduzir os casos de transtorno mental num novo modelo de atenção: o modelo psicossocial.

Segundo Teixeira (2006), para que a transformação do modelo de atenção seja concretizada, é necessária a conjunção de três dimensões: a dimensão gerencial, no que tange aos mecanismos que conduzirão os processos de reorganização das ações e dos serviços; uma dimensão organizativa, que se estabelece através da hierarquização por níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado; e da dimensão técnico-assistencial, que se opera nas relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho, mediadas pelo saber e por tecnologias em diversos planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e recuperação e reabilitação).

De acordo com o conceito de transformação do modelo assistencial discutido acima, percebemos que o município de Sobral implementa um novo modelo de assistência em saúde mental nas três dimensões. Primeiro na gerencial, quando desloca os cuidados à saúde mental do setor privado para a total responsabilidade do setor público. Até mesmo os leitos de internação em hospital geral, que se dá numa instituição privada através de prestação de serviço ao SUS, são de responsabilidade da equipe de saúde mental que presta serviço ao município, no que diz respeito à gerência das ações.

Na dimensão organizativa, a atenção em saúde mental passa a ser de responsabilidade do sistema de saúde em níveis de complexidade diferentes. Os cuidados básicos das pessoas com transtornos mentais passam a ser de responsabilidade do nível

hierárquico primário de saúde, através dos PSFs e das rodas de terapias comunitárias. O Caps é responsável pelo nível hierárquico secundário de atenção às pessoas com transtornos mentais, e o Hospital Geral fica responsável pelos atendimentos de urgência e emergência em Psiquiatria. Com isso, os cuidados relacionados à saúde mental em Sobral passam a ser operacionalizados em níveis diferentes de complexidade do sistema de saúde, com ações de promoção de saúde, de prevenção aos agravos e de recuperação e reabilitação psicossocial.

“...essa intervenção aconteceu durante 90 dias e prorrogada por mais 30 dias o que culminou com o fechamento do manicômio e a implementação da rede de saúde mental...” (Coordenador 3).

“...daí quando começou a necessidade de ampliação de rede, por conta da intervenção que houve no Guararapes de 2000 pra 2001 e aí se pensou como é que vamos fazer isso se a gente tem pouco profissional e qual é a saída pra atender esta clientela que vai vim e o Caps tem que está mais aberto a acolher e a dar respostas a estes que realmente têm problemas psiquiátrico, mas que não pode ficar na fila de espera aí foi quando nasceu a oportunidade dessa ideia de a gente montar um serviço de saúde mental comunitária... aí surgiu a grande chance de implementar mais um serviço de saúde mental voltado pra população na comunidade. Aí surge a terapia comunitária em Sobral...” (Coordenador 4).

Aos poucos, os serviços e as ações foram sendo ampliados e a rede de atenção foi ficando cada vez mais complexa. As rodas de terapia comunitária tiveram como objetivo inicial, em Sobral, desafogar a demanda que batia incessantemente no Caps devido ao fechamento do hospital psiquiátrico, gerando uma grande espera por consultas. O Caps passa a referenciar para essas rodas de terapia comunitária espalhadas pelas unidades básicas de saúde do município os casos leves que não teriam indicação de serem atendidos nos serviços secundários, mas que também não poderiam prescindir de algum tipo de intervenção, pois apresentavam um considerável

sofrimento psíquico que comprometia suas atividades diárias.

A Terapia Comunitária (TC) surgiu no fim da década de 1980 na favela do Pirambu, em Fortaleza-CE, criada pelo psiquiatra e professor Dr. Adalberto Barreto. Caracteriza-se como uma estratégia terapêutica não mais centrada no modelo medicalizado, mas nas potencialidades dos indivíduos, promovendo o equilíbrio físico e o mental através de uma abordagem sistêmica aliada a crenças e aos valores da comunidade (Holanda e col., 2007). Os encontros possibilitam a articulação de redes de apoio e despertam possibilidades de mudanças, pois as pessoas da comunidade partilham entre si recursos de comunicação e laços de identidade, apresentando afinidades em seus sofrimentos e na busca de soluções para os mesmos (Barreto, 2005).

