



PAULA CAROLINA GOURSAND HENRIQUES

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE LAVRAS: UMA
ANÁLISE COMPARATIVA DA POLÍTICA PÚBLICA APLICADA**

LAVRAS-MG

2017

PAULA CAROLINA GOURSAND HENRIQUES

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE LAVRAS: UMA ANÁLISE
COMPARATIVA DA POLÍTICA PÚBLICA APLICADA**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Curso de Administração Pública, para a obtenção do título de Bacharel.

Orientadora

Prof^a Dra. Júlia Moretto Amâncio

LAVRAS-MG

2017

PAULA CAROLINA GOURSAND HENRIQUES

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE LAVRAS: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DA
POLÍTICA PÚBLICA APLICADA**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Curso de Administração Pública, para a obtenção do título de Bacharel.

APROVADA em 07 de agosto de 2017.

Prof. Gustavo Costa de Souza - UFLA

Prof.^a Dra. Júlia Moretto Amâncio

Orientadora

LAVRAS-MG

2017

Á minha família, aos professores e aos amigos de longa data e aos que conquistei nesse período de faculdade.

DEDICO

“...Nem você, nem ninguém baterá tão forte quanto a vida. Não importa o quão forte você golpeia, mas sim, quantos golpes você aguenta levar e continuar em frente, o muito que você possa aceitar e seguir adiante. É assim que se ganha.”
(Rocky Balboa)

RESUMO

A partir das reformas sanitária e psiquiátrica foram criados os CAPS no Brasil, em 1986. Estas redes têm por objetivo um tratamento mais inclusivo aos usuários ampliando sua rede de serviços aos familiares na busca por condições de ressocialização destes usuários. O presente trabalho busca discutir ações públicas ligadas ao oferecimento destes serviços tendo como objetivo analisar o funcionamento do CAPS do município de Lavras no que diz respeito à oferta dos serviços necessários à população do município, por meio de comparação entre os parâmetros estabelecidos na portaria de regulamentação de seus serviços e seu funcionamento real. Especificamente, busca-se analisar os principais serviços oferecidos aos usuários; verificar quais deveriam ser os serviços prestados pelos Centros de Atenção Psicossocial; expor as maiores dificuldades encontradas desde a abertura dos CAPS no município de Lavras e apresentar sugestões de melhorias ao CAPS do município. Nos procedimentos metodológicos foi feita uma análise de conteúdo, através das entrevistas (realizadas com os burocratas de rua e com os usuários) e da regulamentação aplicada aos CAPS. Como resultado, comprova-se a real importância do profissional de assistência social, assim como a participação efetiva dos familiares para a ressocialização do usuário no convívio social.

Palavras - chave: Políticas Sociais. Política de Saúde. Centro de Atenção Psicossocial. Ressocialização.

ABSTRACT

Based on the sanitary and psychiatric reforms was created in CAPS in Brazil in 1986. These networks aim to provide a more inclusive treatment to users by expanding their network of services to family members in search of conditions of resocialization of these individuals. What is the case, is what is what is what is the development of human resources? Of their services and their actual functioning. Specifically, we seek to analyze the main services offered to users; Check what the services provided by the Psychosocial Care Centers should be; Export as major difficulties encountered since an opening of the CAPS in the municipality of Lavras and suggestions for improvements to the CAPS of the municipality. Our methodological procedures were designed for a content analysis, through the interviews and a regulation applied to CAPS. As a result, a real importance of the social care worker is verified, as well as an effective participation of the relatives for a socialization of the user in the social life.

Keywords: Social Policies. Health Policy. Center for Psychosocial Care. Ressocialização.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	37
Tabela 2	37

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS	13
2.2 IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	14
2.3 INTERSETORIALIDADE.....	17
2.4 POLÍTICAS SOCIAIS: ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE	19
2.5 BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA	22
2.6 HISTÓRICO DO TRATAMENTO PSICOLÓGICO	24
2.7 SURGIMENTO DO CAPS NO BRASIL	26
2.8 DIRETRIZES GERAIS DOS CAPS	27
3. METODOLOGIA	31
3.1 ANÁLISE DE DADOS	32
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CAPS NO MUNICÍPIO DE LAVRAS	33
4.2 ANÁLISE DE DISCURSO	34
4.2.1 DAS CARACTERÍSTICAS.....	34
4.2.2 DAS ASSISTENCIAS	35
4.2.3 DOS RECURSOS HUMANOS	36
4.2.4 DAS SUGESTÕES E MELHORIAS.....	38
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	43
ANEXO A - Questionários Aplicados à Coordenadora, aos Burocratas de Rua e aos Usuários do CAPS II e CAPS ad II, no Município de Lavras	47

1. INTRODUÇÃO

Conforme Constituição Federal de 1988, capítulo II, art. 6º “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança,...” (BRASIL, 1988). Portanto, a saúde constitui-se de um direito fundamental, sendo assunto importante para compreensão e prevalência do Estado Democrático de Direito. Nesse âmbito, as políticas públicas de saúde adotam compromisso de superar atitudes excludentes e punitivas através de práticas integrais e inclusivas.

A atribuição de contornos ao direito fundamental à saúde foi um dos marcos da sistemática introduzida em 1988, atendendo às reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária, norteadas pelo resultado das discussões tomadas durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde. A especificação constitucional do direito fundamental à saúde, tal como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) decorreu, assim, da evolução dos sistemas previstos em leis já impostas – Sistema Nacional de Saúde (Lei nº 6.229/1975) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, em 1987 (SARLET; FIGUEIREDO, 2008).

Para implementação da política de saúde mental no Brasil, conforme elucidada Mateus e Mari (2013), uma das principais estratégias foi a regulamentação de seu sistema através da estrutura normativa dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram 68 portarias abordando a área de saúde mental, publicada pelo Ministério da Saúde (de 1990 a 2010). Como resultado desta medida houve a criação de programas e grupos de trabalho e regulamentação dos serviços, formas e valores no financiamento (BRASIL, 2004).

Em decorrência destas medidas através da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica Brasileira foi implementada a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, baseada nas Leis nº 10.216, nº 10.708 e nº 11.343/06, configurada como política de Estado. Esta resolução tem como principal diretriz a redução gradual e planejada dos leitos em hospitais psiquiátricos, considerando a desinstitucionalização de pessoas com prolongado histórico de internações. Concomitante a isso, a reforma condicionou também a implementação e implantação de uma rede com diversos tipos de serviços de saúde mental de base comunitária efetiva com capacidade de atender com resolubilidade os pacientes cativos. Mesmo com a criação de diversos dispositivos assistenciais direcionados à saúde mental, a desinstitucionalização presume transformações culturais e subjetivas na sociedade (BRASIL, 2016). Como

desinstitucionalização, Amarante (1995, p. 493 – 494) explana que é “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 autor acrescenta ainda que “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, p. 494).

Ribeiro (2004) afirma que essa política é baseada em uma rede de serviços e equipamentos - tais como Serviços Residenciais Terapêuticos, Leitos de Atenção Integral, Centros Culturais e de Convivência e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - que surgiram como forma de complementação de antigas demandas. Apesar de sua criação recente no Brasil (em 1986, na cidade de São Paulo), os CAPS surgiram para compor as diversas ações e serviços de Saúde Mental, de acordo com a perspectiva, a aposta e o investimento da Rede de Saúde Mental. Ribeiro (2004) acrescenta ainda que pouco tempo atrás, indivíduos portadores de sofrimento psíquico¹ receberiam o tratamento apenas em Hospitais Psiquiátricos, privados ou públicos. Portanto, com a implantação da Política de Saúde Mental houve a desinstitucionalização desses usuários, que passaram a ter acesso a novas formas de tratamento, mais inclusivas e com abordagens mais humanitárias, a Rede de Serviços de Saúde Mental.

A Rede de Atenção à Saúde Mental no Brasil está integrada ao Sistema Único de Saúde, e sua característica é fundamentalmente pública e de base municipal (Ministério da Saúde, 2005). Embora a atenção em saúde mental seja tarefa de uma rede articulada de serviços, tal articulação deve incluir os recursos da comunidade para se instituir em verdadeiros espaços de inclusão na cidade destinados às pessoas com transtornos mentais. A Rede de Atenção à Saúde Mental foi implementada pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e traz uma gama de serviços como: Atenção Primária à Saúde – APS; Centros de Atenção Psicossocial – CAPS; Residências Terapêuticas; Ambulatórios; Unidades de Acolhimento; Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental (em CAPS III e em Hospital Geral); Programa De Volta para Casa; Cooperativas de trabalho e geração de renda; Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), entre outros. Dos serviços incluídos nessa rede interessa especialmente na discussão deste trabalho o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como sistema que oferece diversos serviços aos cidadãos em sofrimento psíquico, assim como a suas famílias (BRASIL. 2016).

¹ Pessoas com sofrimento psíquico são pessoas com transtornos mentais, sejam severos e/ou persistentes, ou seja, “pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais” (BRASIL, 2004, p. 15)

O CAPS é inserido com o intuito de fornecer atendimento à população em sua área de abrangência (área essa definida pelo gestor local), realizando o acompanhamento médico e reinserindo socialmente seus usuários através do acesso ao trabalho, exercício dos direitos civis, lazer e fortalecimento dos laços comunitários e familiares. Neste sentido, o CAPS “é um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substituto às internações em hospitais psiquiátricos” (BRASIL, 2004, p.13).

