

INTERSETORIALIDADE NA REINserÇÃO SOCIAL: ANÁLISE A PARTIR DA REALIDADE DO CAPS I DE CAMPOS DO JORDÃO-SP

Rafael Lopes Sales e Silva

Adriana Leônidas de Oliveira

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo apresentar como ocorre a intersectorialidade no processo de reinserção social, à partir da análise da atuação da unidade CAPS I da cidade de Campos do Jordão, SP. Tendo como referência os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde), analisa-se como ocorre o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar e intersectorial do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) com demais órgãos de Saúde, Educação, Justiça e ONGs. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, de natureza exploratória, com consulta a periódicos do portal CAPES/MEC, e uma pesquisa documental, com consulta às Leis e portarias que embasam o SUS, os CAPS e ESFs (Estratégia Saúde da Família). Inicialmente busca-se definições sobre segregação e exclusão, observando este fenômeno desde a antiguidade e citando como exemplo duas antigas instituições segregadoras, de Tucunduba - PA e Barbacena - MG. Com a nova ideologia da psiquiatria inclusiva os manicômios se tornaram instituições obsoletas, aspecto que ajudou a fortalecer as leis que envolvem a saúde pública no Brasil, previstas na Constituição Federal de 1988 e posteriormente detalhadas nas leis que sustentam o SUS, nas representações focais dos ESFs e, no caso desta análise, sua relação com os CAPS. Os CAPS se ligam a diversos órgãos de saúde e outros setores, na busca intersectorial de recolocação do indivíduo na sociedade. Os resultados apontados sugerem a busca de atualização constante dos profissionais envolvidos para efetivamente reinserir o indivíduo na sociedade, contando para isso com a intersectorialidade dos serviços que devem atuar de forma técnica e em rede.

Palavras-chave: Planejamento e Desenvolvimento Regional; Saúde Inclusiva; Intersectorialidade; Saúde Pública; CAPS.

Introdução

*Se precisares carregar um piano,
a quem solicitaras ajuda?
Ao psicótico ou ao cardiopata?
(do autor)*

Historicamente as sociedades sempre rechaçaram o indivíduo diferente, subjugando e excluindo quem não se integra às regras explícitas e implícitas de uma sociedade. Não só é histórico expulsar o indivíduo diferente, que não se encaixa em nenhuma classe, como também faz parte da organização das cidades criar uma estrutura urbana fragmentada, segregando a população principalmente socioeconomicamente. Para Negri (2008),

[...] surge, uma estrutura urbana dualizada entre ricos e pobres, uma organização espacial corporativa e fragmentada, onde as elites podem controlar a produção e o consumo da cidade através de instrumentos como o Estado e o mercado imobiliário, excluindo e abandonando a população de baixa renda à própria sorte. (NEGRI, 2008, p.165).

Desde as antigas cidades mesopotâmicas, há mais de 3.000 anos, os excluídos eram expulsos da cidade e obrigados a viver fora dos muros ou sofreriam as conseqüências que podiam chegar até mesmo a morte. Negri (2008) aponta que a segregação já ocorria em antigas cidades gregas, romanas e chinesas onde existiam divisões sociais, políticas ou econômicas bem definidas.

Entre os diversos motivos que levavam um indivíduo a ser expulso de uma cidade na Era Antiga estavam os problemas de saúde. As doenças, numa época sem recursos médicos científicos e com conhecimento e tecnologia muito limitados acabavam gerando preconceito e medo do povo contra o indivíduo portador de quaisquer doenças, até mesmo como forma de prevenção.

Desta forma, desde a antiguidade existem locais de exclusão ou abandono de pessoas ditas diferentes, como os chamados leprosários, locais onde se deixavam pessoas portadoras de hanseníase por ser, na época, uma doença incurável e não se sabendo ao certo a forma de transmissão as pessoas acabavam sendo abandonadas.

Não faz muito tempo que a situação de abandono começou a ser modificada, existem inúmeros relatos sobre instituições segregadoras, que separavam da sociedade indivíduos denominados diferentes, assim Henrique (2012) descreve em seu artigo o leprosário de Tucunduba, ou Hospício do Tucunduba, que funcionou no Estado do Pará ainda no Século XIX, o referido hospício chegou, no ano de 1847, a ter 68 internos que em sua maioria eram escravos descartados por seus senhores por serem portadores de hanseníase e, portanto inservíveis ao trabalho. O desconhecimento na época era tão grande que ao contrair a hanseníase a pessoa era rapidamente isolada para que os saudáveis não corressem riscos de serem contaminados. Henrique relata inclusive uma situação em que uma mulher acabou dando a luz a um menino que lhe foi retirado e levado a Belém, onde foi criado por uma ama enquanto era observado seu crescimento com espanto por este ser saudável e não ter contraído a doença dos pais. Somente em 1874, 11 anos após o nascimento deste menino chamado Rodrigo, é que o Doutor Gerhard Hansen divulgou os resultados de seus estudos que confirmaram que a lepra na verdade é causada por uma bactéria, o bacilo *Mycobacterium leprae*. A doença, no Brasil, era inclusive relacionada com frequência como sendo uma doença oriunda dos escravos, apesar de atingir pessoas de diferentes etnias.

