

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**RENATO DE ANGELO ARAUJO**

**OS DIREITOS HUMANOS E OS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL: UMA PESQUISA AVALIATIVA**

**SÃO PAULO  
2021**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**RENATO DE ANGELO ARAUJO**

**OS DIREITOS HUMANOS E OS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL: UMA PESQUISA AVALIATIVA**

Versão corrigida da Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Cuidado em Saúde.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**SÃO PAULO  
2021**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura:



Data:02/04/2021

### **Catlogação na Publicação (CIP)**

ARAUJO, Renato de Angelo

Os Direitos Humanos e os Centros de Atenção Psicossocial: uma pesquisa avaliativa. / Renato de Angelo Araujo. São Paulo, 2021.

79 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Área de concentração: Cuidado em Saúde

**Nome:** Renato de Angelo Araujo

**Título:** Os Direitos Humanos e os Centros de Atenção Psicossocial: uma pesquisa avaliativa.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

### **BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

*À minha avó, Ruth Capela,  
que ao contar as histórias do passado,  
me motivam a continuar lutando para modificar o futuro.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Primeiramente, à família GEAD e a EEUSP, que além de ampliarem meu olhar científico e político, através do vigor e das branduras, estimulam meu crescimento profissional e propiciam um respiro do cotidiano.*

*Em especial, professora Márcia Oliveira, meu modelo de relações públicas e de construções de laços políticos; Heloísa Claro, exemplo de ética e condutas científicas; Gilberto Prates, espelho de enfermeiro pleno, que me amplia a visão holística tão necessária para gestão e para assistência e finalmente para Gabriella Boska, que me motiva com criatividade e inovação para continuidade da enfermagem.*

*À equipe do CAPS Adulto Casa Verde, pelos desafios cotidianos, pelas asperezas laborais, pelos encontros e desencontros, tão ricos e potentes no cuidado e cotidiano em Saúde Mental.*

*Além do apoio e estímulo da equipe recebido na jornada, relevo aqui: Lívia Vilela, por me ensinar a ser firme, mas sem perder a delicadeza; Lúcia Sabato, por me ensinar a cuidar, mesmo quando eu não queria ouvir, de um jeito diferente e assim, me ajudar a valorizar as diferenças. Mariane Godói, por me ajudar a resgatar um lado esquecido e celebrar essa comunhão. Rafael Vieira, pelas mais longas conversas que tive sem precisar pronunciar uma palavra sequer e a Pedro Mendes, por muitas vezes paternalmente, me mostrar o caminho.*

*Agradeço a minha família.*

*Giovana, Júlio e Jennifer Schwarz amados, primos e primeiros amigos. Tio Wagner e Tia Helga, sempre me acolheram como filho e divido esse mérito como assim fosse.*

*À Isabela Concilio, que no último ano contribui para o meu amadurecimento e transformação.*

*À minha amada irmã caçula Tássia Araujo, aparentemente tão frágil, mas sempre tão forte. Ao meu pai, Marcelo Araujo, que mesmo com seu jeito bruto, me acolhe nos momentos de desespero e à minha mãe Sandra Sueli, que não importa quão impossível pareça minha decisão, sempre conto com seu apoio.*

*Por fim, agradeço aos profissionais de saúde que me antecederam, por resistirem até aqui!*

# Epígrafe

Não investem na educação  
Pra não ter uma geração de pensadores  
Pensadores tentaram avisar  
Mas você fingiu que não viu  
Aqui a bunda vale mais que a mente  
Infelizmente esse é o Brasil  
O problema tá lá no nordeste  
Tá aqui em São Paulo e também tá no Rio  
Isso é Brasil  
Isso é Brasil  
A bandeira são somente cores  
Os nossos valores você não sentiu  
Isso, isso é Brasil  
Isso, isso é Brasil  
Autoridades não usam ideias  
Só usam onomatopeia do xiu!  
Isso é Brasil  
Isso é Brasil  
MC Garden tá aqui te falando  
Tu tá escutando, será que ouviu?  
Isso é Brasil  
Isso é Brasil  
Sistema de saúde precário  
Só de lembrar até passou mal  
Me incomodo menos com a doença  
Do que com a demora do hospital  
Brasileiro achando legal  
Ser tratado como animal  
Mas como é que vamos reclamar  
Se às vezes nós agimos como tal?  
Violência policial  
(Xiu! É melhor nem tocar nesse assunto  
Porque daqui a pouco vão excluir esse vídeo  
E se eu falar muito vão me excluir junto)  
Agora olha nossos os busão  
Que as 7 da manhã não cabe mais ninguém  
E logo mais aumenta a condução

E vocês vão achar que está tudo bem  
Tão querendo acabar com os índios  
Que é a origem do nosso país  
O dinheiro tá mandando em tudo  
E deixando mudo quem quer ser feliz  
A pressa tá matando ciclista  
E nas avenida mais um arregaço  
O que dá a sorte de ter vivido  
O piloto maldito joga fora o braço  
Na rede social só piada  
Também alienando a massa  
Ou garota posando pelada  
Quer tá na Playboy, mas fez isso de graça  
MC's esqueceram da paz  
Jovens como antes não se fazem mais  
O casal chega na adolescência  
E na mó indecência eles já vão ser pais  
Onde é que estão os pais?  
Será que estão presos na cela?  
Ou será que tá preso na sala  
Em frente a uma TV assistindo a novela?  
Pensadores tentaram avisar  
Mas você fingiu que não viu  
Aqui a bunda vale mais que a mente  
Infelizmente esse é o nosso Brasil  
O Problema tá lá no nordeste  
Tá aqui em São Paulo e também tá no Rio  
Isso é Brasil  
Isso é Brasil  
A bandeira são somente cores  
Os nossos valores você não sentiu  
Isso é Brasil  
Isso é Brasil  
Autoridades não usam ideias  
Só usam onomatopeia do Xiu!  
Isso é Brasil"  
MC Garden - Isso é Brasi

ARAUJO, R.A. **Os Direitos Humanos e os Centros de Atenção Psicossocial: uma pesquisa avaliativa.** [Dissertação]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2021. 79p.

## RESUMO

**Introdução:** Antes da reforma da atual constituição brasileira, os modelos de cuidado na saúde como um todo, mais especificamente, ao modelo asilar preconizado pelas antigas políticas de cuidados com saúde mental passaram a ser questionadas, pois as condições precárias deste modelo acarretavam inúmeras lesões aos Direitos Humanos. A necessidade de investir em políticas de saúde que ofereçam uma forma de atenção mais complexa, pautada no respeito e na subjetividade dos sujeitos envolvidos deve ser prioritária. Considerando que pessoas com problemas de saúde mental são submetidas a assistência que violam os direitos humanos, avaliar os serviços de saúde mental do município de São Paulo à luz dos direitos humanos, possa contribuir para a melhoria da assistência e na defesa dos Direitos Humanos destas pessoas. **Objetivo:** Avaliar os serviços de Saúde Mental dos municípios de São Paulo, Minas Gerais e Amapá à luz do QualityRights (QR). Os dados foram avaliados de acordo com o proposto pelo kit de ferramentas QR (WHO, 2012). **Método:** Trata-se de pesquisa avaliativa, descritiva, de caráter qualitativa, que apresenta dados do Projeto AVALIAR CAPSad. As respostas ao questionário foram adaptadas a um roteiro de temas propostos no QR da Organização Mundial de Saúde. À luz do QR, os dados foram organizados de forma conjunta, compondo a integralidade do processo avaliativos em cinco temas, separados e avaliados de acordo com as evidências encontradas, sendo classificados e demonstrados segundo orientações do próprio kit de ferramentas. **Resultados:** Na avaliação do tema 1, três padrões alcançaram totalmente o nível de realização, três classificaram como alcance iniciado e somente o padrão 1.2 que classificou como não iniciado. No tema 2, três padrões alcançaram totalmente 3 dois parcialmente. No tema 3, os quatro padrões alcançaram totalmente. O tema 4 foi classificado como não aplicável. E o tema 5, um padrão alcançou totalmente, um parcialmente e um padrão não foi iniciado. **Conclusão:** evidencia-se que os CAPS avaliados mostram-se capazes de produzir impactos interessantes e positivos na qualidade de vida dos indivíduos e das suas famílias.

**PALAVRAS-CHAVE:** Centros de Atenção Psicossocial; Direitos Humanos; Atenção à Saúde.

ARAUJO, R.A. **Human Rights and Psychosocial Care Centers: an evaluative research.** [Dissertation]. São Paulo (SP), Brazil: School of Nursing, University of São Paulo; 2021. 79p.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Before the reform of the current Brazilian constitution, health care models as a whole, more specifically, the asylum model advocated by the old mental health care policies came to be questioned, as the precarious conditions of this model caused numerous injuries to Human rights. The need to invest in health policies that offer a more complex form of care, based on respect and subjectivity of the subjects involved should be a priority. Considering that people with mental health problems are subjected to care that violates human rights, evaluating the mental health services of the city of São Paulo in the light of human rights can contribute to improving care and defending the Human Rights of these people . **Objective:** Evaluate Mental Health services in the cities of São Paulo, Minas Gerais and Amapá in the light of QualityRights (QR). Data were evaluated as proposed by the QR Toolkit (WHO, 2012). **Method:** This is an evaluative, descriptive, qualitative research that presents data from the AVALIAR CAPSad Project. The answers to the questionnaire were adapted to a script of themes proposed in the QR of the World Health Organization. In the light of the QR, the data were jointly organized, composing the entirety of the evaluation process into five themes, separated and evaluated according to the evidence found, being classified and demonstrated according to the guidelines of the toolkit itself. **Results:** In the evaluation of theme 1, three standards fully reached the level of achievement, three classified as initiated reach and only standard 1.2 classified as uninitiated. In theme 2, three patterns fully reached 3 two partially. In theme 3, the four standards have fully reached. Theme 4 was classified as not applicable. And theme 5, one pattern has fully reached, one partially and one pattern has not started. **Conclusion:** it is evident that the evaluated CAPS are capable of producing interesting and positive impacts on the quality of life of individuals and their families.

**KEYWORDS:** Psychosocial Care Centers; Human rights; Health Care.

## LISTA DE SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexual e variações sexuais
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
COVID-19	Coronavirus Disease - 2019
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
MS	Ministério da Saúde
AVALIAR CAPS	Programa Nacional de Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
OMS	Organização Mundial da Saúde
QR	QualityRights
AT	Alcançado Totalmente

AP	Alcançado Parcialmente
AI	Alcance Iniciado
NI	Não Iniciado
NA	Não Aplicável
ONU	Organização das Nações Unidas
a.C.	Antes de Cristo
CIDH	Comissão Interamericana de Direitos Humanos (DIDH)

## **LISTA DE QUADROS E FIGURAS**

Quadro 1 - Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas III pelos temas do QualityRights. São Paulo, Brasil. 2020

# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>06</b>
<b>2. APORTE TEÓRICO</b>	
2.1. Rede de Atenção Psicossocial e a Reforma Psiquiátrica.....	13
2.2. Direitos Humanos.....	20
<b>3. OBJETIVOS</b>	
3.1. Geral.....	27
3.2. Específicos.....	27
<b>4.MÉTODO .....</b>	<b>28</b>
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>31</b>
<b>6. DISCUSSÃO.....</b>	<b>37</b>
<b>7.CONCLUSÃO .....</b>	<b>58</b>
<b>8. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>63</b>

## APRESENTAÇÃO

No dia 18 de maio de 2020, Dia da Luta Antimanicomial, completaram-se 33 anos do dia em que profissionais de diversas áreas decidiram se posicionar contra as políticas públicas de internação em hospícios e manicômios, tão comum na época.

Queria poder afirmar que era só na época, porém ainda hoje é possível sentir o interesse de algumas esferas sociais no retorno dos modelos asilares e manicomiais. Mas aqui, não quero ser somente pessimista. Obviamente nestes mais de trinta anos, tivemos muitos avanços para assistência em saúde. No final da década de 1980, além de uma nova constituição, formalizamos também as condições para a assistência em saúde no Brasil, a Lei 8080/90.

Tenho um carinho imenso por esta lei há mais de 15 anos da minha vida. Posso dizer que além de ter sido a primeira lei que li integralmente, fiquei totalmente apaixonado desde os primeiros artigos. Ainda na faculdade, nas aulas de Saúde Coletiva, a modernidade desta Lei me encantava e, já na época, eu pensava no seu Art. 2º, que enfatiza que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Pelo interesse na lei, por achar que o Brasil era um país com uma visão técnica moderna e por amar o nosso Sistema Único de Saúde (SUS), automaticamente vou me inserindo na saúde pública. Os pensamentos para um cuidado coletivo foram alicerces para minha prática assistencial. Ainda na universidade, inicio minha participação nos coletivos de saúde pública e de defesas de usuários de substâncias psicoativas ou com algum tipo de sofrimento psíquico.

A Saúde Mental foi o caminho que a vida me apresentou e que, por "surfar na onda", me transformou em outra pessoa. Inicialmente motivado pela curiosidade, pela complexidade da mente humana, o salto para as influências do meio social, cultural e econômico no indivíduo veio de maneira súbita, mas potente no meu âmago. Pensar na humanização do cuidado destes indivíduos tão vulneráveis, me motiva a continuar lutando e continuar resistindo.

Tive a sorte de compartilhar meus dias de assistência com profissionais que, para mim, sempre serão referências e que me ajudaram (e me ajudam) a resistir às durezas do ofício. Alguns desses profissionais, considero pioneiros do SUS, que tenho a honra de ouvir histórias, compartilhar experiências e aprendizados, que me dão força para continuar com esta missão tão complexa.

Aqui, não a toa retomo minha história, pois gostaria de lembrar neste estudo a história do SUS e dos cuidados em Saúde Mental. Pois sinto, sinceramente, que a história do SUS se mistura com minha história e que nesse momento, talvez estamos no momento mais frágil de nossas histórias.

Creio que se está lendo até aqui, pode estar se questionando o que as Políticas citadas no título tem a ver com as Doenças ou Mortes. Também demorei um tempo para entender o impacto de políticos e de políticas no contexto. No início, até por ser uma base importante no aprendizado do cuidado, somos regidos pelo olhar biológico do indivíduo. Dificilmente se não deslocarmos este olhar, conseguimos ampliar a correlação entre políticas e doenças.

Acho que ainda há uma cultura muito forte voltada a pensar na doença. Este pensamento é devastador quando pensamos em saúde mental e saúde coletiva.

Aprendemos na Saúde Mental que o primeiro hospício no Brasil foi criado na época do império. Com o mesmo nome de nosso último imperador e por seu fundador, o Hospício Pedro II foi baseado nos modelos da psiquiatria europeia. Esta vertente da medicina é elitizada e voltada para um pensamento higienista, criou-se um modelo de controle social. A loucura passou a ser um problema para a política e a solução criada foi um isolamento em ambientes inóspitos, violentos e que não cuidava, nem de quem estava adoecido, nem da doença social mais grave que existe, a desigualdade econômica.

Durante a evolução histórica, este modelo persistiu por mais de um século. Os hospícios foram utilizados para uma limpeza urbana. Se estava alcoolizado nas ruas, se não tinha família, se estava com algum pensamento esquisito para época (como desejos por pessoas do mesmo sexo, por exemplo), se tivesse um ataque de fúria, se não conseguia trabalhar, se não tivesse dinheiro, enfim, qualquer estranhamento, na sua maioria das vezes, baseado em conceitos morais, você poderia ser taxado como louco e acabar internado pro resto da vida.

