



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIENCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

PÂMELA DAYANE OLIVEIRA DA SILVA

**CAPS AD III LESTE- NATAL/RN E SEUS DESAFIOS PARA EFETIVAÇÃO DA
POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.**

NATAL
2013

PÂMELA DAYANE OLIVEIRA DA SILVA

**CAPS AD III LESTE- NATAL/RN E SEUS DESAFIOS PARA EFETIVAÇÃO DA
POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado para obtenção do título de Graduado no Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Orientadora: Prof.^a Josivânia Estelita Gomes de Sousa

NATAL
2013

Catálogo da Publicação na Fonte.

UFRN / Biblioteca Setorial do CCSA

Silva, Pâmela Dayane Oliveira da.

CAPS ad III leste – Natal/RN e seus desafios para efetivação da política de saúde mental/ Pâmela Dayane Oliveira da Silva. - Natal, RN, 2013.
49f.

Orientadora: Prof.^a Josivânia Estelita Gomes de Souza.

Monografia (Graduação em Serviço social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Serviço social.

1. Saúde mental - Brasil - Monografia. 2. Reforma psiquiátrica - Monografia. 3. Centro de Atenção Psicossocial - CAPS - Monografia. I. Souza, Josivânia Estelita Gomes de. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BS/CCSA

CDU 364.622-53(81)

PÂMELA DAYANE OLIVEIRA DA SILVA

**CAPS AD III LESTE- NATAL/RN E SEUS DESAFIOS PARA EFETIVAÇÃO DA
POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora, como exigência parcial para a obtenção de título de Graduação do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Josivânia Estelita Gomes de Sousa
Orientadora – UFRN/DESSO

Prof.^a. Dra. Maria Dalva Horácio da Costa
Membro – UFRN/DESSO

Kenya Kelly da Silva Rocha
Assistente Social do CAPS AD III LESTE

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer a Deus pai do nosso senhor Jesus Cristo ao qual eu não estaria onde estou se não fosse por ele, “Porque dele por ele e para ele são todas as coisas a ele a gloria para sempre amem”. (Romanos 11:36)

Quero agradecer a minha família meu pai Paulo Modesto, minha mãe Sandra, e todos os meus irmãos Thompson, Sandro, Paula, Brenda, Paulo Jr e Mônica que me apoiaram, ajudaram durante todo esse processo de formação.

Agradece também a meu marido Jorge Felipe por fazer parte da minha vida compartilhar comigo deste sonho que foi realizado.

A meus parentes e amigos Ariane, Rute, Vinicius, Mauro, Natalia Gabriela, Viviane, Ari e Alysson.

A minha família tios e tias primos e primas que me apoiaram e estiveram ao meu lado mesmo de longe.

A assistente social Kenya do CAPS AD III LESTE que me ajudou muito durante todo processo de estágio e de construção desta pesquisa.

A toda a equipe de profissionais dos CAPS AD III LESTE pelo apoio e colaboração nesta pesquisa.

A minha orientadora Josivânia por todo tempo dedicado para a elaboração desta pesquisa.

Aos amigos, professores e servidores da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) que estiveram comigo durante o processo de formação.

Pâmela Dayane.

A todos aqueles que buscam a garantia do
direito de todos.

*Saúde um direito de todos e um dever do Estado.
(Art. 196 da Constituição Federa)*

RESUMO

O direito a saúde no Brasil foi conquistado através de muitas lutas, de vários setores da sociedade, e hoje ela é considerada um direito de todos e um dever do Estado, de modo que este é responsável pela sua efetivação. A saúde mental não fica de fora das lutas por uma melhor qualidade dos serviços prestados aos usuários, e vem lutando por direitos, com a reforma psiquiátrica iniciada a partir da década de 1970, juntamente com a reforma sanitária que também ocorria no Brasil no mesmo período. A reforma psiquiátrica possibilitou a luta antimanicomial e a redução progressiva dos hospitais psiquiátricos por outros modelos substitutivos ao qual incluem os CAPS e os NAPS dentre outros. O presente trabalho abordará a trajetória da saúde até sua garantia como direito de todos, o SUS na atualidade, mas tendo como foco os desafios para a efetivação da política de saúde mental no Centro de atenção Psicossocial álcool e outras drogas CAPS ad III Leste, ele tem como objetivo, analisar os desafios postos a efetivação da política de saúde mental no CAPS Ad III Leste, para isso foi realizada entrevistas com profissionais que trabalham na instituição. Hoje apesar de todas as conquistas desses setores, incluindo a criação do Sistema Único de saúde, uma grande conquista da sociedade, podemos observar muitos desafios ainda presentes para que esses serviços públicos sejam efetivados e sejam de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde no Brasil; Saúde mental; Reforma Psiquiátrica; Desafios; CAPS ad III Leste.

ABSTRACT

The right to Health in Brazil was obtained through many struggles and battles, from various sectors of society. Today, Health is considered a right for all and a duty of the state, which is also responsible for its effectiveness. However, the struggle and fighting for rights is still on when it comes to Mental Health and the quality of service provided to its users. This battle became more evident with the Psychiatric Reform that happened in Brazil in the 1970s, along with the Sanitary Reform that also occurred during the same period. The Psychiatric Reform also enabled the anti asylum process and the progressive reduction of psychiatric hospitals by alternative models, which included the CAPS and NAPS among others. My focus will not only be on the SUS and its present status, but also on the challenges for the effectiveness of the Mental Health Policy at the Center for Psychosocial care Alcohol and other drugs ad CAPS III East. The goal is to analyze the challenges posed to the effectiveness of Mental Health policy in CAPS Ad East III, and for that instance, many interviews has been performed with professionals working in such institution. Today, despite all the achievements in these sectors, such as the creation of the Unified Health, we can still observe several challenges when it comes to effectiveness and quality of these public services. The intent of this study is to approach Health and its trajectory to the point where it becomes a warranty to a universal right.

KEYWORDS: Health; Psychiatric Reform; Challenges; CAPS AD III East.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 Idade	35
GRÁFICO 2 Ano de formação dos profissionais do CAPS ad III	36
GRÁFICO 3 Tipo de vínculo com a instituição	37
GRÁFICO 4 Tempo de trabalho na instituição.....	38
GRÁFICO 5 Participação de congressos e eventos em saúde mental	38
GRÁFICO 6 Último congresso ou evento que participou	39
GRÁFICO 7 Religião	39

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIS - Ações Integradas de Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas

CAP's - Caixas de Aposentadoria e Pensões

CONASP - Conselho Consultivo em Administração de Saúde Previdenciária

DINSAM - Divisão Nacional da Saúde Mental

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IAP's - Institutos de Aposentadoria e Pensões

LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social

MTSM - Movimentos dos trabalhadores em Saúde Mental

NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

RN – Rio Grande do Norte

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS – Sistema Único De Saúde

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL	13
2.1 A TRAJETÓRIA ATÉ À CONSTITUIÇÃO DE 1988.....	13
2.2 O SUS NA ATUALIDADE.....	19
3 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL	23
3.1 REFORMA PSIQUIATRICA E A CRIAÇÃO DOS CAPS.....	23
3.2 O CAPS AD III LESTE NATAL/RN.....	29
4 O CAPS AD III LESTE NATAL/RN: DEMANDAS E DESAFIOS	35
4.1 PERFIL DA EQUIPE.....	35
4.2DESAFIOS PARA EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL	40
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE	49

1 INTRODUÇÃO

Ao elaborarmos esse trabalho, pensamos em pesquisar e fazer uma análise a cerca da temática saúde mental com foco na atuação do CAPS AD III Leste dentro desta política destinada para usuários de álcool e outra drogas, tendo por finalidade, conhecer os desafios para efetivação desta política.

A pesquisa CAPS AD III Leste- Natal/RN e seus desafios para efetivação da política de saúde mental tem como objetivos conhecer o CAPS AD III Leste e sua atuação na sociedade dentro da política de saúde mental para usuários de álcool e outras drogas, analisar as demandas posta a equipe de saúde mental dentro do CAPS AD III e como essas demandas são atendidas, traçar o perfil da equipe e conhecer e analisar os desafios para a efetivação desta política

Para a construção dessa pesquisa, utilizamos metodologias como pesquisas bibliográficas, e de campo com os profissionais e técnicos do CAPS AD III Leste, utilizamos também os conhecimentos adquiridos durante dois semestres de estágio curricular na instituição e durante todo o processo de formação acadêmica.

Partindo do pressuposto que o CAPS AD III Leste apresenta muitos desafios à efetivação da política de saúde mental em sua totalidade, e que ele não consegue atender a todas as demandas que chegam à instituição, tendo como uma das principais causas a falta de estrutura a insuficiência de recursos tanto humanos quanto material, é que propusemos fazer essa pesquisa onde analisamos através de pesquisas já citadas anteriormente se existem realmente esses desafios no serviço.