No livro de Arbex (2013) intitulado “Holocausto Brasileiro”, a jornalista relata documentalmente o funcionamento do manicômio de Barbacena - MG, estabelecimento que funcionou do fim do século XIX até a segunda metade do século XX. Neste local morreram mais de 60.000 pessoas e a autora aponta que apenas 30% dos internos possuíam diagnóstico médico. As pessoas eram “descarregadas” trazidas de trem por serem diferentes, assim epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, rebeldes, meninas grávidas solteiras (que muitas vezes eram violentadas pelos patrões e tinham que manter silêncio) e indivíduos que incomodavam poderosos da sociedade, eram encaminhados à força para o manicômio de Barbacena. O livro de Arbex (2013) traz entrevistas com sobreviventes, relatos documentais e fotos da época em que o manicômio funcionava deixando claro que as condições de vida oferecidas no local eram subumanas; faltava água, comida e roupas, as pessoas acabavam tendo que se acostumar a andar nuas e para enfrentar as frias noites da Serra da Mantiqueira dormiam sentados em círculos revezando os do lado de fora do círculo durante a noite para manter o calor do corpo.

O psiquiatra italiano Franco Basaglia, em incursão pelo Brasil no ano de 1979 já defendendo a reforma psiquiátrica num prenúncio a luta antimanicomial, após visitar o

manicômio de Barbacena convocou a imprensa e declarou: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo presenciei uma tragédia como esta” (ARBEX, 2013. p.06).

Infelizmente esse quadro de exclusão ao longo dos tempos se tornou cultural e atravessou milênios chegando até mesmo a modernidade que, mesmo contando com novas e avançadíssimas tecnologias na área da saúde tanto para diagnosticar como para tratar a grande maioria de doenças que acometem a humanidade, ainda observa-se a exclusão pelo preconceito, medo de contaminação e pouco conhecimento da população, mesmo nas camadas sócio-econômicas com alto nível educacional.

Para superar tanto a doença, utilizando-se de tratamentos de saúde, como o quadro de exclusão é que foi proposta a reinserção social por Franco Basaglia, precursor da psiquiatria moderna e da luta antimanicomial, tendo começado suas pesquisas na cidade italiana de Trieste em meados dos anos de 1970. Fernandes (2008) observa que o psiquiatra italiano defendeu o projeto antimanicomial como uma forma de entender a cultura de uma sociedade, expressa pelo “louco” de forma natural, mas bloqueada na população em geral. Inserir o indivíduo com transtornos mentais de volta na sociedade que o expulsou poderia então conscientizar criticamente a opressão e levaria os sujeitos a pensarem as contradições da socialização e da identidade social. Basaglia buscou, portanto, renovar a estrutura do tratamento mental, sendo contra cadeados, grades, tratamentos com choques elétricos, camisa de força e internações de longo prazo, este último podemos entender como abandono.

Colocar em prática a desinstitucionalização do paciente portador de transtorno mental devolvendo-o à sociedade passou a ser uma meta; as dificuldades e sucessos para atingir essa meta devem envolver todo o sistema de saúde e intersetorialmente deve envolver outros âmbitos diversos que devem atuar enquanto o doente mental aprende a conviver em sociedade, ao mesmo tempo em que a sociedade aprende a conviver com esse indivíduo doente, mas que quando tratado pode atuar de forma produtiva na sociedade em que vive, como qualquer pessoa portadora de qualquer doença que venha a se tratar, ou seja, como igual.

Agindo em rede os diferentes âmbitos devem trabalhar integradamente a fim de reinserir o indivíduo, despidendo-se de preconceitos milenares e realmente aceitando o

indivíduo com características especiais atuando na sociedade, como indivíduo pleno. Mas aparentemente nem os serviços estão prontos para aceitar o indivíduo como a sociedade também não está pronta para recebê-lo.

O presente trabalho tem como objetivo apresentar como ocorre a intersectorialidade no processo de reinserção social, tendo como unidade de análise a atuação do CAPS I da cidade de Campos do Jordão, SP. Tendo como referência os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde), analisa-se como ocorre o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar e intersectorial do CAPS com demais órgãos de Saúde, Educação, Justiça e ONGs, os quais apóiam a reinserção do indivíduo portador de transtornos mentais como ator produtivo na sociedade contemporânea.

Entende-se que os caminhos a serem trilhados para quebrar conceitos tão arraigados na cultura humana não são fáceis de conseguir e tão pouco haverá grandes modificações em um curto espaço de tempo, porém com esforço e entendimento de vários setores da sociedade trabalhando juntos existem possibilidades de superar os tabus e promover desenvolvimento da consciência humana sobre a inclusão social de indivíduos tidos como diferentes e, portanto, passíveis de exclusão desde a construção das primeiras cidades há mais de 3.000 anos.

Revisão de Literatura

O SUS (Sistema Único de Saúde), de acordo com Mendes (2011), é uma proposta generosa de uma política pública construída a partir de amplo debate com a sociedade, mas que, especialmente nos últimos anos, foi estrangulado e empobrecido por uma fixação financeira desproporcional.

SUS (Sistema Único de Saúde)

Historicamente, os fundamentos do SUS começaram ainda na década de 1930, conforme explica Kamimura (2004) que descreve o processo que resultou na criação do SUS. Até a década de 1930, o Estado atuava amparando o modelo de desenvolvimento agroexportador dos produtos da cana-de-açúcar e do café, desta forma criava ações de

saneamento dos espaços por onde circulavam as mercadorias e tratava de erradicar ou controlar as doenças que poderiam prejudicar a exportação.

Em 1923, o Ministério da Justiça se tornou responsável e o Estado passou a controlar doenças endêmicas e epidêmicas.

Em 1930 a responsabilidade passou ao Ministério da Educação, período em que surgiram muitos sanatórios para tratar tuberculose e hanseníase, além dos manicômios públicos.