Diante dos pressupostos mencionados quanto à prevalência no tempo dos hospitais psiquiátricos, bem como a relativa incipiência das novas possibilidades advindas das reformas mencionadas, o presente trabalho busca discutir a seguinte problemática: **Como são aplicados os parâmetros legais ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) do município de Lavras, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº366/ 2002?**

Em outras palavras, este estudo tem como objetivo analisar o funcionamento do CAPS do município de Lavras no que diz respeito à oferta dos serviços necessários à população do município, por meio de comparação entre os parâmetros estabelecidos na portaria de regulamentação de seus serviços e seu funcionamento real. Especificamente, busca-se analisar os principais serviços oferecidos aos usuários; verificar quais deveriam ser os serviços prestados pelos Centros de Atenção Psicossocial e apresentar sugestões de melhorias ao CAPS do município.

O estímulo maior a essa pesquisa é o desejo de verificar como certos indivíduos, que muitas vezes são excluídos pela e da sociedade simplesmente por não atenderem a um padrão de normalidade artificial e suspeitamente criado, estão sendo assessorados e amparados pela política pública que tem por finalidade a reinserção social (no sentido de dar aos usuários condições e a sensação de estar melhor consigo, de se sentir reinserido).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Para que seja possível definir a análise de políticas públicas, deve-se estabelecer inicialmente o que se entende por esta qualidade de política. São variáveis as definições para tal termo, sendo cinco elementos cruciais, segundo Lima e D'ascenzi (2013): primeiramente, é apontado um elemento processual, no sentido de que a política pública é um concomitante de decisões e ações que envolvem múltiplos atores (públicos e privados). Sucintamente, pode-se concluir que políticas públicas é a implementação de decisões tomadas. O segundo ponto é relacionado à finalidade, ou seja, ao fim da teia de decisões e ações que consiste em modificar um problema social: seja percebendo uma situação como indesejável para sinalizar a necessidade de ação e, conseqüentemente, a resolução de conflitos. Neste sentido, a ação é uma forma de conservar a coesão social, uma maneira de atender as necessidades dos grupos da sociedade e propiciar inclusão (coesão social através do amparo, da justiça e da manutenção de direitos). Em terceiro lugar, os autores citam a questão substantiva, onde as políticas públicas são norteadas através de valores, ideias e visões de mundo. O aspecto da dinâmica é o quarto ponto de interesse, plano no qual as políticas públicas se dão através do conflito entre os atores, pois estes envolvem a alocação de recursos sociais escassos. Por último, tem-se a formação de uma retroalimentação: a política pública forma uma ordem local, onde os atores irão interagir e dirigir recursos em um sistema, ou seja, um sistema de ação é formado, orientando e delimitando a ação.

Portanto, para Lima e D'ascenzi, (2016) a análise de políticas públicas é voltada para a investigação dos fenômenos citados acima, procurando compreender como as relações entre os atores se passa: o funcionamento das arenas de conflito e as regras informais e formais que regem esses espaços; o processo da agenda pública; a produção de problemas sociais; as implementações das políticas públicas; tais efeitos das políticas diante da sociedade; além de questões referentes ao funcionamento de intervenções relacionadas a resoluções de conflitos e problemas sociais.

O ciclo de políticas públicas, também conhecido como abordagem sequencial, é de grande importância a elaboração de ações, pois “propõe um recorte que permite ao analista lidar com a complexidade que envolve uma política pública”, conforme citado por Lima e D'ascenzi (2016,

p. 19). Segundo Marques (2013) a teoria dos ciclos surge como crítica ao modelo de representação da racionalidade e linearidade do processo das políticas públicas, possuindo foco em implementação e evidenciando as teorias de estado de múltiplos atores e, por fim, o neoinstitucionalismo. Pressman e Wildasky foram os pioneiros nos estudos sobre implementação, de modo a caracterizar que a decisão só seria central nas políticas se o processo de implementação fosse perfeito (MARQUES, 2013).

Lipsky formulou uma teoria ampla a respeito da implementação final das políticas, partindo da constatação da necessidade de adaptação das regras e procedimentos de política para sua aplicação, sustentando a existência, em qualquer política, do que denomina “discricionariedade” ou a existência de um razoável espaço para tomada de decisões da parte do implementador final, destacando, assim, a importância do que denominou como “burocratas de nível de rua” no processo (MARQUES, 2013).

Para Muller e Surel (2002), o ciclo possui algumas limitações quanto a uma visão linear da ação pública, podendo obscurecer seu caráter caótico (os processos nem sempre são sequenciais, ou então, uma solução pode não ser criada depois que um problema é estabelecido). Outro ponto abordado pelos autores é a ideia de que o ciclo é para solucionar problemas. Nesse sentido, “fazer uma política pública não é, pois, resolver um problema, mas, sim, construir uma nova representação dos problemas” (MULLER e SUREL, 2002, p. 29). Deste modo, toda busca por solução, toda ação, é uma recriação do problema, uma ressignificação deste pelo ponto de vista que justifica as ações de melhoria.

2.2 IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A implementação pode ser entendida como o processo no qual são promovidas ações, em grupos ou individualmente, privados ou públicos, com o intuito de concretizar escopos previamente definidos em decisões de cunho político. Porém, nas entrelinhas da ação não existe uma correspondência direta, uma vez que entre a realidade e os desejos políticos há uma série de fatores que devem ser levado em consideração, sendo que uma interferência meramente de adequação de uma regra proveniente do topo, sem contar com a pluralidade de localidades com sistemas variados de organização, pode resultar no fracasso do planejado (HAM, HILL, 1993).

Lima e D'Ascenzi (2013) apresentam uma reflexão no que tange a implementação de políticas públicas dando destaque ao momento de concepção (inicial) da política (decisão, ação) como o momento crucial dessa elaboração. Posteriormente, passou-se a valorizar mais esta etapa do ciclo destacada, entretanto, os desvios que ocorriam neste momento inicial eram tidos como defeito (atualmente possuem caráter positivo), servindo de alicerce para retroalimentação da política.

Baptista e Rezende (2011), após análise de diversos autores e reconhecendo as contribuições de cada um sobre o processo e fases de análises de políticas públicas, apresentam o modelo desenvolvido por Howlett e Ramesh (1993), o qual considera ser o mais utilizado na atualidade, relevando a importância da análise como ciclo e não como algo estático e sequencial. As autoras sintetizam as etapas em: reconhecimento de um problema/montagem da agenda, formulação da política e tomada de decisão, implementação e avaliação da política (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Na primeira etapa da análise de políticas públicas, as autoras descrevem a montagem da agenda, que em suma é concebido como o reconhecimento do problema por parte da Administração Pública. Baptista e Rezende (2011) apresentam a concepção de Kingdon (1984) a qual identifica a agenda política de três formas distintas: a agenda sistêmica ou não governamental, com as demandas sociais que anseiam entrar na agenda governamental; a agenda institucional ou governamental, com assuntos de interesse governamental, mas ainda ausente da mesa de discussão e agenda decisória ou política a qual estão alocados os assuntos que estão em análise para deliberação. Ainda relevam as autoras que nem todos os problemas são capazes de alcançar a agenda política e que o processo de seleção de temas varia conforme os fluxos de problemas que atingem grandes proporções e se apresentam ao Estado, conforme informações do corpo técnico e interesses políticos. Quando esses fatores convergem surge então a possibilidade de ingresso na agenda governamental.

A etapa seguinte apresentada por Baptista e Rezende (2011) é uma miscigenação de formulação da política e tomada de decisão, visto que estes processos se complementam. O primeiro deles é responsável pelas alternativas para o problema, o segundo cuida da escolha específica da ação, através da quantificação de recursos, metas e viés temporal.

A terceira etapa (implementação) é a concretização, o colocar em prática, de tudo que foi deliberado nas etapas anteriores. Caracterizam-na como sendo um processo *top/down*, o qual todo

o poder se concentra na “mão dos ‘formuladores’”. As autoras apresentam a complexidade e fases deste processo.

Esta fase envolve uma série de sistemas ou atividades da administração pública: o sistema gerencial e decisório, os sistemas de informação, os agentes implementadores da política, os sistemas logísticos e operacionais (recursos materiais, financeiros), dentre outros (BAPTISTA; REZENDE, 2011, p. 149).

A implementação está diretamente correlacionada com a formulação e decisão das políticas - sendo aquela consequência destas - sofrendo impactos positivos ou negativos.

A última etapa, a avaliação, consiste em verificar ”ex-ante” a realidade existente e as pré-condições de análise e “ex-post” se o que foi proposto foi atendido. Esta pode ser realizada tanto no final do processo como um todo quanto ao final de cada etapa, de modo que o processo de construção de políticas públicas seja dinâmico e cíclico para fazer convergir constante possibilidade de adaptação e correção de desvios.