Para tanto, fizemos no primeiro capítulo uma pesquisa bibliográfica sobre a construção do direito á saúde no Brasil, e a trajetória da saúde até a constituição de 1888 onde ela passa a ser um direito de todos garantido por lei como direito de todos e dever do Estado, abordaremos o Sistema Único de Saúde na atualidade que apesar de ser uma grande conquista está rodeado de grandes entraves para sua plena efetivação.

Traremos também no segundo capítulo a política de saúde mental conquistada em nosso país, a reforma psiquiátrica no Brasil que fez uma crítica ao modelo hospitalocentrico e aos maus tratos sofridos pelas pessoas com transtornos mentais,

abordaremos a criação dos CAPS no país como modelo substitutivo dos hospitais psiquiátricos que vem sendo progressivamente reduzidos no país.

No terceiro capítulo traçaremos o perfil da equipe que atua na instituição e os desafios para a efetivação desta política, identificados através das entrevistas feitas a 10 profissionais de nível superior e técnicos de nível médio que trabalham na instituição sendo que os entrevistados de nível superior serão abordados no decorrer do trabalho como entrevistados 1,2,3 [...] e os entrevistados de nível médio serão abordados como entrevistados A, B, C [...].

2 CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

O direito a saúde que temos hoje assegurado legalmente no Brasil foi conquistado através de muita luta, por parte dos profissionais dos setores da saúde, da sociedade civil e dos movimentos sociais que lutaram para conseguirem que ela fosse garantida como direito de todos e não de uma pequena parcela da sociedade.

Neste capítulo será abordada a trajetória da saúde no Brasil, desde da colonização, a chegada da família real portuguesa, o período da proclamação da república, a ditadura militar e como se deu a luta até a garantia do direito na constituição do nosso país de 1988.

Abordaremos também o Sistema Único de a Saúde (SUS) na atualidade que foi criado na constituição de 1988, seus princípios e desafios que são muitos apesar deste sistema ser um dos melhores já criado no mundo.

Para isso utilizamos autores como Bertolli (2002), (Bravo 2001), Bravo (2010), e Silva (2009) que trazem uma discursão sobre o tema proposto.

2.1 A TRAJETÓRIA ATÉ À CONSTITUIÇÃO DE 1988

Não se pode falar de saúde mental sem fazer uma breve retrospectiva na história da saúde no Brasil até que esta fosse constituída como um direito de todos e um dever do Estado pela constituição de 1988 e pela criação do Sistema Único de Saúde.

A saúde no Brasil não era um direito de todos, e desde a colonização até ela ser garantida como direito pela constituição em 1988, foi uma longa jornada de lutas de movimentos como o operário, organizações do setor da saúde, da sociedade civil entre outros.

Segundo Bertolli (2002), as santas casas de misericórdia foram quem atenderam a população com atendimento hospitalar nas maioria das cidades brasileiras desde a colonização. A primeira casa foi fundada em 1543 na vila de Santos, pois com a chegada da família real portuguesa no Brasil em 1908 necessitou-se de uma estrutura mínima que desse suporte ao poder se instalou na cidade do Rio de Janeiro, neste período. Houve então a fundação de duas academias médico-cirúrgicas do rio de

janeiro em 1813 e da Bahia em 1815 e que se tornaram escolas de medicina posteriormente. A fase Imperial do Brasil passou e os graves problemas com a saúde da população continuavam.

Segundo Bertolli (2002), houve a proclamação da República 1889, e com ela a ideia de modernizar o Brasil a todo custo, à necessidade de atualizar a economia e a sociedade que até pouco tempo atrás era escravista com o mundo capitalista. Redefine então os trabalhadores brasileiros como capital humano, tendo como base a ideia de que as funções produtivas são a fonte geradora de riquezas do país. Mas a desorganização dos serviços de saúde era visível e fez com que aumentasse a onda de novas epidemias, e ainda entre 1890 e 1900 a população do Rio de Janeiro e as principais cidades brasileiras estavam sofrendo com doenças como a malária, febre amarela, varíola, peste bubônica¹, entre outras.

Com uma situação que estava caótica, os médicos higienistas recebem incentivos do governo para criar estratégias para o saneamento de áreas que são indicadas por eles. Começa uma fiscalização sanitária e os médicos passam a divulgar regras básicas de higiene, isolar aqueles que eram atingidos por moléstias e pacientes que eram considerados perigosos, e nesse período a hospitalização compulsória não era somente para os que tinham doenças contagiosas, mas também para doentes mentais. (p.12-14.)

Com a proclamação República houve também um período no Brasil onde o país foi governado por Oligarquias², esse período é conhecido como República Velha que durou de 1889-1930 e o produto principal da economia na época era o café, que com os lucros que ele gerou, uma parcela deles contribuíram para a o início da industrialização do país.

As oligarquias da República Velha buscaram apoio na ciência da higiene para examinar detidamente o ambiente físico e social das populações urbanas. Tratava-se, na verdade, de definir estratégias para

¹Doença que se caracteriza pelo aparecimento de ínguas nas virilhas e axilas ,hemorragias e septicemia rapidamente mortal. O rato é essencial para sua disseminação, que é transmitida ao homem pela pulga. (BERTOLLI, 2002, p.13).

²Essa oligarquia era realizada pelos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais.

melhorar as condições sanitárias das áreas vitais para a economia nacional - as cidades e os portos. (BERTOLLI, 2002, p.16)

Segundo Bertolli (2002,p.24-27) em 1902 Rodrigues Alves se torna presidente do Brasil e nomeia Osvaldo Cruz como diretor geral do departamento nacional de Saúde Pública, ele se propôs a erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, e para isso criou um exército para trabalhos de higienização e fiscalização nas casas e ruas, queimou roupas e colchões, destruiu favelas na tentativa de combater as doenças, mas a população não estava satisfeita com a forma que ele estava lidando com as doenças, ainda mais pela medida que ele adotou de vacinação obrigatória para toda população nacional o que causou uma revolta na população conhecida como Revolta da Vacina em 1904.

O povo assustado, reagiu contra o programa de vacinação em massa não só porque nunca tinha passado por um processo semelhante, mas também por desconhecer a composição e qualidade do material empregado na imunização.(BERTOLLI, 2002, p.27)

O Brasil passa por mudanças, a indústria cresce, os imigrantes (principalmente Europeus) chegam ao Brasil desde o final do século XIX, há uma crescente urbanização no país, mas o operariado brasileiro ainda vivia em péssimas condições de trabalho e não havia direitos que garantissem um mínimo de segurança nem mesmo em saúde, pois se ficassem doentes ou se houvesse um acidente de trabalho eles eram obrigados a buscar auxílio nos hospitais filantrópicos, o que os leva a se unirem e fazer greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1919 onde eles passam a conquistar alguns direitos sociais.

Carlos Chagas (sucessor de Osvaldo Cruz), em 1920 reestrutura o departamento nacional de saúde introduzindo a propaganda e educação sanitária no plano de ação e modifica o modelo anterior, inovando o que era apenas fiscal e policial em uma tentativa de ampliar o atendimento a saúde.

Segundo Bertolli (2002,p.33) há a aprovação da lei Elói Chaves em 1923 que instituiu as caixas de aposentadoria e pensões (CAP's) para a categoria profissional dos ferroviários, ela assegurou a estes o direito de tratamento médico, de medicamentos, de aposentadoria por tempo de serviço ou invalidez, de auxílio funeral,

e pensão para herdeiros no caso de falecimento. Para isso era retirado do salário dos funcionários 3% da renda bruta, e das empresas era retirado 1% da sua renda bruta.

Já na década de 1930 o modelo oferecido por Elói Chaves foi adotado por Getúlio Vargas, que ampliou as caixas de aposentadoria e pensões para as demais categorias profissionais, as antigas CAP's passam a se chamar Institutos de Aposentadoria e pensões (IAP's) , e o governo criou também o ministério do trabalho e do emprego, ministério de educação e saúde e da indústria e do comércio.

Segundo Bravo, (2001, pg.3,4) partir de 1930 com o processo de industrialização que ocorria no país, o processo político de redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais e outras reivindicações dos trabalhadores trouxe alterações para o país, esse processo permitiu o surgimento de políticas sociais nacionais. Já a política de saúde estabelecida nesse momento era de abrangência nacional, constituída em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária.

Getúlio também desfez as oligarquias através de uma reforma política e administrativa, onde retirou da administração líderes da antiga República Velha, implantou 1937 a ditadura do Estado Novo, que vai até 1945. Segundo Bravo (2001):

A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller. No final dos anos 40, com o Plano Salte, de 1948, que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia: a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais. O plano apresentava previsões de investimentos de 1949 a 53, mas não foi implementado.(p.5)

A assistência médica ainda era questão que não havia tido uma prioridade, por isso ainda era precária e o quadro de doenças ainda era preocupante.

Em 1953 há a criação do Ministério da Saúde, que segundo Bertolli (2002,p. 40-44), falhou por não criar reformas fundamentais nem organizar uma política de saúde eficiente.