Os hospícios eram (e sempre serão) um instrumento político e, aqui no Brasil, com muita influência do Estado. Um instrumento usado e abusado dependendo da época histórica que vivíamos. Imagina o que eram as prisões na época da ditadura, então intensifique e pense no que eram os hospícios. Condições precárias, eram quase como uma sentença de morte certa.

Importante lembrar o local para também lembrarmos dos avanços que conquistamos com muita luta. Nessas últimas quatro décadas, conseguimos romper este modelo assistencial de cuidado e iniciamos um processo importante de desinstitucionalização dos

usuários que estavam nestes espaços maquiavélicos. Para isso, ampliamos as redes de saúde no geral e criamos novos instrumentos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), baseando os cuidados sempre no reconhecimento dos direitos dos usuários e na articulação entre saúde e direitos de cidadania como princípios estruturantes das práticas.

Para alcançar este objetivo tão importante, o diálogo entre múltiplos setores é essencial. Então, tento aprender a trabalhar de uma maneira multiprofissional e multisetorial. Conversas com a justiça, assistência social, educação, direitos humanos, economia, comércios, dentre muitos outros é essencial para a assistência.

E assim como na criação do SUS, as manifestações e apoio da população são essenciais para a continuidade da proposta. Por isso, há anos venho dialogando (e aprendendo) com outras frentes de resistência como o feminismo, o combate ao racismo, a defesa dos direitos Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexual e variações sexuais (LGBTQIA+), o combate a violência, os grupos de defesa de usuários de infecções sexualmente transmitidas (IST), os familiares e usuários portadores de deficiência, os que lutam pelo direito do indígenas, dentre muitos outros, que precisam de direitos assegurados, pois, assim como os usuários de saúde mental, temos uma dívida social histórica com estes grupos e indivíduos.

Com base nesses conceitos e conhecimentos, venho mostrar repugnância e preocupação perante os discursos de ódio que mantêm-se frequentes (e estimulados pelos governantes) nesses tempos tão duros para todos nós.

É importante lembrar que alguns retrocessos nas Políticas Públicas de Saúde já estavam sendo executados antes da crise do *Coronavírus Disease* - 2019 (COVID-19). Em dezembro de 2017 os hospitais psiquiátricos, manicômios e comunidades terapêuticas retornam oficialmente para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Influência muito forte das comunidades religiosas, apoiado pelo governo, em maio de 2018 oficializa-se o financiamento (estímulo) para leitos nesses locais. Desde então, vimos um aumento gradual desta indústria que enriquece os donos de hospitais e as indústrias farmacêuticas.

Proposta de Emenda à Constituição (PEC) que altera o Sistema Tributário Nacional e dá outras providências ainda está em andamento na Câmara Federal. Esta proposta pode congelar os recursos para saúde, que já eram precários. A saúde é gratuita, mas tem um custo! Se pensarmos no modelo centrado na doença, estes custos sobem muito mais. Não podemos deixar que as conquistas dessas décadas sejam desmontadas pelas atuais políticas de morte e dos políticos que estimulam a morte.

Uma vez aprendi que trabalhar com saúde mental é ver além do sofrimento do indivíduo ou do sintoma que ele apresenta. Trabalhar com saúde mental é ir contra um sistema inteiro. Sistema que estimula um padrão para o ser, um jeito de se portar, uma fábrica de seres que não pensam e que precisam se enquadrar nos quadrados. Que existem muitas forças, como estímulo midiático, da indústria, do capitalismo pelo consumismo desenfreado. Não pensamos no que estamos consumindo e cada dia isso está mais evidente.

Fora isso, as falas de diminuição do outro estão cada vez mais explícitas. As pessoas estão se permitindo serem agressivas com todos que são diferentes, tanto de ser, como de se portar. Os preconceitos estão explicitados como nunca na minha vida, tinha visto. E o pior, desvalorizadas pelos governantes e até, estimuladas pelos mesmos.

Voltamos à idade média. Líderes religiosos que não tem moral nenhuma, estipulam o que é um padrão moral para que os outros sigam. Os controles de massa são tão influentes que me enojam. Até o questionamento sobre a vacinação ou sobre a terra ser redonda estamos vivendo. Como algumas pessoas estão idolatrando e auxiliando o desmonte da liberdade de expressão?

Assim como meus colegas há 34 anos se reuniram, hoje sei que a frente antimanicomial está se reunindo (mesmo a distância) pelos mesmos ideais: aceitar as diferenças, trabalhar com equidade, lutar contra a exclusão e descriminalização, garantir os direitos e humanizar a assistência.

A dor e o sofrimento não são produtos. As políticas públicas devem ser protetivas à população. Não podemos comercializar a doença, mais do que nunca isso está sendo evidente.

Aprendi na saúde mental que nenhuma crise acontece por acaso. Precisamos pensar nas estruturas sociais e esse momento de crise pandêmica, econômica e política está “esculachando” nossos comportamentos sociais.

A sociedade como um todo está sofrendo. Uns pelo vazio do isolamento, outras por conviverem ainda mais próximos do agressor, outras pela dificuldade financeira, outras pelo luto de vítimas do COVID-19, outras, pela própria infecção do vírus.

Acredito que o acolhimento, a empatia e os vínculos são essenciais nesse momento. Este é um instrumento técnico importante para minha prática e me comprometo aqui continuar acreditando nisso. Não importa se os usuários, os colegas, a gestão, os líderes políticos ou qualquer um peçam retrocessos, eu continuarei resistindo! Pelos meus ideais e pela memória de quem lutou antes de mim.

Esta dissertação está sendo muito importante para mim, pois além de uma oxigenação profissional, vem trazendo esperança, fortalecimento e renovação na minha vida. Pretendo continuar estudando. A escrita me trouxe a oportunidade de produzir uma luta afetuosa contra todo um sistema opressor e violento que estamos inseridos.

Vale lembrar que o acolhimento, a empatia e vínculos são instrumentos técnicos, mas salto a vista que são antes de tudo, uma característica humana: essencial, potente e transformadora. Assim sendo, todos nós possamos (devemos) treinar e usufruir.

Assim acredito que possamos passar por esta crise com menos efeitos colaterais. Deixo-me à disposição para continuarmos acreditando juntos na transformação.

Vamos passar por isso!

## 1. INTRODUÇÃO

Com o final do último período ditatorial brasileiro, durante a década de 1980, o processo de redemocratização se constituiu e se fortaleceu por meio dos mais distintos movimentos sociais. Em busca de satisfazer esta pluralidade de demandas sociais, instituímos uma nova Constituição em 1988.

Dentre a complexidade da sociedade brasileira, e após regime autoritário ditatorial dos anos anteriores, esta Constituição adotou as principais características do constitucionalismo de um Estado Democrático de Direito, onde o poder soberano é uno e pertence ao povo. Este novo Estado Democrático de Direito, segue o modelo de uma democracia indireta, ou seja, o poder é exercido por representantes eleitos pelo povo. Porém, para evitar arbitrariedades, fraciona-se o poder popular (MILANI, 2008).

Baseado na lógica dos filósofos iluministas, há os que precisam legislar, os que criam os direitos e as obrigações daquele país; há os que precisam executar estas leis, por meio de administração pública; e há os que precisam julgar e decidir, em última instância, os conflitos existentes na sociedade. Ou seja, é uma balança entre três poderes: executivo, legislativo e judiciário que se faz um Estado Democrático de Direito.

Introduzimos a formação do Estado para falar sobre o processo do desenvolvimento de Políticas Públicas. O processo de criação de políticas públicas é cotidiano, vivo e dinâmico. A formulação das políticas públicas atuais são uma sobreposição das políticas utilizadas em contextos anteriores. "Políticas públicas são ações que, por meio de leis e de normas abrangentes, estabelecem um conjunto de regras, de programas, de ações, de benefícios e de recursos voltados à promoção do bem-estar social e dos direitos do cidadão" (BUCCI, 2019).

Não é tão incomum ao decorrer da história que estes conceitos não sejam aplicados na formação de políticas públicas. A consequência disto é, na maioria das vezes, alguma violação à Carta dos Direitos Humanos.

Assim como a economia, a tecnologia e as tendências culturais são dinâmicas, as políticas acompanham, ou deveriam acompanhar, este processo de expansão social. Mas, assim como na organização da macro esfera política, as políticas sempre sofrem influências dos mais diversos poderes na sua criação. Muitas vezes, na própria escrita sobre as políticas (leis, normas, diretrizes, dentre outros) vê-se subliminarmente os interesses e a quem as políticas favorecem.

Dentre os manifestos sociais que formaram nossa *Magna Carta*, um que marcou o registro na nova Constituição Federal de 1988, foi o direito à saúde. Conforme consta em seu artigo 196, que declara: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação." (BRASIL, 1988)

Este parágrafo que nos baseia em qualquer discussão sobre saúde no Brasil desde então, é também protetiva dos Direitos Humanos. De alguma forma o Estado do Brasil resguarda em termos legais algumas garantias ao exercício essencial da dignidade e o respeito para com o cidadão. Chama atenção que, apesar de ser um direito constitucional à saúde, a dependência química ou o transtorno mental é quase sempre desprivilegiado deste direito.

Também, a Constituição Federal de 1988 instituiu no Brasil o federalismo cooperativo, onde a federação divide-se em três tipos de entes federativos que devem atuar de forma coordenada e cooperativa. Sendo eles a União, os Estados e Distrito Federal e os Municípios. No aspecto da saúde, a competência para executar ações e serviços de saúde é comum aos três entes federativos. Um modelo administrativo tripartite.

O art. 23, II, da Constituição Federal dispões ser competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios "Cuidar da Saúde e da Assistência pública, da proteção e da garantia das pessoas portadoras de deficiência." (BRASIL, 1988).

Também é importante salientar que a Constituição Federal de 1988 foi criada e fortalecida pela participação popular. Na década de 1990 então, a saúde passa a criar estratégias de participação social. Se organiza de forma descentralizada, e a integralidade do cuidado e a participação social fortalece a importância do sujeito. As Conferências Nacionais de Saúde são os pilares para que os encontros fortaleçam planos operacionais para prevalecer o direito à saúde.

Antes da reforma da atual constituição, os modelos de cuidado na saúde como um todo, mas, especificamente ao modelo asilar preconizado pelas antigas políticas de cuidados com saúde mental passam a ser questionadas e, concomitante às reformas políticas, os modelos assistências de cuidados na saúde mental também passam a ser repensados, principalmente pelas atrocidades que violam os direitos humanos.

A partir dos anos 2000, ocorre uma transformação de um modelo hierárquico e descentralizado para um modelo de redes de atenção à saúde. (RIVERA e ARTMANN,

2010). Sendo que nesse período é implantada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e as modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que contemplam o objeto deste estudo.

No campo da saúde o objeto é a produção do cuidado, por meio da qual se espera atingir a cura e a saúde, que são, de fato, os objetivos esperados. Entretanto, a vida real dos serviços de saúde tem mostrado que, conforme os modelos de atenção adotados, nem sempre a produção do cuidado está efetivamente comprometida com a cura e a promoção. (FEUERWERKER, et.al., 2014).

Porém, como dito anteriormente, a assistência à saúde mental e à dependência química, antes da reforma psiquiátrica, era baseada num modelo de cuidado hospitalocêntrico, assim como o restante da assistência à saúde brasileira. O cuidado com estes enfermos era resumido à internação de períodos longos em grandes centros manicomiais, estes por sua vez, dos mais precários e desumanizados. (AMARAL, 1997). Ou seja, eram modelos assistenciais que trabalhavam em sua maioria com o modelo curativo para doenças que têm, por sua vez, uma complexidade muito mais ampla do que o modelo biológico.

A reforma psiquiátrica brasileira, assim como a estruturação do Sistema Único de Saúde, estabeleceu novos patamares para a assistência ao portador de sofrimento psíquico. A luta antimanicomial, objetivando a favor da desinstitucionalização de sofredores psíquicos, se deparou com uma série de necessidades para a formação de uma atenção integralizada a esta parcela da população. (HIRDES, 2009)

Ainda citando Hirdes, 2009, 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.

Com estes novos conceito iniciou-se a construção de uma rede de serviços de assistência à saúde, à cidadania e ao bem estar do cidadão com algum sofrimento psíquico, inclusive a dependência, que vinha até o presente momento, sendo excluído da sociedade. Esta rede se estabeleceu com as diretrizes de um enfoque na reabilitação psicossocial. (HIRDES, 2009; DIMENSTEIN, et.al., 2010)

A reorientação dos modelos assistenciais à saúde mental brasileira ofertou vários avanços na organização e na concepção do sistema único como um todo. Na prática clínica, nos deparamos com novos problemas, esses relativos aos diferentes panoramas de nossa sociedade. Com a constante crescente populacional e a diversidade sociocultural que nos rodeia, a demanda em saúde se diferencia não só de indivíduo para indivíduo, mas pelo coletivo em que os mesmos estão inseridos. (COSTA et.al.,2012)

Os Direitos Humanos contribuíram para o questionamento do cuidado asilar, pois com o isolamento, questões de direito básicos, como o da liberdade, do convívio social e familiar, do trabalho, são arrancados junto com a psicopatologia em questão. É visível em muitos relatos sobre este modelo de cuidado que as violências são frequentes, o que explicita a vulnerabilidade produzida neste modelo e as lesões aos direitos em comum.

O uso de Substâncias Psicoativas é um problema grave e mundial de saúde pública, o círculo vicioso tanto das drogas lícitas como das ilícitas envolve danos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, culturais, ético-legais e morais. (ALMEIDA, et.al., 2013).

Ainda que por diversas vezes apresentem pontos em comum, a necessidade de tratamento exige uma singularidade. Compreender as diferenças individuais e agir de uma maneira que promova a autonomia e bem-estar é o desafio da atualidade da rede de assistência psicossocial. (COSTA et.al.,2012)

O fenômeno da dependência química é constituído por inúmeras interfaces e inúmeras articulações que dependem de diversas interfaces e articulações. Contraditoriamente, este fenômeno é abordado, em sua maioria, a partir de processos fragmentados e reducionistas. (LIMA, D.S.; SCHNEIDER, D.R., 2011)

Os indivíduos devem ser percebidos como sujeitos de interação e como co-construtores de seu tratamento, ação que possibilita mudanças comportamentais e reinserção social. (DIMENSTEIN, et.al., 2010).

“Em um país onde não se tem escola, trabalho, lazer e cultura para todos - condições necessárias pleno exercício de habilidades, o vocábulo se transforma em sofisma, além de pressupor um padrão ideal de comportamento que se deve ser tomado por indivíduos que por alguma razão distanciaram-se dos modos “normais” de ser” (PITTA, 1996).

A escolha do tipo de tratamento está diretamente ligada ao perfil do paciente, a gravidade de sua patologia e ao tipo de estrutura social a que o mesmo está inserido. A somatória desses fatores é responsável pela escolha de alternativas eficientes para intervenções que auxiliem na prevenção e resolução da problemática. (BREDA et.al., 2005).

Devemos lembrar que por cultura e crenças populares, acredita-se que ao retirar o indivíduo do meio que vive, diminui o uso e conseqüentemente o indivíduo melhora a condição de dependência. Justamente pela loucura e dependência química ser uma patologia multifatorial, soluções simplistas raramente surtem efeito positivo na vida do indivíduo. É visível que os danos aos Direitos Humanos causados no ambiente asilar impactam no físico, emocional e psíquico de quem vivenciou este modelo de tratamento.