No processo avaliativo é possível identificar o desempenho, os impactos e os efeitos das políticas públicas, sendo o primeiro a quantificação dos resultados, o segundo a transformação da realidade da população (objeto da política) e o terceiro a transformação da realidade da população como um todo, podendo ter impactos e efeitos positivos ou negativos (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Quanto à avaliação política, Baptista e Rezende (2011) descrevem que:

A “avaliação política” é compreendida como a análise e elucidação do critério ou critérios que fundamentam determinada política esclarecendo as razões que a tornam preferível a qualquer outra. Pode ressaltar tanto o caráter político do processo decisório que implicou a adoção de uma determinada política quanto os valores e critérios políticos nela identificáveis. Examina os pressupostos e fundamentos políticos de um determinado curso de ação pública, independentemente de sua engenharia institucional e seus resultados prováveis. (BAPTISTA; REZENDE, 2011, p. 155)

Pode-se verificar nas avaliações eficiência e efetividade. A análise de eficiência é a análise da promoção do objetivo com a relação do esforço empreendido. A análise da relação tempo x qualidade, visando reduzir o primeiro e aumentar o segundo. A análise de efetividade refere-se à consecução dos objetivos e metas e a obtenção dos efeitos e impactos vislumbrados (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Deste modo, Baptista e Rezende (2011) relevam que a avaliação de políticas públicas visa analisar o modo como ela foi concebida e implementada, bem como os resultados obtidos de modo a alicerçar o aprendizado e facilitar a reestruturação se necessário for.

2.3 INTERSETORIALIDADE

Assim como em outros países, a estrutura dos três níveis de governo no Brasil é setorializada, ou seja, uma organização na qual se reflete a especialização de funções, saberes e modos de intervenção. Junqueira, Injosa e Komatsu (1997) tecem uma reflexão acerca disso, argumentando sobre os três níveis de governo, onde o Poder Executivo do Governo Federal é instituído por Ministérios responsáveis por sua política setorial (Ministério da Educação, Previdência, Saúde, dentre outros). Para os autores, isso é repetido nas demais Secretarias de Estado e município.

De tal forma, os Ministérios e Secretarias atuam de maneira paralela, sob a supervisão dos governantes e de órgãos/ colegiados instituídos para tal fim. Essa maneira de organização do Estado responde melhor às necessidades dele próprio do que as necessidades e expectativas da população para as quais as ações e serviços são destinados. Nascimento (2010, p. 98) acrescenta “Observa-se que há um grau de importância atribuída às políticas setoriais, pois atendem à conjuntura e à necessidade dos interesses em jogo, expressas no financiamento de cada uma delas.”.

Novamente conforme Junqueira, Injosa e Komatsu (1997), as estruturas setorializadas são fragmentadas, possuem uma atuação desarticulada e obstaculiza projetos de gestão inovadores e democráticos, ou seja, o planejamento é articulado com as ações e serviços, porém, a execução é desarticulada e afastada da integralidade do indivíduo e a inter-relação dos problemas. Contudo, tal modelo de operação fragmentado torna-se inviável para promover condições de inclusão social que passem por um conjunto de direitos relacionados entre si. Além do que, o alcance da inclusão social, segundo os autores, é mais dificilmente promovido em uma condição isolada.

Diante deste quadro surgiu uma nova lógica que se contrapõe à setorialidade. Essa nova perspectiva refere-se basicamente à população e considera as peculiaridades de vida dos indivíduos e grupos cujas prioridades são definidas de acordo com os problemas da população,

esteio do qual são abordadas ações integradas de vários setores. A descentralização e intersectorialidade são os dois eixos que articulam tal proposta.

Partindo desse pressuposto, Junqueira (2004) argumenta que a intersectorialidade é associada à ideia de igualdade, integração de território, pois é um jeito novo de abordar problemas sociais. Acrescenta ainda que cada política social visa de seu modo à solução, desconsiderando o cidadão em sua totalidade e não leva em conta a ação das demais políticas sociais, que procuram também a melhoria de vida do cidadão.

Junqueira, Inojosa e Komatsu complementam essa ideia:

Interssetorialidade é aqui entendida como a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Visa promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social. (JUNQUEIRA, INOJOSA e KOMATSU, 1997, p. 24).

Portanto, a intersectorialidade estabelece uma concepção na qual informa uma maneira nova de planejar, executar e controlar as prestações de serviços, garantindo, então, um acesso igual aos desiguais. Ou seja, altera toda forma de articulação de vários setores da organização governamental e seus interesses (JUNQUEIRA, 2004).

O conceito de descentralização se aproxima ao de intersectorialidade, porém, esse é compreendido pelo atendimento das expectativas e necessidades dos indivíduos, de forma sinérgica e integrada. Contudo, Junqueira (1997) conceitua a descentralização como um instrumento de desenvolvimento da lógica democrática, consentindo, portanto, a criação de novas instâncias de negociação e o reordenamento da estrutura organizacional, sendo esta mais favorável às demandas da população, permitindo o aumento da equidade, através da articulação e implementação de políticas de desenvolvimento.

Os estudiosos Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997) acrescentam que a descentralização não é sinônimo de democratização e sim uma maneira de viabilizá-la e a intersectorialidade não irá promover o desenvolvimento e a inclusão social, porém ela será um fator a ser viabilizado enquanto ação do estado.

2.4 POLÍTICAS SOCIAIS: ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE

As políticas de assistência social e de saúde estão incluídas no tripé da Seguridade Social no Brasil, na qual se conjugam com a Previdência Social (NASCIMENTO, 2010). Dessa maneira, existe uma grande importância de democratização e política, no que concerne ao atendimento das demandas, garantia de acesso e universalização, mesmo que cada uma possua ações setoriais e precisem necessariamente articular entre si, segundo a autora. Junqueira (2004) acresce ainda que os problemas sociais são complexos, exigem vários olhares e diversas maneiras ao abordá-los, unindo práticas e saberes para a construção e entendimento integrado de soluções, garantindo, portanto, uma vida com qualidade à população.

Pelo Brasil possuir o sistema político federativo (constituído por três esferas de governo – União, estados e municípios) é mais complexa a implementação de políticas sociais com caráter abrangente nacional, principalmente no caso do Brasil, que a situação de diversidade é tão marcante (no âmbito de desigualdades e exclusão social). Nesse contexto, ressalta-se a importância das políticas sociais de redistribuição, iniquidades no território nacional, redução das desigualdades e inclusão social. (SOUZA, 2002)

Diante do exposto, existe a necessidade de esclarecer o que é Política Social, que, segundo Behring (1993) possui múltiplas determinações, passando por questões políticas, econômicas, culturais, entre outras, da mesma forma que existe uma densidade histórica, buscando traços peculiares dos processos sociais globais inseridos na realidade brasileira.

A Política Social é parte de um processo estatal de distribuição e alocação de valores, ela “intervém no hiato derivado dos desequilíbrios na distribuição, em favor da acumulação e em detrimento da satisfação das necessidades sociais básicas, assim como na promoção da igualdade” (Abranches, 1987, p.11). Conforme Junqueira (2004), o Estado interfere na realidade social objetivando promover os direitos sociais, garantindo, assim, os direitos ao cidadão. O autor ainda acrescenta que

“as políticas sociais são decisivas para a consolidação democrática e para o futuro da economia, dado o seu potencial de redução de riscos políticos e sociais” e elas “só têm eficácia quando atuam de modo integrado sobre as condições de vida dos segmentos sociais” (Draibe, 1997, *apud* JUNQUEIRA, 2004, p.30).

Portanto, as políticas de saúde e de assistência social estão diretamente condicionadas à política social, uma vez que essas políticas visam corrigir problemas históricos. No que concerne à política de saúde, o governo federal (através do Ministério da Saúde) é encarregado do financiamento e da formulação da política nacional de saúde, assim como da coordenação das ações intergovernamentais. Sendo assim, possui autoridade para tomar decisões mais importantes referentes a esta política setorial. Portanto, as políticas de saúde implantadas pelos governos municipais são dependentes das transferências federais e das regras deliberadas pelo Ministério da Saúde. (ARRETCHE, 2004)

Para que a saúde chegasse a todos de forma igualitária, independente da realidade local, foi necessário a implementação de um sistema único de saúde, o SUS. A sua criação ocorreu nos primeiros anos da década de 90, logo após a promulgação da Lei Orgânica de Saúde, de diversas normas (Normas Operacionais Básicas – NOBs) e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde (MS) como instrumento de regulamentação do sistema. Estas referidas normas definem a maneira das “transferências de recursos interinstâncias de governo e as modalidades de pagamento dos serviços de saúde, além de instruírem o processo de descentralização e de construção de uma rede de serviços capaz de operar com racionalidade sistêmica.” (D’AVILA, LIMA, OLIVEIRA, 2002, p.498). O SUS é amparado por uma diversificada legislação, “cujo tripé principal é formado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990.” (BOING; CREPALDI, 2010, p. 635). Conforme a Lei de nº 8.080, os objetivos e atribuições as seguintes:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (Lei de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, art 5º).

Já as ações e serviços públicos de saúde, são desenvolvidos conforme as diretrizes, seguindo os princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
 I - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
 III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
- XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Lei de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, art. 7º).

Diante do exposto, o SUS oferece uma rede de serviços e conforme a portaria nº 4.279, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) surge como forma de estratégia com o intuito de melhorar o “funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência” (Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, anexo p. 1).

Nesse contexto, é importante elucidar que a Atenção Básica inclui ações integrais, abrangendo “a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BOING, CREPALDI, 2010, p. 636). Portanto, conforme as autoras, desde 1990, com a Declaração de Caracas, foram ressaltadas a reestruturação da atenção psiquiátrica vinculado à atenção básica à saúde e na constituição de redes de apoio de cunho social e serviços comunitários, possibilitando suporte aos indivíduos. Portanto, a Atenção Básica tem como princípio possibilitar o acesso inicial das pessoas ao sistema de saúde, incluindo demandas em saúde mental.