A falta de dinheiro impedia que o Estado atuasse com eficácia na péssima situação da saúde coletiva: faltavam funcionários especializados, equipamentos apropriados, postos de atendimento e,

sobretudo, faltava deânimo dos servidores. Em consequência o Ministério da Saúde atuou de maneira pouco eficiente na redução dos índices de mortalidade e morbidade das doenças que inutilizavam o trabalho e para a vida de muitos brasileiros. ((BERTOLLI, 2002, p.40)

Em 1960 a criação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que iria unificar as contribuições a serem pagas pelos trabalhadores para os institutos que estivessem filiados.

O período de 1964 início da ditadura no Brasil que se estendeu até 1985 e entre os anos de 1968 e 1974 segundo Bertolli (2002,p. 49-54) houve um período chamado de milagre econômico foi um período em que as taxas do produto interno Bruto (PIB) tornaram-se próximas a dos países ricos o que elevou o país a oitava potência econômica do mundo juntando com a conquista do título de tricampeão mundial de futebol.. Isso gerou uma falsa impressão de desenvolvimento do país, já que os trabalhadores tinham o poder de compra reduzidos e uma difícil situação de vida. As instituições eram controladas pelo Estado que regulava a sociedade.

A política social, no período de 1974 a 1979, , teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da “questão social”, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares.(BRAVO, 2001 p.7)

A ditadura militar tráz efeitos também para a área da saúde, que teve uma queda, uma baixa dos investimentos no Ministerio da Saúde, ele foi limitado a praticamente programas e projetos. Com as dificuldades das caixas de institutos de aposentadoria e pensões, foi criado o Instituto Nacional de Previdencia Social (INPS), em 1966 que unificou todos os órgãos previdenciários, para atender aos trabalhadores. O INPS firmou acordos com o setor privado, pois não conseguia atender todos os contribuintes.

No final da década de 1970, a ditadura militar já está em processo de crise político-ideológica e fiscal, da qual a crise da previdência é uma expressão e explicitação setorial no âmbito do Estado. (BRASIL, 2006 p.40)

Com o fim do regime militar, o país passou a enfrentar uma crise econômica, houve o crescimento dos movimentos sociais e a participação de da sociedade civil na

luta pela saúde, além dos profissionais da saúde, o movimento sanitário que propunham a implantação de um Sistema Único de Saúde.

...o movimento sanitário, vindo de algumas experiências da década anterior, inicia os anos 1980 propondo como linha tática a ocupação dos espaços institucionais e a formulação/ implementação ativa de políticas de saúde frente à crise previdenciária do Estado.(BRASIL, 2006 p.41)

Com a instalação da Nova República que se inicia 1985, o movimento sanitário chega organizado, mobilizado o que culmina na 8ª Conferência Nacional de Saúde que ocorre 1986 que teve como foco temas como a Saúde como direito e a Reformulação do Sistema Nacional de Saúde.

A 8ª Conferência foi um evento duplamente inédito. Inédito na história das políticas de saúde porque não se tem notícia de que o poder executivo brasileiro jamais tenha convocado a sociedade civil para o debate de políticas ou programas de governo, menos ainda no estágio ou momento de sua formulação na escala de que o fez naquele momento. Todas as sete conferências de saúde anteriores pautaram-se por um caráter eminentemente técnico e pela baixíssima representatividade social marcada pela participação praticamente restrita a gestores e técnicos governamentais (BRASIL, 2006 apud Carvalho, 1995:53, p.48).

Segundo Brasil 2006, a 8ª Conferência resultou as seguintes diretrizes:

- a afirmação do princípio da participação das entidades representativas na formulação da política e no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde;
- a reformulação das Ações Integradas de Saúde, de modo a possibilitar amplo e eficaz controle da sociedade organizada nas instâncias de coordenação da época;
- a constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde composto por representantes de: ministérios da área social; governos estaduais e municipais; entidades civis de caráter nacional, a exemplo de partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares. Ao conselho seriam conferidas atribuições de

orientação do desenvolvimento e de avaliação do Sistema Único de Saúde, incluindo a definição de políticas, orçamento e ações;

Com constituição de 1988, depois de vários acordos políticos e pressão popular, esta carta atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário como a democratização do direito a saúde de natureza universal, pública, descentralizada, integrando ações curativas, preventivas e de promoção a saúde, a Constituição do Sistema Único de Saúde entre outros. A saúde agora se torna um direito de todos e um dever do Estado.

Todas essas conquistas apesar de grandes ainda passam por um processo para que seja garantida sua efetividade. A conquista do SUS garantida pela constituição, já é considerado um grande avanço para o nosso país, mas o desafio é de que ele saia do papel e se torne efetivo na vida dos cidadãos, ainda está muito distante do que esperamos que ele seja. No próximo tópico, apresentaremos uma análise do SUS nos tempos atuais.

2.2 O SUS NA ATUALIDADE

A constituição de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde e ele está regulamentado nas leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que determina as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e na lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que visa sobre a participação popular na gestão do SUS e transferências de recursos financeiros na área da saúde, ela irá regular em todo território nacional ações e serviços de saúde. Ela tem como princípios e diretrizes:

- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- 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;
- igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- participação da comunidade;

- descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.(BRASIL,1990)

Apesar de todos esses princípios que deveriam ser cumpridos em uma totalidade em todas as unidades de saúde, o que podemos observar no cenário atual da nossa sociedade e o descaso com a população que não tem seu direito garantido e são muitas vezes atendidas por um sistema de saúde precário. O SUS realmente já foi um grande avanço para a sociedade brasileira mas ainda precisa ser revisto para sua melhor efetivação, Silva traz o que representou a construção do SUS em sua citação que diz:

A construção do SUS representou uma engenhosa integração entre os serviços da União, dos estados, dos municípios e dos serviços da assistência médica previdenciária. A articulação dos gestores das três esferas de governo nos espaços de pactuação criados foram passos fundamentais para que um país federativo e de dimensões continentais como o Brasil adquirisse uma condição mais favorável para construção de um sistema nacional de saúde. (SILVA, 2009 p.38)

O conceito de saúde também foi ampliado com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e com a regulamentação do SUS ele passa a abranger segundo a lei 8.080 de 1990 fatores determinantes e condicionantes como: 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, esse novo conceito beneficia os usuários da saúde e traz uma responsabilidade maior para governantes do nosso país de consolidar e criar novas políticas publicas que iram sanar os défices que ocorram em vários outros setores condicionantes para a efetivação deste conceito como os setores da assistência, da educação do trabalho entre outros e conseqüentemente garantirem que a população tenha saúde de qualidade.(BRASIL, 1988)

Apesar de todos esses avanços que foram conquistados através de lutas o SUS como todos os serviços públicos no país passam por grandes desafios para sua efetivação e para que ele tenha serviços de qualidade no seu atendimento e garanta uma assistência à saúde adequada para as necessidades da população hoje precarizados.

O que vemos segundo Behring (2009) são configurações de padrões universalistas e redistributivos de proteção social tensionado pelas estratégias de extração de grandes lucros, com privatização de setores de utilidade pública incluindo a saúde, assim o que tem ocorrido é a redução dos direitos.

Podemos identificar desafios presentes no nosso cotidiano ao acessar os serviços públicos de saúde como:

- A superlotação dos hospitais, não havendo leitos necessários para todos os usuários, sendo estes atendidos nos corredores hospitalares expostos a vários constrangimentos;
- A falta de vagas para suprir toda a demanda da população;
- Precárias condições das estruturas dos serviços de saúde;
- A falta de recursos financeiros, materiais e humanos que supram as demandas dando um atendimento de qualidade;
- Atrasos em pagamentos dos servidores;

Esses são só alguns dos muitos desafios que podemos encontrar nos serviços de saúde no Brasil e que estão presentes em todas as áreas da saúde incluindo a saúde mental segundo experiências que vivenciamos. Segundo Silva (2009,p.42)

Persistem dificuldades importantes no acesso e na qualidade dos serviços públicos: os indicadores de cobertura muitas vezes são insuficientes e inadequados; hospitais públicos apresentam frequentes problemas de estrutura e ineficiência de gestão; a construção de unidade para o sistema público não superou a segmentação da rede de serviços e a fragmentação no cuidado ao usuário.

Segundo o autor há também uma ineficiência da gestão, está, no entanto estaria ligada a todas as esferas tanto municipal, estadual e federal que deveriam agir em conjunto para implementar um serviço de qualidade.

Podemos considerar o SUS um sistema de saúde ousado pois segundo Silva (2009, p.41) retirou o direito à saúde da esfera trabalhista e do mercado e o remeteu à esfera do direito de cidadania. Pertence ao Estado agora a sua garantia, um sistema considerado um dos melhores sistemas de saúde do mundo, mas que ainda está em

um processo para que seja realmente um serviço eficiente. O que podemos observar também é que há uma privatização dos setores públicos incluindo a saúde onde são mais valorizados os planos de saúde, pois são considerados mais eficientes que o serviço público que deveria ser de melhor qualidade onde fica-se o dilema de que o público é para os pobres e o privado para aqueles que conseguem pagar os das classes economicamente elevadas.