Essa foi mais uma ação criada para atender a demanda de saúde mental que se apresentava, agora, com mais um recurso inserido na comunidade, o que vem a enfatizar a mudança no modelo de atenção em saúde mental. Um modelo que se propõe a atuar nas diversas dimensões biopsicossociais dos indivíduos e não somente no aspecto biológico medicamentoso. Como vemos, as ações de saúde mental são ampliadas para os territórios, não ficando reclusas aos serviços assistenciais. São diluídas na comunidade e surgem de acordo com as necessidades que são demandadas dos seus usuários.

O último dispositivo a ser inserido na rede de saúde mental de Sobral foi o Caps-Ad - segundo serviço a ser implantado no Estado do Ceará. O Caps-Ad iniciou suas atividades em setembro de 2002, sendo um serviço especializado no atendimento de pessoas com problemas relacionados ao abuso de álcool e outras drogas. O serviço é referência para as cidades de Sobral, Forquilha e Massapé².

A rede assistencial em saúde mental de Sobral inverte a lógica da atenção do modelo manicomial asilar, centrado na instituição hospitalar psiquiátrica, para o modelo de atenção psicossocial, com serviços inseridos nas comunidades, com equipe multiprofissional e atuando em diversos níveis de

2 QUINDERÉ, P. H. D. *Análise do perfil epidemiológico da clientela atendida no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) de Sobral-CE*. 2006. Monografia (Curso de especialização em saúde mental) - Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia e Universidade Estadual Vale do Acaraú - UEVA, Sobral-CE, 2006.

complexidade do sistema de saúde.

Para Costa-Rosa (2000), a superação do modelo asilar e a suplantação do modo psicossocial ocorrem de diversas formas. Primeiro, com a substituição de uma abordagem com ênfase nos determinantes orgânicos, que se dava no hospital psiquiátrico através dos tratamentos quase que exclusivamente medicamentosos, para uma abordagem que considera as diversas dimensões dos indivíduos, tais como os aspectos sociais: sua relação com a família e a comunidade; psíquicos: as idiosincrasias, sentimentos, aspectos subjetivos; e orgânicos.

É isso que faz a rede de atenção psicossocial: tenciona abranger as formas de atenção aos indivíduos portadores de transtorno mental, sabendo que quanto maior o leque de atividades que contemple a integralidade dos indivíduos, melhores serão os resultados. Porém, esse trabalho de transformação do modelo é repleto de contradições que se manifestam em alguns discursos dos próprios trabalhadores dessa rede de saúde mental e, como podemos observar no discurso abaixo, que diverge das concepções psicossociais instaladas no município:

“...era bom que tivesse assim uma clínica que deixasse assim as pessoas por mais tempo, só pra eles mesmos, reservado só pra eles mesmos, que ficassem internados uma semana um mês, pra acabar o sofrimento dessas famílias... Acho que se tivesse um lugar só pra eles seria bem melhor, gerava até mais emprego, que funcionasse assim 24 horas, tipo um hospital...” (Trabalhador 1).

Percebemos no discurso do trabalhador os “escombros” do manicômio. Como se as paredes manicomialmente ainda estivessem alicerçadas no imaginário da sociedade e ainda fosse levar tempo para vir abaixo por completo. De acordo com Antunes e Queiroz (2007), ainda são fortes o preconceito e os temores guardados pela população em relação à loucura. Nos próprios serviços que tentam reverter a lógica manicomial, ainda é fato vermos profissionais assumindo posturas biologicistas e dando ênfase ao trabalho fragmentado dentro dos Caps.

A convivência com o manicômio na Região Norte do Estado do Ceará fez com que as famílias das pessoas com transtornos mentais descreditassem da possibilidade de melhora e reinserção social desses indivíduos. Guljor e Pinheiro (2007) destacam que

as solicitações de internações permanentes são uma expressão dos familiares diante da percepção de que esses indivíduos são incapazes de gerir suas vidas, além do fato de que a própria clientela institucionalizada, há anos, anseia por permanecer internada devido à sua acomodação ao aparato manicomial. Dado empiricamente complementado e destacado abaixo:

“...a gente tem uma determinada dificuldade em conseguir este acompanhamento familiar porque a cultura aqui no estado, pelo menos eu acredito que a cultura seja no Brasil, mas o que eu tenho certeza é que a cultura na macrorregião de Sobral era de mandar o paciente para o Guararapes e deixar ele internado durante meses, anos, né, isto de certa forma a família tirava férias deste paciente, descansava, e lá não precisava está acompanhando, o paciente ficava lá sozinho por um bom tempo...” (Coordenador 2).

