

O PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO DO CAPS NO BRASIL E AS ARTICULAÇÕES COM A REFORMA PSIQUIÁTRICA

*Laíra Assunção Braga*¹
*Renan da Cunha Soares Júnior*²

RESUMO

Este artigo busca retomar aspectos da Reforma Psiquiátrica Brasileira que estabeleceram relações com a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como órgão de referência no modelo de atenção aberto em saúde mental. Trata-se de uma revisão bibliográfica de fontes governamentais e discussões teóricas sobre o tema proposto. Os resultados mostram que o CAPS só pode ser pensado a partir de uma longa luta no Brasil, que já tinha precedentes na Europa, e que não cessou a busca pelo rompimento com o modelo hospitalocêntrico. A busca pelos dados também mostrou a carência de discussões que tratem dos aspectos da formação de profissionais diante dos desafios propostos pelo modelo aberto em saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: *Reforma Psiquiátrica, CAPS, Saúde Mental.*

¹ Mestre em Psicologia Institucional pela Universidade Federal do Espírito Santo – Vitória, Espírito Santo, Brasil. E-mail: lairassuncao@gmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5704-1899>.

² Doutorando em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco. Professor do Curso de Psicologia na UCDB – Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: renanjr@gmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-7477-6141>.

THE CAPS CONSOLIDATION PROCESS IN BRAZIL AND ITS ARTICULATION WITH THE PSYCHIATRIC REFORM

ABSTRACT

This article seeks to retrace aspects of the Brazilian Psychiatric Reform relevant for the creation of the Psychosocial Attention Center (CAPS) as an reference organ in the open attention model in mental health. It is a bibliographical review of governmental sources and theoretical discussions about this theme. The results show that the CAPS was conceived along a lengthy strife in Brazil, which had precedents in Europe, and which did not end the search for rupture with the hospital-centric model in Brazilian mental health. The research also showed a lack of discussions that deal with the training of professionals in face of the challenges imposed by the open model in mental health.

KEY-WORDS: *Psychiatric Reform; CAPS; Mental Health.*

INTRODUÇÃO

Este artigo se propõe enquanto uma breve revisão bibliográfica do curso de consolidação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que até 2011 foi descrito como equipamento de referência da Saúde Mental. Compreende-se a relevância do CAPS no tratamento da saúde mental no Brasil, entretanto, não se trata apenas de uma relevância técnica, o equipamento representa um movimento de novo olhar e cuidado para com o paciente que vivencia quadro de transtorno mental. A consolidação dessa nova roupagem de tratamento da doença mental não foi repentina, do contrário, foi um processo de luta, que teve precedentes na Reforma Psiquiátrica da Europa e as movimentações nacionais.

Enquanto equipamento de atenção aberta em saúde mental, o CAPS não se configura como um substituto do modelo hospitalocêntrico. A proposta vai além de substituição, pois implica um deslocamento na noção de cuidado em saúde mental, onde busca-se um processo de intervenção que caminhe rompendo com a ideia manicomial enclausurante. Portanto entende-se que, para que se compreenda como o CAPS se tornou peça chave na política de saúde mental, é necessário que se realiza uma ligação direta com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Retomar os pressupostos que culminaram no nascimento do CAPS se faz necessário para a reafirmação de sua proposta crítica à lógica manicomial. Entende-se que algumas práticas, mesmo dentro do CAPS, que é a referência para uma saúde mental em modelo aberto, ainda podem se configurar enquanto práticas totalizantes, engessadas em uma perspectiva medicalizante de docilização da loucura e por isso os ideais da Reforma precisam ser constantemente repensados. Grandes passos foram dados e o CAPS, dentre outras políticas, é materialização desses passos, mas reconhecer que ainda existem possibilidades de avanços é seguir a proposta reformista de atualização e humanização do cuidado.

Como objetivos, buscamos retomar o curso histórico de consolidação do CAPS, em consonância com o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, além de conhecer o momento histórico que culminou na criação do CAPS, enquanto modelo de atenção aberta em saúde mental e, por fim, almejamos fomentar a discussão sobre as influências da Reforma Psiquiátrica no Brasil sobre a criação do CAPS.