Segundo Silva (2009) o SUS se caracterizou desde sua criação como o 'sistema dos pobres já que os ricos só o utilizam em complemento aos seu planos de saúde privados já existentes o utilizam mais para procedimentos mais complexos e para medicações mais caras.

Nessa perspectiva, os aspectos apresentados acerca das dificuldades de efetivação do SUS, recaem sobre os mais variados usuários da Saúde. Não é diferente com relação à saúde mental que passa por mudanças ao longo da história da saúde no Brasil e ainda está em processo de melhoria para que a efetivação dos serviços prestados seja mais concreta.

3 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Neste capítulo abordaremos as questões essenciais acerca da reforma psiquiátrica brasileira seu início que se configura contemporâneo a reforma sanitária, o que motivou esta luta no país, quem fez parte desse processo, a abordagem da crítica dos profissionais de saúde as precárias condições de trabalho e ao tratamento que os pacientes com transtornos mentais estavam submetidos.

Citaremos as Conferências Nacionais de Saúde Mental que ocorreram no Brasil ao longo dos anos posteriores ao início da reforma, e a criação dos CAPS como um dos mecanismos que contribuem para sua redução dos leitos psiquiátricos e para a redução progressiva dos hospitais psiquiátricos com foco no CAPS ad III Leste para usuários de álcool e a outras drogas.

Alguns autores foram abordados, posto que eles contribuíram com a temática proposta. São eles Silva (2006), Brasil (2006), o Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas de 2005, Hirdes,(2009), as Portarias nº 251 de 2002, e 336 de 2002 dentre outros.

3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A CRIAÇÃO DOS CAPS

A Reforma psiquiátrica brasileira Segundo Brasil (2005) é contemporânea a Reforma Sanitária que ocorreu na década de 1970, neste período há uma efervescência dos movimentos sociais que lutavam pelos direitos dos pacientes com transtornos mentais, e eles partiram de uma crítica ao modelo hospitalocêntrico, quando aparecem denúncias de maus tratos e violência, que era vivido pelos pacientes dos manicômios, a falta de higiene, superlotação, falta de médicos e a péssima qualidade dos atendimentos sofridos nos asilamentos desses usuários nos hospitais psiquiátricos, juntamente com a grande privatização da assistência à saúde naquele período. A experiência de outros países que também estavam lutando pela reforma psiquiátrica também influenciou na reforma psiquiátrica brasileira.

No Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas de 2005 cita que:

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005 p.6)

Apesar da Reforma psiquiátrica ocorre no mesmo período da Reforma sanitária que lutava pela melhoria da prática da saúde no Brasil, ela tem sua própria história que vem do cenário internacional de luta contra a violência sofrida no modelo asilar.

Segundo Silva, (2006) apud Amarante,(1995) p.44) a Reforma tem seu marco com a crise do DINSAM (Divisão Nacional da Saúde Mental) órgão responsável pela realização de políticas de saúde mental do Ministério da Saúde, trata-se da crítica devido a precárias condições de trabalho, a ameaças a funcionários e a pacientes. Isso mobiliza outros profissionais que criam o MTSM (Movimentos dos trabalhadores em Saúde Mental).

Por causa destas precárias condições, em abril de 1978, quatro unidades do DINSAM entram em greve após a demissão de muitos trabalhadores. Já o MTSM era um movimento na área da saúde com participação popular, profissionais técnicos e simpatizantes de outras áreas, ele era um espaço de luta não institucionalizado, que reforçava a crítica a institucionalização ao qual os pacientes psiquiátricos estavam submetidos que era ineficiente, isso reforçava seu discurso de luta pela desinstitucionalização.

É importante ressaltar que, em 1979, houve o 1ª Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde mental que resultou na elaboração do relatório final que aponta uma crítica aos grandes hospitais psiquiátricos e sua prática de asilamentos, e a necessidade de participação de técnicos de saúde mental nas decisões dos órgãos responsáveis pela fixação das políticas na área da saúde mental.

Houve também a realização de conferências, seminários, debates pelo país para se discutir a situação da psiquiatria e propor possíveis soluções.

Mas é, segundo Silva, (2006),apud Amarante, (2000) p.45) na década de 1980, com o final da ditadura militar que o movimento da Reforma Psiquiátrica ganha força social e política e garante a possibilidade de mudanças no setor da saúde como a incorporação da Reforma Psiquiátrica no aparelho do Estado. São incorporados aspectos relativos à saúde como a universalização, a hierarquização a regionalização, a participação, a integralidade e a equidade.

Dessa forma,implanta-se o processo de co-gestão, que tem como objetivo reestruturar os hospitais públicos e o plano do conselho consultivo em administração de saúde previdenciária- CONASP-responsável pela reorientação da assistência psiquiátrica. Posteriormente, surgem Ações Integradas de Saúde - AIS- e os Sistemas Unificados e descentralizados de Saúde –SUDS. Todas essas ações integradas de Saúde configura-se mais tarde no Sistema Único de Saúde SUS... (SILVA, 2006 p.45-46)

Em 1987 aconteceu a 1º Conferencia Nacional de Saúde Mental realizada no Rio de Janeiro e o 2º Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde mental que teve como lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Em 1987 a também a Criação do primeiro (Centro de Atenção Psicossocial) CAPS em São Paulo.

Em 1989 houve o inicio da intervenção pela prefeitura Municipal de Santos/SP em um hospital psiquiátrico chamado Casa de Saúde Anchieta onde ocorriam maus tratos, mortes violentas de pacientes, e a intervenção era para acabar com a violência sofrida pelos pacientes. Ela repercutiu no cenário nacional, houve a desinstitucionalização deste hospital em Santos sendo substituído por Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), o que historicamente se tornou um marco para o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

O termo desinstitucionalização significa deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, distrito, território. Este termo tem sua origem no movimento italiano de reforma psiquiátrica. (Hirdes,2009 p.299)

Ainda neste mesmo ano acontece e lançamento no Congresso Nacional de um Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado que dispõe sobre a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais, e a extinção progressiva dos manicômios no Brasil que tramitou no congresso durante doze anos.

Segundo o Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas de 2006, É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.(BRASIL, 2005 p.7)

Houve em 1990 a realização da conferência de Caracas que vem discutir as políticas em saúde mental na região da América latina e no Caribe. Ela acabou por desenvolver uma declaração conhecida como Declaração de Caracas, e posteriormente, em 1992, houve a II Conferência Nacional de Saúde Mental que vem discutir os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica com foco na desinstitucionalização e na luta antimanicomial, quando foram realizadas conferências municipais, regionais e estaduais que contaram com uma participação significativa de usuários e familiares, pela primeira vez na nossa história.

Acontece também que passam a entrar em vigor neste mesmo ano as primeiras normas federais que irão implementar os serviços substitutos de acordo com as experiências dos CAPS ,NAPS e Hospitais –dia, serviços de atenção diária, e as primeiras normas de fiscalização dos hospitais psiquiátricos.

Então foram realizadas experiências no decorrer dos anos que mostraram a viabilidade do modelo substitutivo dos hospitais psiquiátricos, mas a maioria dos recursos ainda era investido nos hospitais psiquiátricos e notou-se então a necessidade de se avaliar o processo da Reforma Psiquiátrica e de se traçar estratégias para a sua efetivação.

Então em dezembro de 2001 ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental que ocorreu alguns meses depois da promulgação da Lei 10.216 responsável por dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e por redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, propondo também a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por outras modalidades de assistência ele tramitou no congresso durante 12 anos e essa aprovação deu um novo impulso a Reforma Psiquiátrica brasileira.

A conferência teve como lema “Cuidar, sim. Excluir, não”, “Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social”. (BRASIL, 2002, p. 14)

Segundo o Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas de 2006:

a III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. É a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que fornece os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil.(BRASIL, 2005 p.10)

É nesse período que há uma defesa pela construção de uma política de saúde mental para usuários de álcool e outras drogas que confere ao CAPS um papel estratégico para a mudança no modelo de assistência. São grandes mudanças e se travam novas responsabilidades e novas metas para a efetivação destas mudanças.

Em 2002, são promulgadas portarias para cumprir as recomendações da III Conferência e essas portarias irão complementar a portaria 224 de 1992: são as portarias 251 e 336. A primeira estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. (BRASIL, 2002)

Já a portaria 336 vem tratar sobre o financiamento e funcionamento dos CAPS nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II. (CIRILO, 2006 p. 48)

As reduções dos leitos nesse período passam a ganhar força e surgem novos mecanismos que contribuem para sua redução como o programa “De Volta para Casa”, a ampliação dos CAPS, das Residências Terapêuticas dentre outros. Então entre os anos de 2003 e 2005 foram reduzidos 6227 leitos.(BRASIL, 2006 p. 13,14)

Em 2004, aconteceu o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS,

Temos em 2010 a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial – com o tema “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, pela primeira vez intersetorial com um numero grande de usuários presentes trabalhadores e gestores do campo da saúde e outros setores.