Outro desafio a ser enfrentado é o da visão dos profissionais da atenção básica no trato com os portadores de transtornos mentais. Ainda guardam no seu imaginário que, por serem pessoas com problemas mentais, somente podem ser acompanhadas nos serviços que se propõem a tal, mesmo em cuidados que demandam uma assistência básica de saúde.

“...a gente ainda nota dificuldade que os próprios profissionais de saúde têm com relação ao paciente com doença mental... ainda é um trabalho que a gente tem que fazer porque: ‘esse é paciente do Caps’. Ou então: ‘leve lá pro Caps que ele resolve’... Outra coisa que a gente tem dificuldade, por exemplo, que é doente mental tem algum problema clínico aí procura o hospital geralmente o hospital de referência para psiquiatria é o hospital Dr. Estevam, se o paciente tem algum estigma psiquiátrico, ou diz que é paciente do Caps, geralmente, é até, às vezes, de certa forma pelo clínico da emergência negligenciado a questão clínica para encaminhar para o psiquiatra. Porque o hospital lá também tem psiquiatra, mas ele esquece que o paciente não é só um doente mental e que o doente mental tem várias patologias: hipertensão, diabetes, várias questões clínicas...” (Trabalhador 9).

É notório no discurso o quanto o estigma e o preconceito ainda estão enraizados no imaginário da sociedade em relação às pessoas com transtornos mentais. No entanto, a instalação da Rede de Saúde Mental, a sua inserção nos diversos níveis de complexidade de saúde e a sua interlocução com os diversos setores sociais têm possibilitado a (des)construção do modelo manicomial no imaginário da sociedade local, como vemos nas convergências dos discursos:

“...as pessoas veem a saúde mental em Sobral como uma rede que tem certo poder... as pessoas quando veem um paciente encaminhado pelo Caps, se dedicam à causa... Conquistas de moradia naqueles programas da prefeitura de habitação então a relação do serviço social do Caps com o serviço social de outras instâncias tem surtido um efeito bom a relação do serviço social com fórum, com o INSS...” (Trabalhador 6).

“...os dois Caps estarem localizados em áreas bastante valorizadas, privilegiadas, acho que isto mexe com o imaginário das pessoas, nós tínhamos muitos exemplos de pessoas que tinham vergonha de fazer tratamento no Caps, porque o que elas sentiam, era tinha um preconceito muito grande...” (Coordenador 3).

Como observamos, a transformação do modelo de atenção em saúde mental passa pela transformação da percepção da sociedade em relação à abordagem da loucura, enraizada no imaginário da população, necessitando de práticas que possibilitem a (re)significação do trato às pessoas com transtornos mentais e que viabilizem saberes capazes de suplantar os preconceitos e a segregação imposta a esses indivíduos.

Práticas em Saúde Mental

Várias foram as mudanças ocorridas ao longo desses anos na atenção às pessoas com transtornos mentais. No entanto, percebemos que há, no imaginário da sociedade, preconceitos enraizados que são difíceis de se (des)construir, inclusive em relação às práticas dos profissionais de saúde. Percebemos que as práticas relacionadas ao cuidado dos pacientes com transtornos mentais ainda guardam muito do manicômio, principalmente no que se refere às práticas medicamentosas. É comum nos discursos

convergentes dos usuários a referência ao medicamento como centro do acompanhamento:

“...toma o remédio, de 5 remédio. 1 de noite e outro de manhã, 1 de noite e outro de manhã, oito horas da noite, oito horas da manhã, eu tomo remédio todo dia, quando chegar em casa eu tomo remédio de novo...” (Usuário 6).

“...aí ele passou três tipos de comprimidos pra mim...” (Usuário 7).

“...tomava a medicação, vinha buscar aqui, no horário que estava indo pro trabalho eu passava aqui e pegava a medicação...” (Usuário 2).

Observamos que a prática medicamentosa ainda é muito emergente nos discursos dos usuários de saúde mental. Os transtornos mentais ainda são compreendidos através de uma perspectiva biológica. Para Antunes e Queiroz (2007), as práticas nos Caps ainda estão centradas no saber médico. Num contexto de transição de uma ordem focada no hospital para uma abordagem mais voltada para a família e o meio social do paciente, as práticas antigas ainda estão institucionalizadas e cristalizadas, difíceis de serem rompidas e substituídas por novas práticas. Como corrobora Furtado e Onocko-Campos (2005), há uma tendência de repetir o referencial aprendido e repetido durante anos, devido ao fato de que a convivência com a loucura e seus desdobramentos não é algo simples e fácil - razão pela qual, justamente, as sociedades criaram todas as formas de defesa que tentamos superar atualmente.