Entre 1930 e 1943 iniciou-se a implantação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, ocorreram modificações importantes na Legislação Trabalhista e no Estado, empresas e trabalhadores passaram a colaborar com os recursos financeiros, centralizados na esfera federal.

Em 1942, para desenvolver ações de combate a malária foi criada a Fundação SESP (Serviços Especial de Saúde Pública) com financiamento dos Estados Unidos, interessado em extrair borracha e manganês nas regiões norte e nordeste.

Com a modificação do modo de vida nos anos de 1940, a nova constituição de 1946, e o advento da industrialização e da urbanização dos anos de 1950, surgiu a necessidade da expansão médico-hospitalar. Como consequência ocorreu a criação do Ministério da Saúde em 1953 e progressivamente foi-se alterando os modelos de campanhas verticais militares no combate a doenças substituídos pelo crescimento da atenção médica da Previdência Social, buscando assim garantir a capacidade produtiva do trabalhador.

Já em época de ditadura militar, foi criado o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) em 1967, este, de acordo com Kamimura (2004) trouxe ampliação da cobertura previdenciária, mas também permitiu que desigualdades surgissem.

Nos anos de 1970, buscaram-se reformas na ação do Estado em relação a área social; o movimento sanitário, surgido dentro de escolas de medicina, envolvendo pessoas, grupos e partidos pedia regionalização dos serviços, hierarquização do atendimento, racionalização de recursos, delegação de funções, entre outros.

Em 1979, época do último governo militar, o movimento sanitário já se encontrava mais organizado, conseguindo espaço para implementar suas estratégias e, portanto,

privilegiar o setor público. Nos anos que se seguiram, enquanto crescia a democratização dos processos, buscava-se também redefinir as políticas sociais incluindo estruturas de financiamento e de reforma do Estado com novas formas de gestão.

Os anos de 1980 foram marcados por uma profunda crise econômica, descontrole da inflação e recessão o que levou o estado a desacelerar as políticas sociais, tendo que lidar com a escassez.

Em 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) aprovando as bases para um sistema único de saúde com focos na descentralização, integração, regionalização, hierarquização e universalização dos serviços, comandados por um só Ministério. O documento resultante também delimitou as atribuições de cada nível do governo. Na conferência também foi criada uma Comissão Nacional de Reforma Sanitarista (CNRS) encarregada de criar um projeto de lei que foi apresentado posteriormente na Assembléia Constituinte. Outro resultado desta conferência foi a implantação do SUDS (Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde) em 1987.

A CNRS conseguiu inserir na Constituição de 1988 os princípios de universalidade e equidade, importantes mecanismos para a transformação do Sistema Nacional de Saúde. A Constituição Federal de 1988, portanto marcou um considerável avanço nas políticas de saúde.

Com base na nova Constituição, em 19 de Setembro de 1990 foi sancionada pelo Presidente da República e decretada pelo Congresso Nacional a Lei nº 8080 que constituiu o Sistema Único de Saúde, dando seus objetivos, atribuições, princípios, diretrizes, organização, direção, gestão, competências e atribuições.

A Lei nº8080 é considerada a Lei Orgânica da Saúde e regulamenta o previsto na Constituição Federal.

Em 28 de Dezembro de 1990 foi publicada a Lei nº8142 dispoendo sobre: a participação da comunidade na forma de Conferências de saúde a serem realizadas a cada quatro anos com a participação de representantes de vários segmentos sociais; conselhos de saúde; para alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Com a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde de 1990 os objetivos de reforma incluindo descentralização, integração, regionalização, hierarquização e universalização dos serviços, foram adotados no novo SUS.

Intersetorialidade

Ao entender que o indivíduo tem direitos quanto a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a Constituição brasileira (BRASIL, 1988) já observa o cidadão como ser constituído de várias especificidades. Também ocorre na Constituição os termos, “cuidar da saúde”, “defesa da saúde”, denotando a preocupação do governo não só em curar doenças como também em preveni-las.

A Lei 8.080 (BRASIL, 1990) esclarece este aspecto observando que a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais são fatores condicionantes da saúde, desta forma já apresenta o caráter da interdisciplinaridade entre órgãos diversos do governo que devem zelar para que o indivíduo atinja a saúde plena.

A descentralização prevista pela Lei 8.080 e a substituição do modelo hospitalocêntrico por um modelo mais holístico, que observa o indivíduo como ser complexo na sua integralidade, fez surgir a necessidade de integração de várias estâncias do poder público para cuidar da saúde de forma preventiva; questão que exige relacionamento e integração entre os órgão de saúde, educação, esporte e lazer, judiciário, bem estar social, entre outros, o que também sugere a interdisciplinaridade.

Inojosa (1998) entende a intersectorialidade como a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e na avaliação de ações que tem como objetivo alcançar resultados em situações complexas no desenvolvimento social. As secretarias governamentais, para isto, devem estar preocupadas em proporcionar a melhoria das condições de vida da sua população por meio de ações e serviços de competência do governo. Inojosa (1998) observa que para implantar uma organização governamental eficiente no sentido da intersectorialidade as informações devem ser compartilhadas e isto se

daria com a substituição de secretarias segmentadas por áreas de conhecimento por secretarias preocupadas com a efetiva melhoria das condições de vida da população.

Não só as Secretarias Municipais devem trabalhar de forma integrada, mas os Conselhos Municipais, que foram criados para servir de canal para escutar denúncias e demandas populares, devem estar atentos para a finalidade de ampliar o controle e a participação social, trabalhando junto com outros instrumentos participativos (BERNARDI, *et.al.*; 2010).