Um dos seus princípios e diretrizes gerais sobre a Reforma Psiquiátrica, Reforma Sanitária e o SUS segundo seu Relatório final é que:

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial reafirma os princípios e as conquistas do SUS e da Reforma Psiquiátrica: um Sistema Único de Saúde público e universal com fortalecimento do controle social e com atenção integral de responsabilidade das três esferas de governo; uma Reforma Psiquiátrica que produz desinstitucionalização, inclusão social e uma rede assistencial de atenção psicossocial que supera e substitui os hospitais psiquiátricos; reformas centradas nos usuários entendidos como sujeitos de direitos e de desejos, cidadãos singulares, que protagonizam seus modos de fazer andar a vida. (BRASIL, 2010, p.56)

Esta foi a última conferência de saúde mental realizada até o presente ano, mas ainda existe a luta pela consolidação do que já foi conquistado e a busca por enfrentar os desafios ainda presentes nas várias redes de atendimento à saúde mental no país incluindo os CAPS.

Os CAPS que surgem a partir da reforma psiquiátrica como modelos substitutivos dos hospitais psiquiátricos são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, eles são um lugar de referência para aqueles que sofrem transtornos mentais, e visam:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuam no seu território;
- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.(BRASILIA, 2004 p.13)

Os CAPS possuem uma equipe multiprofissional onde há vários técnicos de diferentes áreas, do nível superior e médio como médicos, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem entre outros que trabalham juntos para acolher as necessidades dos usuários. Através de projetos terapêuticos e de reabilitação psicossocial, os usuários têm a possibilidade de reconstruir laços sociais e familiares que os levem a progredir gradativamente em seus tratamentos.

Nesse sentido, no próximo ponto, analisaremos o CAPS ad III Leste de Natal/RN em suas particularidades.

3.2 O CAPS AD III LESTE NATAL/RN

O Rio Grande do Norte também não ficou de fora da reforma psiquiátrica que ocorreu no Brasil após dez anos da primeira experiência no país, quando foi criado e inaugurado em março de 1996 o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD II, segundo Silva (2006,p.63) o primeiro do país a oferecer atendimento aos usuários de álcool e outras drogas.

Os CAPS AD II faziam atendimento diário a pacientes que faziam uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua de tratamento, mas a partir de 26 de janeiro de 2012 e criada à portaria 130 que redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III). Segundo a portaria no capítulo I :

Art. 2º O CAPS AD III é o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. (BRASIL, 2002)

Os atendimentos passaram a ser 24 horas, para quando esses usuários estiverem em crise como recaídas, abstinência, ameaças de morte dentre outras, encontrem no CAPS AD III Leste um lugar de referência de cuidado e proteção.

Ele também atua na lógica de Redução de danos causados pelo uso abusivo

destas substâncias proporcionando aos usuários uma melhor qualidade de vida e tentando sua inserção social através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

O CAPSAD III Leste estava localizado até a data da realização da pesquisa na rua Monsenhor Severiano, 443, Petrópolis, Natal/RN, à partir do mês de outubro de 2013 ele encontra-se em um novo endereço na rua Pacífico Medeiros, 51 Barro Vermelho, Natal/RN. Sua Missão é “Servir com excelência, ética e eficiência, contando com servidores competentes e valorizando, primando todos pelo respeito ao cidadão e ao meio ambiente contribuindo para fazer de Natal uma cidade mais humana, socialmente mais justa solidaria e sustentável, com a melhor qualidade de vida para toda população.”

O CAPS AD III Leste conta com uma equipe multiprofissional de pelo menos segundo a portaria 130 1 (um) médico clínico; 1 (um) médico psiquiatra; 1 (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental; 5 (cinco) profissionais de nível universitário pertencentes às seguintes categorias profissionais: psicólogo; assistente social; enfermeiro; terapeuta ocupacional; pedagogo; educador físico. 4 (quatro) técnicos de enfermagem; 4 (quatro) profissionais de nível médio; 1 (um) profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

Ele está articulado com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e com a Rede de Atenção às Urgências e emergências, em especial junto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), para atender aos usuários relacionados com o uso abusivo de álcool e outras drogas.

O CAPS AD III Leste trabalha plantões diários de acolhimento onde os usuários passam por uma triagem para ser identificado os seus dados pessoais, o grau de dependência e a qual modalidade a que ele deve ser incluído: intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Segundo a portaria GM 336 de (2002,p.9)

Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em

seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor.

Eles são atendidos diariamente onde passam por uma rotina em seu tratamento dependendo da modalidade ao qual esta inserido, há também o fornecimento de refeições diárias, sendo uma refeição diária para usuários que permanecem no CAPS um turno de quatro horas, duas refeições para um turno de oito horas e quatro refeições para usuários que permanecem no serviço vinte quatro horas.

Durante o período de permanência destes usuários no serviço ocorrem segundo a portaria 130 atendimentos individuais para consultas em geral, atendimento psicoterápico e de orientação, a oferta de medicação assistida e dispensada o atendimento em grupos para psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social, oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares. Além disso, oferece se necessário, atendimento à família, individual e em grupo dentre outros. Cada oficina, grupo, atividades e atendimento visam à redução dos danos causados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas por parte destes usuários e visam também à reinserção destes em seus convívios sociais, familiares dentre outros. Algumas atividades realizadas pelo CAPS AD III LESTE segundo Silva (2006):

- **Grupo Operativo ou Operacional³**: tem como objetivo

“... avaliar junto com os pacientes e buscar soluções sobre as questões de abstinência, da recaída, das relações de convívio dentro do CAPS, das relações do paciente com a família, com o trabalho, com a política, com a escola enfim, com seus vínculos familiares.” (apud CAPS, 1996, P.11)

- **Grupo de Normas e Combinados**: coloca

“... em pauta para discussão e votação os combinados e regras do CAPS, neste momento o paciente reavalia o que poderia ser modificado no tratamento o que tem que permanecer e o que tem que ser criado. Tudo com o objetivo de melhorar as relações de convivência e bem-estar.” (apud CAPS, 1996, p. 11-12)

³Os grupos de atividades citados, ainda estavam em funcionamento no decorrer desta pesquisa mesmo que precário devido a as condições estruturais do local e recursos materiais que proporcionassem uma melhor qualidade de algumas destas atividades.

- **Grupo Terapêutico:**

[...] trabalha diretamente com os aspectos emocionais e de personalidade dos pacientes, observando suas relações interpessoais, familiares e profissionais avaliando-se as questões de dependência em suas consequências [...] o trabalho em grupo cria um campo de interação e identificação entre seus membros favorável a conscientização [...] estimulando-os assim para a conquista da abstinência... (apud Centro... 1996 p.9)

- **Oficinas Terapêuticas:**

- ✓ De artes: uma atividade lúdico-terapêutica

Tem como objetivo de contribuir com a desintoxicação do dependente químico, incentivar a abstinência de drogas, desenvolver o senso crítico e perceptivo, promover a integração social, resgatar os valores morais e culturais e, acima de tudo, contribuir na perspectiva da valorização da vida (apud CAPS, 1997, s.p.)

- ✓ De jogos: nesta atividade, as normas seguidas são específicas de cada jogo. O objetivo é a descontração e a interação entre os usuários. Caracteriza-se por ser um momento de extravasar as emoções e dar margem à imaginação, à fantasia. (SILVA 2006, p 72)
- ✓ De música: "... tem como objetivo fazer com que os usuário encontrem, na música, uma forma terapêutica de tratamento e ao mesmo tempo, consigam uma maneira de reintegrar-se socialmente" (apud CAPS, 1997, s.p.).
- ✓ Passeio e/ou caminhada: facilita o processo de desintoxicação. Essa atividade só é permitida aos usuários que já tenham passado por uma avaliação médica e que se demonstrem aptos à atividade física.(SILVA 2006, p 73,74)
- ✓ Criativa tem como objetivo:

Estimular a capacidade criativa. Estimular a capacidade de realizar atividades; planejar; organizar e finalizar, administrando as dificuldades, garantindo a continuidade dos trabalhos até o alcance dos objetivos traçados. Despertar para a possibilidade de atividades que possam

servir como terapêutica ocupacional e ou geração de renda. (apud Centro...1996, p.sp)

- ✓ Leitura: Além de proporcionar um espaço para discursão para compartilhar vivências se constitui enquanto uma atividade lúdica e de prazer ao qual provoca a percepção e a integração grupal, e ainda, a importância da leitura.(SILVA 2006, p 73)

- ✓ Atividades Culturais são as comemorações de datas festivas do ano como Carnaval, Páscoa, São João, o aniversário do CAPS dentre outros.

- **Grupo de Família:** “Caracteriza-se por ser um grupo de apoio à família nas questões de relacionamento com o dependente químico” (apud CAPS, 1996, p.12).

- **Seminário:** atividade didático-científica onde se abordam temas relacionados as drogas e/ou assuntos de interesse dos usuários com intuito de propiciar a estes um aumento de conscientização. (SILVA 2006, p 77)

- **Reunião de avaliação:** “... é um grupo realizado no final do expediente com o objetivo de avaliar o dia de tratamento dos pacientes e as possíveis ocorrências (...) é composto por pacientes e equipe técnica do período da tarde, (...)” (apud CAPS, 1996, p.10).