Em um país, com a magnitude do Brasil, com as mais opostas realidades sociais, refletir sobre as barreiras e os fatores de proteção de cada comunidade é uma missão praticamente inalcançável, pois muitas vezes dentro de um pequeno território temos as mais desiguais necessidades. Para que cada profissional contribua com o valor necessário para acalantar as necessidades de um indivíduo, é necessário que ele compreenda o papel social de sua profissão e de cada singularidade do indivíduo para quem presta serviço, facilitando assim, uma participação ativa no contexto. (AZEVEDO, 2012)

Para sairmos de uma mecanização de trabalho, precisamos compreender que cada indivíduo é um diferente ator social, com as suas características ímpares e com sua importância única para o meio em que vive. E para que isto aconteça, é necessário também nos enxergarmos como atores sociais, com alto potencial para fazer a diferença e até a mudança das dificuldades nas várias realidades locais. (AZEVEDO, 2012)

Portanto, para podermos enfrentar o desafio de cuidar, de produzir saberes sobre os modos cuidadores operantes, sobre o trabalho vivo em ato em servir de saúde, sobre os encontros e os acontecimentos que constituem o cerne da produção do cuidado, seja ele qual for, mas neste caso, do cuidado aos usuários de substâncias psicoativas, precisamos ir produzindo um modo de cuidar que esteja também, de modo equivalente, ressaltando a importância da participação dos sujeitos neste processo. (MERHY, E.M.; MOEBUS, R.N.; SILVA, E., 2016)

As concepções e práticas de saúde, segundo o novo paradigma da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, não comportam mais um olhar fragmentado do sujeito, visualizando apenas a doença. O que significa investir em políticas de saúde que ofereçam uma forma de atenção mais complexa, pautada no respeito e na subjetividade dos sujeitos envolvidos. (BREDA et.al., 2005; DIMENSTEIN, et.al., 2010)

Os processos de produção de saúde dizem respeito, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos e entre serviços, e se fazem numa rede de relações que exigem interação e diálogo permanentes. (COSTA et.al., 2012). Reabilitação

Psicossocial é um conceito fundamental que articula práticas para atenção na área da saúde mental, como a construção de um novo olhar sobre o tratamento das pessoas com problemas de saúde mental revelando as possibilidades de cuidado em rede.

Com o aumento populacional e com a crescente oferta de novas substâncias psicoativas, os atuais pólos de cuidados implementados, assim como as políticas públicas devem se adaptar de forma rápida e coesa a este crescimento, e a sociedade civil como um todo precisa colaborar no cuidado desta questão tão complexa.

Ainda assim, as estratégias de cuidado pautadas nos trabalhos comunitários exigem um instrumento capaz de organizar, acompanhar e acolher os usuários que estão transitando por um momento de crise, seja ela dentro de uma psicopatologia, sendo de uma necessidade de suporte ao sofrimento psíquico.

Segundo o parágrafo 1º, da Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002, "As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental..., e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial...".

Em 1998, antes da criação de legislações importantes sobre o funcionamento, implementação e características dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os CAPS em todo território nacional representavam 198 serviços implantados. Até o ano de 2015, após legislação que protege e estimula o cuidado com indivíduos inseridos nas comunidades, no Brasil tínhamos 2.209 CAPS. Deste total, 378 são Centros de Atenção Psicossocial especializados no atendimento dos problemas relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. (BRASIL, 2015)

A expansão da quantidade de Centros de Atenção Psicossocial sem dúvida é relevante para as transformações das políticas públicas nacionais de Saúde Mental. Porém, a metodologia do trabalho nestes Centros estão cada vez mais comprometidas. As mudanças de paradigma de cuidado são tão discrepantes que dificilmente o cuidado comunitário é entendido com facilidade. Tanto pela população, quanto pelos trabalhadores e gestores dos serviços de saúde.

Delgado, em 2019, afirma que com toda a evolução de um processo complexo, que envolve gestão pública, mobilização social e mudança cultural, a reforma da saúde mental no Brasil apresentava um traço relativamente firme e contínuo de progresso desde a década de 1980. Porém, os serviços de atenção que se pauta no cuidado comunitário

vem sendo ameaçados no Brasil. As medidas tomadas pelo Governo Federal desde 2016 impactou alguns indicadores importantes na política de Saúde Mental.

Delgado enumera sete medidas instituídas pelo Governo Federal Brasileiro entre os anos de 2016-2019 que afetam diretamente as Políticas de Saúde Mental com enfoque nos Centros de Atenção Psicossocial. Dentre elas, destaca-se o enfraquecimento da atenção básica, o aumento do financiamento a hospitais psiquiátrico, redução no cadastramento de CAPS, ampliou os serviços de comunidades terapêuticas, restaurou o hospital psiquiátrico como centralidade do cuidado, recriou o arcaico modelo de hospital-dia e redefiniu os ambulatórios de especialidade desprovido de territorialização. (DELGADO, 2019)

Considerando a problemática mundial em que pessoas com transtorno mental, deficiências intelectuais e com sofrimento e necessidades decorrentes do uso de substância psicoativas são submetidas a assistência de baixa qualidade e que na maioria das vezes ferem os direitos humanos, principalmente ao da liberdade, é extremamente importante relevar esta perspectiva aos serviços que acolhem e cuidam desta parcela da população. (BRASIL, 2015)

Ironicamente, a história nos mostra que, algumas das piores violações aos direitos humanos e casos de discriminação vivenciados por pessoas com transtornos mentais e afins ocorrem em ambientes de prestação de cuidados à saúde. (BRASIL, 2015)

Esta problemática mundial deve ser constantemente questionada, principalmente no panorama atual em que há um desfinanciamento do sistema CAPS para privilegiar outras lógicas de cuidado, voltando visivelmente ao modelo de produção e de pouca valorização à vida.

A vigilância constante nesta prática de cuidado nas comunidades é extremamente necessária para o crescimento e a transformação da cultura e dos tabus sociais inerentes à loucura e ao uso nocivo de álcool e outras drogas.

## 2. APORTE TEÓRICO

### 2.1. Rede de Atenção Psicossocial e a Reforma Psiquiátrica

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pode ser definida como um modelo de cuidado, que visa à integração comunitária, à cidadania e à saúde das pessoas em estados graves de sofrimento psíquico, transtornos psiquiátricos e usuários que utilizam álcool e outras drogas.

A partir da década de 1970, no Brasil, o Movimento de Reforma Psiquiátrica questionou o modelo de atenção psiquiátrica focado em manicômios e hospícios. Isso fez com que a assistência ao paciente psiquiátrico levasse a consolidação de um novo modelo de cuidado com estes usuários. (COSTA et.al.,2012; HIRDES, 2009)

Os manicômios são espaços onde o nível das trocas é eminentemente baixo, devido, dentre outros fatores, ao caráter assimétrico das relações que lá se estabelecem. (DIMENSTEIN, et.al., 2010)

Então, muitos dispositivos novos foram criados para atender às necessidades destes indivíduos, com base comunitária e humanizada. Em 2001, foi promulgada a Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de atenção assistencial à saúde mental. Essa lei pode ser considerada um marco para a garantia da construção de uma assistência pautada em ressocialização e reintegração social. (AMARAL, 1997, HIRDES, 2009, ALMEIDA, et.al., 2013)

Classificada como doença mental, principalmente por conta das contribuições da psiquiatria e da psicanálise, a dependência química passa a ser alvo das mesmas intervenções que marcam o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, que visa implantar um novo paradigma de atenção à saúde mental. (MORAES, 2008)

Em uma de suas sanções, garante o direito do paciente psiquiátrico e do usuário de substâncias psicoativas serem tratados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde. Isso impõe ao Estado a necessidade de investir em diferentes tipos de cuidado. (AMARAL, 1997)

Cabe ressaltar ainda que, a lei cria parâmetros para restringir ao máximo a utilização de recursos da internação e, mesmo quando recursos extra-hospitalares forem debilitados, cria critérios para garantir ao indivíduo internado uma integralidade da assistência. Ou seja, locais que fogem do modelo asilar e promovam a reintegração social. (HIRDES, 2009)

No Brasil, o tema das redes de atenção à saúde é recente e não há experiências em escala, nem avaliações robustas. Contudo, estudos de casos de experiências de

redes de atenção à saúde indicam que elas, à semelhança do que ocorre em países desenvolvidos, podem ter impacto significativo nos níveis de saúde, com custos suportáveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS). (ANDRADE, 2016)

Há uma relação estreita entre cidadania e saúde mental, posto que um indivíduo que não goze plenamente da cidadania é um risco para a sua saúde mental, assim como um indivíduo que não goze plenamente de saúde mental estará impedido de exercer sua plena cidadania social. Portanto, a questão central na Reabilitação Psicossocial está relacionada à elevação do sujeito de sua condição de doente mental para a condição de cidadão. (SARACENO 2001)

A Portaria nº 3.088, de 23/12/2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em que descreve as suas diretrizes, seus objetivos e seus componentes. A RAPS visa assistir não só às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, mas também àquelas cujas necessidades são decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. (BRASIL, 2011)

Além da Portaria nº 3.088 estabelecer as diretrizes à assistência psicossocial no sentido de Reabilitação Psicossocial, direitos à promoção da equidade e o combate de estigmas e preconceitos, também define os componentes da RAPS, apoiado em diversas outras portarias nacionais. Com os princípios, diretrizes e normativas estabelecidas na legislação, configura-se então, o modelo de atenção baseado em redes de cuidados às pessoas com problemas de saúde mental e sofrimento psíquico.

O conceito de assistência organizada em rede vem atender a necessidade de fazer funcionar um novo modelo de cuidado. As redes de saúde são formadas por diferentes serviços que devem agir de forma interligada, no intuito de oferecer um cuidado integral a uma determinada população. (ANDRADE, 2016)

Andrade(2016), caracteriza como elementos constitutivos da Rede de Saúde: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

A população se constitui a razão de ser de uma rede de saúde que deve se consolidar a fim de atender às necessidades desta. O processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sócios sanitários; a vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/equipe da Estratégia Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de riscos; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas. (ANDRADE, 2016)

O estabelecimento de parcerias entre diferentes instituições no sentido de trabalharem juntas para o alcance de objetivos e metas comuns. Consiste na obtenção de certa unidade, apesar das diferentes áreas de atuação dos setores envolvidos, tentando estabelecer vínculos intencionais que superem a fragmentação e a especialização. (AZEVEDO, 2012, et.al.)

Amaral (1997), segue refletindo que, implementação de uma nova política pública, com as implicações socioculturais da proposta da reforma psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos doentes mentais.

Segundo Amarante (2016), o processo de desinstitucionalização demonstra tornar-se possível construir e inventar novas perspectivas de vida e subjetividade para aqueles mesmos sujeitos, e não apenas “evoluções” e “prognósticos” da doença mental. Portanto, para fortalecer a reforma psiquiátrica nos modelos atuais, alguns eixos são de suma importância na organização de um novo paradigma social.

Saraceno (2001), para defender seu posicionamento de um modelo de assistência voltada à não asilar aos indivíduos, além de explicar sobre a ampliação de vivências e de negociação que possam usufruir fora dos muros dos manicômios, propõe por meio da Reabilitação Psicossocial, os três eixos fundamentais para favorecer as trocas sociais e expansão dos espaços onde as barreiras da patologia possam ser adaptadas. São esses eixos: o habitat, o trabalho e as relações ou trocas sociais (rede social).

Para produção de vida, é necessário pensar no local de habitação e moradia dos usuários. Com o olhar da psiquiatria convencional, o hospício não produz vida e subjetividade, apenas importa-se com o padrão que o indivíduo deve permanecer na sua existência.

Na reforma psiquiátrica então, devemos pensar como um desses eixos de cuidado onde esse usuário habita para produção de vida. No Brasil existem portarias que definem que o cuidado às pessoas com problemas de saúde mental, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e que não possuam suporte social e familiar, sejam realizados nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). (BRASIL, 2000; BRASIL, 2001)

Então, por objetivo de reintegração social, o eixo de moradia é subsidiado por algumas portaria, inclusive a Portaria nº 1.220/MS, que define Serviços Residenciais Terapêuticos como um “conjunto de atividades de reabilitação psicossocial que tenham como eixo organizador a moradia, tais como: autocuidado, atividades da vida diária,

frequência a atendimento em serviço ambulatorial, gestão domiciliar, alfabetização, lazer e trabalhos assistidos, na perspectiva de reintegração social". (BRASIL, 2004)

Com estes aportes, pensamos então nos SRTs como uma alternativa de moradia e de cuidados para pessoas que sofrem com o isolamento social ocasionado pelo transtorno mental. É um jeito mais humanizado e que causa menos impacto ao indivíduo do que ser afastado de suas comunidades. A anulação das particularidades de saúde e de vida são menores do que na moradia hospitalar, pois o convívio nas SRTs faz com que a comunidade onde estão inseridos esteja integrada à rotina de vida deste coletivo. Portanto, os usuários que residem nesses serviços têm mais potencial de serem incluídos e inseridos nas redes de assistência, na organização urbana e nas relações sociais da comunidade a qual pertencem. (AMARANTE, 2016)

Pensando pela perspectiva de uma alternativa, os SRTs são entendidos como moradia, e seus esforços de organização devem seguir como diretrizes a perspectiva da constituição de um lar. Constituir um lar depende tanto de uma visão individual quanto daquele coletivo. A interpretação de que o lar é desenvolvido a partir da subjetividade do indivíduo pode mostrar o quão importante os Serviços são para o desenvolvimento e até a constituição dos residentes que ali residem. A finalidade então dos SRTs é decisiva na formação da subjetividade, sendo o pólo integrador de vivências, pensamentos, lembranças e sonhos. Sem esses elementos o indivíduo se torna disperso. (PITTA, 2015)

É importante salientar que a estratégia dos SRT são para usuários que já possuem um histórico de internações por longos períodos, superior a dois anos. (BRASIL, 2000; BRASIL, 2001). As inovações e os esforços devem ser para que não haja novas internações e conseqüentemente, anulações de indivíduos.

As condições de acesso aos sistemas de atenção à saúde, à educação, à moradia e outros itens essenciais, além de constitucionais, são os fatores que promovem a saúde e previnem o adoecimento precoce da população. Ou seja, precisamos nos antecipar, com criatividade, para que não haja a necessidade de intervenções mais intensivas de cuidado. Também é importante pensar que, mesmo se essas intervenções forem necessárias, que possam ser feitas sem violar a liberdade do indivíduo e de sua existência.

Refletindo sobre um aspecto essencial de sobrevivência em uma sociedade capitalista, o dinheiro e a produção, um dos eixos mais relevantes no processo de reabilitação psicossocial é o eixo do trabalho. Aqui é importante ressaltar o conceito de trabalho não só como produção de bens e troca de mercadorias, ou a exploração da força de trabalho, mas uma atividade como produção de vida e de afeto. Obviamente o trabalho

deve ter por objetivo a geração de renda, mas também pode compor na criação de um novo papel social.

Lima (2004), diz que as oficinas de geração de renda como dispositivos para a Reabilitação Psicossocial, remetem à ideia de produção e desta para a ideia de produção de subjetividade. Considera que são nesses espaços que se engendram, se experimentam, se criam novas formas de se relacionar, novos espaços para existir, novos modos de ser. Ou seja, produz vida além do trabalho.

Singer (2001) nos lembra que numa sociedade capitalista, a interação social está cindida em dois campos distintos: o competitivo, que abrange parte das atividades econômicas, políticas, lúdicas etc.; e o solidário, que engloba em princípio as relações familiares, de vizinhança, de coleguismo no estudo, no trabalho, em esportes de equipe etc.

Considerando então as propostas da Reabilitação Psicossocial no eixo de geração de renda e as singularidades dos indivíduos que têm dificuldade na entrada no mercado de trabalho formal, a economia solidária pode ser uma alternativa de produção de subjetividade e talvez de qualidade de vida para este indivíduo.