A busca pelos dados foi realizada por revisão bibliográfica teórica e em textos oficiais, disponibilizados pelo governo federal e que tratam do histórico e atuais diretrizes do CAPS no Brasil, além de registros alternativos que respondam ao questionamento proposto. Os materiais foram selecionados a partir de fontes que consideram a perspectiva sócio-histórica da saúde mental, compreendendo os diversos momentos que compuseram uma rede de saberes sobre a loucura. Como palavras-chave que se repetiram na busca de dados e na escrita do texto temos: reforma psiquiátrica; CAPS; saúde mental; institucionalização. Ao todo, foram utilizadas quatro fontes oficiais do Ministério da Saúde e seis produções teóricas que tratam da loucura na perspectiva histórica e abordam as atuais políticas de atenção em saúde mental.

A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Para que se compreenda o caminho da Reforma Psiquiátrica Brasileira é necessário que sejam evidenciados alguns conceitos, discussões e movimentos e, dentre eles, o que merece prioridade é a própria ideia de *loucura*. A questão da loucura foi abordada com afincado pelo filósofo francês do século XX, Michel Foucault, que tratou do histórico do ser louco desde a idade média, onde o louco era considerado possuído por forças espirituais e os tratamentos dados estavam sempre pautados no âmbito da espiritualidade.

(...) o louco era considerado até o advento de uma medicina positiva como um "possuído". E todas as histórias da psiquiatria até então quiseram mostrar no louco da Idade Média e do Renascimento um doente ignorado, preso no interior da rede rigorosa de significações religiosas e mágicas. (FOUCAULT, 1975, p. 52)

Foucault (1975) discute, ainda nesta obra, que foi apenas a partir de meados do século XVIII e início do século XIX que a doença mental passa a ser foco do saber médico e da psiquiatria. Tal saber se incumbia de classificar e agrupar os ditos doentes mentais, é a chamada medicina higienizante, que forneceu as primeiras demonstrações do que viria a ser o hospital psiquiátrico mais tarde ao reunir a doença mental -e outras características rejeitadas socialmente, como a lepra- em um espaço de exclusão social. Esse processo de higienização social, tratado por Foucault apresentou uma conexão e utilidade direta com a burguesia ascendente do século XVIII. A organização espacial da cidade burguesa

rejeitava o ócio, o desvio, o habitar as ruas, como solução, entrou o saber médico em cena para realizar a limpeza social funcional às organizações urbanas que ganhavam forma.

No Brasil, o primeiro hospício surgiu em 1852, no Rio de Janeiro. Mesquita (2008) aponta, nesse período, a preocupação social com a doença mental livre nas ruas:

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. (MESQUITA, 2008, p. 3)

Essa preocupação que pairava a organização social do século XIX no Brasil já constava nas discussões de Foucault sobre a Europa. O processo de higienização social foi uma realidade das sociedades ocidentais que buscaram o controle social através da valorização do espaço familiar privado, práticas sanitárias, valorização das relações de trabalho, dentre outras medidas visando a disciplina e normatização da vida social. Nesse novo cenário, a medicina exerceu grande funcionalidade, como já citado, Costa (1999) falou de *Ordem Médica e Norma Familiar* ao discutir como a burguesia emergente se utilizou da medicina e da cultura familiar nuclear para organizar o espaço urbano de acordo com seus interesses, principalmente econômicos.

Foucault, Jurandir Freire Costa e outros autores da temática fizeram crítica e fomentam até os dias atuais as discussões sobre o tema. Todavia, é importante relembrar nomes que impulsionaram a aplicação dessa crítica teórica, principalmente na Itália e França, que sediaram grandes movimentações contra a institucionalização psiquiátrica, dando força, assim, para a Reforma Psiquiátrica de fato ocorrer. Amarante (1995) cita a influência de Basaglia, Guatarri, Goffman e Castel e menciona a visita do grupo no Brasil, em 1978, ao Instituto de Psicanálise de Grupos e Instituições. Essa visita representava um movimento que já estava em curso e dava seus sinais no Brasil e que, fortalecido por experiências italianas e francesas ganhou fôlego e força.

É importante que se retome esses nomes e fatos, para que não se pense a Reforma no Brasil como fato isolado no tempo e espaço. Pelo contrário, ao se pensar a movimentação no Brasil e na Europa, percebe-se que eles ocorrem em um intervalo de tempo próximo, demonstrando um caráter de rede, uma tendência temporal desse novo modo de se pensar a saúde mental. Apesar de não terem disposto de meios que facilitam

a comunicação, como a internet do século XXI, as relações entre o Brasil e a Europa foram possíveis e as experiências, certamente, se influenciaram mutuamente.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira surge em um cenário peculiar. Em um momento onde a sociedade anseia por democracia e pela participação ativa das camadas sociais na constituição de novas noções de cidadania. Como bem descrito abaixo, foi em meio ao período da redemocratização brasileira que ganhou força um movimento de crítica e de reconstrução do saber psiquiátrico.