- **Reunião de Passagem:**

Ocorrem diariamente, passa-se aos técnicos que não participaram da atividade os acontecimentos mais relevantes do turno. Nele são dados os encaminhamentos, tomada de decisões importantes referentes à altas, advertências, redução de turno, avaliação de desempenho dos usuários, bem como, assuntos de ordem burocráticas. (SILVA 2006, p 77)

Todas essas atividades ocorrem durante a rotina do CAPS subdivididas nos dias da semana e de acordo com cada momento específico da casa.

Os usuários do CAPS AD III Leste são em sua maioria homens de varias faixas etárias, as mulheres são minoria no serviço. Eles procuram o serviço de uma forma espontânea ou também são encaminhados por outras instituições como delegacias, hospitais, de grupos de apoio a dependentes químicos dentre outros.

4 O CAPS AD III LESTE NATAL/RN: DEMANDAS E DESAFIOS

Neste capítulo traçaremos o perfil da equipe que se encontra no CAPS AD III Leste este perfil foi realizado com dados fornecidos em entrevistas realizadas com essa equipe. Abordaremos também os desafios para efetivação da política de saúde no serviço ao qual se encontram presentes na realidade desta instituição e que muitas vezes prejudica a sua efetivação em uma totalidade.

Não só foram utilizadas as entrevistas realizadas na instituição, mas também foram realizadas pesquisas bibliográficas.

4.1 PERFIL DA EQUIPE

A equipe do CAPS AD III Leste como já foi citado anteriormente compreende um equipe multiprofissional que trabalham juntos cada um contribuindo em sua área de atuação para uma melhor qualidade do serviço, analisaremos neste ponto o perfil desta equipe tomando como base o universo da instituição que está representada por 35 profissionais de ensino superior e técnicos que trabalham diretamente com os usuários, deste universo analisaremos uma amostra de aproximadamente 30% que está representado aproximadamente por 10 profissionais do serviço.

Este perfil que analisaremos está colocado em aspectos como a idade, ano de formação, tipo de vínculo com a instituição, tempo de trabalho na instituição, a participação em congressos e eventos, último congresso ou evento que participou, e religião dos profissionais do serviço.

Gráfico 1- Idade



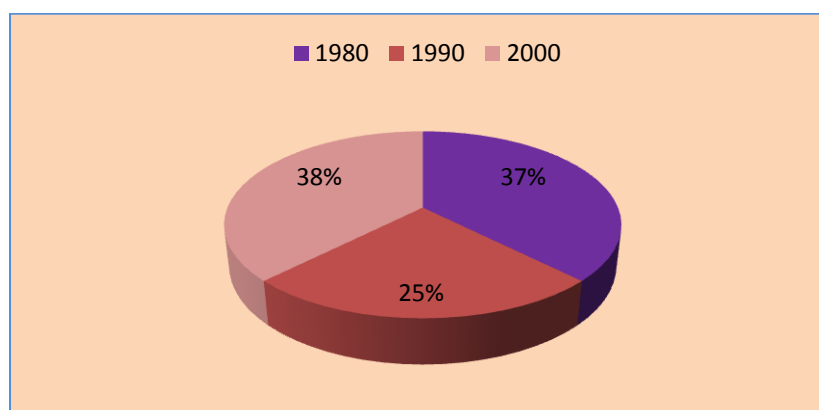
Fonte: Silva (2013)⁴

⁴ Dados coletados em entrevista realizada no CAPS AD III LESTE.

Com os dados coletados podemos concluir que a maioria dos profissionais entrevistados possuem idades entre 20 a 40 anos. O que nos mostra que a maioria deles se formaram recentemente, podendo estar a par dos debates atuais acadêmicos acerca das políticas públicas e de suas dificuldades no cenário contemporâneo.

O segundo aspecto iremos abordar é o ano de formação destes profissionais para analisarmos em que contexto social, político eles se formaram.

Gráfico 2- Ano de formação dos profissionais do CAPS AD III Leste



Fonte: Silva (2013)

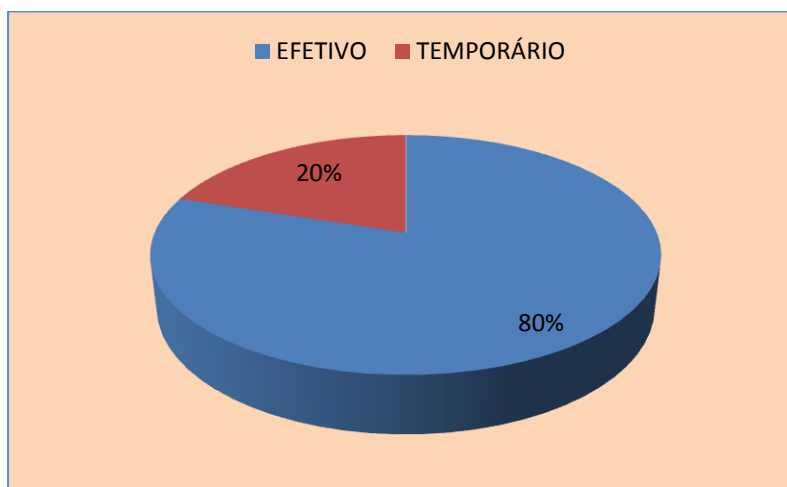
Com os dados dos profissionais podemos observar que há maioria dos entrevistados concluíram sua formação entre os anos de 1990 a 2009. A partir dos anos de 1990 o país passava por grandes mudanças em relação às políticas públicas, por causa de reformas do Estado, houve um avanço do neoliberalismo que prejudicou o investimento nas políticas sociais, segundo Mota (2006, p.9)

...os anos iniciais da década de 90, sob os imperativos do capital financeiro e do neoliberalismo, responsáveis pela redefinição das estratégias de acumulação e pela reforma do Estado. Na prática, isso se traduz em medidas de ajuste econômico e retração das políticas públicas de proteção social, numa conjuntura de crescimento da pobreza, do desemprego e do enfraquecimento do movimento sindical, neutralizando, em grande medida, os avanços e conquistas sociais alcançadas pelas classes trabalhadoras nos anos 80.

Havia uma grande responsabilidade para esses profissionais que se formavam de realizarem sua profissão em um contexto de sucateamento das políticas sociais de

baixos investimentos nesta área o que ocasiona em um déficit para os serviços prestados.

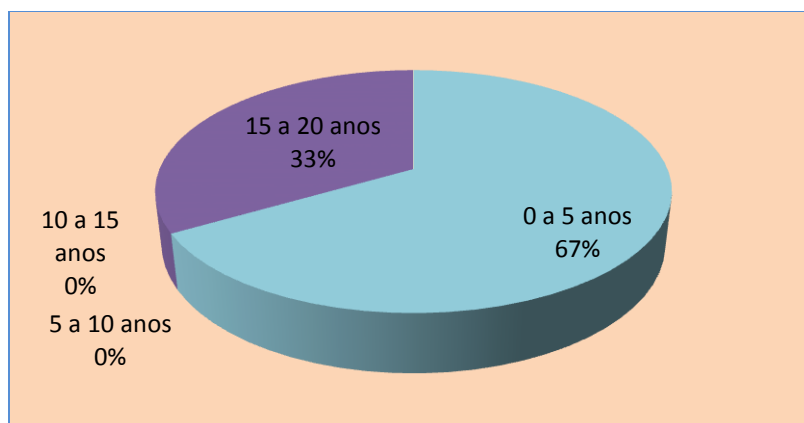
Gráfico 3- Tipo de vínculo com a instituição



Fonte: Silva (2013)

Neste gráfico temos o tipo de vínculo dos profissionais do CAPS AD III LESTE com a instituição, podemos analisar através deste que 80% dos vínculos são efetivos, o que é muito bom para a instituição e para os profissionais, pois estes ficam assegurados do seu trabalho e por terem uma segurança profissional eles poderão realizar projetos sem preocupar-se por não estarem mais no serviço, o que não deve haver é uma acomodação destes por estarem assegurados e não desenvolverem bem o seu trabalho.

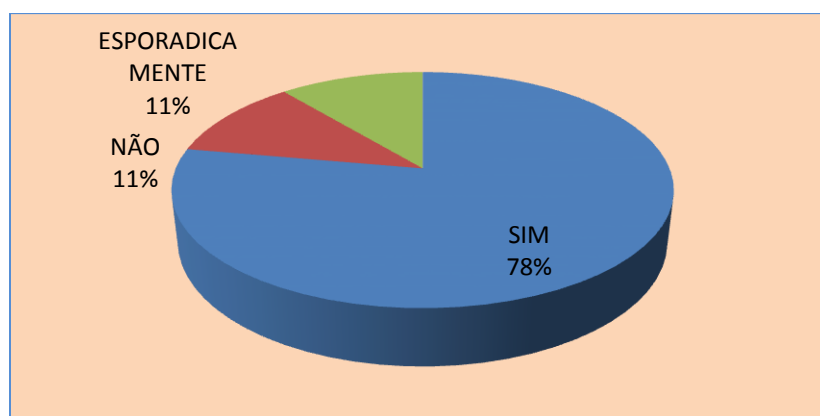
Podemos observar também que apesar de em sua maioria os profissionais serem efetivos vemos por outro lado a necessidade de contratação de mais profissionais efetivos para suprir a demanda de usuários. No que diz respeito aos profissionais temporários podemos analisar que estes podem ser demitidos a qualquer momento por isso permanecem pouco tempo no serviço.