Existem condições como o bem-estar físico, mental, psicológico e emocional, relacionamentos sociais, acesso à saúde, educação, entre diversos outros fatores, que interferem na qualidade de vida de um indivíduo. Alguns instrumentos indicam a influência destas diversas condições na qualidade de vida, condições básicas e suplementares do ser-humano. Sentir-se pertencente depende de diversos fatores. (CARRAPATO, CORREIA, GARCIA, 2017). Os Centros de Atenção Psicossocial devem inserir os diferentes eixos com a proposta de inclusão.

Nesse contexto, os CAPS assumem especial relevância no cenário das novas práticas em saúde mental no país, configurando-se como dispositivo estratégico para a reversão do modelo hospitalar. Tendo como uma de suas metas a inserção social do indivíduo com sofrimento psíquico, a mudança deve englobar a relação que se estabelece com o usuário, equipe e família, e entre esses e a comunidade.

A mudança de papéis, a democratização das instituições, e o envolvimento e responsabilização da comunidade devem somar-se aos objetivos técnicos do tratamento. O objeto de intervenção torna-se mais complexo, interdisciplinar, e as práticas e saberes tradicionais necessitam ser reconstruídos para responder à transformação da relação loucura e sociedade. (PITTA, 2015)

O Ministério da Saúde preconiza para estes serviços o papel de articulador de uma lógica de rede sustentada em várias instâncias, como as de cuidados básicos (Estratégia

da saúde da Família – ESF), unidades básicas de saúde, ambulatórios, leitos de hospitais gerais e iniciativas de suporte e reabilitação psicossocial – SRT. (BRASIL, 2004)

No que se refere à problemática do uso de álcool e drogas, o Sistema Único de Saúde começou a desenvolver ações sistemáticas e regulares de atenção integral para essa população, a partir de 2003. Anteriormente a esse período ocorreram algumas iniciativas importantes, porém isoladas. (BRASIL, 2004)

Com a criação dos CAPS Álcool e outras Drogas, em 2002, iniciou-se a implantação de uma rede de serviços direcionada especificamente a esta finalidade. Tais dispositivos devem utilizar como referência a lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004)

A mudança no modelo de assistência exige a implantação de uma diversidade de equipamentos que respondam aos diferentes momentos e necessidades do indivíduo. Portanto, um processo apreciativo de CAPS deve monitorar essas ações acompanhando a construção de um serviço que se proponha a atender a inserção do usuário e a proteção dos direitos dos mesmos, com intervenções pautada na diversidade de saberes de uma equipe multiprofissional e na utilização de recursos múltiplos.

Um programa ou serviço é entendido como um processo que possui movimento, uma dinâmica própria. É levada em conta a ação de atores distintos que se aliam e se contrapõem, tratando-se de uma busca hermenêutica por compreender antagonismos e consensos. Desta forma, avaliar os serviços é também decodificar conflitos visando ao entendimento da cultura institucional e das práticas dos agentes que o serviço ou programa envolve. As análises dos sujeitos sociais acerca destas experiências não podem ser ignoradas, mas reconhecidas como portadoras de racionalidade e analisadas sob a luz das conexões histórico-sociais que conformam tais discursos. (DESLANDES, 1997)

Essa avaliação subjetiva conclui um dos eixos essenciais na reforma psiquiátrica, por fim, e não menos importante, o processo de trocas sociais. Esse eixo, além de garantir a existência do indivíduo no meio, a ampliação do acesso, possibilitado pelos espaços de trocas sociais, produz a condição de cidadão e tem mais possibilidade de garantir os direitos individuais. O objetivo de todo esse cuidado é garantir ao indivíduo o direito de exercer a sua cidadania e a sua liberdade. O acesso ao convívio social promove relações afetivas, material, laboral e habitacional. (ALMEIDA, et.al., 2013). Essa rede de

apoio pode ser o suporte para cuidar do sofrimento psíquico e do uso nocivo de substâncias psicoativas.

A diretriz política que estabelecemos favorece que os usuários passem a ser vistos como atores/sujeitos do seu próprio tratamento e não mais como meros objetos da violência institucional dos manicômios. Essa convivência no território, com auxílio da Rede de Atenção Psicossocial e dos Centros de Atenção Psicossocial, favorece e assegura os direitos individuais, além de estimular a autonomia e a corresponsabilidade pelo seu próprio cuidado. (PITTA, 2015)

Os indivíduos não são submissos a práticas desumanas e os profissionais não são algozes sanitários. As práticas de cuidado voltadas na comunidade trazem o protagonismo sociocultural e político, empedrando os diferentes atores para gerar subjetividade do sujeito e inserção do mesmo no coletivo. (PITTA, 2015)

O propósito de pensarmos em uma Reabilitação Psicossocial é de valorizar a subjetividade do indivíduo e a adequação do mesmo na comunidade. Essas trocas podem favorecer uma evolução tanto do indivíduo, quanto da comunidade na qual está inserido, estratégias que eram impensáveis com os métodos de internação em manicômios.

Podemos citar a Legislação Penal Brasileira como uma comparação aos métodos antigos de exclusão social em manicômios. A Legislação Penal decreta que, no acúmulo de crimes e infrações, o indivíduo não pode exceder 40 anos de privação de liberdade. Esse decreto foi modificado em 2019, antes disso, o máximo que o indivíduo poderia ficar restrito eram 30 anos. (BRASIL, 1940)

No Brasil, indivíduos que sofrem algum tipo de desordem psíquica podem ficar mais tempo com a liberdade restrita do que quem comete um homicídio, por exemplo, já que, muitos indivíduos estão restritos por toda a vida em ambientes asilares. (HIRDES, 2009)

Destarte, o compromisso de criar uma política de Reabilitação Psicossocial não é somente uma questão técnica e científica, mas sim, uma visão moral e ética. Para mais, como veremos a seguir, o direito à liberdade e à vida é um dos direitos assegurados pela Declaração Universal dos Direitos Humanos. Por fim, nenhuma prática, sendo médica ou política, não pode ocasionar iatrogenia aos indivíduos que já estão vulneráveis em sua existência.

## 2.2. Direitos Humanos

Uma temática contemporânea que afeta os indivíduos das mais diversas formas, dos mais diversos afetos, pois enxerga cada ser humano, mesmo sendo este o mais miserável dentre os indivíduos, mesmo o que cometeu os crimes mais hediondos, como um ser que ainda assim não pode ser destituído de direitos. Afinal, como afirma a Declaração Universal dos Direitos Humanos, "Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade" (Assembleia Geral da ONU, 1948).

Lembro aqui que o texto, refere-se "homens" como sinônimo de ser humano. Visto que a Declaração dos Direitos Humanos foi inspirada na Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão, datada de 1789 e que subsidiou os pilares da revolução francesa. Ou seja, apesar de contemporâneo, a temática é discutida em diferentes momentos histórico-político-sociais. (TOSI, 2004)

Se formos pensar em uma evolução histórica, os direitos humanos podem ser conduzidos desde uma fase umbilicalmente ligada com a própria história da cidadania, da humanidade, ou seja, a necessidade de se estabelecer padrões e regras sociais são encontradas em nós, seres humanos desde o código de Hamurabi na Babilônia, século XVIII a.C. (PASSOS, 2016)

Porém, diferente do código macedônico, que originalmente serve para que o Estado oriente princípios edificantes e estruturantes da sociedade, também proporciona uma segregação das classes e um nivelador dos valores sociais, presentes até hoje na organização estatal (PASSOS, 2016), longe de ser somente um organizador social como o código macedônico mencionado, os direitos humanos são instrumentos que prezam outros valores essenciais para a convivência e o desenvolvimento humano.

Passos (2016), segue com sua linha de pensamento que no contexto histórico da essência dos direitos humanos em sua universalidade, a evolução desses valores essenciais para convivência humano foi desenvolvida entre os séculos VIII e II a.C., principalmente por cinco grandes doutrinadores: Zaratrastra (Pérsia), Buda (Índia), Confúcio (China), Pitágoras (Grécia) e Dêutero-Isaías (Israel).

Como já dito no início dessa expansão mundial, Passos (2016), indica que esse período foi fértil pela importante contribuição nos termos de princípios e nos pensamentos que valorizavam as noções de valores, fundamentos que possibilitaram o entendimento da pessoa humana, dotada de direitos, até os dias atuais.

Segundo Gallardo (2014) apud MAIA e GRADELLA JUNIOR (2021), os direitos humanos tem a incumbência de serem vistos como resultado histórico de diversas

manifestações e movimentos de lutas sociais que obtiveram, por seu poder e organização, consubstanciar declarações, tratados, pactos e leis que estabeleceram direitos para populações discriminadas e que sofreram as mais diversas formas de violência.

Todavia, apesar de alicerçada nos diversos textos citados acima, é importante salientar que o fato da existência desses documentos não é o suficiente para garantir o respeito e a promoção dos direitos humanos. Melhor dizendo, não obstante exista uma formalização das conquistas em lutas sociais, os direitos humanos dependem da correlação de forças políticas para se efetivarem. (TOSI, 2004)

Gallardo (2014) apud MAIA e GRADELLA JUNIOR (2021) segue o raciocínio de que os direitos humanos precisam ser compreendidos sob a perspectiva do campo político, e, como quaisquer campo de elaboração de uma organização social política, esses direitos são entendido como lugar de intensos conflitos. Por este ângulo, portanto, os direitos humanos podem ser considerados tanto como produtos de lutas históricas dos movimentos sociais quanto dos resultados ambíguos nessas lutas.

Concluimos então, com o auxílio desses autores que: o fundamento, a matriz, ou os princípios dos direitos humanos surgem nessa ambiguidade dos conflitos sociais. Tanto no conflito em si, quanto nos resultados, mesmo que catastróficos, são desdobradas pelas formações sociais modernas.

Para exemplificar esses conceitos, retomamos a fragmentada evolução histórica dos direitos humanos partindo para o início do século VI, com o perturbado período medieval. Passos (2016), menciona que essa época propriamente dita que se iniciou a elaboração do princípio de igualdade, a par das diferenças existentes, elemento dito decisivo para a formação do conceito de Direitos Humanos.

Afinal, se ainda hoje vemos que situações como condições financeiras, sociais, raça, gênero, entre outras, fazem diferença na obtenção de privilégios, na idade média, com interferência da igreja e patriarcado, promovia muito mais as diferenças e a segregação entre a espécie humana.

Seguindo o contexto histórico, outro fator importante para a ampliação do conceito dos Direitos Humanos e que auxiliou na consolidação do atual panorama é o pensamento "*kantiniano*". Este pensamento, além de que pode ter tido como contributo fundamental para ideia da pessoa enquanto sujeito de direitos, tem como destaque a dignidade e a singularidade da pessoa humana, enquanto valor absoluto, ao contrário das coisas que têm valor reativo. (PASSOS, 2016).

Também podemos pensar que, por serem uma difusão de conflitos e interesses políticos, apesar dos Direitos Humanos serem uma representação universalmente válida, independente do reconhecimento das leis de cada constituição, ainda hoje, apresenta uma dificuldade imensa de apresentar uma só definição. Isto ocorre pois, como outras temáticas das ciências humanas, os direitos humanos devem ser tratados como um conceito interdisciplinar, das intersecções de múltiplas variáveis e portanto, dependem de discussões realizadas de forma ampliadas, incluindo diversos setores organizacionais de uma sociedade. (TOSI, 2004)

Passos(2016), quase finalizando sua trajetória histórica aponta como relevante ao processo de estruturação da consolidação do conceito das pessoas, qual seja o surgimento do pensamento assentado na liberdade do agir de cada um de acordo com suas preferências de valores, claro, seguindo os preceitos de ética como referência desses pensamentos.

Portanto, a própria estruturação dos direitos humanos foi relevante para a reorganização mundial. Ao final das selvagerias da segunda guerra mundial, durante a reformulação dos sistemas políticos e da sociedade ocidental, os Direitos Humanos passam a ser pautados nos coletivos mundiais. Nesta perspectiva, podemos dizer que a Declaração Universal dos Direitos Humanos atual seria um marco que responde às desumanidades ocorridas nos conflitos da Segunda Guerra Mundial. (TOSI, 2004)

Afinal, dentre os tantos aspectos da rebordosa do conflito, enaltecendo o máximo dos desenvolvimento técnico e das aplicações sociais, as consequências provindas da dominação e a exploração de populações vulneráveis toma várias formas. No meio de copiosas ações passadas nos campos de concentração e nos campos de extermínio, uma ideia ressalta aos olhos da humanidade: a negação do outro como humano. Nesse contexto, o resgate dessas memórias aqui, não devem ser consideradas meramente uma narrativa. Trata-se de um contraponto às concepções da história como progresso, um confronto direto com a rememoração do que foi (e segue sendo) bestial na organização da sociedade. (MAIA, GRADELLA JUNIOR, 2021)

Santos (1997), afirma identicamente que a necessidade da criação de novas categorias que penalizam crimes que resultaram na morte de milhões de pessoas foi fundamental para a reorganização mundial. Conceitos como crime contra a humanidade, terrorismo internacional e genocídio foram criados a partir dos horrores perpetrados pela segunda guerra mundial.

No dia 26 de junho de 1945 foi criada a Organização das Nações Unidas (ONU), em São Francisco, pelas lideranças políticas das grandes potências da época. Com a

participação dos países que se aliaram e que venceram a segunda guerra mundial, o objetivo da criação era estabelecer parâmetros que, se executados, pudessem evitar uma terceira grande guerra. (MAIA, GRADELLA JUNIOR, 2021)

Como vimos nos livros de história, as duas primeiras guerras deixaram experiências terríveis e de extermínio da população julgada como inferior, como por exemplo as catastróficas sequelas que ocorreram devido ao lançamento de bombas atômicas sobre Hiroshima e Nagasaki. Estas por sua vez deixaram marcas sociais presentes até os dias atuais. O acordo entre os líderes das grandes potências estabelece que “a promoção dos ‘direitos naturais’ do homem fosse a condição *sine qua non* para uma paz duradoura” (TOSI, 2004).

Dessa forma, em 10 de dezembro de 1948, em uma Assembleia da ONU, foi realizada a Declaração Universal dos Direitos Humanos, como um amparo para se evitar tempos de barbárie. Inicialmente, com intuito de garantir a segurança coletiva e a paz nos anos seguintes à Segunda Guerra, em um ato histórico, a Declaração Mundial de Direitos Humanos foi adotada na Assembleia Geral das Nações Unidas sem um único voto contrário.

A estratégia criada para evitar que as grandes potências mundiais respeitassem os países periféricos não só foi ganhando espaços nos grupos de proteção, mas também utilizados nas plataformas políticas pelo mundo inteiro. Não só como instrumento, mas como praticamente um símbolo, ocasionando a amplificação das vozes dos mais fracos, economicamente e socialmente falando.

A declaração universal dos direitos humanos reafirma inicialmente os direitos das classes mais favorecidas (liberdade, direitos civis e políticos) e posteriormente se estende para direitos que, anteriormente, não eram garantidos para grupos socialmente desafortunados. Assim, são alicerçados pelas buscas de direitos iguais pelos grupos historicamente desfavorecidos, como por exemplo o direito das mulheres, a proibição da escravidão, o direito dos estrangeiros, dentro outros. (MAIA, GRADELLA JUNIOR, 2021)

Os Direitos Humanos são um conceito que surgiu na história da cultura ocidental por meio de lutas, revoluções e movimentos sociais e tem influência de doutrinas políticas, religiosas, éticas e filosóficas. Ao longo da história, também surge a vertente jurídica, em que são especificados tratados, protocolos e convenções internacionais. Com os aspectos jurídicos, tornam-se obrigatórias nas relações internas e externas dos Estados. (TOSI, 2004)

Em resultado à esta cascata de eventos, pelo mundo a Declaração Universal de Direitos Humanos inspirou muitos movimentos pela independência de pequenas colônias,

ocasionou mudanças e influências em muitas constituições modernas e até hoje é o principal embasamento para que os militantes dos mais diferentes aspectos dos Direitos Humanos denuncie qualquer abuso sobre o bem-estar humano. (SANTOS, 1997).