Observando como exemplo o município de São Bernardo do Campo - SP, o plano municipal de saúde (2013) procura atuar integrando educação, cultura, esporte, lazer e saúde construindo uma agenda que tenha como foco a qualidade de vida do cidadão, principalmente os que residem em áreas com maior vulnerabilidade. Mesmo tendo o planejamento de saúde voltado para programas intersetoriais a Secretaria Municipal de Saúde reconhece que a intersetorialidade é um dos grandes desafios atuais para o município, pois depende da integração de diferentes secretarias que também devem estar atentas às políticas públicas de saúde. Efetivamente a participação das equipes de Saúde da Família devem contribuir significativamente à partir do Agente Comunitário de Saúde (ACS) capacitados para abordar individualmente cada cidadão do município observando suas vulnerabilidades e por fim informando à Secretaria de Saúde que deve atuar integrada a outras secretarias com o intuito de buscar qualidade de vida para estes cidadãos, pelo atendimento interdisciplinar e pela inserção em programas do ministério da Saúde como o Programa de Saúde na Escola, o Bolsa Família, o Programa Viver sem Limites e em outras ações de saúde.

ESF (Estratégia de Saúde da Família)

De acordo com Lima (2013) a Estratégia de Saúde da Família foi criada pensando no homem como sujeito que vive em um espaço dinâmico em determinada área/local que é organizado por instâncias de poder estruturadas de forma indissociável entre o mundo e o indivíduo.

Neste espaço onde habita o homem, inserido em uma comunidade, que está contido em um município, estado e país, observam-se enormes diferenças culturais e desigualdades, impedindo que um mesmo programa de saúde possa vigorar com sucesso

em cada comunidade dentro dos 5561 municípios brasileiros, pois cada comunidade, partindo de uma visão holística, que considera o indivíduo em sua integralidade e complexidade tem suas próprias particularidades o que as apresentam de maneira única.

Para que o Estado corrobore com a Constituição Federal zelando pela saúde como direito de todos e garanta o acesso universal dos cidadãos aos serviços de saúde, estes devem estar disponíveis, da melhor forma e, em tempos de crise, pensando nas melhores formas de implantar modelos de gestão e desenvolvimento da saúde compatíveis com a grandeza do país.

O modelo vigente de atenção à saúde, respeitando o caráter holístico da comunidade e do indivíduo incluído nela, trata de quebrar o modelo hospitalocêntrico tradicional focado apenas em curar uma doença já instalada, o modelo atual busca atuar no estudo da prevenção de doenças;isto tem sido feito com o modelo de Atenção Básica de Saúde que deve começar com a Equipe do ESF, conhecido ainda popularmente como “postinho de saúde do bairro”.

O ESF normalmente é composto por um enfermeiro chefe, auxiliares de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um médico clínico geral, assistente social e psicólogo. A equipe funciona basicamente servindo como local de referência de cuidado à saúde e também à cidadania, seja com o cidadão indo até o posto ESF ou por meio de visita do ACS a residência da família no bairro, formas das quais se busca identificar vulnerabilidades sociais e de saúde. Os ESF normalmente oferecem programas e comumente atuam junto à escola do bairro oferecendo cursos, treinamentos e palestras de modo a desenvolver junto à comunidade o conhecimento para evitar doenças.

Pedroso (2010), observando o fluxo de atendimento de saúde, segmenta este em três esferas de atendimento, divididas conforme nível de complexidade sendo: (1) esfera de atendimento primário, focada em atendimentos de menor complexidade devendo ser a porta de entrada do paciente nos serviços de saúde (podemos aqui entender como os ESFs dos bairros, mas Pedroso exemplifica o atendimento primário com unidades como de Centros de Saúde e ambulatórios gerais); (2) esfera de atendimento secundário, que atende níveis intermediários de complexidade (são exemplos os ambulatórios de especialidades clínicas e cirúrgicas além dos serviços de apoio diagnóstico terapêutico, serviços de atendimento de emergência e urgência e os hospitais gerais); (3) a terceira esfera de atendimento aborda os

atendimentos de maior complexidade, sendo serviços prestados por hospitais especializados que atuam em nível regional, estadual ou mesmo nacional. Os três níveis de atendimento propostos por PEDROSO (2010) estão representados na figura a seguir:

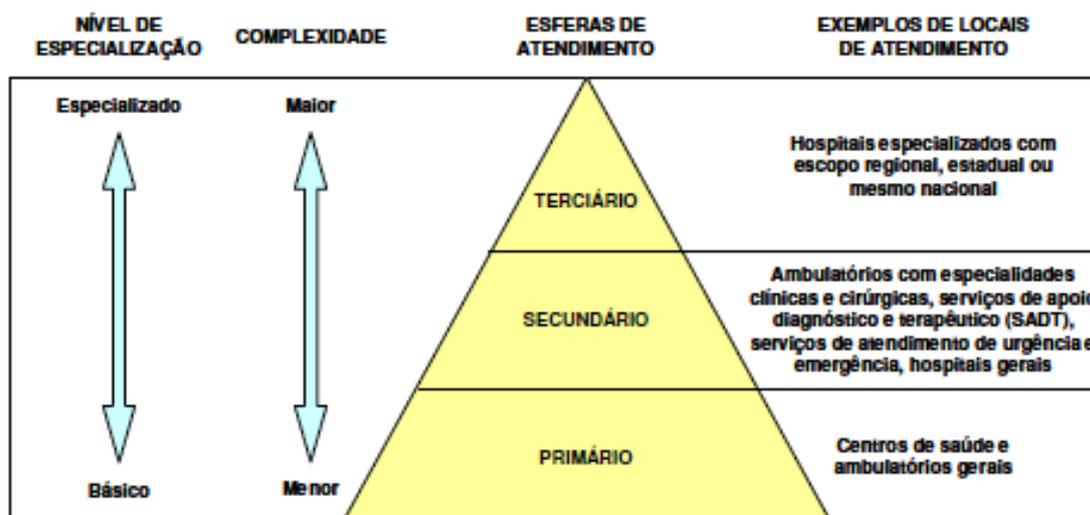


Figura 1 – Esferas de atendimento em serviços de saúde.
 Fonte: Pedroso (2010, p.254).