As ações relacionadas às políticas de saúde e saúde mental estão diretamente condicionadas à política de assistência social, pois esta é articulada com a rede intersetorial,

promovendo trabalhos coletivos em prol de resultados mais justos e melhores, direcionados a melhoria da saúde e saúde mental. Ou seja, foi incorporada a área de saúde diretrizes intersetoriais (na lei orgânica de 1990) ações articuladas com outras áreas de políticas sociais com o intuito de produzir melhores resultados à política de saúde. (Monnerat e Souza , 2011)

A política de assistência social começou a ser estruturada administrativamente e gerida pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em 2003, cuja referência é pela Lei Orgânica da Assistência Social, as NOBs (Norma Operacional Básicas) e pela Constituição de 1988 (BRASIL, 2003, p. 13). Portanto, foi a partir da Constituição Federal de 1988 que inaugurou um novo estágio no âmbito dos direitos sociais, conforme destaca Bravo, referente à promulgação da Constituição de 88 “que inaugura um novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social que universaliza os direitos sociais concebendo a Saúde, Assistência Social e Previdência como questão pública de responsabilidade do Estado”. (BRAVO, p.1, 2006)

Em síntese, Fernandes e Hellmann (2016) destacam que com o novo paradigma da política social, surge nova institucionalidade para a política social, principalmente no que tange à sua unificação no território nacional.

2.5 BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA

Burocracia do nível de rua (sua tradução literal de Street-LevelBureaucracy - SLB) é o termo denominado, pioneiramente, por Michael Lipsky, que designa como uma classe específica de certa estrutura burocrática dos governantes contemporâneos (FILHO, 2014). Segundo o autor, “estas burocracias possuem características específicas que os distinguem e os fazem, assim, um grupo analiticamente coeso para os estudos sobre práticas burocráticas, governança e políticas públicas” (FILHO, 2014, p. 47). O autor ainda elucida alguns burocratas de rua, são eles professores, policiais, agentes de saúde, agentes sociais, dentre outros.

Na concepção de Pessoa (2010, p. 2), o termo ‘burocracia’ (no sentido literal é Governo do Bureau), o que é uma incoerência, já que “a ideia de que a burocracia é própria dos gabinetes, dos ambientes fechados. Por ‘burocracia das ruas’ todos aqueles no setor público que prestam serviços à população”.

Os burocratas do nível da rua possuem uma discricionariedade pelo fato de sua atuação requerer certo julgamento humano, por tomarem decisões sobre outros indivíduos. Tal

designação reveste sua atividade de extrema importância, já que não podem ser substituídos facilmente pelas máquinas e, além do que, existem obstáculos concretos de domínio imediato impostos pelos superiores hierárquicos, originado pela assimetria no que se refere ao conhecimento da causa (HAM, HILL, 1993, p. 189; LOTTA, 2012, p. 32).

Filho (2014) elucida que a teoria SLB (*Street-level Bureaucracy*) possui como perspectiva central certos dilemas individuais de funcionários que trabalham com as políticas públicas no seu nível operacional, já que lidam diretamente com o público alvo dessas políticas e com conflitos ocorridos de tais interações. O autor prossegue sua explanação acrescentando o fato da abordagem ser próxima “da realidade dos indivíduos que operacionalizam as políticas públicas, os estudos de burocracia do nível de rua têm um ponto de vista privilegiado do processo de conhecimento dos serviços governamentais” (FILHO, 2014, p. 47).

Segundo Filho, existem três premissas básicas que definem o trabalho dos funcionários públicos, os quais estão na linha de frente do Estado:

- “1. Eles trabalham, em um curso regular de rotina, em interação constante com os cidadãos;
2. Embora faça parte de uma estrutura burocrática, estes funcionários atuam com certa independência dessa estrutura. Um elemento dessa independência é o poder que lhe foi concebido em tomar decisões, ou seja, o poder discricionário inerente a sua função na organização;
3. O impacto potencial de suas decisões para os cidadãos com que lida é significativo”. (LIPSKY, 1976. *apud* FILHO, p. 48)

Os burocratas de nível de rua impregnam grandes responsabilidades sobre o sucesso das políticas nas quais estão trabalhando, pois, por ser o último nível de execução, são cobrados intensamente, tanto pela organização quanto pelos cidadãos alvos da política (FILHO, 2014). Portanto, como os burocratas de rua são os que estabelecem o elo final com os usuários da política propriamente dita, seria de extrema importância ser ouvidos no processo de elaboração da política precisando de certa discricionariedade para que a política cônica com a realidade local. Em suma, Lipsky (1980 *apud* FILHO, p. 48) ressalta a importância do trabalho dos burocratas de rua, pois eles têm a responsabilidade de transmitir os esforços da política de governo para os maiores atingidos, os cidadãos, mediando, assim, aspectos do relacionamento entre estes e o Estado.

2.6 HISTÓRICO DO TRATAMENTO PSICOLÓGICO

Segundo Canabrava et al (2010), o atendimento ao doente mental no Brasil durante o período colonial não era previsto por nenhuma legislação e era feito por jesuítas, curandeiros e algumas vezes pelas Santas Casas de Misericórdia. No período imperial, com a chegada da família real portuguesa, surgem os primeiros decretos que regulamentam estes cuidados junto às Santas Casas de Misericórdia e posteriormente pelos hospícios, doravante denominados Hospitais de Saúde Mental (CANABRAVA et al, 2010).

O desenvolvimento da psiquiatria no Brasil está diretamente relacionado à vinda da Família Real Portuguesa, no ano de 1808. Graças ao crescimento populacional do Rio de Janeiro naquela época (isso ocorreu devido à comitiva de quinze mil membros e a migração para capital). (BRITTO, 2004). O autor ainda acrescenta:

Com o relevante crescimento da população, a Cidade passou a se deparar com alguns problemas e, dentre eles, a presença dos loucos pelas ruas. O destino deles era a prisão ou a Santa Casa de Misericórdia, que era um local de amparo, de caridade, não um local de cura. Lá, os alienados recebiam um “tratamento” diferenciado dos outros internos. Os insanos ficavam amontoados em porões, sofrendo repressões físicas quando agitados, sem contar com assistência médica, expostos ao contágio por doenças infecciosas e subnutridos. Interessante observar que naquele momento, o recolhimento do louco não possuía uma atitude de tratamento terapêutico, mas, sim, de salvaguardar a ordem pública. (Britto, 2004, *apud* MESQUITA, 2008, p. 3)

A finalidade do surgimento da psiquiatria no Brasil foi com o intuito de proteger a população contra os excessos de loucura, em outras palavras, a finalidade não era a cura para as pessoas acometidas de transtornos mentais e sim excluí-los do convívio da sociedade para que esta não se sentisse incomodada (ROCHA, 1989). O autor ainda explana que isso ocorreu concomitante com a criação do hospício para tratamento de doenças mentais, na cidade do Rio de Janeiro: o Hospício D. Pedro II, criado em 1852, passando então, a encarcerar a alienação, tirando-a de circulação.

Em 1930, “surgiram novas estratégias de tratamento com os choques insulínico e cardiazólico, com a eletroconvulsoterapia (ECT) e com a lobotomia. Algumas dessas novas técnicas foram bastante difundidas e utilizadas, como a eletroconvulsoterapia que ainda é praticada em alguns hospitais nos dias atuais.” (BRITTO, 2004, p. 36).

Um exemplo claro do tratamento dos hospitais psiquiátricos é citado por Arbex (2013), onde foram mortos pelo menos 60 mil pessoas no Hospital Psiquiátrico de Barbacena, mais

conhecido como Colônia, onde 70% deles não tinham nem sequer diagnóstico de doença mental (eram alcoólatras, prostitutas, epiléticos, homossexuais, rebeldes, meninas grávidas que foram violentadas pelos seus patrões, entre outros). Às vezes estes pacientes comiam ratos, bebiam esgoto ou urina. Em noites geladas, eram jogados ao relento, cobertos por trapos ou nus, para que pudessem morrer de frio (quando estes não morriam de frio, morriam de fome ou de alguma doença, ou até mesmo de choque – sendo alguns eletrochoques tão fortes e com tanta frequência que a sobrecarga derrubava a rede do município de Barbacena). A autora ainda acrescenta:

Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo — e também de invisibilidade. Ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos foram decompostos em ácido, no pátio do Colônia, na frente dos pacientes, para que as ossadas pudessem ser comercializadas. Nada se perdia, exceto a vida. (ARBEX, 2013, p. 14).

A mudança do modelo de atendimento ao doente mental ocorre com a reforma psiquiátrica brasileira que teve início no final da década de 1970, conforme Nasi e Schneider (2011). Ribeiro (2005) declara que a reforma brasileira ocorreu pela mudança no modelo de atenção à saúde mental nos Estados Unidos na década de 1970, que se tornou referência para a Organização dos Estados Americanos (OEA) e para a Organização Mundial de Saúde (OMS).

O tema sobre saúde como direito teve início da trajetória de desinstitucionalização, na segunda metade dos anos 80, durante a realização de importantes eventos como a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), I Conferência Nacional da Saúde Mental (1987) e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental (1987). Portanto, a questão da Saúde transpôs a análise setorial, englobando a sociedade como um todo, propondo além do Sistema Único de Saúde, a Reforma Sanitária (BRAVO, 2006).

Tenório (2002) explana que a I Conferência Nacional de Saúde representaria o fim de uma trajetória sanitarista de transformar o sistema de saúde e marca o início da trajetória de desconstruir, no dia a dia da sociedade e instituições, as formas enraizadas de lidar com a loucura. Seria, portanto, a chamada desinstitucionalização.