Como já dito anteriormente, o modelo de assistência a qualquer pessoa com problemas de saúde mental era exclusivamente asilar. Este modelo por si só, já ofusca um dos princípios mais importantes e relevantes na Declaração de Direitos Humanos, o direito à liberdade.

Considerando os impactos sociais deste tipo de modelo de assistência, o tratamento hoje é entendido como um direito fundamental à saúde, que deve garantir a preservação dos direitos humanos de quem sofre psicologicamente. O reconhecimento do indivíduo é prioritário, o acompanhamento deve ser realizado de maneira multiprofissional, com diretrizes baseadas em evidências que promovam a restauração da saúde do indivíduo, com acompanhamento e avaliação sistemática do cuidado. (SILVA, MOLL, VENTURA, 2018)

Refletindo sobre o aumento do número de indivíduos com qualquer sofrimento psíquico e relevando a história mundial de cuidados, o tema direitos humanos como meta de produção de cuidado deve sempre ser salientado como diretriz das políticas públicas de saúde.

Além de dar visibilidade para a temática, o cuidado em liberdade produz mais cidadania para quem sofre de algum distúrbio psíquico. Assim, segundo SILVA, MOLL, VENTURA, 2018, o conhecimento sobre direitos humanos e sua aplicabilidade pode auxiliar na elaboração de estratégias de educação em saúde capazes de atuar na prevenção e tratamento de qualquer distúrbio psíquico.

As pessoas com problemas de saúde mental sofrem diferentes tipos de preconceito e estigma social. O louco, a loucura são vistos comumente sob a perspectiva do incapaz, do inútil ou do que não produz. Assim como o usuário de substâncias psicoativas, que socialmente é marginalizado, sendo frequentemente associado à criminalidade, à violência ou possuidores de algum defeito moral. A perspectiva dos Direitos Humanos privilegia o respeito à dignidade de cada indivíduo, tensionando o olhar social à compreensão deste indivíduo com características que devem ser cuidadas e incluídas, não esquecidas e excluídas.

Atualmente, as políticas públicas para quem faz o uso de substâncias psicoativas estão centradas em programas de abstinência em um ambiente asilar, chamados de comunidades terapêuticas. Uma vez que este tipo de privação de liberdade está restrito a

pacientes com transtornos mentais que tenham cometido alguma infração criminosa, esta metodologia é ilegal e fere os princípios dos direitos humanos.

"Entende-se por privação de liberdade a modalidade de tratamento da dependência química conhecida como internação compulsória, aquela que se dá por meio de determinação judicial. Ao se analisar esse tipo de tratamento, na Tailândia, conclui-se que os resultados da internação compulsória são negativos, pois evidenciou-se as seguintes situações: altas taxas de reincidência do uso de substâncias após o término do tratamento e presença de sequelas psicológicas resultando em maior gasto com drogas e possivelmente maior intensidade de uso destas substâncias." (SILVA, MOLL, VENTURA, 2018)

Assim sendo, apesar dos direitos humanos serem discutidos e re-discutidos há tantos anos, temos muito o que avançar nos embates públicos sobre a problemática da proteção ao direito de quem sofre de algum transtorno psíquico ou que faz uso de substâncias psicoativas.

Os Direitos Humanos são fundamentados no reconhecimento dos diversos valores e da dignidade humana. Em sua essência implica-se o comprometimento para melhorar o padrão de vida das pessoas. O Estado é, portanto, responsável por tomar as medidas positivas para oferecer acesso qualificado ao exercício do direito à saúde. (SILVA, MOLL, VENTURA, 2018)

Importante salientar, como nos lembra SANTOS (1997), que a abrangência global da luta pelos direitos humanos só será obtida à custa de legitimidade local. Ou seja, na nossa temática, temos que operar na reforma psiquiátrica como nos primórdios do Sistema Único de Saúde, na relação de-baixo-para-cima ou contra hegemônica do cuidado. Portanto, não é uma tarefa fácil, porém, sem dúvidas, a longo prazo traz respostas mais dignas, respeitadas e inclusivas ao indivíduo e a sociedade que este pertence.

Diante do exposto, acreditamos que avaliar os Centros de Atenção Psicossocial à luz dos direitos humanos pode contribuir para a ajudar na melhoria da assistência, da gestão, da organização e da resistência destes serviços. Ampliando assim as chances de insistirmos numa perspectiva mais ampla de cuidado com a doença e com a loucura, não limitando-se à lógica medicalizada e curativa; assim, este estudo tem como pressuposto:

Como os coordenadores dos serviços avaliam o CAPS em relação à garantia dos Direitos Humanos?

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Geral**

Avaliar os Centros de Atenção Psicossocial dos municípios de São Paulo, Minas Gerais e Amapá na perspectiva dos coordenadores, à luz do QualityRights.

#### **3.2. Específicos**

- Caracterizar os coordenadores dos Centros de Atenção Psicossocial dos municípios de São Paulo, Minas Gerais e Amapá.
- Analisar as respostas dos coordenadores dos Centros de Atenção Psicossocial à luz do QualityRights.
- Identificar fragilidades e potencialidades para assegurar serviços de alta qualidade e evitar negligências e retrocessos no cuidado aos usuários de álcool e outras substâncias psicoativas.

#### 4. MÉTODO

Trata-se de pesquisa avaliativa, descritiva, de caráter qualitativa, apresenta dados do Projeto AVALIAR CAPSad, coletados entre os anos de 2013 e 2017, por meio de um questionário estruturado, tendo como participantes os coordenadores de 30 CAPSad dos estados de São Paulo, Minas Gerais e Amapá, sendo a maioria (50,0%) do estado de São Paulo, seguidos do estado de Minas Gerais (46,7%) e por fim, Amapá (3,3%) (PINHO, 2014; GONÇALVES, 2016; FAVACHO, 2019).

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e estes foram aprovados pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o número 1.001/2011 e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, sob o número 054/2012, pelo Estado de São Paulo. Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o número 951.970/2015 e da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, sob o número 991.545/2015, pelo Estado de Minas Gerais. Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o número 2.125.494/2017 e Universidade Federal do Amapá, sob o número 2.244.472/2017, pelo Estado do Amapá (PINHO, 2014; GONÇALVES, 2016; FAVACHO, 2019).

Levando em consideração as crenças, valores e hábitos, propostas de atendimentos, realizações de atividades desenvolvidas no serviço, espaços de participação social (conselhos gestores e assembleias), as respostas ao questionário foram adaptadas a um roteiro de temas propostos no QualityRights (WHO, 2012) da Organização Mundial de Saúde.

O *Kit* de ferramentas Direito é Qualidade da OMS (WHO QualityRights) tem a intenção de fornecer aos países informações e ferramentas para avaliação e melhoria dos padrões de qualidade e de direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social, baseando-se na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos de Pessoas com Deficiência, é um recurso essencial, não só como garantia para o não retorno de práticas negligentes utilizadas como abusos do passado, mas também para sustentar serviços de alta qualidade no futuro. (BRASIL, 2015)

Desta maneira, elencou-se os quesitos estabelecidos pelo QualityRights (QR) e, interpretando os dados coletados, se constituiu uma estratégia potente de avaliação e enfrentamento ao estigma. As respostas oferecidas do questionário foram computadas, o que facilitou a interpretação dos dados e a elaboração da avaliação. Portanto, aproximou-

se mais o processo de avaliação dos aspectos dos serviços de saúde mental e suas características à luz deste instrumento.

O QR como orientadora na pesquisa avaliativa identifica cinco temas que, de forma conjunta, compõem a integralidade do processo avaliativo. O primeiro tema envolve a estrutura física dos serviços, englobando acessibilidade, limpeza, segurança, conforto, entre outros fatores que constituem o ambiente e a condição dos imóveis. O segundo tema avalia a garantia de direitos de acesso, circulação e qualidade de assistência recebida pelo usuário. Passa por pontos relevantes quanto aos recursos humanos qualificados e a recursos materiais de qualidade. Um ponto importante nessa temática é a capacidade do serviço em estabelecer um projeto terapêutico singularizado para o indivíduo e com componentes intersetoriais para garantir a amplitude do cuidado.

No terceiro tema garante a capacidade legal de exercício dos direitos dos usuários, assim como a segurança e a liberdade pessoal de cada indivíduo. Basicamente avalia a garantia de escolha do usuário para aquele tratamento, a participação no seu projeto de tratamento, assim como as salvaguardas em vigor para prevenir a privação de liberdade e o tratamento sem consentimento livre e esclarecido. No quarto tema, foca-se na prevenção a tortura ou tratamentos com penas cruéis, desumanas ou degradantes, incluindo claro, a exploração, a violência e os abusos institucionais no cuidado ao usuário.

E por último, mas não menos importante, o quinto tema se refere ao direito do usuário de viver de forma independente e de não ser excluído da comunidade, como ter acesso a renda, a educação ao trabalho, a participar da vida pública e política, assim como a participação em atividades sociais, culturais, religiosas e de lazer.

O *kit* supracitado também organiza uma forma de classificação baseado nas evidências que apontem o quanto os temas foram alcançados. Portanto, são cinco as possibilidades de classificação, descritas em:

- (AT) - Alcançado Totalmente: significa que existe evidências suficientes para que os critérios, padrões ou temas foram completamente realizados;

- (AP) - Alcançado Parcialmente: utilizado quando há evidência de que os critérios, padrões ou temas foram realizados, mas realizar melhorias são necessárias;

- (AI) - Alcance Iniciado: Há evidência de medidas que estão a ser tomadas para cumprir os critérios, padrões ou temas, porém, melhorias significativas ainda são necessárias;

- (NI) - Não iniciado: quando não há evidência de cumprimento dos critérios, padrões ou temas;

- (NA) - Não aplicável: Os critérios padrões ou temas não são aplicáveis ao serviço em questão.

Assim, a pesquisa apresenta uma tabela que facilita a demonstração e organização dos dados, utilizando os respectivos temas, a avaliação e as evidências encontradas.

## 5. RESULTADOS

Os coordenadores entrevistados são em sua maioria do sexo feminino (80,0%), brancas (70,0%) e casadas (73,3%). As categorias profissionais dos entrevistados são compostas por: Psicólogos (46,7%), Assistentes Social (23,3%), Terapeutas Ocupacionais (20,0%), Enfermeiros (6,7%) e Educadores Físicos (3,3%). A maior parte ganha entre 4 a 7 salários mínimos (40,0%), mais da metade recebe uma gratificação por exercer o cargo de coordenador do serviço (56,7%), trabalham 40 horas semanais (83,3%) e não possuem outro vínculo empregatício (80,0%).

É observado também que grande parte dos entrevistados possuem pós graduação (80,0%), sendo que metade dos entrevistados é especialista em saúde mental (50%), alguns com mestrado concluído na área (13,3%) ou cursando (6,7%). Não evidenciamos nenhum entrevistado com título de Doutorado em Saúde Mental. A maioria dos coordenadores são indicados para o cargo (73,1%), outros passam por processo seletivo (19,8%) e poucos se elegem (6,7%).

Os serviços são caracterizados da seguinte forma: encontramos quatro modalidades de modelos de administração, sendo: administração direta (70%), onde a própria prefeitura é responsável pela governança, organizações sociais (13,3%), são unidades privadas sem fins lucrativos, parceiras (10,0%), empresas que possuem um contrato para a gestão e Fundações (6,7%), que se define por um fundo autônomo, de pessoa jurídica que organizam serviços ou distritos de saúde. São de maior parcela de natureza jurídica públicas (93,3%), mas também encontram-se filantrópicas (3,3%) e privadas (3,3%).

Os CAPS AD pesquisados também são Cadastrados como CAPS II AD (70,0%), CAPS II AD (26,7%) e CAPS II AD estendido (3,3%). Funcionando também nessas três modalidades: CAPS II AD (63,3%), CAPS II AD (30,0%) e CAPS II AD estendido (6,7%). O horário de funcionamento varia entre serviços 24 horas (30,0%), em 10 horas de funcionamento no decorrer do dia (39,6%) e os demais variam entre o mínimo de 8 horas (3,3%) e o máximo de 14 horas (3,3%) de funcionamento em dias úteis.

Sobre a estrutura física, a maioria não possui leitos de desintoxicação (33,3%), e o restante possui de um leito (6,7%) até 11 leitos (3,3%). A maioria dos coordenadores avalia que o número de salas não está adequado para a demanda de atendimentos (76,7%), assim como que as oficinas não são estruturadas e equipadas para a necessidade de assistência (56,7%).

Tabela 1- Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas III pelos temas do *QualityRights*. São Paulo, Brasil. 2020

<b>Tema <i>QualityRights</i></b>	<b>Nível de realização</b>	<b>Evidências</b>
<b>1- O direito a um padrão de vida adequado</b>		
Padrão 1.1: O prédio está em boas condições físicas.	AI	56,7% dos gestores apontam que as oficinas não são estruturadas e equipadas. 53,3% possuem ao menos dois seguranças.
Padrão 1.2: As condições de repouso e pernoite no serviço são confortáveis e permitem privacidade suficiente para os usuários.	NI	60% dos CAPS tem pelo menos uma sala de desintoxicação. 70% não possuem acolhimento noturno;
Padrão 1.3: O serviço atende aos requisitos sanitários e de higiene.	AI	59,9% dos serviços possuem mais que cinco banheiros. 70% possuem dois ou mais funcionários de limpeza.
Padrão 1.4: Os usuários do serviço recebem alimentação, água potável e vestuário que correspondem às suas necessidades e preferências.	AT	73,3% dos serviços possuem cozinha e refeitório. 30,0% possuem cozinheira e/ou copeira. 66,7% dos serviços realizam oficinas de higiene e cuidados pessoais; 83,3% dos CAPS oferecem Café da Manhã; 26,7% dos CAPS oferecem Lanche da Manhã; 80,0% dos CAPS oferecem Almoço; 86,7% dos CAPS oferecem Lanche da Tarde; 33,3% dos CAPS oferecem Jantar; 26,7% dos CAPS oferecem Lanche noturno;
Padrão 1.5: Os usuários dos serviços podem comunicar-se livremente e seu direito à privacidade é respeitado.	AT	86,6% dos serviços possuem pátio; 73,3% possuem jardim. 76,6% possuem pelo menos duas salas para atividades coletivas; 63,3% possuem pelo menos quatro salas de atendimento individual.
Padrão 1.6: O serviço oferece um ambiente acolhedor, confortável e estimulante que promove participação ativa e interação.	AI	76,7% dos coordenadores avaliam que o número de salas não está adequado para a demanda de atendimentos; 96,7% ofertam atendimento psicoterápico em grupo; 93,7% possui algum tipo de atividade grupal;
Padrão 1.7: Os usuários do serviço podem usufruir plenamente de vida social e pessoal e continuar envolvidos na vida e nas atividades comunitárias.	AT	56,7% dos CAPS utilizam espaços na comunidade; 86,7% realizam visitas domiciliares 80,0% realizam visitas domiciliares com objetivo de busca ativa ou acompanhamento da situação 83,3% realizam visitas domiciliares para acompanhamento situações agudas; 37,0% dos serviços registraram quatro ou mais visitas domiciliares no último mês;