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

Importante lembrar que, anteriores à proposta da reforma psiquiátrica, houveram propostas como as comunidades terapêuticas e psiquiatria preventiva. Entretanto, como discutido por Tenório (1980) tais propostas não alcançaram de fato uma ruptura com um modelo hospitalar enclausurante, pelo contrário, representaram a ideia manicomial com uma nova roupagem. Apesar de não terem alcançado o sucesso proposto no que tange a uma maior liberdade ao doente mental ou a uma ideia preventiva, não pode deixar de ser considerada sua influência na movimentação por novas formas de se pensar o cuidado em saúde mental. Retornando ao movimento da Reforma Psiquiátrica de fato, nos deparamos com uma organização que se constituiu como grande alavanca nesta luta.

Em 1978, é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, o MTSM alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial. (TENÓRIO, 1980, p. 8)

Arelado ao MTSM, ganhou força o movimento da reforma sanitária, que, segundo Tenório (1980, p. 8) constitui-se como “um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde”. Este se propôs enquanto uma crítica ao modelo de saúde vigente de um modo geral, não apenas no setor psiquiátrico. Uma luta por gestão e técnica mais honestos e condizentes com as necessidades da população. Esse movimento ainda

não foi suficiente para uma reestruturação do movimento asilar tradicional, mas certamente fez parte da gama de fatores que denunciaram que algo carecia de mudanças e fomentaram o processo que mais tarde foi compreendido como movimento da reforma psiquiátrica.

Além do amadurecimento da crítica ao modelo privatista/asilar/segregador, a década de 1980 assistiu ainda a três processos também importantes para a consolidação das características atuais do movimento da reforma: a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental. (TENÓRIO, 1980, p. 10)

Tenório (1980), ainda nos convoca atenção para dois eventos importantes para a construção de um pensamento contrário à institucionalização, foram eles a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. O autor também enfatiza que foi a partir desses eventos, em especial a primeira conferência, que se iniciou a ruptura com a perspectiva institucionalizante de se enxergar a loucura e a visualização de um novo modelo de atenção em saúde mental começou a ser pensado de fato.

A movimentação desses eventos se desdobrou em processos como a instituição do dia 18 de maio como dia nacional da luta antimanicomial. Tenório (2002) relata o árduo percurso de tramitação da Lei proposta pelo deputado Paulo Delgado, que se constituiria mais tarde como a Lei da Reforma Psiquiátrica. O projeto original foi votado apenas 10 anos depois no Senado Federal e alterações foram realizadas, sendo retomada sua proposta inicial apenas em 2001:

Na volta do texto à Câmara dos Deputados, conseguiu-se suprimir o artigo referente à construção ou contratação de novos leitos, e a lei finalmente aprovada Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 foi considerada pelo movimento da reforma uma lei progressista, um passo à frente. (TENÓRIO, 1980, p. 12)

O caminho da reforma até a atualidade apresenta-se como conturbado, com pontos de avanços, de retrocessos e está longe de uma noção de conclusão. Ativistas antimanicomiais se deparam com muitas demandas relacionadas à formação de profissionais ainda pautadas nas lógicas do manicômio, dentre outros fatores da estrutura de saúde pública que ainda carecem de fazer funcionar efetivamente o modelo aberto. A seguir, apresentaremos um breve apanhado sobre a consolidação do CAPS, considerando

que este é uma das materializações da reforma e a referência a este modo de se pensar saúde mental no Brasil.

DA REFORMA AO CAPS

Nesse contexto de forte movimentação da reforma Psiquiátrica, surgem as primeiras concretizações do que viria a ser um novo modelo de atenção em saúde mental. Em janeiro de 1992, o Ministério da Saúde instaurou uma portaria de número 224 que regulamentava o Centro de Atenção Psicossocial, dentro do Sistema Único de Saúde, mas foi apenas em 2002 que estes centros passaram a receber um financiamento específico. (BRASIL, 2004). O primeiro CAPS, ainda sem muitas diretrizes, se propunha a receber aqueles que já não cabiam no enclausuramento do hospital psiquiátrico:

O primeiro CAPS a surgir no Brasil, denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira, surgiu em 1986, na cidade de São Paulo, a partir da utilização do espaço da então extinta Divisão de Ambulatório (instância técnica e administrativa da Coordenadoria de Saúde Mental, responsável pela assistência psiquiátrica extra-hospitalar) da Secretaria Estadual de Saúde. Este local foi transformado em um serviço que se propunha a 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. (BRASIL, 2004)