Em consequência dessas ideias, Ribeiro (2004) acrescenta que no II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, realizado no interior de São Paulo, propôs o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” e estabeleceu nova proposta de ação envolvendo saúde mental. Diz ele “que não apenas as macro reformas, mas uma preocupação com o ato de saúde, que envolve

profissional e cliente; não apenas alterações nas instituições psiquiátricas, mas na cultura, no cotidiano e nas mentalidades.” (RIBEIRO, 2006, p. 95).

Portanto, após esse período, foram incorporados novos aliados no processo, principalmente os familiares e os usuários dos serviços. Ribeiro (2006) ainda elucida que, a partir das reflexões advindas desse Congresso, foi criado o Movimento da Luta Antimanicomial (instituído no dia 18 de maio) com o intuito de articular com parcelas mais abrangentes da sociedade, em prol dessa causa. A partir de então, a causa não se trata apenas de melhorar ou aperfeiçoar estruturas existentes (hospitais psiquiátricos e ambulatórios) e sim de inventar novas tecnologias de cuidado e novos dispositivos, exigindo, portanto, uma discussão sobre clínicas psiquiátricas em suas bases. O autor acrescenta que o objetivo era a substituição de uma saúde mental centrada em hospitais psiquiátricos pela ideia sustentada em dispositivos diversificados, de natureza comunitária e territorial, rompendo em definitivo com o modelo sanitarista. Nesse instante, debates intensos surgiram quanto à criação de serviços voltados para saúde mental capazes de substituir a internação psiquiátrica. Dentre estes serviços está o CAPS.

2.7 SURGIMENTO DO CAPS NO BRASIL

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial surgiu em 1986, na cidade de São Paulo e foi denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira. O espaço utilizado foi o da extinta Divisão de Ambulatório da Secretaria Estadual de Saúde e seu intuito era a transformação do local, tendo como proposta “evitar internações, acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e poder oferecer um atendimento intensivo para portadores de doença mental, dentro da nova filosofia do atendimento em saúde mental desse período” (RIBEIRO, 2004, p. 95).

Além de se inspirar em alguns princípios de comunidades terapêuticas, advindas da Psiquiatria Democrática Italiana, sua inspiração mais forte, segundo Pitta (1994), veio dos Centros de Atenção Psicossocial de Manágua (Nicarágua), surgidas em plena revolução do país, em 1986. Mesmo com todas as dificuldades sociais, políticas e econômicas, os centros eram maneiras criativas de cuidar de pessoas com problemas psíquicos. Para isso, os profissionais e líderes comunitários utilizavam materiais improvisados e sucatas para a reabilitação de pessoas que, devido aos transtornos mentais, eram excluídas da sociedade. A proposta da equipe seguia a

linha interdisciplinar, as ações eram voltadas, ao mesmo tempo, à prevenção, ao tratamento e a reabilitação. Outro aspecto essencial era o “compromisso ético de que todos têm o direito a uma vida digna a despeito da doença mental ou de outras limitações sociais e econômicas” (RIBEIRO, 2004, p. 96).

Além disso, houve experiências regionais no Brasil (nos anos 80) que seguiam a mesma atuação integrada em saúde mental, agindo através da inserção do usuário na comunidade, segundo o autor. Entre elas estavam a “Casa das Palmeiras”, situada no Rio de Janeiro; os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, em Santos/ SP e em outras cidades; a Pensão “Nova Vida”, no Rio Grande do Sul; Centros de Convivência, em São Paulo e diversas outras que buscavam estabelecer pontes entre os usuários e a sociedade (RIBEIRO, 2004)

Dessa maneira, os serviços oferecidos pelo CAPS se estruturam com atendimento diário, pois partiu do pressuposto de que:

“a especificidade clínica de sua clientela, pela sua doença e condições de vida, necessita muito mais do que uma consulta ambulatorial mensal ou semanal. Organizam-se de forma a que o usuário, caso necessite, possa frequentar o serviço diariamente, e é oferecida uma gama de atividades terapêuticas diversificadas e o acolhimento por uma equipe interdisciplinar. Procura-se oferecer ao usuário a maior heterogeneidade possível, seja nas pessoas com quem possa vincular-se seja nas atividades em que possa engajar-se.” (RIBEIRO, 2004, p.95).

Neste sentido, Ribeiro (2004) ainda acrescenta que os projetos dos CAPS se estabeleceram de uma ampliação tanto na diversidade de tratamentos oferecidos quanto na intensidade dos cuidados aos portadores de problemas psíquicos, se adaptando de acordo com a região/cidade que eles foram inseridos. O funcionamento do CAPS depende então de demandas próprias de seu lugar de atuação, por isso a opção de selecionar um município como objeto deste estudo.

2.8 DIRETRIZES GERAIS DOS CAPS

Atualmente os CAPS são regulamentados pela portaria pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2004). Esta portaria pré-dispõe o CAPS em cinco tipos: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Os principais tópicos a serem ressaltados dos CAPS

I e II é o número de habitantes do município onde eles estão inseridos (CAPS I para municípios de 20.000 a 70.000 habitantes, enquanto o CAPS II é destinado para municípios de 70.000 a 200.000 habitantes); estes CAPS oferecem as mesmas atividades (atendimento individual, em grupo, atividade em oficinas, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias); e o quadro de funcionários do CAPS I é menor que do CAPS II e o atendimento de ambos os CAPS é diurno (de segunda a sexta-feira). Já o CAPS III, possui as mesmas atividades oferecidas nos CAPS anteriores, porém, seu atendimento diurno e noturno (24 horas); deve oferecer acolhimento noturno contínuo, máximo de 5 leitos, repouso e/ou observação, tempo máximo de 7 dias corridos ou 10 intercalados e estes CAPS são destinados para municípios com a parcela populacional acima de 200.000 habitantes. Para os CAPS I e II, o atendimento é diurno (segunda a sexta) a crianças e adolescentes com transtornos mentais; além das atividades oferecidas nos CAPS já citados, ele deve oferecer: desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça; a parcela populacional é a mesma do CAPS II. Os CAPS ad II oferece atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas; além das atividades já citadas, este CAPS deve oferecer mais 2 a 4 leitos para desintoxicação e repouso; o CAPS ad II é destinado para municípios com população de 70.000 a 200.000. (BRASIL, 2004).

Especificamente, as diretrizes do CAPS II são:

- O CAPS II para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; e deve possuir as seguintes características:

- a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;
- c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos

excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f – funcionar das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até 21 horas. (BRASIL, 2004, p. 32)

As assistências que devem ser prestadas ao usuário no CAPS II são:

a – atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b – atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);

c – atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d – visitas domiciliares;

e – atendimento à família;

f – atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g – os pacientes assistidos em um turno (quatro horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (oito horas) receberão duas refeições diárias. (BRASIL, 2004, p. 32)

Para a equipe técnica, o CAPS II deve contar com os seguintes profissionais:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (BRASIL, 2004, p. 33)

- Já o CAPS II ad é destinado para usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, tendo capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, possui as seguintes características:

a – constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;

b – sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;

c – possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

d – coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;

e – supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f – realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS, nº 1.077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS, nº 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g – funcionar das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até 21 horas.

h – manter de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso. (BRASIL, 2004, p. 35)

A assistência prestada ao usuário desse CAPS inclui as seguintes atividades:

a – atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b – atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c – atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d – visitas e atendimentos domiciliares;

e – atendimento à família;

f – atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;

g – os pacientes assistidos em um turno (quatro horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (oito horas) receberão duas refeições diárias.

h – atendimento de desintoxicação. (BRASIL, 2004, p. 35)

A equipe técnica mínima necessária para atuação no CAPS ad II (atendimento de 25 usuários por turno, com limite máximo 45 usuários/dia), será composta por:

a – 1 médico psiquiatra;

b – 1 enfermeiro com formação em saúde mental;

c – 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

d – 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

e – 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (BRASIL, 2004, p. 36)

Esta política pública atinge:

“As pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais.” (BRASIL, 2004, p. 15).

Em síntese, cada CAPS possui suas peculiaridades, entre elas: o tipo de CAPS, de acordo com o número de habitantes do município; os horários e dias de funcionamento; certos serviços

(como exemplo o CAPS III, que possui acolhimento noturno, diferentemente dos demais CAPS) e o número de funcionamento no quadro de funcionários, pois essa está diretamente relacionada ao número de usuários de cada rede de serviço.

3. METODOLOGIA

O estudo realizado apresenta abordagens qualitativas, ao fazer uso de análise de conteúdo. Possui atributos descritivos, por visar o estabelecimento de relação entre variáveis, assim como a opinião dos entrevistados (GIL, 2008).

Conforme Moraes (1999), a análise de conteúdo é método de pesquisa que descreve e interpreta o conteúdo em toda classe de textos e documentos, ajudando a reinterpretar mensagens e atingir uma compreensão de significados em um grau que supera a leitura comum. Em outras palavras, essa metodologia de pesquisa “faz parte de uma busca teórica e prática, com um significado especial no campo das investigações sociais.” (MORAES, 1999, p. 2). O autor ainda acrescenta “a análise de conteúdo é uma técnica para ler e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos, que analisados adequadamente nos abrem as portas ao conhecimento de aspectos e fenômenos da vida social de outro modo inacessíveis” (OLABUENAGA, ISPIZÚA, 1989, *apud* MORAES, 1999, p.2)

Trata-se, sobretudo, de um estudo de caso, que conforme apresenta Gil (2002, p. 54), busca: “[...] preservar o caráter unitário do objeto estudado; descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação; [e] formular hipóteses ou desenvolver teorias; [...]”. Além de utilizar mais de um meio de coleta de dados (GIL, 2002).