Basaglia (2005) refere que o uso dos fármacos pode ter um enorme poder institucionalizante, principalmente se o seu uso vem acompanhado de um ambiente que inviabiliza trocas sociais e reforça a perda da liberdade do indivíduo, já comprometida pelo transtorno. O fármaco, se utilizado em um espaço que viabiliza novos contatos sociais, potencializa o indivíduo para a reconstrução das suas atividades diárias e a reestruturação dos vínculos afetivos, podendo ser facilitador do processo libertário do indivíduo.

Para tanto, outras práticas, que não apenas a biológica e medicalizante, estão inseridas nos serviços de saúde mental em Sobral. A articulação entre vários profissionais possibilita novas formas de acompanhamento dos pacientes e engloba toda

uma série de intervenções psicológicas, sociais e familiares, visando a uma abordagem que dê conta das diversas dimensões dos indivíduos, como observamos nos discursos abaixo:

“...desde novembro ela vem participando, com psicólogo, assistente social, com clínico, com psiquiatra. Eu só acompanho ela, mas às vezes quando eu estou muito difícil eu venho sozinha, eu venho para o psicólogo, acompanho, ou então venho conversar com assistente social, quando eu me sinto muito só em casa eu venho” (Usuário 1).

“...aí o paciente vem pro serviço, participa de grupos de orientação, a família também é muito importante no tratamento do paciente, porque o paciente depende muito do suporte familiar, sem o suporte familiar fica mais difícil...” (Trabalhador 4).

“...é uma equipe multidisciplinar, cada qual tem sua importância no tratamento do paciente ... existe também as reuniões setoriais, que são só com os profissionais de cada unidade, e existem as reuniões gerais que é com a equipe da rede inteira, que é feita quinzenalmente ... do coordenador geral ao pessoal da limpeza, para discutir os problemas do serviço...” (Trabalhador 2).

Como percebemos, novos saberes e novas práticas são inseridos nos serviços substitutivos ao manicômio, tais como a abordagem aos familiares, imprescindível para o acompanhamento dos casos. A possibilidade do encontro em reuniões de equipe com todos os trabalhadores possibilita a construção de novas práticas, não somente em relação à organização dos serviços, mas também nas discussões acerca do acompanhamento dos casos.

Como bem destaca Furtado e Onocko-Campos (2005), a confluência de vários saberes é propiciadora de certa relativização de poderes entre categorias profissionais, o recente e complexo campo da saúde mental possui limites imprecisos e indefinições - o que o torna, exatamente por isso, bastante propício às experimentações e produção de novas práticas. Não por acaso, a saúde mental vem sendo um espaço, por excelência, para o desenvolvimento de novas formas de cuidado, novas formas de colaboração interprofissional e, sobretudo, geradora de novos modelos de atenção e, conseqüentemente, novas práticas.

Para Furtado e Onocko-Campos (*op. cit.*), garantir que a reforma psiquiátrica avance para além da simples implementação de novos (e mais) serviços e da alocação de mais profissionais, é necessário ter um quadro de profissionais imbuídos de uma postura profissional profundamente distinta da do modelo anterior. Não surtirá efeito se esses novos serviços e os diversos profissionais mantiverem práticas antigas, sobretudo se considerado o fato de que as novas modalidades de atenção em saúde mental não se resumem a novas técnicas de tratamento, mas constituem outra política, uma ética de inclusão. Ideia defendida por Amarante e Torre (2001, p. 32), quando afirmam que a reforma psiquiátrica não se dá apenas com a implantação de “novos” serviços. O fato de serem denominados de “novos” não garante que esses serviços sejam mediadores e operadores de novas formas de intervenção na abordagem da loucura ou que sejam substitutivos ao manicômio.