Depois de identificada uma questão de saúde pelo ACS o cidadão deve ser levado até o ESF onde será observado por meio de exames e poderá iniciar o tratamento de saúde. Quando a doença exige atenção de médico especialista o paciente deverá ser encaminhado para o Centro de Saúde ou Centro de Especialidades, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) no caso de transtornos graves psiquiátricos ou Programa DST/AIDS quando se tratar de doença sexualmente transmissível.

CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)

O CAPS é um serviço de saúde do SUS criado para substituir as internações psiquiátricas à longo prazo (BRASIL, 2004), internações que na prática correspondem ao abandono do paciente pela família. Os pacientes tratados pelos CAPS devem ter sido acolhidos pelos ESFs para acompanhamento clínico geral e normalmente chegam ao CAPS encaminhados pelo clínico com hipótese diagnóstica de transtorno mental severo e persistente que deve ser observado e tratado tanto pelo médico psiquiatra como pela equipe

técnica composta por enfermeiros e técnicos em enfermagem, psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional e equipe de cozinha, estes observam os sintomas e efetivam tratamento médico e social com o intuito de treinar o paciente e sua família com objetivos de assessorar a transformação do “louco” em indivíduo capaz, útil e produtivo na sociedade.

O CAPS I de Campos do Jordão atualmente recebe cidadãos encaminhados pelos ESFs, pelo Tribunal de Justiça, pelo Conselho Tutelar, pelo CRAS (Centro de referência de assistência social) e por outros órgãos atuantes no município. Os pacientes apresentam queixas que vão muito além do clássico transtorno psicótico, como transtornos neuróticos em geral, transtornos de conduta e comportamento inadequado, dependência química e violência intrafamiliar. Existe ainda como preconceito social a intenção de que o CAPS seja um “depósito” para excluídos, questão que é combatida com o estudo individual de cada caso para a reinserção do indivíduo na sociedade através de tratamento humano e de saúde do indivíduo em sofrimento e de sua família.

Desta forma o indivíduo que chega ao CAPS em estado de surto pode, por meio de projeto terapêutico (que deve ser desenvolvido pela equipe, família e paciente) permanecer inicialmente em período intensivo, ou seja, o dia todo participando de atividades ocupacionais, terapêuticas e psicoterapêuticas além de receber até três refeições no local; as atividades devem apoiar a inserção do paciente de volta à sociedade, reaprendendo desde o básico como higiene pessoal (banho, escovação dos dentes, comportamento à mesa de refeição e uso de talheres) até comportamentos socialmente aceitos e sentimentos por meio de psicoterapia em que tanto o paciente como a família devem participar (BRASIL, 2004). Os familiares normalmente são convidados para participar de grupos terapêuticos onde aprender a lidar com o familiar em sofrimento, superando traumas e preconceitos se tornando portanto atuante na melhora do paciente e da própria família.

Uma das queixas apresentadas pelos pacientes psiquiátricos é a repulsa pela medicação, são comuns as crenças de que a medicação pode fazer mal ou que a medicação seja uma coisa com aspectos religiosos negativos, este é um dos aspectos em que o paciente deve ser treinado e a família deve também aprender a administrar. Com a correta administração da medicação e com o passar do tempo o paciente acaba tendo diminuição progressiva dos sintomas psicóticos (alucinações, persecutoriedade, medo, ansiedade e depressão), com isto a permanência intensiva pode passar para permanência semi-intensiva.

O ideal quando o paciente passa a ficar apenas um período do dia no CAPS é que o tratamento continue em casa, agora o paciente já pode começar a assumir tarefas domésticas, um ponto muito importante, pois a participação nos afazeres do lar ajuda na reinserção e aceitação do indivíduo pela família.

Passando mais algum tempo, que varia de acordo com o indivíduo e com a participação da família no tratamento, o indivíduo passará então para o tratamento não intensivo (BRASIL, 2004), ou seja, virá ao CAPS semanalmente para terapia e consulta médica apenas. Neste ponto do tratamento a reinserção está consolidada.

Contudo alguns pacientes desejam voltar ao mercado de trabalho e quando existe essa vontade cabe a equipe do CAPS estabelecer contatos intersetoriais com órgãos fora do sistema municipal de saúde. Alguns dos serviços mais utilizados são o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), o PAT (Posto de Atendimento ao Trabalhador) e a Secretaria da Educação que pode oferecer educação para adultos, além de ONGs com projetos diversos de inclusão social entre outras atividades ocupacionais e produtivas.

Resumidamente o indivíduo que chega ao CAPS extremamente desorganizado do ponto de vista psicossocial, acaba sendo acolhido em uma micro-sociedade que se parece com a sociedade local, no CAPS ele reaprende as regras sociais nos grupos, atividades e psicoterapia inicialmente para depois utilizar essas novas regras em uma sociedade também pequena mas real que é a família do paciente. Sendo aceito na família a aceitação pelos vizinhos do bairro já se torna mais viável. A medicação em casos de transtorno psiquiátrico crônico persistente deve ser mantida por longo prazo e muitas vezes por toda a vida, garantindo o sono tranquilo, pensamentos lineares que distanciam as alucinações e persecutoriedade, garantindo assim a participação do indivíduo na sociedade.