Além da criação do primeiro CAPS, na cidade de São Paulo, a cidade de Santos foi palco de um importante passo na luta da Reforma. A intervenção da Casa de Saúde Anchieta é emblemática ao se pensar a luta antimanicomial. Tenório (1980) aponta que foram constatadas denúncias de maus tratos, superlotação dentre outras condições precárias que, aliadas a toda movimentação corrente, culminaram no fechamento do local. O CAPS nasceu oficialmente no Estado de São Paulo e em pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde (2015b), apontava o número de 2209 equipamentos em funcionamento em todo o país até o ano de 2014. O referido relatório foi apresentado em sua 12ª edição e constitui-se, ele próprio, como um avanço dentro da política e da prestação de serviços do CAPS, pois traz, em 12 edições, uma atualização e prestação de contas de fácil acesso para a população compreender números e valores que se referem à política de saúde mental nos diversos âmbitos do Sistema Único de Saúde.

A ampliação do sistema de implantação do CAPS foi acompanhada de uma redução do número de leitos psiquiátricos. Dados do Ministério da Saúde (2007), indicam

que entre os anos de 2003 e 2006, foram reduzidos 11.826 leitos psiquiátricos. Trata-se de um avanço que comprova as possibilidades de sucesso do modelo aberto. No ano de 2016, comemoram-se 30 anos dos avanços conquistados pela luta antimanicomial no Brasil. Entretanto, os esforços pelo rompimento com um modelo hospitalocêntrico de tratamento da doença mental é mais antiga e, como já foi mencionado, o CAPS é uma materialização de uma engrenagem que já estava rodando, mas carecia de se fazer valer enquanto política pública.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2004)

Atualmente, o CAPS é composto por enquadramentos de acordo com o número de habitantes que atende, sendo CAPS I, II e III, serviço especial para crianças e adolescentes CAPSi e, ainda, o CAPSad, voltado para a população com necessidades subsequentes do uso de crack, álcool e outras drogas. O Ministério da Saúde divulgou em 2004 cartilha informativa sobre os trabalhos nos CAPS, apresentando a proposta do equipamento.

Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. (BRASIL, 2004)

Ainda neste documento, divulgado pelo Ministério da Saúde, é possível encontrar informações sobre as indicações de estrutura física e de equipe mínima estabelecida para cada equipamento. Entretanto, é sabido que muitos são os desafios que essas equipes encontram para de fato efetuarem um trabalho em total consonância com as premissas da política e que rompam, em definitivo, com práticas institucionalizantes.

Um grupo da Escola de Enfermagem da USP desenvolveu uma pesquisa que nos ajuda a pensar as práticas no equipamento. No trabalho, foram evidenciadas algumas

limitações, além de facilidades, que se apresentam no trabalho multiprofissional no CAPS, da maneira que é organizado atualmente em muitas cidades brasileiras. Tratou-se de uma amostra no município de Santo André, em São Paulo, onde os pesquisadores identificaram que “Os entraves localizam-se na superficialidade, na dispersão e nas dificuldades de cada membro da equipe em superar sua própria visão pessoal sobre o trabalho.” (ABUHAB; SANTOS; MESSENERG; FONSECA; ARANHA; SILVA, 2005, p. 369). A afirmativa aponta para um desafio que, certamente, não atinge apenas o município de Santo André, nem somente a política de saúde mental. A multi e interdisciplinaridade encontram ainda muitos obstáculos para efetivação completa. Como dito pelos autores da pesquisa acima relatada, esses obstáculos estão, quase sempre, relacionados a uma visão pessoal, ou seja, noções prévias que o profissional já carrega consigo e aplica à sua prática e o impede de sair do seu especialismo rumo a uma visão multidimensional do paciente.

O CAPS desenvolve seu trabalho em constante articulação com a Atenção Básica e essa articulação faz parte da estratégia do Sistema Único de Saúde de propor um cuidado em saúde que considere o cidadão e seu território em suas peculiaridades, as relações e os significados que as pessoas atribuem ao processo saúde/doença. A Atenção Básica em saúde funciona a partir da proximidade que estabelece com a comunidade e, desse modo, pode identificar, atender e encaminhar situações que competem ao âmbito da Saúde Mental, como vemos na já citada publicação do ministério da Saúde de 2004.