Gráfico 4- Tempo de trabalho na instituição

Fonte: Silva (2013)

O que podemos analisar neste gráfico é que a maioria dos profissionais entrevistados trabalham na instituição há cerca de cinco anos, o que nos mostra que a maioria dos entrevistados está há pouco tempo no serviço.

Podemos concluir então que ou não havia muitos profissionais anteriormente na instituição apesar da grande demanda de usuários, ou que esses profissionais não conseguiam permanecer na instituição por despreparo ou por não conseguirem se identificar com a demanda atendida e procurassem outros setores.

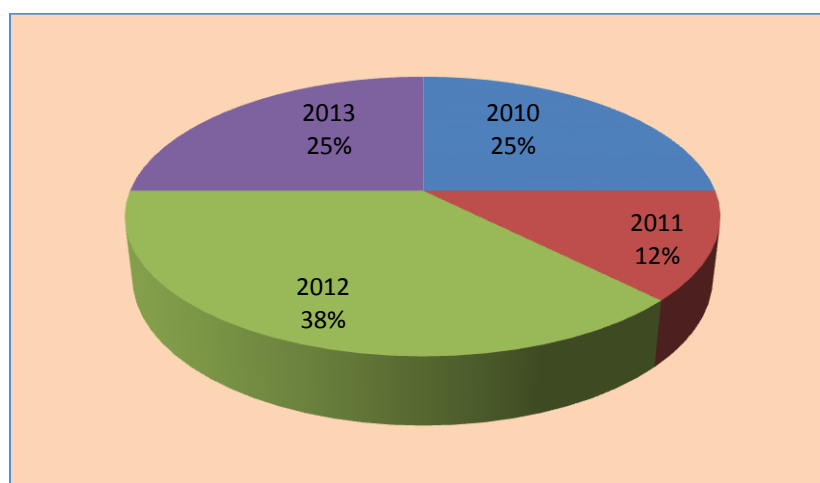
Gráfico 5- Participação de congressos e eventos em saúde mental

Fonte: Silva (2013)

Temos neste gráfico um dado importante, a participação dos profissionais em congressos eventos dentro da área de saúde mental, isso para se aperfeiçoar e estar

ligados a todas as novidades e mudanças que ocorrem nessa política social, que é destinada aos usuários dependentes de álcool e outras drogas, podemos observar que a maioria dos profissionais participam, mas o que podemos considerar também é que apesar deles participarem, só a qualificação destes não resolve todos os problemas que o serviço necessita, ele necessita também de uma ação por parte de sua rede para sua melhor efetivação.

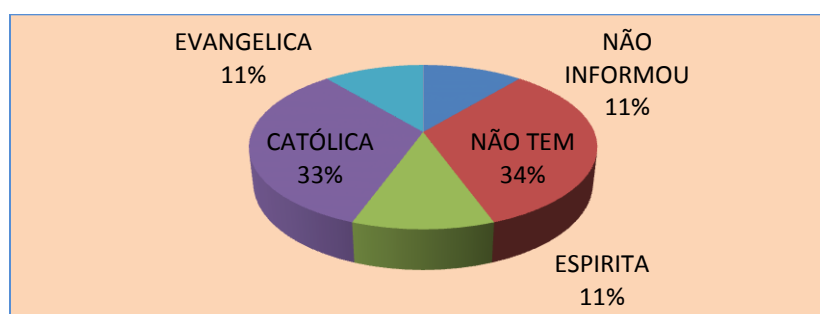
Gráfico 6- Último congresso ou evento que participou



Fonte: Silva (2013)

A maioria dos profissionais participou de eventos ou congressos na área de saúde mental nos últimos dois anos, o que é muito importante para que eles se qualifiquem ao longo da sua trajetória profissional dentro da instituição, é algo que deve ser constante em todos os profissionais, e deve ser incentivado.

Gráfico 7- Religião



Fonte: Silva (2013)

Esse foi um ponto em que podemos observar que não houve uma predominância em uma religião específica, mas ficou bastante diversificada. Tendo apenas que ressaltar que estes profissionais não atuam tomando partido por uma religião eles primam por um serviço qualificado, não deixam influências religiosas interferir na sua atuação profissional.

Além, desse perfil as entrevistas possibilitaram uma análise sobre o cotidiano do trabalho no CAPS AD Leste.

4.2 DESAFIOS A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Os desafios que encontramos para a efetivação da política de saúde mental no CAPS AD III Leste não são diferentes dos demais serviços de saúde do Brasil que passam por várias dificuldades para que o serviço funcione em uma totalidade.

Partindo do pressuposto de que a instituição não consegue atender todas as demandas que chegam até ela, e que não conseguem atender em uma totalidade até mesmo dos próprios usuários que se encontram no serviço, devido a esses desafios que serão apresentados.

Em entrevista aos profissionais da instituição podemos trazer um pouco desses para o âmbito desta pesquisa com o qual podemos relacioná-los a outros autores que também escrevem sobre o tema e verificaremos essa realidade que precisa ser mudada, mas que depende não só dos profissionais do serviço, mas de toda uma articulação entre as gestões federais, estaduais e municipais.

Nas entrevistas realizadas 70% dos profissionais concordam que o espaço físico é insuficiente e que ele é um dos desafios para um melhor serviço prestado aos usuários da instituição. Esse desafio limita algumas atividades realizadas, pois não há salas suficientes para atendimentos individuais para cada um dos profissionais quando há necessidade. Em alguns grupos as salas ficam muito cheias o que limita um pouco a participação de todos do grupo em roda de conversas. Essa estrutura também limita a entrada de novos usuários que em alguns momentos ficam a espera do momento em que a instituição tenha condições de recebê-los devido o número elevado de usuários.

Outro desafio presente na realidade dessa instituição é muitas vezes a falta de medicamentos. Em entrevista um técnico da instituição relata ao ser questionado se

consegue atender as demandas que chegam na instituição e para ele em sua área de atuação e ele coloca: “Sim. Falta materiais e medicamentos.”(Entrevistado C) ele relata que consegue atender as demandas que chegam para ele individualmente, mas que faltam materiais e medicamentos. Esses fazem parte do tratamento dos usuários, e pela falta dos mesmos os usuários acabam tendo que procuram outras formas de conseguirem sua medicação, ou ficam aguardando até que a instituição receba os medicamentos que estão em falta. Segundo documento apresentado na revista saúde em debate 20 anos de SUS temos que:

O SUS é um projeto nacional, solidário, justo e, acima de tudo, possível. Por isso consideramos inaceitável, após 20 anos:

8. que a população não tenha ainda acesso seguro e regular aos medicamentos e exames vinculados ao ato terapêutico; (CEBES 2009 p.186)

Vemos também através das entrevistas realizadas o desafio de se haver uma supervisão na instituição que vá colaborar para o melhor funcionamento do serviço, uma gestão mais efetiva municipal, estadual e federal que atenda as necessidades da instituição e não que imponha o funcionamento sem o mínimo de condições para que ele ocorra.

Ao serem perguntados sobre de quem dependia para esses desafios fossem efetivados, a maioria dos profissionais colocam que depende da gestão municipal, coordenação e direção de saúde mental e até mesmo do ministério da saúde. Essa organização é muito importante para um bom funcionamento do serviço não deve haver um descaso por parte desses órgãos pois ele trabalham para que esse serviço seja garantido, por isso devem gelar pelo seu comprimento.

A sociedade brasileira investiu trabalho e esperanças na construção de um SUS para todos. É inaceitável que governos e gestores, representantes do Estado responsáveis pelo SUS, deixem de cumprir suas diretrizes elementares. (CEBES p.188)

A conquista do SUS não foi algo simples e sem luta pelo contrário levou tempo esforço de varias setores da sociedade, ele de ser levado a serio por aqueles que tem a responsabilidade de implementado.

Em 20 anos de SUS, a saúde tem sido negligenciada em prol de uma política econômica restritiva e de acordos políticos particularistas. Esse não é o projeto dos brasileiros. O projeto dos brasileiros é que se cumpra a Constituição, e aos governos cabe não somente “respeitá-la”; eles têm a obrigação de implementá-la. (CEBES, p.188)

Nessa perspectiva, um outro desafio citado por alguns dos entrevistados é a falta de recursos humanos (técnicos e profissionais) para atender as demandas posta a instituição. Pois se houvessem mais profissionais e técnicos no serviço esses colaborariam para o seu desenvolvimento, mas não somente um acréscimo de profissionais, mas também a qualificação destes, para que não cheguem no serviço despreparados e sem uma consciência dos usuários que serão atendidos, ao qual precisam de um apoio e de profissionais que consigam lidar com suas dificuldades.