Os tratamentos propostos por um CAPS devem sempre estar aliados ao ESF de origem do paciente, pois, entendendo o indivíduo em sua integralidade como organismo complexo, fica claro que além das questões psiquiátricas o paciente pode também apresentar questões oftalmológicas, odontológicas, cardíacas, dermatológicas, doenças sexualmente transmissíveis, alergias, entre tantas outras questões de saúde que podem acometer cada pessoa, de forma crônica ou aguda.



Figura 2 – Pilares de sucesso no tratamento.
Fonte: Elaborado pelo autor.

Observa-se que a intersectorialidade deve atingir diversos órgãos com a intenção de reinserir o indivíduo na sociedade (BRASIL, 2004), mas no caso dos pacientes do CAPS esse trabalho começa dentro do próprio serviço CAPS criando o primeiro círculo intersectorial simulado composto pelo paciente, pela família e a equipe técnica. Este modelo permite não só um tratamento com maiores índices de sucesso, mas ensaia de forma dinâmica os próximos passos do tratamento que é o acolhimento pelos setores que devem trabalhar de forma intersectorial com os CAPS e com outros setores da saúde, dos serviços sociais e educacionais.

Metodologia

Para entender como se deu a modificação do “tratamento” manicomial, pelo tratamento aberto e a possível reinserção do indivíduo portador de transtorno mental de volta na sociedade por meio de trabalho intersectorial, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e documental, de nível exploratório. Partiu-se da consulta ao Portal de Periódicos CAPES/MEC por artigos, dissertações e teses sobre a temática. Buscou-se também leis e portarias que regem a o SUS, os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e a

relação intersetorial observada entre os CAPS e outros órgãos da saúde, da assistência social, educação e judiciário.

De acordo com Markoni e Lakatos (2003) “a pesquisa bibliográfica é um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos de importância, por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados com o tema” (MARKONI; LAKATOS, 2003. p.158).

Juntou-se aos citados as pesquisas documentais de Arbex (2013) e Henrique (2015) por abrangerem de forma histórica o assunto no Brasil. Para Silva e Grigolo (2002) a pesquisa documental utiliza materiais que ainda não receberam análises mais aprofundadas visando selecionar, tratar e interpretar a informação bruta para extrair sentido e agregar valor científico.

Foram também consultadas as leis que embasam os serviços, partindo da Constituição Federal (1988) e dando seqüência com as leis que embasam o SUS, os CAPS e os ESFs.

A unidade de análise nesse trabalho foi a instituição CAPS I do município de Campos do Jordão – SP. Portanto, podem existir e é esperado que existam diferenças no contexto organizacional de saúde deste município em relação ao contexto organizacional de outros municípios, inclusive nos de mesmo tamanho populacional. O portal ODM do PNUD estima a população de Campos do Jordão em 50.541 habitantes em 2014 e o Censo (2010) apontou que a população de Campos do Jordão chegou a 47.789 habitantes em 2010.

Resultados e Discussão

Mendes (2011) afirma que a solução para o SUS não está em simplesmente aumentar a destinação de verbas para a saúde, “*recursos adicionais para fazer mais do mesmo significa jogar dinheiro fora*”, também sabemos que não é diminuindo, ou seja, cortando recursos humanos e materiais necessários que se resolvem os problemas da falta de verba na saúde.

Seria necessário, portanto utilizar os sistemas de atenção de saúde como resposta à demanda de saúde da população, de forma responsável e extremamente técnica, observando a experiência de sucesso de outros municípios e adaptando por meio de estudo científico no município alvo, devendo operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias. O incremento financeiro viria depois, junto com mudanças que permitam alinhar o dinheiro com os objetivos sanitários; desta forma, sendo mais bem aplicados e visando resultados.

O modelo de gestão estratégica proposto por Pedroso (2010), observando sua cadeia de valor da saúde pode ser utilizado tanto numa gestão mais ampla, do ponto de vista de um gestor nacional, ou mesmo do ponto de vista mais pontual de um gestor de saúde municipal e serve para observar atividades, fluxos e serviços; podendo servir como referência de planejamento dos serviços de saúde para gestores.

O SUS conta com ampla rede de instituições de serviços que iniciam com organizações de âmbito municipal e vão se escalando, na medida da exigência de serviços especialistas, em organizações regionais, estaduais e nacionais. Observando os serviços de saúde do município como porta de entrada na rede de serviços públicos de saúde e levando em consideração as três esferas de atendimento, propõe-se valorizar as unidades locais de atendimento, os atuais ESFs (Estratégia de Saúde da Família), antigos PSF (Posto de Saúde da Família), popularmente conhecidos como “postinho de saúde da vila” e também as UBSs (Unidade Básica de Saúde).

Pedroso (2010) propõe utilizar como esfera primária de atendimento os Centros de Saúde municipais e os ambulatórios gerais, o que não está errado, mas deve-se ter em mente que os ESFs e UBSs, gerenciados normalmente por um enfermeiro, conta com médicos clínicos gerais, técnicos de enfermagem, assistente social, psicólogo, agentes comunitários de saúde (ACS), entre outros profissionais, tendo, portanto condições de se aproximar da população unitariamente, gerenciando de perto a saúde da população de um bairro ou região do município.