## 2- O direito a usufruir o padrão mais elevado possível de saúde física e mental

<p>Padrão 2.1: O serviço está disponível para todos que necessitam de tratamento e apoio.</p>	<p>AT</p>	<p>53,3% dos serviços não possuem adequação para deficientes.          100% realizam orientação familiar.          70% dos serviços possuem projeto terapêutico institucional;          73,3% contam com Conselho Gestor;          90% possuem acolhimento diurno;          86,7% contemplam acesso livre dos usuários;          93,3% dos serviços atendem pessoas com risco de suicídio;          73,3% consideram que tem estrutura para atender pessoas com risco de suicídio;          66,7% dos CAPS possuem critérios de acesso, como encaminhamentos, faixa etárias, diagnósticos, território ou gravidade;          48,1% dos serviços realizaram 30 acolhimentos ou mais no último mês cheio de atendimento;</p>
<p>Padrão 2.2: O serviço possui profissionais qualificados e oferece atenção de boa qualidade em saúde mental.</p>	<p>AP</p>	<p>80% possuem ao menos um médico generalista;          96,7% possuem ao menos um psiquiatra;          73,3% possuem três psicólogos ou mais;          66,7% possuem ao menos um enfermeiro especialista em saúde mental;          56,6% possuem no mínimo dois assistentes sociais;          40% possuem um terapeuta ocupacional;          53,3% possuem um farmacêutico;          90% dos CAPS possuem abordagem interdisciplinar;          70% trabalham com programas de estágio/extensão;          40% dos serviços não recebem supervisão técnica e nem administrativa;          76,7% também não recebem consultoria;</p>
<p>Padrão 2.3: O tratamento, a reabilitação psicossocial e articulações para redes de apoio e outros serviços são elementos de um projeto terapêutico orientado pelas necessidades do usuário do serviço e contribuem para sua capacidade de viver de forma independente na comunidade.</p>	<p>AP</p>	<p>96,7% dos CAPS realizam articulação com recursos do território;          93,3% articulam com os serviços de atenção básica;          93,3% estão inseridos na Rede de Atenção Psicossocial;          86,7% dos serviços oferecem tratamento individualizado no domicílio;          73,3% dos serviços possuem algum mecanismo para evitar internações em situação de crise;          76,7% realizam reuniões semanais para discutir casos, medicações e estratégias de cuidado;          93,3% possuem sistema de referência para outros serviços;          90% dos serviços possuem critério para alta por melhora;          40,7% dos CAPS registraram no último mês cheio Ações de articulação;          59,3% realizaram ao menos um registro de atenção a situações de crise no último mês cheio;</p>

<p>Padrão 2.4: Medicamentos psicotrópicos estão disponíveis, são acessíveis e utilizados de modo apropriado.</p>	AT	<p>53,3% dos CAPS possuem farmácia;        86,7% possuem alguma forma de dispensação de medicamentos.        76,7% possuem medicamentos para urgências e emergências.        90% fornecem as medicações prescritas.        90% registra-se prescrição de medicamentos        90% possuem Haloperidol        73,3% possuem Risperidona        86,7% possuem Clorpromazina        83,3% possuem Fluoxetina        50% possuem Sertralina        86,7% possuem Carbonato de Lítio        86,7% possuem Ácido Valpróico        86,7% possuem Carbamazepina        90% possuem Diazepam        90% possuem Clonazepam</p>
<p>Padrão 2.5: Serviços adequados estão disponíveis para a saúde geral e reprodutiva.</p>	AT	<p>100% dos serviços realizam uma avaliação clínica;        96,7% possuem uma avaliação psicológica e social do indivíduo;        86,7% possuem atendimento de educação em saúde;        93,3% dos serviços solicitam exames laboratoriais;        56,7% dos CAPS possuem atividades grupais de caráter operativo;        70% ofertam grupos com características psicoeducacionais;        63,3% dos serviços disponibilizam refeições especial para diabéticos;        56,7% dos CAPS disponibilizam refeições especiais para hipertensos;</p>
<p><b>3- O direito a exercer a capacidade legal e o direito à liberdade pessoal e segurança da pessoa</b></p>		
<p>Padrão 3.1: As preferências dos usuários do serviço referentes ao lugar e à forma de tratamento são sempre uma prioridade.</p>	AT	<p>96,7% realizam atendimento individualizado no serviço;        96,7% ofertam atendimento psicoterápico;        90% trabalham com Projeto Terapêutico Singular;</p>
<p>Padrão 3.2: Existem procedimentos e salvaguardas em vigor para prevenir a privação de liberdade e o tratamento sem o consentimento livre e informado.</p>	AT	<p>66,7% dos serviços realizam assembleias;        63,3% registram as assembleias formalmente;        66,7% dos CAPS indicam a internação através de discussão em equipe;        43,3% usam como critério a internação pelo desejo do usuário e da sua família;        50% dos serviços não recebem avaliação sistemática;        73,3% dos serviços possuem critério por alta de abandono ou solicitada;        33,3% dos serviços realizaram registro de pelo menos um atendimento de promoção da contratualidade no último mês cheio;</p>
<p>Padrão 3.3: Os usuários do serviço podem exercer sua capacidade legal e recebem o apoio necessário para exercer sua capacidade legal.</p>	AT	<p>70% dos serviços os usuários participam das assembleias;        66,7% dos serviços os trabalhadores participam das assembleias;        93,3% realizam manejo em situação de crise, agitação ou risco de agressões;        90% possuem algum tipo de oficinas terapêuticas;        83,3% possuem a Promotoria Pública como serviço para garantia de direitos de cidadania;</p>

Padrão 3.4: Os usuários do serviço têm o direito à confidencialidade e ao acesso a suas informações pessoais sobre saúde.	AT	90% trabalham com Projeto Terapêutico Singular; 93,3% trabalham com técnico de referência; 90,0% dos serviços registram as evoluções em prontuário único; 93,3% dos CAPS, todos os profissionais da equipe realizam estes registros;
---	----	--

#### 4- Prevenção contra tortura ou tratamento ou penas cruéis, desumanos ou degradantes e contra a exploração, violência e abuso

Padrão 4.1: Os usuários do serviço têm o direito à prevenção contra abuso verbal, psicológico, físico e sexual e contra negligência física e emocional	NA	
Padrão 4.2: Métodos alternativos são utilizados em lugar de isolamento e contenção, como meios para reduzir a escalada de crises potenciais.	NA	
Padrão 4.3: Eletroconvulsoterapias, psicocirurgia e outros procedimentos médicos que possam ter efeitos permanentes ou irreversíveis, que sejam realizados no serviço ou encaminhados para outra referência, não devem ser realizados de forma abusiva e somente podem ser administrados com o consentimento livre e esclarecido do usuário do serviço.	NA	
Padrão 4.4: Nenhum usuário do serviço é submetido a experimentos médicos ou científicos sem seu consentimento livre e esclarecido.	NA	
Padrão 4.5: Existem garantias para prevenir a tortura ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes e outras formas de maus-tratos e abuso.	NA	

---

**5- O direito de viver de forma independente e de ser incluído na comunidade**


---

<p>Padrão 5.1: Os usuários do serviço recebem apoio para ter acesso a um lugar para morar e dispor dos recursos financeiros necessários para viver na comunidade.</p>	<p>AP</p>	<p>90% dos serviços realizam orientação e encaminhamento de benefícios como dispositivo que garanta os direitos de cidadania do usuário; 46,7% dos serviços possuem algum vínculo com Serviços Residenciais Terapêuticos ou Casa de Acolhimento Transitória;</p>
<p>Padrão 5.2: Os usuários do serviço podem ter acesso a oportunidades de educação e de trabalho.</p>	<p>NI</p>	<p>83,3% dos serviços não possuem projetos de geração de renda;</p>
<p>Padrão 5.3: O direito dos usuários do serviço a participar da vida pública e política e a exercer a liberdade de associação é apoiado.</p>	<p>AT</p>	<p>70% dos serviços os usuários participam das assembleias; 83,3% dispõem de Ouvidoria Pública para garantia e preservação dos direitos de cidadania do usuário; 63,3% contam com Suporte Jurídico como garantia de direitos; 73,3% relatam que o Conselho Municipal de Saúde é um dispositivo que o serviço dispõe para garantia dos direitos de cidadania do usuário; 60% referem que o Controle Social é um instrumento que o serviço dispõe para garantia dos direitos de cidadania do usuário; 73,3% acham que o Conselho Gestor garantem os direitos de cidadania e utilizam-o como recurso; 63,3% não registraram no último mês nenhum procedimento de protagonismo do usuário;</p>
<p>Padrão 5.4: Os usuários do serviço são apoiados para participar em atividades sociais, culturais, religiosas e de lazer.</p>	<p>AP</p>	<p>73,3% possuem algum tipo de atividade física no serviço; 40% ofertam duas vezes ou mais por semana de atividades físicas; 86,7% possuem oficinas de artes 56,7% oferecem oficinas de música 36,7% realizam oficinas de dança</p> <hr/>

## 6. DISCUSSÃO

Para apresentação e estruturação da discussão, com objetivo didático e para facilitar o processo, apresentamos uma subdivisão dos temas propostos pelo *kit* de ferramentas de Direitos é Qualidade. Durante este processo pretendemos descrever dados inseridos na tabela que constam como descritores no documento da OMS.

Para melhor compreensão, o *kit* de ferramentas por meio das temáticas oferece uma gama de questionamentos que devem ser considerados quando um serviço de saúde mental está sendo avaliado, ou seja, pelos apontamentos e pelas respostas dos gestores, assim, geramos os critérios para pontuação expostos durante a discussão dos resultados.

Também será nessa etapa do estudo que será inserido quais temáticas foram consideradas significativas no estudo e do porquê da demonstração dos resultados desses temas. Tanto no cruzamento dos dados quanto nas considerações dos coordenadores. Seguiremos descrevendo abaixo, exatamente na mesma ordem apresentada no manual Direito é Qualidade do *Kit* de Ferramentas da Organização Mundial da Saúde.

### **1- O direito a um padrão de vida adequado (Artigo 28 da Convenção sobre os Direitos de Pessoas com Deficiência das Nações Unidas)**

Como visto anteriormente, na história dos serviços de saúde mental, o ambiente asilar promove um ambiente hostil e adoecer por si só. É comum encontrar serviços que são depósitos de pessoas, onde a própria estrutura são verdadeiros cenários dos mais horripilantes filmes de terror.

Foi cuidado do *kit* de ferramentas avaliar a estrutura física dos ambientes justamente por estes tenebrosos enredos em que nossas instituições foram constituídas. Então iniciamos avaliando se o prédio está em boas condições físicas. É importante observar desde as janelas estão quebradas, as pinturas estão em boas condições, as estruturas estão condizentes com normas e rotinas de segurança estabelecidas pelas organizações de segurança pública e do aval de funcionamento. (BRASIL, 2015, p. 10)

Nesse tema também se avalia a acessibilidade para pessoas com deficiência, a segurança e a proteção para todos os membros que circulam naquele ambiente, como para riscos e cuidados contra incêndio e catástrofes naturais, por exemplo. Além de fatores que afetam o cotidiano como as condições de iluminação (seja ela natural ou artificial), condições da temperatura, clima e do quanto o ambiente seja por exemplo arejado, aberto e confortável. (BRASIL, 2015, p. 10)

Os resultados alcançados foram iniciados nesse quesito pois 56,7% dos gestores dos CAPS responderam que consideravam que as oficinas não eram estruturadas e equipadas. Também encontramos dados que apontam que 53,3% dos serviços tinham ao menos dois seguranças. Não encontramos mais dados nas respostas que descreviam as circunstâncias das estruturas, portanto, consideramos então que melhorias devem ser examinadas nas estruturas organizacionais para este padrão.

Seguindo no tema, as condições de conforto e de repouso dos usuários são mensuradas e avaliadas de acordo com os seguintes critérios: como os leitos são organizados e separados, se os quartos oferecem espaço suficiente para cada usuário e se não há superlotação no serviço, se os homens e mulheres, assim como as crianças e idosos, possuem quartos separados, como exige as legislações. (BRASIL, 2015, p. 11)

Outros aspectos, como a privacidade do usuário é respeitada, se existe lugar para guardar pertences pessoais, como armários com chaves, ou como se as escolhas dele também são relevantes como hora de se levantar e hora de dormir e até condições de higiene como se as roupas de cama são trocadas frequentemente e o acesso a roupas de cama limpa são disponíveis. (BRASIL, 2015, p. 11)

Apesar que a pesquisa mostra que 60 % dos CAPS pesquisados possuem ao menos uma sala de desintoxicação, esse critério foi avaliado como não iniciado pois 70% da amostra não possui leitos de acolhida noturna, ou seja, ainda o dado é bastante significativo para demonstrar que precisamos aumentar os números de leitos em CAPS para que usuários possam ser atendidos em momentos de crise, com respeito a suas singularidades e suas necessidades.

Dentro das condições físicas do prédio, é importante salientar as condições de higiene em que o serviço se encontra, pois, como visto na história também, os hospícios são sujos e descuidados com as questões de saneamento básico. Portanto, o próximo padrão exalta se o serviço atende os padrões de higiene. (BRASIL, 2015, p. 12)

Para essa avaliação, os pontos chaves são a quantidade de sanitários, se esses são suficientes, funcionais, limpos e instalados corretamente. Se estas instalações sanitárias permitem a privacidade e se há uma separação para banheiros para homens e para mulheres. Os usuários do serviço têm acesso regular aos banheiros e às instalações sanitárias. E finalmente, se as necessidades relativas a banhos e ao uso das instalações sanitárias por usuários acamados ou com restrições da mobilidade ou com quaisquer deficiência física são atendidas por meio de adaptações, ou se os banheiros são adaptados conforme acessibilidade. (BRASIL, 2015, p. 12)

Nessa modalidade o alcance foi iniciado pois 59,9% dos serviços possuem mais que cinco banheiros e 70 % dos serviços possuem dois ou mais funcionários do serviço de limpeza. Esses indicativos demonstram que os padrões são mínimos para garantir os critérios estipulados pela OMS nos quesitos de higiene e de privacidade. Porém, como nesse tema também é avaliado a acessibilidade, somente 46,7% possuem adaptações de para deficiência física. Portanto, não foi totalmente incontestável.

Para avaliação da qualidade de vida, um aspecto crucial é a alimentação. O próximo assunto é avaliar se os usuários recebem alimentação, água, potável, vestuário que correspondem às suas necessidades e preferências. (BRASIL, 2015, p. 13)

Para que isso ocorra, além da disponibilidade e da quantidade suficiente da comida, é avaliada a qualidade e se a alimentação corresponde às preferências culturais além das necessidades de saúde dos usuários dos serviços presentes na pesquisa. Também é avaliado se os alimentos são preparados e servidos em condições satisfatórias, as áreas destinadas às refeições são culturalmente apropriadas e refletem os hábitos de alimentação da comunidade que está inserida ou a que aquele usuário pertence. (BRASIL, 2015, p. 13)

Sobre as vestimentas, se os usuários daqueles serviços podem vestir suas próprias roupas e sapatos, se tem diferentes roupas entre roupas para o dia e para dormir. Porventura, os usuários do serviço não possuem suas próprias roupas, os serviços fornecem roupas de qualidade que correspondem às suas referências culturais, além claro, de serem adequadas ao clima.(BRASIL, 2015, p. 13)

Pelo menos 80% dos CAPS oferecem ao menos três refeições por dia. Encontramos também serviços que oferecem Jantar (33,3%) e Lanche Noturno (26,7%). Pelo menos dois terços (73,3%) dos serviços possuem local exclusivo para oferecer

alimentação e refeição e 30 % possuem profissional (copeira) que auxilia no preparo e distribuição da alimentação. Por ser serviços no meio da comunidade, as roupas e vestuário já é subentendido que fica a critério do usuário, mas também é interessante observar que 66,7% dos serviços promovem oficinas que auxiliam e promovem higiene pessoal. Justificam assim os critérios de alcance total.