O objeto de estudo é do Centro de Atenção Psicossocial do Município de Lavras – MG, vinculado a Secretaria de Saúde. Este recorte caracteriza-se por uma amostra não probabilística e apresenta matiz intencional na seleção dos entrevistados.

Quanto aos passos seguidos, a primeira etapa deste estudo, realizada no segundo semestre de 2016, apresenta caracterização da instituição, descrição da evolução histórica e análise documental da legislação concernente ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), visando a análise dos textos legais em prol da coordenação da política pública pela esfera Federal e execução pelo ente federativo municipal.

Na segunda etapa foram realizadas entrevistas estruturadas, individuais - face a face com os burocratas de nível de rua - em dezembro de 2016, totalizando 12 entrevistados: coordenadora do CAPS, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticas e recepcionistas; assim como a entrevista de dezoito usuários, em fevereiro de 2017.

A seleção dos entrevistados se deu através da disponibilidade dos burocratas de rua e sua aceitação da entrevista. Quanto aos usuários, a partir do diálogo com os psicólogos dos CAPS foram selecionados usuários dispostos a colaborar com esta pesquisa por meio da entrevista. Para a seleção foi solicitado o tempo de frequência do CAPS pelos usuários, sendo 9 (nove) dele abaixo de 6 meses e outros 9 (nove) acima de 1 ano. Tal solicitação se deu com a finalidade de detectar a percepção dos usuários diante dos tratamentos oferecidos pelo CAPS.

Como norteadores do processo e levando em consideração que cada entrevistado possui diferentes níveis de conhecimentos sobre o tema - em alguns casos, certos questionamentos levavam para assuntos afins - os temas abordados eram acerca do tempo de frequência no CAPS; do meio mais comum de chegada ao CAPS; de questões referentes às chamadas buscas ativas - como, quando e por quais funcionários elas são realizadas; da percepção de problemas, como eles ocorrem - se recorrem ao superior e se a coordenação é participativa; e de sugestões e melhorias ao CAPS do município de Lavras, conforme Apêndice A.

3.1 ANÁLISE DE DADOS

Os temas resultantes da fala dos entrevistados foram transcritos, analisados e classificados em eixos temáticos, tendo como parâmetro a portaria supracitada. A análise permitiu identificar conteúdos problemáticos individuais e coletivos, uma vez que houve pontos citados em comum, sendo identificados tanto do ponto de vista da coordenadora, dos burocratas de rua quanto dos usuários.

As respostas foram categorizadas de acordo com critério de importância destacado pelos entrevistados e organizadas conforme ordem disposta na portaria descrita, para melhor assimilação.

Os resultados obtidos se encontram no próximo capítulo deste estudo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos relatos dos entrevistados, foram identificados pontos criteriosos através da percepção tanto dos burocratas de rua quanto dos usuários, observou-se contradição, complementação e sobreposição de respostas, conforme será apresentado a seguir.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CAPS NO MUNICÍPIO DE LAVRAS

De acordo com as Portarias de nº 336, de 19/01/2002 e a de nº 816, de 30/04/2002, para os municípios com parcela populacional superior a 70.000 e inferior a 200.000 habitantes se enquadra o CAPS II e o CAPS ad II. Portanto, como o município de Lavras possui população de 101.208 (segundo fontes IBGE), o município conta com o CAPS II, que possui aproximadamente 80 usuários em tratamento, localizado na Avenida Pedro Sales, 65 – Centro, e CAPS ad II, com aproximadamente 35 usuários, situado na Rua José Moreira Lima, 11 – Vila Rosalina.

No município de Lavras havia um Instituto Médico Psiquiátrico (IMEP), mais conhecido como Hospital Paulo Menicuci, que funcionou por aproximadamente 50 anos e era responsável pelo tratamento de centenas de usuários do município, da macrorregião (Alfenas, Divinópolis, Itajubá, Pouso Alegre e Varginha) e microrregião (Ijaci, Itumirim, Itutinga, Macaia, entre outros) de Lavras. Com a Reforma Psiquiátrica e o surgimento dos CAPS, muitos usuários foram realocados para o CAPS II de Lavras, criado em 2004. Devido à grande demanda de usuários com histórico de uso de álcool e drogas, surgiu a necessidade de criação do CAPS ad II, criado em 2011.

Como os Centros de Atenção Psicossocial faz parte integrante da Rede de Atenção à Saúde Mental no Brasil, e essa é vinculada no Sistema Único de Saúde, os CAPS são alocados na Secretaria Municipal de Saúde, sob gestão da Secretária de Saúde, Márcia Regina Guedes (gestão 2017/2021). Além do CAPS II e CAPS ad II, está vinculada a essa Secretaria: 17 PSF's, AME's, Farmácia Popular, entre outros, serviços esses que dão suporte aos CAPS.

Para o funcionamento dos CAPS, o Governo Federal repassa certa quantia, de acordo com o tipo de CAPS em cada município. Conforme Portaria nº 3.089, de 23 de Dezembro de 2011: CAPS I – R\$ 28.305,00; CAPS II – R\$33.086,25; CAPS III – 84.134,00; CAPS i – R\$32.130,00; CAPS AD – R\$39.780,00; CAPS AD III – 105.000,00. (Valores do CAPS III e CAPS AD III

corrigidos, conforme Portaria de nº 1.966, de 10 de Setembro de 2013). Além desse repasse do Fundo Nacional da Saúde, os CAPS contam com a ajuda de recursos repassados pelo Governo Municipal (folha de pagamento de funcionários, medicamentos, entre outros).

4.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO

Ao analisar o relato dos entrevistados, é perceptível que certos parâmetros não estão de acordo com a portaria supracitada. No intuito de comparar o CAPS em sua integridade, foram organizados os seguintes tópicos: das características; da assistência prestada, equipe técnica e por fim, sugestões e melhorias sugeridas pelos entrevistados.

4.2.1 DAS CARACTERÍSTICAS

Conforme relatos prestados nas entrevistas, as seguintes características não são aplicadas no CAPS II e CAPS ad II:

- “supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial” (BRASIL, 2004, p. 32). Grande maioria dos burocratas de rua sente necessidade de se qualificar e se atualizar para poderem exercer com mais propriedade o trabalho que lhe é condicionado;

- “manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.” (BRASIL, 2004, p. 35). Ao que consta, um dos itens que difere o CAPS AD II dos demais CAPS é possuir leitos, porém, no CAPS ad II de Lavras, até possui os leitos, porém, como o atendimento a esses usuários é feito pelo médico clínico, quando ocorre algum tipo de surto nos dias que o clínico não atende (os dias de atendimento são as terças, quartas e quintas-feiras) , os usuários são levados para a UPA da cidade, segundo relato da coordenadora.

Quanto aos usuários, não houve questionamento desse quesito, por se tratar de parte mais técnica.

4.2.2 DAS ASSISTÊNCIAS

No que concerne às assistências que os CAPS deveriam realizar que em alguns casos são feitos parcialmente e em outros não acontecem:

- “Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras)”(BRASIL, 2004, p. 32, 35), usuários relataram que existe pouca atividade em grupo e um dos usuários afirmou “que sente falta da conversa em grupo, pois à medida que conhece outra pessoa que está passando pela mesma situação que ele, a ajuda seria mútua e a experiência de vida poderia ajudar o próximo” (Usuário do CAPS ad II).

- As “visitas domiciliares” (BRASIL, 2004, p. 32, 35), conforme entrevista tanto da coordenadora quanto dos burocratas de rua, a visita ou busca ativa ocorre quando o usuário deixa de comparecer em atendimento individual ou passa um período sem ir ao CAPS ou quando é solicitado pela família, em caso de surto do usuário. Porém, a maioria dos usuários entrevistados afirmou nunca terem recebido visitas dos burocratas de rua em sua residência.

-“O atendimento à família” (BRASIL, 2004, p. 32, 35) é feita de forma precária, pois a família só comparece no CAPS quando são convocadas reuniões organizadas pelos funcionários (essas ocorrem, em geral, mensalmente), porém, grande parte dos familiares não comparece a essa reunião. Outra ocasião que acontece o atendimento é quando algum familiar tem dúvidas sobre o tratamento/ evolução do usuário. Ou ocorrem em festas climáticas (festa junina, festa de fim de ano). Porém, nenhuma atividade é realizada familiares/ usuários, para que a ressocialização comece a ser inserida no âmbito familiar.

- “Atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social” (BRASIL, 2004, p. 32, 35). Essas atividades são feitas de forma parcial, pois um profissional que é de grande importância para que essa inserção familiar e social aconteça, está ausente no quadro de funcionários. Este ponto foi apontado por grande parte dos entrevistados, tanto a coordenadora, funcionários quanto os usuários como algo a ser melhorado. A forma de inserção social utilizada atualmente são os encaminhamentos para cursos (profissionalizantes, artesanatos, entre outros) que são oferecidos gratuitamente pelo município.

- “Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio” (BRASIL, 2004, p. 32, 35). Uma das queixas mais recorrentes dos usuários foi a falta de atividades e oficinas terapêuticas, onde um deles citou “cabeça vazia é oficina do diabo” (Usuário do CAPS ad II) e a falta de material para que fosse possível realizar atividades nas oficinas terapêuticas foi uma problemática citada tanto dos burocratas de rua quanto dos usuários entrevistados.