O que podemos ver também com essas entrevistas é que praticamente todos os profissionais ao serem perguntados se o município tem dado suporte necessário para a efetivação da política de saúde Mental no CAPS AD III eles responderam que não e em algumas ocasiões nem mesmo o mínimo para manter o serviço em funcionamento.

Não, nenhuma. A equipe é mínima e sem capacitação. Vem para a instituição imposto, sem alimentação, problemas que precisam de licitação para se resolvidos sem estímulo para gratificações, e remuneração. (Entrevistado 6)

Infelizmente essa é uma realidade que está presente no serviço, algumas vezes há falta da alimentação para os usuários, alguns técnicos entram no serviço sem uma capacitação para exercer sua função, alguns problemas técnicos na casa precisam de licitações para serem resolvidos e que as vezes há uma demora para que isso ocorra, o que prejudica o funcionamento do serviço em suas atividades diárias.

Observamos também que o serviço não consegue atender em uma totalidade todos os usuários em diferentes faixas etárias e sexo. Em entrevista realizada, alguns dos profissionais concordam que há uma predominância de adultos do sexo masculino no serviço e um dos profissionais ao ser perguntado se o tratamento do CAPS AD III Leste conseguia alcançar todos os públicos (homens/mulheres) em faixa etária diferentes ele responde:

Não, mais homens e adultos. Homens jovens e mulheres não atinge muito, pelo que o tratamento oferece. (Entrevistado 5)

O que podemos analisar é que não há um tratamento específico para os públicos como mulheres e jovens no serviço, o que podemos verificar também que é menor o número de demandas do sexo feminino⁵ e menor no serviço.

Outro desafio é a falta do apoio familiar, pois em alguns casos a família abandona o usuário ou não participa dessa nova fase de mudança o que também prejudica o seu tratamento. Para alguns profissionais esse é um dos pontos para a redução dos malefícios causados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas a esses usuários.

Todos esses desafios encontram-se presentes na instituição e ainda necessitam de uma articulação entre os órgãos responsáveis para sua efetivação, para que esse serviço se torne mais eficiente na vida de cada usuário que se encontra em uma situação de vulnerabilidade por sua doença, e encontre um serviço de qualidade que irá ajudá-lo a se sociabilizar novamente junto a sua família, trabalho e sociedade.

⁵Esse número de mulheres menor no serviço, nos faz refletir a causa destas mulheres apesar de também necessitar do serviço, não procura-lo ou até mesmo abandona-lo com tanta facilidade, o que podemos observar é que essas mulheres sofrem pela discriminação e pelo medo de serem julgadas por sua necessidade, e também vieram de uma longa trajetória histórica de abusos e de autoritarismo por parte dos homens, aonde eram reduzidas muitas vezes a uma vida doméstica .

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os serviços públicos hoje passam por grandes dificuldades e não é diferente com a saúde, os direitos garantidos pela constituição depois de um longo processo de lutas da sociedade em seus vários seguimentos como sociedade civil, servidores da saúde e movimentos sociais que lutaram para que nós tivéssemos hoje uma lei que garantisse o nosso direito de ter uma assistência a saúde sendo está publica, universal, integral e que não houvesse desigualdade, apesar da realidade nos mostrar que ainda há uma grandeprocessos para o aperfeiçoamento desta e mudanças que ainda estão precisando ser revistas e colocadas em prática.

Ainda observamos grandes desafios a serem enfrentados para que haja de fato sua efetivação que ele saia do papel, e possamos ver um sistema de saúde eficaz e que consiga atender as demandas do nosso país com dignidade e respeito pela vida.

A política saúde mental ao qual o CAPS AD III Leste faz parte, passa pelos mesmos desafios da saúde, podemos observar com a pesquisa realizada que o serviço tem desafios a serem enfrentados e que foram citados anteriormente no terceiro capítulo desta pesquisa, alguns deste são debilidades em suas das estruturas físicas, desafios materiais, humanos dentre outros para que possa atender todas as demandas existentes na instituição, e consigam suprir em uma totalidade suas necessidades. Será necessário também que esses desafios sejam analisados, e haja mudanças nesta realidade vivida por essa instituição. Tendo assim uma melhor qualidade dos serviços prestados a esses usuários

Vemos então o papel do Estado e do município que deveriam consolidar essas políticas dando o suporte necessário para sua efetivação, o que não é uma realidade em nossa sociedade, pelo contrario o suporte é mínimo e a cobrança é grande para que o serviço funcione sendo que os mesmos não investem os recursos suficientes para suprir todas as necessidades da instituição.

Sendo o CAPS AD III LESTE um serviço de saúde mental o município deveria dar o suporte necessário para os profissionais do serviço e para a instituição para que esse pudesse sanar os desafios presentes em sua realidade institucional.

Podemos concluir com a seguinte contradição, um sistema como o SUS que no papel pode ser considerado um dos melhores sistemas de saúde do mundo, mas que

na realidade é um frágil e carente dependendo de uma articulação conjunta para possamos ver sua real proposta efetivada.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, Kenya Kelly da silva Rocha; SILVA, Adriana melo da. **Dependência química: fases e faces**; um olhar acerca da proposta de inclusão do Centro de Atenção Psicossocial. 2002. Monografia (Graduação em Serviço social)- Univ. Federal de Rio Grande do Norte, Natal, 2002.

AS CONFERÊNCIAS Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25, maio/ago. 2001

BERTOLLI FILHO. Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Editora Ática, 2002.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política Social: fundamentos e história**/ Elaine Rossetti Behring, Ivanete Boschetti. - 4. Ed. –São Paulo: Cortez, 2008.

BÍBLIA sagrada: **Nova tradução na linguagem de hoje**. Barueri (SP): Sociedade Bíblica do Brasil, 2009.

BRASIL. **Filme sobre a história da saúde pública no Brasil**. Brasília: MS, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal,1988.

BRASIL .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. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. **Legislação em Saúde Mental**. 5. ed. ampl. Brasília, 1990-2004.

BRASIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final dall Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 dedezembro de 2001**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 10, Ano VII, nº 10, março de 2012. Brasília,

2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 28p. Disponível em:< www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental> .acesso em: 21 agost. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**: dispõe de condições para a promoção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. **Manual do Programa “De Volta Para Casa”**. Brasília, dezembro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8142 de 19 de dezembro de 1990**: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde de condições para a promoção e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Ministro da Saúde. **Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002**. Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, 2002.

BRASÍLIA. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza. **A saúde no Brasil e em Portugal. Revista Serviço social e Sociedade nº 102. São Paulo: Cortez, 2010.**

BRAVO, Maria Inês Souza. **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde- textos de apoio.** Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CEBES. **Saúde em debate.** 20 anos de SUS. Rio de Janeiro v.33 n.81 jan./abr. 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2. , 1992, Brasília. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde do Brasil, 1994.

Hirdes, Alice A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.14,n.1,p. 297-305, 2009.

SILVA, Adriana Melo Da. **Tratamento do Centro de Atenção psicossocial de usuários de álcool e outras drogas CAPS AD II - Leste Natal-RN: uma avaliação de efetividade**. Natal-RN 2006.

SILVA. Pâmela Dayane Oliveira da. Dados coletados em entrevistas realizadas no CAPS AD LESTE. Natal, 2013.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 38-46, jan./abr. 2009.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial. **Relatório Final da I V Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002**. Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, 2002.

Ministério da Saúde. **Portaria n° 251/GM, Em 31 de janeiro de 2002**. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências, 2002.

Ministério da Saúde. **Portaria n° 130 Em 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros, 2012.

MOTA, Ana Elizabete. **Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista**. Professora Convidada da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, 2006.

APÊNDICE A- FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Cargo: _____ Tipo de vínculo _____

Ano de formação: _____ Possui Pós? Em que? _____

Filhos: _____ Cor: _____ Religião _____

Quanto tempo trabalha na instituição? _____ e na área? _____

Participa de eventos, seminários, congressos? _____

Se sim quando foi o ultimo? _____

II – DADOS DO COTIDIANO DO CAPS AD LESTE.

1)Quais são a demandas que chegam na instituição? E para você?

2)Você consegue atende-las se não Porque?

3)O que para você levaria o usuário a vencer ou reduzir os malefícios das Drogas na vida deles?

4)Quais os desafios que você observa na instituição para uma melhor atendimento e qualidade dos serviços prestados a esses usuários?

5)Esses desafios para você dependem de que para serem efetivados?

6)O município tem dado suporte necessário para a efetivação da política de saúde Mental?

7)Para você o que leva os usuários a abandonarem o tratamento?

8)Você acha que o tratamento do CAPS AD consegue alcançar todos os públicos(homens/mulheres) em faixa etária diferentes?

9) O CAPS trabalha com foco na Redução de Danos ou ele também visa a recuperação total dos usuários? Fale a respeito.