Ao criar uma rede de cuidados em saúde mental, estruturada a partir da Atenção Básica, o Ministério da Saúde de forma estratégica, buscou impulsionar 24 programas e serviços a partir de contextos locais, ou seja, o mais próximo possível da residência dos indivíduos. Desta forma, os serviços de saúde mental, surgem em vários municípios e vão se expandindo como dispositivos de diminuição das internações e na mudança do modelo assistencial. (BRASIL, 2004)

Em 2015, o Ministério da Saúde divulgou um novo material informativo, desta vez, sobre a estrutura física e reforma dos CAPS e reiterou que estes se constituem enquanto: “Lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares.” (BRASIL, 2015a). O manual reafirma o compromisso com a manutenção de um espaço onde o atendimento aos pacientes não se dá apenas no âmbito individual, mas também, são potencializadas as atividades grupais, a participação social, o incentivo à autonomia

e independência. Essa concepção do paciente nos seus aspectos biopsicossociais viabiliza uma intervenção multidimensional, superando o modelo médico-medicalizante, evidenciando, mais uma vez, a grande relação da consolidação do CAPS com a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A compreensão do doente mental como um cidadão de direitos e capaz de conviver e produzir em sociedade vai de encontro à ideia manicomial de manutenção do ser doente mental que apenas habitava um espaço hospitalar, sendo medicalizado para, além do tratamento de fato, ser mantido “domado”. A preconização da estrutura física e profissional do CAPS possibilitam esse novo fazer em saúde mental. Uma das propostas do Programa é oferecer aos pacientes oficinas terapêuticas, podendo estas ser das mais variadas formas, através da produção de artesanato, produção musical, dança ou qualquer outra manifestação artística que respeite as peculiaridades dos sujeitos e promova socialização, participação, informação, autonomia e, em alguns casos, até o estímulo à geração de renda para esse paciente. A oficina é uma forma de garantir ao cidadão usuário do CAPS, acesso a seu direito de ser reconhecido como parte da sociedade e não ser reduzido a um dependente de medicações que lhe limitariam em atividade e potencialidade.

Entretanto, para além do reconhecimento dos avanços, é necessário que não se deixe de pensar as necessidades que ainda podem se fazer presentes para que a caminhada da Reforma se perpetue e esteja em constante atualização. Ao nos deparar com a realidade de muitos municípios brasileiros, encontramos vínculos de trabalho frágeis, onde um quadro profissional efetivo não é uma realidade unânime, apesar de ser indicado para que assim ocorra para a manutenção do vínculo com o paciente. Com vínculos instáveis, o processo de capacitação e formação continuada fica comprometido e, conseqüentemente, a proposta do equipamento também é ameaçada. Reconhecer essas lacunas é fundamental para outros passos nesse caminho.

A TIPOLOGIA DOS CAPS NO BRASIL

Como já dito anteriormente, os CAPS são diferenciados por critérios de distribuição e demanda da população atendida. Segundo o Ministério de Saúde (2004):

Os diferentes tipos de CAPS são: • CAPS I e CAPS II: são CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. • CAPS III: são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. • CAPSi: CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais. • CAPSad: CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação. (BRASIL, 2004).

O CAPS I e II e III variam em relação ao quantitativo da população atendida, sendo o CAPS I para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, CAPS II para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes e CAPS III para municípios com população acima de 200.000 habitantes. O CAPSi para municípios com população acima de 200.000 e CAPSad para municípios com população acima de 100.000 habitantes. (BRASIL, 2004).

Essas especificidades dentro da proposta do CAPS são importantes levando em consideração as premissas de humanização no atendimento. Quando se considera que cada público e sua demanda apresenta necessidades estruturais e subjetivas diferentes, é possível pensar em um atendimento que compreenda o ser humano em sua integralidade e especificidades. O CAPSi, por exemplo, prevê um médico psiquiatra ou neurologista ou, até mesmo, um pediatra com formação em saúde mental, pois o público é infantil.

Todas unidades consideram a presença de profissionais com formação em saúde, mas, também, incluem artesãos na composição mínima (Brasil, 2004). A inclusão de um profissional que viabilize a expressão artística dos pacientes também é um ponto a se destacar no cuidado em saúde mental pós reforma psiquiátrica, pois demonstra que o novo modelo busca explorar o potencial produtivo e criativo dos pacientes, entendendo que estes não seres passivos, que carecem de rótulo e medicação apenas.

O CAPS DENTRO DA REDE

Já dissemos que o CAPS funciona em articulação com a Atenção Básica, no SUS. Mas, enquanto equipamento, ele também está articulado a outros serviços de saúde mental que pertencem a mesma rede, a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial).

Dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se a implantação de uma Rede de serviços aos usuários que seja plural, com

diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas/graves. As abordagens e condutas devem ser baseadas em evidências científicas. Esta Política busca promover uma maior integração social, fortalecer a autonomia, o protagonismo e a participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental. Os pacientes que apresentam transtornos mentais, no âmbito do SUS, recebem atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). (BRASIL, 2018).

Dentro da RAPS, o CAPS é um dos equipamentos de referência, mas a Rede abrange ainda serviços dentro da Atenção Básica de saúde; serviços de acolhimento hospitalar; promoção da autonomia, convivência social e incentivo à desinstitucionalização como residências terapêuticas, dentre outras ofertas, formando uma política de cobertura abrangente dentro dos territórios. A ideia de contemplar estratégias em saúde mental desde a Atenção Básica é interessante pois possibilita, também, visualizar o caráter preventivo. O cuidado se inicia nas Unidades Básicas de Saúde, com o trabalho de aproximação realizado pelo Agente Comunitário de Saúde que proporciona à equipe técnica a oportunidade de mapear as demandas do território e desenvolver ações grupais e individuais que visem minimizar, eliminar ou encaminhar situações antes que estas atinjam um caráter drástico. A prevenção também simboliza uma ruptura com a visão manicomial de intervenção após um processo instalado. Os encontros de grupos que ocorrem nas Unidades de Saúde já possibilitam a detecção de situações de risco e correta orientação dos usuários do sistema, pautados em informações de caráter técnico, supostamente isentos de estigmas sociais ou preconceitos.

Dentro da Rede de Atenção Psicossocial, o CAPS, como já dito, é mais um dos serviços ofertados, mas este apresenta relevância e reconhecimento social, pois se constitui como um referencial no cuidado. Os outros serviços da rede se ligam ao CAPS através do encaminhamento e recepção de pacientes. Mesmo os moradores das residências terapêuticas (outro serviço da RAPS) participam de atividades e são usuários dos CAPS, demonstrando como a consolidação deste equipamento é peça chave no processo de atenção aberta em saúde mental.

CONCLUSÃO

Por fim, mas ainda sem chegar ao fim deste longo caminho rumo a um cuidado em saúde mental mais humano e afirmativo das potencialidades de seus usuários,

encontramos uma atual política de saúde mental que apresenta o tem no CAPS sua base. O equipamento já possui reconhecimento social como espaço de tratamento da doença mental, em suas diversas circunstâncias. Este já é, sem dúvida, um ponto positivo dentro da política, pois promove deslocamento da ideia de que a única possibilidade de tratamento é a internação psiquiátrica. Muitos foram os obstáculos e conquistas, avanços e retrocessos para chegarmos até a organização atual de atendimento nos CAPS. Na busca por material bibliográfico que tratasse do caminho de consolidação, encontraram-se muitos dados sobre barreiras legais, físicas e estruturais, entretanto foi sentida de modo evidente a escassez de material que trate dos possíveis obstáculos *subjetivos* da implantação dos CAPS. Por possíveis obstáculos subjetivos, compreende-se a concepção de que a formação profissional ainda pode seguir em perspectivas hospitalocêntricas, manicomial. Sugere-se, então, como prática de pesquisa futura, a ampliação da discussão sobre as questões subjetivas que perpassaram o novo modelo. Isso se faz importante para que a organização atual do CAPS funcione, não somente em seus espaços físicos, mas, principalmente, em suas práticas de cuidado em uma busca por tratamento cada vez mais humanitário e promotor de cidadania.

Sobre o artigo:
Recebido: 18/11/2018
Aceito: 17/07/2019

REFERÊNCIAS

ABUHAB, D.; SANTOS, A.B.A.P.; MESSEMBERG, C.B.; FONSECA R.M.G.S.; ARANHA; SILVA, A.L. O trabalho em equipe PESQUISA multiprofissional no CAPS III: um desafio. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 26, n. 3, p. 369-380, 2005.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Presidência da República. **Lei Nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011.

BRASIL. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental em dados**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília: Ministério da Saúde: Brasília, 2007.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Graal: Rio de Janeiro.1999.

FOUCAULT, M. **Doença Mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro,1975.

MESQUITA, J. F. **Quem Disse Que Lugar de Louco É no Hospício?** Um estudo sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu- MG –Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

TENÓRIO, F.: 'A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito'. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v 9, n. 1, p. 25-59, jan.-abr. 2002.