No próximo tema, o *kit* de ferramenta estabelece que, para que o usuário possa comunicar-se livremente e seu direito à privacidade seja respeitado, deve ser avaliado que telefonemas, cartas, e-mails, acesso à internet estão livremente disponíveis aos usuários do serviço, sem censura. (BRASIL, 2015, p. 14)

Além disso, a privacidade das comunicações dos usuários do serviço seja respeitada, que os idiomas de sua escolha para assegurar que os usuários possam expressar suas necessidades, inclusive, oferecendo tradutores, caso seja necessário, por exemplo. Que os usuários dos serviços possam receber visitas livremente, escolher quem eles queiram ver, participar das visitas em horários flexíveis, assim como movimentar-se livremente pelo serviço. (BRASIL, 2015, p. 14)

Nesse tema, encontramos que 86,6% dos serviços possuem pátio, 73,3% possuem jardim, 76,6% possuem ao menos duas salas para atividades em grupos, ou seja, o critério aqui foi de favorecimento pelas políticas públicas de auxiliar o usuário ao cuidado em meio à comunidade, sem restrições à sua liberdade. E como garantia da sua privacidade, encontramos na amostra que pelo menos 63,3% dos serviços possuem pelo menos quatro salas de atendimento individuais. Mais um critério estabelecido de alcançado totalmente.

Seguindo a avaliação, para avaliar se o serviço oferta um ambiente acolhedor, confortável e estimulante, que possam promover a participação ativa, além de interação entre quem circula no serviço, utiliza-se os seguintes critérios: se existem móveis suficientes e se estes são confortáveis e estão em boas condições; se a ambiência do serviço facilita a interação entre os seus usuários, a equipe do serviço e os visitantes; os recursos necessários, inclusive equipamentos, são fornecidos pelo serviço para assegurar que os seus usuários tenham oportunidades para interagir e participar em atividades de lazer; e por fim, se as salas dentro do serviço são especificamente destinadas como área de lazer dos usuários. (BRASIL, 2015, p. 15)

Finalizando tema do Direito ao Padrão de Vida Adequado, o último padrão mensura se os usuários do serviço podem usufruir plenamente de vida social e pessoal e continuar envolvidos na vida e nas atividades comunitárias. (BRASIL, 2015, p. 16)

Como critérios e ações necessárias para alcance desse padrão, o *kit* de ferramentas sugere que observemos se os usuários dos serviços podem interagir com outros usuários, inclusive pessoas do sexo oposto. Considera se pedidos pessoas, como por exemplo, comparecer a casamentos, funerais, dentre outros eventos sociais, são facilitados pela equipe técnica do serviço que são acompanhados. (BRASIL, 2015, p. 16)

As atividades são organizadas regularmente, programas, ofertadas no serviço e na comunidade, de forma pertinente e apropriada para cada idade. Além dos profissionais dos serviços fornecerem informações aos usuários sobre atividades na comunidade e facilitar o acesso dos usuários a estas atividades. Por fim, se os profissionais dos serviços facilitam o acesso dos usuários a atividades de lazer fora do serviço, e atividades de lazer da comunidade são levadas para dentro do serviço. (BRASIL, 2015, p. 16)

Por se tratar de um serviço inserido na comunidade, mais uma vez os CAPS são bem avaliados por consequência das políticas públicas estabelecidas e, conseqüentemente, os usuários se beneficiam do cuidado em meio aberto e inclusivo, seja na comunidade, ou no próprio domicílio.

O resultado de totalmente alcançado se justifica pelas altas porcentagens de visitas domiciliares, como 86,7% realizam visitas domiciliares, 80,0% realizam visitas com objetivo de busca ativa, 83,3% realizam visitas com objetivos de acompanhamentos de situações agudas e 37,0% realizaram pelo menos 4 ou mais visitas domiciliares no último mês. Além disso, é importante a utilização de espaços comunitários, como por exemplo, 56,7% dos serviços que de alguma forma circulam na comunidade fazendo usufruto do território.

## **2- O direito a usufruir o padrão mais elevado possível de saúde física e mental (Artigo 25 da Convenção sobre os Direitos de Pessoas com Deficiência das Nações Unidas)**

Ponderando sobre as variáveis históricas e as diferenças no cuidado dos usuários que necessitam de cuidado em saúde mental ou que fazem algum abuso de substância

psicoativa, o próximo tema proposto pelo *kit* de ferramentas avalia o acesso aos serviços e o quanto as equipes de saúde fazem restrição à incorporação do usuário ao tratamento.

Por essa razão, iniciamos com o primeiro padrão deste tema que se define justamente pela disponibilidade para todos que necessitam do tratamento e do apoio. São alguns dos critérios estabelecidos se nenhum acesso é negado ao serviço ou tratamento pela base de fatores econômicos, ou de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política, ou de outra natureza, origem nacional étnica, nativa ou social, propriedade, desabilidade, nascimento, idade ou quaisquer outras condições. (BRASIL, 2015, p. 18)

Conjuntamente, nesse padrão é avaliado se todos que solicitam tratamento em saúde mental recebem este cuidado, sendo nesse serviço ou são encaminhados para outros serviços onde o cuidado pode ser oferecido. E ao mesmo tempo, se nenhum usuário é mantido no serviço por características raciais, ou de sua cor, sexo, idioma, religião, opinião política, ou de natureza, origem nacional, étnica, nativa ou social, propriedade, desabilidade, nascimento ou outra condição. (BRASIL, 2015, p. 18)

Conforme os resultados, observamos que 66,7% dos CAPS possuem critérios de acesso, como encaminhamentos, faixa etárias, diagnósticos, território ou gravidade dos casos, 53,3% dos serviços não possuem adequação para deficientes, 48,1% realizaram 30 acolhimentos ou mais no último mês anterior à coleta de dados.

Em contrapartida, 93,3% dos serviços atendem pessoas com risco de suicídio e 73,3% consideram que tem estrutura para atender pessoas com risco de suicídio. Também foi avaliado que 86,7% dos serviços contemplam acesso livre dos usuários, 70 % contam com conselho gestor, instrumento importante na organização e no acesso do serviço, todos os serviços possuem orientação familiar, ou seja, ampliam a assistência para além do sintoma e do indivíduo.

Portanto, levando em consideração as respostas dos gestores e considerando novamente a própria rede de atenção psicossocial como política pública inclusiva, esse padrão foi avaliado como alcançado totalmente.

No próximo padrão, a avaliação considera o quadro de recursos humanos do serviço que está sendo avaliado, levando em consideração o quantitativo e a formação destes profissionais. Para cumprir os requisitos deste padrão, avalia-se se o serviço possui profissionais com competências diversas, que possam oferecer as mais diferentes orientações, focando reabilitação psicossocial, com informação e apoio aos usuários e

suas famílias, amigos e cuidadores, oferecendo e promovendo uma vida autônoma e inclusiva na sociedade. (BRASIL, 2015, p. 19)

São também padrões desta avaliação as informações que os profissionais possuem sobre os serviços da comunidade e sobre os recursos locais que ofertam para promover uma vida social independente para o usuário. Sobre a parte médica, se os médicos são habilitados para prescrever medicamentos psicotrópicos, além dos usuários terem livre acesso para consultar o profissional médico ou quaisquer outros profissionais para tirar suas dúvidas em relação ao uso correto do medicamento que está fazendo uso. (BRASIL, 2015, p. 19)

Também é avaliado se os profissionais são capacitados ou que recebam capacitações por escrito sobre os direitos das pessoas com pessoas com algum tipo de deficiência mental ou que estão habituados com os padrões internacionais de direitos humanos. Assim como, se os usuários recebem informações ou têm acesso à instrumentos que manifestem suas opiniões sobre os serviços oferecidos e auxiliem na melhoria e no aperfeiçoamento da equipe que o atenda. (BRASIL, 2015, p. 19)

O Alcance aqui foi avaliado como parcial utilizando o seguinte critério: apesar de índices satisfatórios de composição de recursos humanos (80% dos serviços possuem médico generalista, 96,7 % dos serviços possuem ao menos um psiquiatra, 73,3 % possuem um psicólogo ou mais, 66,7% dos CAPS possuem ao menos um enfermeiro com especialidade em saúde mental, 56,6% dos serviços possuem no mínimo dois assistentes sociais e 40% possuem 1 Terapeuta Ocupacional), os serviços ainda não possuem um programa de educação permanente que é necessário em qualquer processo de trabalho, mas essencial em saúde mental.

Como observado nos resultados, apesar de 90% dos serviços apresentarem uma abordagem interdisciplinar, apenas 70% deles ofertam programas de estágios ou extensões profissionais. Além disso, a minoria (40%) não recebe supervisão técnica ou administrativa e 76,6 % também não recebem consultoria. Necessitando, portanto, melhorias necessárias para o padrão.

Dentro do tema, para o princípio do trabalho em rede e da integralidade do acesso, os pontos abordados para o padrão do tratamento, da reabilitação psicossocial e das articulações entre as mais diversificadas redes de apoio compostas por um projeto terapêutico orientado pelas necessidades do usuário são guiados pela necessidade de

viver de forma independente na comunidade são descritos a seguir guiados pelo kit. (BRASIL, 2015, p. 20)

Avalia-se aqui se cada usuário do serviço possui um projeto abrangente, integral, individual, que inclua sua participação, seus próprios objetivos sociais, médicos, de trabalho e educação para seu processo de cuidado. Que este projeto seja orientado pelas suas necessidades, refletidos suas escolhas e suas preferências de atendimento, que seja posto em prática revisado e atualizado regularmente pelo usuário e por profissionais do serviço. (BRASIL, 2015, p. 20)

Importante avaliar que como parte de seu projeto terapêutico, os usuários do serviço são incentivados a elaborar directivas antecipadas de vontades e desejos, para que o tratamento possa antecipar as opções de tratamento e de recovery que desejam, bem como as que não desejam, se não forem capazes de comunicar suas escolhas em algum momento no futuro. (BRASIL, 2015, p. 20)

O padrão avalia também se todo usuário do serviço tem acesso a programas psicossociais para atender aos papéis sociais de suas escolhas, buscando desenvolver as melhores habilidades necessárias nas áreas laborais, educacionais ou outras áreas. Juntamente o padrão avalia se os usuários do serviço são incentivados a manter, criar, ajustar uma rede de apoio social, assim como manter contato com os membros dessa rede para facilitar a vida independente na comunidade e aumentar ou melhorar o vínculo na sua família. (BRASIL, 2015, p. 21)

Por fim, o padrão avalia o quanto o serviço é um facilitador entre o contato do usuário com o sistema de cuidado em geral de saúde, dos mais diversos níveis de assistência, seja saúde mental, seja em saúde especializada na comunidade, assim como outros setores de benefícios sociais, como moradia, agências de emprego, serviços de cuidados diurnos e atenção domiciliar. (BRASIL, 2015, p. 21)

Os dados apresentados nesse padrão foram bem promissores em relação às articulações de rede: 96,7% dos CAPS realizam articulação com recursos do território, 93,3% articulam com os serviços de atenção básica e também estão inseridos nas redes de atenção psicossocial, 93,3% possuem algum tipo de sistema de referência para outros serviços.

Além disso, os CAPS apresentam critérios para a evolução do quadro, indicando a circulação do usuário na Rede de Atenção à Saúde: 90,0 % dos serviços possuem critério

de alta por melhora, 73,3% dos serviços possuem algum tipo de mecanismo para evitar internações em situação de crise, 86,7% dos serviços oferecem tratamento individualizados no domicílio, 76,7% dos serviços realizam reuniões semanais para discutir casos, medicações e estratégias de cuidado.

Porém, a classificação foi de Alcançado Parcialmente pois não foram encontrados dados suficientes que documentem a participação do usuário no projeto de seu cuidado. Ou seja, melhorias no quesito devem ser pensadas para que os desejos, escolhas, e propostas sejam inseridas e seu cuidado seja orientado por isto.

No próximo padrão, será avaliado se os medicamentos psicotrópicos estão disponíveis, se são acessíveis e utilizados de modo apropriado. Para avaliação, os critérios e ações necessárias para alcançar este objetivo inclui se os medicamentos especificados na lista nacional de medicamentos listados como essenciais em nível nacional estão disponíveis na instituição ou podem ser prescritos, assim como se o suprimento desses medicamentos estão em quantidade suficiente para atender às necessidades dos usuários do serviço. (BRASIL, 2015, p. 22)

Além da disponibilidade, é avaliado se os tipos e as doses de medicamentos são sempre apropriados para os diagnósticos clínicos dos usuários, além de uma revisão periódica e sistemática. Pensando na participação ativa do sujeito, na conduta medicamentosa também pontua caso os usuários são informados sobre o propósito e a finalidade dos medicamentos que lhes são oferecidos e sobre quaisquer efeitos colaterais potenciais que possam lhe causar, assim como quais as opções de tratamento medicamentoso que sejam alternativas possíveis ou complementares aqueles medicamentos. (BRASIL, 2015, p. 22)

Apesar de apenas 53,3% dos serviços possuírem farmácia no serviço, 86,7% dos CAPS possuem alguma forma de dispensação medicamentosa. Esse número é promissor, pensando que os dados demonstram que 76,7% possuem algum tipo de medicação de urgência e emergência e 90% dos fornecem as medicações prescritas. O pontuação nesse padrão foi totalmente alcançado pois, se pensarmos no acesso, todas as classes principais de medicamentos, como os antidepressivos, os antipsicóticos e os estabilizadores de humor, tiveram em sua maioria, mais de 80 % de medicamentos encontrados nos serviços, cumprindo o requisito de cumprir as listas nacionais de medicamentos. Também há 90% dos registros feitos em prontuário sobre a prescrição

destes medicamentos, indicando assim, os códigos éticos e legais que a legislação brasileira exige na prescrição medicamentosa.

Para finalizar este tema, o último padrão avalia o quanto os serviços estão adequados para cuidar da saúde geral e reprodutiva do usuário que ali é cuidado. Para que se alcance este padrão, alguns critérios seguidos são se o serviço oferece para o usuário do serviço exames de saúde ou rastreamento para determinadas doenças ao serem admitidos ou acolhidos, e regularmente ao longo do acompanhamento. (BRASIL, 2015, p. 23)

O padrão classifica também se o tratamento para problemas de saúde em geral, inclusive vacinas, assim como, se procedimentos de média e alta complexidade, como procedimentos cirúrgicos ou clínicos quando necessários e não são ofertados no serviços, se existem mecanismos de encaminhamento que recebam o cuidado em tempo oportuno e de forma segura. (BRASIL, 2015, p. 23)

Em termos de educação e promoção de saúde e prevenção de doenças, o tema analisa se ações são desenvolvidas regularmente no serviço. Bem como se os usuários são informados e orientados sobre questões relativas à saúde reprodutiva e ao planejamento familiar e com seu consentimento livre e esclarecido. (BRASIL, 2015, p. 23)

Além de como visto em outros padrões os trabalhos em conjunto com serviços de atenção básica, nesse quesito vimos pontuações bastante relevantes como 100% dos serviços realizam avaliações clínicas, 96,7% possuem uma avaliação psicológica e social, 86,7% possuem algum tipo de atendimento em promoção da saúde e 93,3% dos serviços solicitam exames laboratoriais.