Somente a construção de equipes multiprofissionais não é suficiente para a transformação do modelo de atenção e também pode não ser suficiente para modificar as práticas no campo da saúde mental. É necessário que essas práticas estejam condizentes com a transformação do modelo tradicional. Percebemos que, nos serviços de saúde mental de Sobral, há práticas que vislumbram a (des)construção do modelo tradicional em saúde mental e apontam para estratégias que superam o saber/fazer antigo, como observamos empiricamente nos discursos que se complementam:

“...muitas vezes a terapeuta ocupacional me ajuda a fazer artes para trabalhar, faz currículo, currículo pra mim entregar nas empresas, então isso o que me chama mais a vim no Caps que ela tá me ajudando, eu já fiz dois cursos de informática...” (Usuário 3).

“...e através daqui eu ganhei minha casa. Eu moro na minha própria casa agora ... a assistente social que arranjou pra mim. Ela andou muito comigo, através da, fizeram uma sessão lá na prefeitura e conseguiram uma casa...” (Usuário 8).

“...conquistas de moradia naqueles programas da prefeitura de habitação então a relação do serviço social do Caps com o serviço social de outras instâncias tem surtido um efeito bom

a relação do serviço social com fórum, com o INSS...” (Trabalhador 6).

Como percebemos nos discursos, há uma tentativa de se inserir novas práticas no campo da saúde mental. A inserção social também passa a ser uma preocupação da atenção à saúde mental. As intervenções deixam de se limitar ao aspecto biológico e abrangem dimensões dos indivíduos outrora negligenciados. Amarante e Torre (2001) defendem a ideia de que os serviços de saúde mental devem promover rupturas quanto à noção de doença mental, construída pelo modelo psiquiátrico clássico como patologia que tem de ser curada, e partir para uma perspectiva de (re)inserção social dessas pessoas, como sujeitos do seu processo, como capazes de fazer parte e de estar empoderadas e não simplesmente à margem, tuteladas sob posturas medicalizantes e psicologizantes que só as cronificam.

Como enfatiza Guljor e Vidal (2006), para que ocorra a ruptura do modelo assistencial tradicional, faz-se necessário o deslocamento do paciente compreendido como um conjunto de sinais e sintomas psicopatológicos para a conquista de espaços sociais que possibilitem a construção da sua autonomia e da sua cidadania, avançando para uma abordagem mais ampla que inclua o resgate dos direitos básicos, tais como ter um nome, documentos, residência e emprego.

Campos (2000) entende que as demandas são também manifestações concretas das necessidades sociais construídas pelo embate social e histórico, não são apenas demandas por medicação ou atendimentos. Os serviços precisam criar novas formas de saber/fazer que desconstruam o caráter técnico e individualista da clínica tradicional, que restringe a ação no campo da saúde coletiva. Nesse sentido, Onocko-Campos (2001) comunga com o fato de que a doença não ocupa todo o lugar do sujeito, não o desloca totalmente de todo o cenário social no qual está inserido. Ele sempre é um sujeito multifacetado e não restrito apenas aos aspectos biológicos, ele também tem em sua integridade um ser social, histórico e subjetivo, que demanda outras necessidades e necessita ser abordado nas suas diversas dimensões.

Embora percebamos ações nos serviços de saúde mental que ainda estão pautadas no modelo

tradicional psiquiátrico, como a ênfase na medição, percebemos novas ações que promovem a construção de novos saberes e de novas práticas que (des)constróem o modelo antigo. A abordagem familiar de forma grupal, as reuniões de equipe com a presença de todos os trabalhadores e a articulação dos serviços de saúde mental com outros setores sociais, com o objetivo de reinserir socialmente os indivíduos, apontam para uma abordagem mais ampla e integrada, assim como promovem a (des)construção do louco como alguém que precisa ser isolado, curado e incapaz de gerir sua vida.

Considerações Finais

A atenção à saúde mental em Sobral tem possibilitado a (des)construção do modelo manicomial através da implantação de serviços e ações que abarquem as diversas demandas dos usuários nos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, assim como promove a (des)construção na sociedade do estigma e do preconceito em relação às pessoas com transtornos mentais.