- “Os usuários assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias” (BRASIL, 2004, p. 35), os usuários do CAPS ad II reclamaram que o horário de atendimento foi reduzido, desde novembro de 2016. Antes os usuários passavam o dia no CAPS “longe das tentações”, pois os usuários passavam o dia desenvolvendo atividades nos CAPS, longe de qualquer influência negativa, conforme relato de alguns usuários, só que atualmente, eles estavam indo ao CAPS, em dias determinados, para buscarem medicamento ou para o atendimento individual. Para que fosse possível a realização das entrevistas neste CAPS, foi informado o horário que é feita a distribuição do medicamento para que fosse possível encontrar os usuários para a realização das entrevistas.

- “Atendimento de desintoxicação”(BRASIL, 2004, p. 35), conforme discutido no tópico anterior, essa assistência fica comprometida no CAPS ad II, uma vez que o médico clínico permanece no CAPS apenas três vezes na semana.

4.2.3 DOS RECURSOS HUMANOS

Para a equipe técnica, os CAPS II e CAPS ad II devem contar com um número mínimo de funcionários, para seu perfeito funcionamento, porém, está defasado de um profissional de grande importância, conforme demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 1: Número de profissionais conforme portaria supracitada x número real de profissionais do CAPS II, no município de Lavras.

Profissional	Número de profissionais que devem trabalhar no CAPS	Número de Funcionários que trabalham no CAPS
Médico Psiquiatra	1	1
Enfermeiro com formação em saúde mental	1	0
Profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.	4	6
Profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.	6	9

Elaborado pela autora.

Tabela 2: Número de profissionais conforme portaria supracitada x número real de profissionais do CAPS ad II, no município de Lavras.

Profissional	Número de profissionais que devem trabalhar no CAPS	Número de Funcionários que trabalham no CAPS
Médico Psiquiatra	1	1
Médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;	1	1
Enfermeiro com formação em saúde mental	1	0
Profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.	4	5
Profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.	6	5

Elaborado pela autora.

Para que um Centro de Atenção Psicossocial possa funcionar em perfeitas condições, é necessário que possua um número mínimo de funcionários necessário. O CAPS II está dentro do número necessário para seu funcionamento, porém, o CAPS ad está abaixo do necessário e conforme informações prestadas pela coordenadora - gestão 2014/ 2016 (dados atualizados em julho/2017) e pelos funcionários foi reduzido pela metade do quadro de funcionários. A justificativa do corte foi devido à crise que o Brasil estava passando e que afetou diretamente o repasse aos municípios, uma vez que o pagamento do salário do quadro de funcionários é realizado pelo Governo Municipal.

Um dos profissionais que faria parte do quadro de funcionários do CAPS é o assistente social, porém, tanto o CAPS II quanto o CAPS ad está sem este profissional há aproximadamente 3 (três) anos. Esse profissional seria responsável pelas atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico e do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social. Alguns burocratas de rua entrevistados explanaram que quando necessário, é solicitado um profissional formado em Assistência Social do CREAS ou do CRAS do município. Um dos usuários entrevistados relatou que quando havia assistente social assistida pelo CAPS, essa fazia visitas domiciliares para verificar as condições que o usuário estava vivendo, como era o convívio entre os familiares e que ele sentia que tal profissional se importava com a situação e conforto do usuário. Portanto, a reinserção social é feita de forma precária, tendo relatos de usuários que tiveram recaídas motivadas pela não reconstrução social. Outro ponto crucial que seria exercido pela assistência social é incentivo e auxílio da criação de uma associação ou alguma forma de organização coletiva, pois esta associação iria reunir usuários, familiares e até mesmo a sociedade, para discutirem questões sociais e buscar soluções coletivas.

Um ponto relevante a ser levantado é o fato de constar na portaria supracitada a importância do enfermeiro com formação em saúde mental no quadro de funcionários (sendo que este profissional deve constar obrigatoriamente no número de profissionais mínimo para o funcionamento dos CAPS – tanto do CAPS II quanto do CAPS ad II). Porém este profissional não faz parte do quadro de funcionários de nenhum dos dois CAPS e conforme as entrevistas realizadas, tal profissional foi facilmente substituído por enfermeiros com formação em outras áreas, mas o profissional em assistência social que é parte fundamental do CAPS não é exigido para o funcionamento desta instituição, conforme exibido nas tabelas 1 e 2, onde é sugerido

profissional de nível superior em psicologia, assistência social, enfermagem, terapia ocupacional, pedagogia ou outro profissional necessário para o projeto terapêutico.

4.2.4 DAS SUGESTÕES E MELHORIAS

Os principais pontos negativos apresentados pelos burocratas entrevistados (CAPS II e CAPS ad) são: a estrutura física precária, quadro de funcionários menor que o necessário (maior exemplo citado foi a falta de um profissional da área de assistência social) e falta de recurso para medicamentos, e material para as oficinas terapêuticas.

Pela perspectiva dos usuários entrevistados (CAPS II), os principais pontos negativos são a falta eventual de materiais para as oficinas, assim como a falta de medicamento, profissionais para acompanhá-los em algumas atividades (oficinas terapêuticas, jardinagem, entre outros) e o mal cuidado da área externa (pois, segundo alguns usuários, antigamente existia uma ampla área para praticarem jardinagem e atualmente essa área está esquecida, com possibilidade de ter animais peçonhentos). Os pontos negativos dos entrevistados do CAPS ad já são um pouco divergentes: a maior queixa foi o pouco tempo de permanência dos usuários no CAPS, antigamente os usuários ficavam o dia todo, porém, atualmente são divididos os usuários em dois turnos (manhã/ tarde), tal alteração foi feita devido ao corte do almoço; outra reclamação recorrente foi com relação à falta de atividades, oficinas terapêuticas e atividades em grupo. De acordo com as características, é válido ressaltar que o CAPS ad II deve funcionar em dois turnos e não para os usuários buscarem medicamento e/ou receber atendimento psicoterapêutico.

No que concerne à entrada dos usuários no CAPS, segundo os burocratas de rua e os usuários, o meio mais comum é através do encaminhamento pelo SUS, uma vez que estes estavam sendo acompanhados por profissionais de saúde mental e pelos Hospitais Psiquiátricos – neste caso, houve a transferência dos usuários para o CAPS.

Em relação à percepção dos usuários, quanto ao tempo que esse começou o tratamento, não houve diferenciação referente ao atendimento e serviços prestados no CAPS.

Nos relatos obtidos, torna-se evidente a necessidade de se promover a avaliação da política pública no nível local, evidenciado pelas demandas apresentadas pelos atores. Por mais participativa que seja a coordenação, muitos burocratas de rua e usuários, por mais que tenham a percepção de algo a ser melhorado, se sentem desconfortáveis de discutir a respeito. No parecer

dos profissionais, esses percebem que o trabalho deve ser feito em equipe, pois o usuário precisa sentir-se acolhido pelo CAPS, de maneira geral, não apenas por um ou outro profissional. Quanto aos usuários, esses se sentem mais inibidos para dar sugestão de melhoria. Seria de grande importância eles ficarem a vontade para expressarem suas ideias, pois, conforme relato de um dos usuários, “O CAPS é tudo que eu tenho”. Apesar do serviço prestado pelos CAPS não estarem 100% de acordo com os parâmetros regulamentados pela portaria, o tratamento prestado aos usuários, muitas vezes, é o único apoio que estes usuários têm, conforme muitos entrevistados desabafaram.

Assim como, a própria política já delineia que é de caráter maleável a realidade local, com objetivo de promover a reinserção do cidadão com sofrimento mental e dependência química na sociedade. Para que haja o êxito nessa política, é necessário que essa ressocialização seja feita por profissional capacitado e essa ressocialização, a princípio, é feita primordialmente no âmbito familiar, conforme burocrata de rua entrevistado afirmou. Além disso, a avaliação de efetividade concretizaria uma boa análise quanto à consecução do objetivo de reinserção social, visando descrever se o objeto da política foi realmente alcançado e quais os impactos que esta causa além de seu público alvo, avaliando também critérios falhos que devem ser melhorados. Diante deste quadro, usufruindo da percepção de políticas públicas pela teoria dos ciclos, a avaliação pode proceder como material fomentador para a revisão ou consolidação das decisões tomadas e do modo como foi feita a implementação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao evidenciar o processo de análise de políticas públicas na concretude de um caso próximo a realidade dos observadores consolidou-se a intensificação do conhecimento e do aprendizado real da análise. A política estudada, por ser relativamente recente no Brasil, possui algumas falhas, uma vez que a realidade de cada município diverge do outro, mas é de grande importância para aqueles que necessitam dela, uma vez que o intuito dos profissionais é mais terapêutico que medicamentoso, visando sempre o bem estar dos usuários.

Dois fatores ausentes na política pública estudada são cruciais para que o usuário volte ao convívio social e permaneça nele sem recaídas: o valor do profissional em assistência social, pois este é de extrema importância para a efetiva melhora do usuário, seja através de visitas domiciliares durante o tratamento e a ressocialização do usuário, seja no convívio com seus familiares e social. Esta reinserção através de ações intersetoriais envolvem emprego, educação, esporte, cultura e lazer, articulando também estratégias conjuntas para o enfrentamento de problemas. O segundo fator é a ausência dos familiares na instituição, pois este é o primeiro contato do usuário com a sociedade, sendo também, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo.