Entre outras reformas trazidas pelo SUS, a valorização dos ESFs foi essencial e de enorme utilidade para conhecer, de um por um, individualmente, a saúde de cada um dos mais de 202.768.562 (duzentos e dois milhões, setecentos e sessenta e oito mil, quinhentos

e sessenta e dois) de cidadãos brasileiros (População estimada pelo IBGE com data de referência em 1º de Julho de 2014).

Sendo identificada queixa de saúde do cidadão pelo ACS, o paciente então seguirá para o ESF do bairro, a esfera de atendimento primária, para iniciar observação diagnóstica e proposta de tratamento junto ao médico clínico geral; se forem necessários exames, medicações específicas e tendo sido descartado diagnóstico básico inicial o paciente deve ser encaminhado para a esfera secundária de atendimento, os centros de especialidades e demais serviços específicos para ser examinado, diagnosticado e tratado. Nesse fluxo é praxe utilizar as guias de referência (para encaminhar o paciente do ESF para o especialista que diagnostica e propõe tratamento específico) e contra-referência (para encaminhar o paciente de volta do centro especialista para o ESF do seu bairro).

O paciente, depois de diagnosticado por especialista e, tendo seus sintomas controlados, retorna ao ESF do bairro para dar continuidade no tratamento sendo acompanhado no ESF pela equipe de saúde e pelo médico clínico geral que se torna então o médico da família, num sentido diferente, mas que retrata a figura do médico das antigas cidades pequenas que acompanhava toda a população sendo, além de profissional da saúde, também amigo e por isso com maior sensibilidade para gerenciar o tratamento dos cidadãos da sua área.

Caso o médico especialista, da segunda esfera de atendimento, observe riscos, especificidades ou dificuldades que os centros de saúde e hospitais gerais não estejam aparelhados para tratar, o paciente deve então ser encaminhado para a terceira esfera de atendimento, os hospitais regionais ou os hospitais especialistas de nível estadual ou nacional.

Em geral essa sistemática de acolhimentos e encaminhamentos funciona bem, desde que o município tenha um bom projeto de cobertura de seus ESFs e estes estejam atrelados a centros de saúde e serviços especializados que por sua vez devem estar conveniados com hospitais regionais, estaduais e nacionais que acolham o cidadão.

Para reintegração do indivíduo na sociedade, o CAPS I de Campos do Jordão trabalha de forma interdisciplinar entre os seus funcionários e de forma intersetorial com entidades diversas no acolhimento, desenvolvimento do tratamento e reintegração social (fase de saída do tratamento), contando com os seguintes órgãos:

1 – Acolhimento: O indivíduo portador de sofrimento mental ou dependência química chega ao CAPS encaminhado pelos ESFs, SAE/DST, pronto socorro, conselho tutelar, guarda municipal e tribunal de justiça;

2 – Desenvolvimento do tratamento: Ajudam a manter o tratamento, além da família do indivíduo os ESFs, SAE/DST, tribunal de justiça, conselho tutelar, clínicas que mantêm parceria com a Secretaria municipal de saúde e hospitais psiquiátricos conveniados com o Estado;

3 – Reintegração social: Após o quadro médico-psicológico atingir estabilidade inicia-se a reinserção do indivíduo na sociedade, para isso o CAPS I de Campos do Jordão conta com escolas públicas e privadas atuantes no município e que ofereçam cursos profissionalizantes, projetos sociais, PAT (Posto de Atendimento ao Trabalhador), programas de esportes e lazer, serviços sociais do CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), além do envolvimento com a família e a vizinhança.

O CAPS I de Campos do Jordão atua intersetorialmente em rede com outros órgãos, desde a entrada no serviço até o encaminhamento final, conforme figura:

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

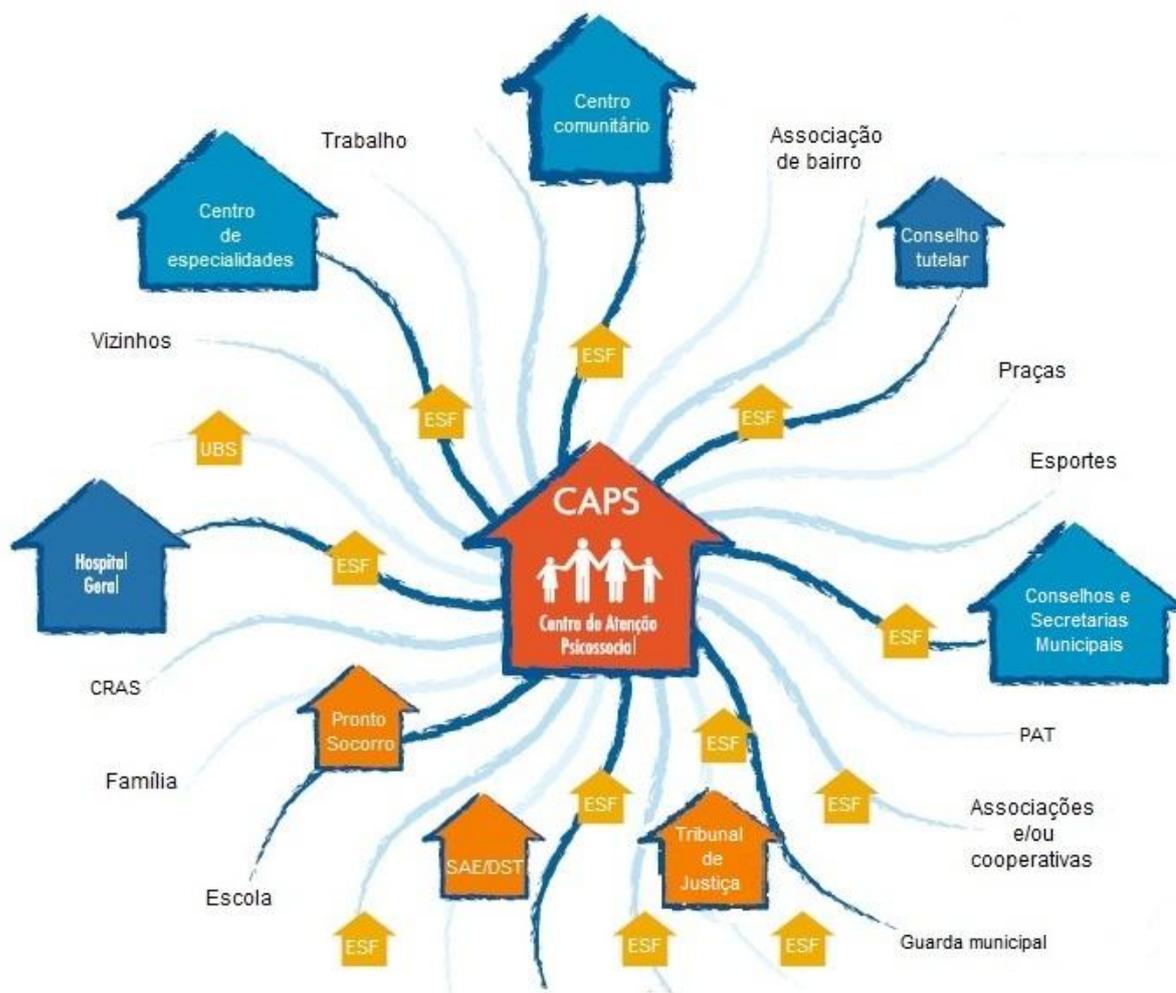


Figura 3 – Rede de atenção à saúde mental.
Fonte: Brasil (2004, p.11). (Editado pelo autor).

Considerações finais

Se os CAPS foram feitos para acabar com os manicômios servindo de serviço transitório à sociedade então deveriam estar plenamente equipados para isso, profissionais atualizados buscam novos conhecimentos e formas de responder a pergunta: “como pode um CAPS reinserir um indivíduo?”

Uma das formas pode ser oferecendo oportunidades de experimentar uma sociedade saudável, inicialmente uma micro sociedade, o próprio âmbito do CAPS, com um ambiente

que lembre o funcionamento de uma casa produtiva com indivíduos que zelem pela saúde nos moldes internacionais apresentados pela ONU e desejado/almejado pelos objetivos do milênio; com prazo para 2015 o Brasil não atingiu os objetivos, situação que coloca o país como local ainda pobre, abaixo das regras consideradas para ser um país com qualidade de vida, que trata bem seu povo; obvio que isso é motivo de vergonha internacional, mas a preocupação principal deve focar modificações para esta situação precária e para fazer o país ser realmente um ótimo lugar para se viver.

Os CAPS podem e devem ajudar treinando indivíduos portadores de transtornos psiquiátricos e assessorando estes indivíduos e suas famílias a saírem da vulnerabilidade social e atingirem os ideais de saúde observados pela OMS, mas este trabalho só será efetivo com a intersectorialização dos serviços, que devem atuar em rede, de forma ampla e com fortes “nós” advindos das Secretarias Municipais, dos Conselhos Municipais, da esfera Estadual e Federal e da participação ampla da sociedade representada pelos cidadãos e pelas diversas entidades que compõem a sociedade.

Referências

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração editorial, 2013.

BERNARDI A.; D'ANDREA, A.; ZAMPIROLO, D.; PERINI, S. Intersetorialidade – um desafio de gestão em Saúde Pública. **Sal. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.1, n.1, p.137 – 142, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal; 1988.

_____. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispões sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. **Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispões sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004.

FERNANDES, A. **Projeto Antimanicomial**: um ensaio sobre a saúde mental no cotidiano da vida. Universidade de São Paulo, 2007. Disponível em:

<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-12052009-091332/pt-br.php>>.

Acesso em: 22 Março 2015.

HENRIQUE, M. C. **Escravos no Purgatório**: o leprosário do Tucunduba (Pará, século XIX), Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, Dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Março 2015.

INOJOSA, R. M. Intersectorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **RAP**. Rio de Janeiro v. 32, n.2, p.35 – 48, Mar./Abr. 1998

KAMIMURA, Q. P. **Microrregionalização**: uma proposta metodológica, organizacional e estratégica para os serviços de saúde de alta e média complexidades no litoral norte paulista. Taubaté: Universidade de Taubaté, 2004.

LIMA, J. G. **Ações intersectoriais nas equipes da saúde da família, diálogos necessários para a promoção da saúde**: estudo de caso no Paranoá - Distrito Federal. Universidade de Brasília, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10482/13528>>. Acesso em: 24 Fevereiro 2015.

LAKATOS, E. M., MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília; 2011.

NEGRI, S. M.O **Processo de segregação Sócio-espacial no Contexto do Desenvolvimento Econômico da Cidade de Rondonópolis – MT**. Universidade Estadual Paulista; Rio Claro – SP, 2008.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE. (2014 – 2017) Conselho Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo - SP. 17 Dezembro 2013.

PEDROSO, M. C. **Um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-24052011-115333/en.php>> Acesso em: 12 Março 2015.

SILVA, M. B.; GRIGOLO, T. M. **Metodologia para iniciação científica à prática da pesquisa e da extensão II**. Caderno Pedagógico. Florianópolis: Udesc, 2002.