A nova forma de organização dos serviços, perpassando os diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, possibilita uma articulação maior dos serviços entre si e desses serviços com os demais serviços de saúde, assim como com os diversos setores da sociedade. Essa articulação de forma horizontalizada viabiliza a assistência de maneira mais integrada aos seus usuários, articulando os cuidados aos usuários com uma gama de possibilidades no seu território e nos demais equipamentos sociais, contribuindo para a (des)construção da segregação e do confinamento das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Referências

- ACIOLI, S. Os sentidos das práticas voltadas para a saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, A. R. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2001. p. 157-166.
- AMARANTE, P. (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

- AMARANTE, P. D. C.; TORRE, E. H. G. A. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.
- ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 207-215, 2007.
- BARRETO, A. P. *Terapia comunitária passo a passo*. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.
- BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- CAMPOS, W. S. G. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- COHN, A.; ELIAS, P. E. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2005.
- COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Coord.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.
- DUARTE, A. R.; OLIVEIRA, E. N. Serviço residencial terapêutico de Sobral-CE: um dispositivo de inclusão social. *Sanare: Revista de Políticas Públicas, Sobral-CE*. v. 6, n. 2, p. 43-48, 2005/2007.
- FERREIRA, G. Desinstitucionalização e integralidade: um estudo do processo da reforma psiquiátrica no Brasil. In: PINHEIRO, R. et al. (Org.). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 209-223.
- FURTADO, J. P.; ONOCKO-CAMPOS, R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 109-122, 2005.
- GENEROSO, C. M. A orientação da psicanálise em um serviço residencial terapêutico: a casa de aposentados: uma pequena construção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, ano 8, n. 1, p. 67-73, 2008.
- GULJOR, A. P.; PINHEIRO, R. Demanda por cuidado na desinstitucionalização: concepções e percepções dos trabalhadores sobre a construção de demanda e necessidades em saúde mental. In: PINHEIRO, R. et al. (Org.). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 65-90.
- GULJOR, A. P.; VIDAL, C. Centro de atenção psicossocial Vila Esperança: o papel das redes na estratégia de suporte à desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. *Gestão em redes: tecendo fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: EDUCS, 2006. p. 81-95.
- HOLANDA, V. R.; DIAS, M. D.; FERREIRA FILHA, M. O. Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 9, n. 1, p. 79-92, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/pdf/v9n1a06.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2008.
- LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. Clínica e cotidiano: o Caps como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R. et al. (Org.). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC. p. 137-154, 2007.
- MACHADO, A. L.; COLVERO, L. A. Unidade de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e atuação da equipe de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 672-677, 2003.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- ONOCKO-CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada: sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, Z. M.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 567-586.

PEREIRA, M. F. Damião: um grito de socorro e solidão. In: OLIVEIRA SILVA, M. V. *A instituição sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2001. p. 115-221.

PEREIRA, A. A.; ANDRADE, L. O. M. Rede Integral de Atenção à Saúde Mental, de Sobral, Ceará. In: JATENE, A.; LANCETTI, A. (Ed.). *Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família*. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 167-198

PINHEIRO, R.; LUZ, M. D. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2003. p. 7-34.

SÁ, R. A. R.; BARROS, M. M. M.; COSTA, M. S. A. Saúde mental em Sobral-CE: atenção com humanização e inclusão social. *Sanare: Revista de Políticas Públicas, Sobral-CE*, v. 6, n. 2, p. 26-33, 2007

SAMPAIO, J. J. C.; CARNEIRO, C. Rede de atenção integral à saúde mental de Sobral-CE: planejamento, supervisão e reflexões críticas. *Sanare: Revista de Políticas Públicas, Sobral-CE* -, v. 6, n. 2, p. 7-25, 2007

SAMPAIO, J. J. C., SANTOS, A. W. G.; ANDRADE, L. O. M. Saúde mental e cidadania: um desafio local. In: VILAÇA, E. (Org.). *A organização de saúde no nível local*. *Revista Saúde Loucura*. São Paulo: Hucitec, p. 267-280, 1998

SILVA, M. A. A. B. M.; OLIVEIRA, E. N.; MARTINS JÚNIOR, T. Organização da nova rede de atenção mental do município de Sobral. *Sanare: Revista de Políticas Públicas, Sobral-CE* -, ano II, n. 3, p. 29-36, 2000.

TEIXEIRA, C. Mudança do modelo de atenção á saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C.; SOLLA, J. P. *Modelos de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 19-58.

TÓFOLI, L. F. Desinstitucionalização e integralidade no sertão cearense. In: PINHEIRO, R. et. al. (Org.). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 225-238.

Recebido em: 17/12/2008

Reapresentado em: 04/01/2010

Aprovado em: 02/02/2010