A gestão pública é mais participativa quanto mais próxima ela for dos burocratas de rua e dos usuários. É de grande importância à coordenação da política pública prestar atenção à demanda daqueles que estão na linha de frente do problema e, principalmente, aos usuários e familiares - são estes a real prioridade da política pública. É válido dar voz àqueles que muitas vezes são calados pela sociedade e pelos seus familiares.

Quanto ao meio de ingresso dos usuários, uma possível parceria com instituições públicas e privadas para que seja possível expandir a propaganda do trabalho praticado pelos CAPS, para que ele chegue àqueles que não possuem informação do programa e que precise da ajuda prestada pelos profissionais.

A articulação entre a comunidade e CAPS é fundamental, pois a comunidade (serviços públicos das áreas do trabalho, educação, esporte e lazer, associações de moradores, voluntários, associações comunitárias, entre outros) pode ser parceira do Centro de Atenção Psicossocial seja através de doações, prestação de serviços, treinamento ou instrução em algum assunto, realização em conjunto de algum evento, projeto ou na participação de atividades rotineiras do serviço. Tais

parcerias auxiliam toda comunidade a reforça laços afetivos e sociais de seus membros. Portanto, o CAPS deve ser parte integrante da sociedade, da sua vida diária e suas atividades culturais, promovendo assim, a equidade dessa parcela da população que muitas vezes é esquecida por todos.

REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, S. H. **Política social e combate à pobreza: a teoria da prática.** In: ABRANCHES, S.H.; SANTOS, W.G.; COIMBRA, M.A. Política social e combate à pobreza. Rio de Janeiro: Zahar, 1987. p. 9-32.
- AMARANTE, P. Novos Sujeitos, **Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995.
- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro.** Geração Editorial, 2013.
- ARRETCHE, M. **Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia.** São Paulo em perspectiva, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 de junho de 2017
- BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p.138-172.
- BEHRING, E. R. **A nova condição da política social.** *Em Pauta*. Rio de Janeiro, n. 10, p. 9-49, nov. 1993.
- BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 28 dezembro. 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde, 2003. **“A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas”**. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf].
- BRASIL, Ministério da saúde, **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**, Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, Brasília, novembro de 2003.
- BRASIL, Ministério da saúde, **Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**, secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas, Brasília-DF, 2004. Disponível em: <www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 07 dezembro 2016.
- BRASIL, Ministério da saúde, **Atenção integral na rede de saúde: módulo 5.** – 9. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.

BRASIL. República Federativa. Constituição Federal de 05 de outubro de 1988.

BRASIL. **Portaria nº 336/GM**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>

BRASIL. **Portaria nº 4.279**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>

BRAVO, M. I. S. et al. Política de saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, p. 88 citation_lastpage= 110, 2006.

BRITTO, R. C. **A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01 reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtornos mentais**. Dissertação de mestrado ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

BOING, E; CREPALDI, M A. O Psicólogo na atenção básica:: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras1. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 30, n. 3, p. 634-649, set. 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 jul. 2017.

CANABRAVA; D. de S.; et al. Tratamento em saúde mental: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 170-176, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a21.htm>>. Acesso em: 01 novembro 2016.

FERNANDES, R. M. C; HELLMANN, A; **Dicionário crítico: política de assistência social no Brasil**. – Porto Alegre : Ed. UFRGS, 2016. 320 p.; il.

FILHO, T. P. A. **Burocratas do Nível de rua: uma análise interacionista dos burocratas na linha de frente do Estado**. Áskesis. V.03, nº1, janeiro/junho 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

JUNQUEIRA, L; A. PRATES. **A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor**. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan./abr. 2004.

JUNQUEIRA, L. **NOVAS FORMAS DE GESTÃO NA SAÚDE: DESCENTRALIZAÇÃO E INTERSETORIALIDADE**, São Paulo, 1997

JUNQUEIRA, L. A. P; INOJOSA, R. M. **Desenvolvimento social e intersetorialidade: a cidade solidária**. São Paulo: FUNDAP, 1997.

KINGDON, J. **Agendas, alternatives and public choices**. Boston: Little Brown, 1984.

HAM, C; HILL, M. **O processo de elaboração de políticas no estado capitalista moderno.** Tradução: Renato Amorim e Renato Dagnino. Título do Original: Ham, C. e Hill, M.: *The policy process in the modern capitalista state*, Harvester Wheatsheaf, Londres, 1993, segunda edição.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas: perspectivas analíticas. **Revista Sociologia e Política**, v. 21, n. 48, dez. 2013.

LOTTA, G. S. O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade.

MARQUES, E. As políticas públicas na ciência política. In: MARQUES, E. e FARIA, C. A. **Política pública como campo multidisciplinar.** São Paulo, Ed. Unesp; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013.

MATEUS, M. D; MARI, J. J. O sistema de saúde mental brasileiro: avanços e desafios. **Políticas de Saúde Mental: baseado no curso políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R Cerqueira**, p. 20-55, 2013.

MONNERAT, G. L; DE SOUZA, R. G. **Da Seguridade Social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil.** Revista Katálysis, v. 14, n. 1, p. 41-49, 2011.

MORAES, R. **Análise de conteúdo.** *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MULLER, P; SUREL, Y. **Análise de Políticas Públicas.** Pelotas: UFP, 2002

NASCIMENTO, S. **Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas.** *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010

NASI, C.; SCHNEIDER, J. F. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1157-1163, out. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 novembro 2016.

PESSOA, E. **O Fenômeno da Burocracia das Ruas no Brasil.** Brasília: Ipea, 2010.

PITTA, A. M. F. **Os Centros de Atenção Psicossocial: Espaços de Reabilitação?** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 43, nº12. Rio de Janeiro, 1994, pp. 647-648.

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

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 dezembro 2016.

ROCHA, Gilberto S. – Introdução ao nascimento da psicanálise no Brasil. Rio de

Janeiro, Forense Universitária, 1989.

SARLET, I. W; FIGUEIREDO, M. F. **Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações**. 2008.

SOUZA, R. **O sistema público de saúde brasileiro**. Ministério da Saúde, 2002.

SURJUS, L. T. de L. e S.; CAMPOS, R. O. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. **Revista latino-americana de psicopatologia fundamental**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 122-133, Mar. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142011000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 novembro 2016.

TENÓRIO, F. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Década de 1980 aos Dias Atuais: História e Conceitos**. História, Ciências, Saúde- Manguinhos. Rio de Janeiro, vol. 9(1), 2002, pp. 25-29.

ANEXO A - Questionários Aplicados à Coordenadora, aos Burocratas de Rua e aos Usuários do CAPS II e CAPS ad II, no Município de Lavras

Questionário norteador discutido com a Coordenadora

1. Nome completo e quanto tempo está trabalhando no CAPS.
2. Qual é o meio mais comum que os usuários chegam até o CAPS?
3. No CAPS ad II, existe os leitos para desintoxicação? Como funciona?
4. Quais os tipos de atendimento são oferecidos na instituição?
5. Quando necessário, é realizado visitas domiciliares, com o acompanhamento das equipes da atenção básica? Como elas são realizadas?
6. Quais são os profissionais que trabalham no CAPS II e CAPS ad II?
7. Existe algum tipo de associação ou cooperativa, criada pelos usuários, onde eles discutem questões sociais, buscando soluções coletivas?
8. Os familiares participam de atividades dos CAPS? De qual forma?
9. E a comunidade participa de alguma maneira do CAPS?
10. Quando há percepção de melhorias ou resolução de problemas, de sua parte como gestora, há interesse em resolver e promover tais melhorias? A sua gestão é participativa? Os funcionários e usuários podem fazer críticas e buscar melhorias?
11. Na sua percepção, quais são as maiores dificuldades para realizar o trabalho no CAPS?
12. Qual sugestão gostaria de fazer ao programa?

Questionário norteador discutido com os burocratas de rua

1. Nome completo e quanto tempo trabalha no CAPS.
2. Quais os tipos de atendimento são oferecidos na instituição.
3. Quando necessário, são realizadas visitas domiciliares, com o acompanhamento das equipes da atenção básica? Como ocorrem essas visitas?
4. Existe algum tipo de associação ou alguma forma de organização coletiva, criada pelos usuários, onde eles discutem questões sociais, buscando soluções coletivas?
5. Os familiares participam de atividades do CAPS? De qual forma?
6. E a comunidade participa de alguma maneira do CAPS?

7. Quando há percepção de melhorias ou resolução de problemas, de sua parte como funcionário, há interesse em resolver e promover tais melhorias? A gestão é participativa? Os usuários e funcionários podem fazer críticas e buscar melhorias?
8. Na sua percepção, quais são as maiores dificuldades para realizar o trabalho no CAPS?
9. Qual sugestão gostaria de fazer ao CAPS de Lavras?

Questionário norteador discutido com os usuários.

1. Nome completo e como ficou sabendo do CAPS.
2. Há quanto tempo frequenta o CAPS?
3. Se o entrevistado já recebeu visitas domiciliares, com o acompanhamento das equipes da atenção básica. As visitas eram agendadas ou eram surpresas?
4. Existe algum tipo de associação ou alguma forma de organização coletiva, criada pelos usuários, onde eles discutem questões sociais, buscando soluções coletivas?
5. Se seus familiares participam de atividades no CAPS e de qual forma.
6. Se o entrevistado já identificou algum item que poderia ser diferente ou melhorado. Comunicou ao responsável e como foi a aceitação da crítica?
7. Qual sugestão gostaria de fazer ao CAPS de Lavras.