Além disso, pensando nas singularidades e acessibilidade, 63,3% dos serviços ofertam alimentação especial para diabéticos, 56,7% dos CAPS oferecem refeições especiais para hipertensos, 70% realizam grupos com características psicoeducacionais e 56,7% realizam grupos com caráter operativo.

Visto estas características, no cuidado com a saúde geral e reprodutiva do usuário, a pesquisa demonstra que os critérios foram alcançados totalmente, significando que existem evidências suficientes para que os padrões sejam completamente realizados.

### **3- O direito a exercer a capacidade legal e o direito à liberdade pessoal e segurança da pessoa (Artigo 12 e 14 da Convenção sobre os Direitos de Pessoas com Deficiência das Nações Unidas)**

Para garantir o direito de liberdade especificado no tema, o primeiro padrão refere às preferências dos usuários dos CAPS relativas ao melhor lugar à ser cuidado, se o melhor jeito somado a melhor forma de tratamento são sempre uma prioridade para o serviço, por isso, é avaliado se as escolhas e opiniões dos usuários que dali fazem usufruto são relevantes e priorizadas além de todas suas decisões são valorizadas. (BRASIL, 2015, p. 25)

Nesse padrão também os critérios relevantes são se os esforços da equipe e dos serviços são feitos para facilitar a alta, de maneira que os usuários do serviço possam conviver em suas comunidades. Para garantir a essência da liberdade, o indivíduo é avaliado como ação de garantir a preferência de si mesmo dentro do serviço são sempre prioritárias em todas as decisões de seu projeto terapêutico e de seu tratamento. (BRASIL, 2015, p. 25)

A autonomia e critério de decisões do usuário são relevantes dentro da política de cuidado com prioridade na comunidade. No resultado da pesquisa é observado: 96,7% dos gestores respondem que os serviços realizam serviço individualizados, e também 96,7% ofertam atendimento psicoterápico e 90% trabalham com projeto terapêutico singular, indicativo que há um respeito e uma participação do indivíduo na construção de seu cuidado. Portanto, nesse padrão, por esses motivos, foi avaliado como totalmente alcançado.

Seguindo a avaliação, o próximo item do tema a ser avaliado é se há procedimentos e salvaguardas em vigor para prevenir a privação em liberdade e o tratamento sem consentimento livre e esclarecido. (BRASIL, 2015, p. 26)

Como critérios temos se o acolhimento e o tratamento estão de acordo com o consentimento livre e esclarecidos usuários do serviço, assim como se os profissionais respeitam as diretivas antecipadas das vontades ou das recusas dos usuários do serviço. (BRASIL, 2015, p. 26)

Se caso algum direito ou integridade do usuário é lesada de alguma forma, é garantido o relato, ou a denúncia, à alguma autoridade local. Se caso, as pessoas em tratamento, privadas de sua liberdade, sem o seu consentimento esclarecido são informadas sobre os procedimentos para recorrerem judicialmente sobre o seu tratamento ou privação de liberdade ou se tem o apoio da equipe caso necessitem de petições e representações legais para acessarem seus direitos. (BRASIL, 2015, p. 26)

Apesar de alguns desses critérios não se aplicarem aos CAPS por se tratarem de serviços de meio aberto, alguns procedimentos podem ser vistos como salvaguardas de participação em tratamento, tanto na organização, quanto nas garantias de direitos. Foi observado na pesquisa que 66,7% dos serviços realizam assembleias e 63,3% registram formalmente essas reuniões. As internações são indicadas através de discussão técnica por 66,7% dos CAPS e 43,3% utilizam critério de internação o desejo do usuário e a sua família. Para completar, no último mês cheio de atendimento antes da pesquisa, foi registrado ao menos um atendimento de promoção de contratualidade em 33,3% dos serviços pesquisados. Portanto, a pontuação nessa temática foi alcançada totalmente nos critérios.

No terceiro ponto sobre este tema, é avaliado se os usuários podem exercer suas capacidades legais e se recebem o apoio necessário para exercer sua capacidade. São critérios e ações se em todos os momentos os profissionais interagem com respeito, se as informações são transmitidas de forma claras e abrangentes sobre os direitos dos usuários, tanto oralmente, quanto de maneira escrita. (BRASIL, 2015, p. 28)

Se estas informações contêm a avaliação da equipe, o diagnóstico, as opções de tratamento e do recovery e como são transmitidas para o usuário e para a família. Se, caso necessário, o usuário tenha acesso a sua rede de apoio de sua própria escolha, para que tome suas próprias decisões. Desde questões perante ao seu tratamento, até questões sociais, como pessoais, financeiras, legais ou de outra natureza. (BRASIL, 2015, p. 28)

É avaliado se os profissionais do serviço respeitam a autoridade de uma pessoa ou rede de pessoas de apoio que tenham sido nomeadas para comunicar as decisões, assim como se a tomada de decisão é o modelo predominante ou se a tomada de decisão substitutiva é evitada. (BRASIL, 2015, p. 29)

E por fim, quando necessário, e na falta de uma pessoa ou uma rede de pessoas, quando um usuário necessitar desse tipo de apoio, se os profissionais do serviço auxiliarão a ter acesso ao auxílio mais apropriado possível. (BRASIL, 2015, p. 29)

Segundo dados encontrados na pesquisa, os gestores apontam que 70% dos serviços os usuários participam da assembleia, 66,7% os trabalhadores também participam. O manejo em situações de crise, agitação ou risco de agressões ocorrem em 93,3% dos serviços, e em 90% dos CAPS possuem algum tipo de oficina terapêutica. 83,3% indicam que buscam a promotoria pública como serviço de garantia de direitos de cidadania. Porém, faltam dados que falem sobre decisão apoiada ou algum que evite a decisão substitutiva para tomada de decisão, portanto, o alcance nesse quesito foi parcial por falta de informações.

No último quesito deste tema, tem o direito à confidencialidade e do acesso às informações pessoais sobre sua própria saúde. É avaliada questões como o prontuário ser pessoal e confidencial, além de ser arquivado e o usuário ter livre acesso às suas informações. Também é avaliado se os usuários podem acrescentar informações por escrito, opiniões e comentários a seus prontuários, sem censura. (BRASIL, 2015, p. 30)

Protegidos com legislações amplas, que abrangem áreas da medicinais além da saúde mental, encontramos na pesquisa que 90 % dos CAPS registram as evoluções em prontuário único, além disso, 93,3% todos os profissionais dos serviços executam esse tipo de registro. 90% trabalham com Projeto Terapêutico Singular e 93,3% dos serviços trabalham com técnicos de referência o que garantem a participação, o acesso e o sigilo ao processo. Portanto, nesse quesito, o alcance foi total.

#### **4- Prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes e contra a exploração, violência e abuso (Artigo 15 e 16 da Convenção sobre os Direitos de Pessoas com Deficiência das Nações Unidas)**

No tema quatro, que trata sobre como realizar ações contra tortura ou tratamento ou penas cruéis, desumanos ou degradantes e contra a exploração, violência e abuso, vamos explorar alguns critérios da temática que, conforme visto nos resultados, não se aplicam ao serviço do CAPS e no desenvolver da tema, será demonstrado o porque.

Portanto, para apresentar a discussão desse tema, discutimos abaixo sobre todos os padrões apontados pelo *kit* de ferramentas da OMS, além dos critérios e ações necessárias para alcançar a pontuação e em seguida, justificarei o critério de não aplicável visualizado nos resultados.

No primeiro padrão, se avalia se os usuários têm o direito à prevenção contra abuso verbal ou psicológico, físico ou sexual, e contra a negligência física e emocional. Se os trabalhadores os tratam com humanidade, dignidade e respeito. Se nenhum usuário é submetido a abuso verbal, físico, sexual ou psicológico ou exposto a negligências físicas ou psicológicas. (BRASIL, 2015, p. 32)

Avaliado também se os procedimentos apropriados são adotados para prevenir todos os casos de abusos supracitados e se os profissionais apoiam os usuários que já sofreram abusos a acessar o apoio que necessitam. (BRASIL, 2015, p. 32)

No próximo padrão se avalia se os métodos alternativos são utilizados em vez do isolamento e contenção, como modo de reduzir a escalada de crises potenciais. Se existem treinamentos ou capacitações em técnicas de redução de escalada de crises para intervir de forma adequada e impedir que tanto os usuários quanto os profissionais se lesionem. (BRASIL, 2015, p. 33)

Também é pontuado se existem avaliações que possam reduzir a escalada da crise de comportamento agitado ou agressivo, e se pontos estressantes ou fatores desencadeantes, possam ser identificados precocemente, antecipando e até sendo úteis para dissipar ou intervir na crise. E caso ocorra o isolamento ou a contenção, se ocorre o registro desses dados e os relatos pelos profissionais dos serviços. (BRASIL, 2015, p. 33)

No próximo padrão, sobre o uso de eletroconvulsoterapia, psicocirurgia e outros procedimentos médicos que possam ter efeitos permanentes ou irreversíveis, realizados no serviços ou encaminhados para outra referência, é avaliado se além do consentimento livre e esclarecido, se não é utilizado de forma abusiva ou punitiva. (BRASIL, 2015, p. 34)

Como critério e ações, verifica se caso não é realizada eletroconvulsoterapia e psicocirurgias sem o consentimento dos usuários e sem o conselho independente, se as diretrizes clínicas são aplicadas de formas claras e estão disponíveis e acessíveis, se os resultados são baseados em evidências, como por exemplo quando pode ou não ser administrada a eletroconvulsoterapia. (BRASIL, 2015, p. 34 e p.35)

Checar se a eletroconvulsoterapia nunca é utilizada em sua forma não modificada, ou como castigo, ou seja, sem anestésicos e relaxante muscular. Se abortos e esterilizações não são realizados em usuários do serviço sem seu consentimento. E, por fim, garantir que nenhum menor de dezoito anos recebe eletroconvulsoterapia. (BRASIL, 2015, p. 34 e p.35)

No quarto padrão, verifica se nenhum usuário é submetido a experimentos médicos ou científicos. Caso ocorram esses experimentos, se possui o termo de consentimento livre e esclarecido dos usuários submetidos e que os profissionais não recebem privilégios, compensação ou remuneração em troca de incentivar ou recrutar usuários para participar da pesquisa. (BRASIL, 2015, p. 36)

Respeitando os padrões da bioética, se experimentos médicos e científicos não são realizados se forem potencialmente nocivos ou perigosos para o usuário do serviço e, antes de iniciado, se foi devidamente aprovado por um comitê de ética em pesquisa independente. (BRASIL, 2015, p. 36)

No último padrão do tema, avalia-se que existem garantias para prevenção de torturas ou tratamento cruéis, desumanos ou degradantes e outras formas de maus-tratos e abusos. Um dos critérios é se os usuários são informados e têm acesso a procedimentos para realizar petições e queixas, em caráter confidencial, junto a um órgão judicial externo e independente sobre questões pertinentes à negligência, abuso, isolamento ou contenção física, admissão ou tratamento sem consentimento livre e esclarecido. (BRASIL, 2015, p. 37)

Outro critério é se os usuários do serviço têm acesso a representantes jurídicos e podem se encontrar com eles em caráter confidencial e caso denunciem, se estão a salvo das repercussões negativas resultantes dos desdobramentos que possam surgir dessas queixas. (BRASIL, 2015, p. 37)

Garantindo esse acesso confidencial, os sumários dos serviços têm informação junto aos defensores sobre os seus direitos, podem discutir os problemas e os defensores podem apoiar os usuários no exercício dos seus direitos humanos e na realização de petições e queixas. (BRASIL, 2015, p. 37)

Se constatado o abuso, ações disciplinares e/ou judiciais são tomadas contra os sujeitos causadores ou que possam estar negligenciando o abuso, assim como o serviço

é monitorado por autoridades independentes para prevenção de ocorrência de maus tratos. (BRASIL, 2015, p. 38)

Finalizando a descrição do *kit* e iniciando a justificativa da não inclusão na política, complementando o que foi apontado no aporte teórico, as políticas de saúde mental que apoiam o cuidado na comunidade são para prevenir e evitar justamente a inumanidade ocasionada pela falência do modelo manicomial.

No desenvolver das últimas décadas, com a reforma e com os manifestos da luta antimanicomial, foram observados experiências exitosas em todo campo de saúde mental em todo país que se aplica um modelo que não centraliza o cuidado em um hospital, mas sim, em serviço que participam e constroem junto o território.

Hirdes, 2009, conta que em 2005, com um documento intitulado como “Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas” retoma a “Declaração de Caracas”, onde se firma o acordo que resiste ao modelo que isola o doente do seu meio, gerando condições desfavoráveis e pondo em risco seus direitos humanos e civis do enfermo na agudização de um quadro.

Nessa avaliação citada por Hirdes, 2009, os organizadores além de reconhecerem os avanços produzidos nos últimos quinze anos que a reforma psiquiátrica proporcionou para a saúde pública, averiguou-se distintas vivências exitosas surgidas nas diferentes realidades que passaram pela transição.

Mas, além dos obstáculos e barreiras, Hirdes, 2009, aponta que na Declaração de Caracas, está validada a proteção dos Direitos Humanos e de cidadania aos portadores de transtornos mentais ou que apresentam algum tipo de problema pelo uso problemático de álcool ou outras drogas.

Hirdes 2009 conclui que a reforma psiquiátrica brasileira, por meio da criação e da inovação de inserir os serviços de saúde mental na comunidade e na saúde pública possibilita novas abordagens, novos princípios, valores e olhares às pessoas em sofrimento psíquico, impulsionando formas mais adequadas de cuidado à loucura no seu âmbito familiar, social e cultural.

Seguimos pensando nas relações estabelecidas num contexto hospitalar e num contexto de um serviço comunitário como um CAPS. o vínculo entre o profissional que trabalha em um manicômio e suas limitações técnicas que se limitam ao próprio espaço

físico do muro são muito maiores e mais restritivos do que qualquer serviço extra hospitalar.

Nessa linha de raciocínio, a chance do aprisionamento, dos maus tratos e abuso devido a falta de criatividade, a limitação, o cansaço, estresse e a própria desvalorização do ser dentro de um manicômio, ou qualquer serviço restritivo, causa impacto nesse tema dentro de qualquer serviço do tipo.

Diferente de serviços comunitários, como dizem os autores COSTA, KURIMOTO, SILVEIRA, VIANNA, 2012 atribuir novos significados para as queixas persistentes, novas possibilidades de reabilitação, de reinserção desse usuário num exercício de reconhecimento de sua cidadania e de seus direitos constitui um desafio e desenha possibilidades de abordagem.

Desafio este muito mais presente nos serviços comunitários, mas como dito pelos autores, possibilitam transformar, recriar as relações existentes e atingir de aceitar novos desafios, se aventurando em caminhos ainda não trilhados. (COSTA, KURIMOTO, SILVEIRA, VIANNA, 2012)

Por que a decisão de não aplicar os critérios de maus tratos aos serviços em meio comunitário? A explicação é a própria existência dos serviços de meio comunitário. A construção da ideologia do cuidado em meio aberto é justamente para combater as injustiças, abusos, violências, assédios ou quaisquer outros atos que agridam os direitos humanos da pessoa com sofrimento psíquico. Ou seja, a própria essência do serviço, por mais desafiadora que seja, já é constituída para combater essas violências.

Para subsidiar a perspectiva apontada acima, citaremos a seguir alguns apontamentos realizados pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), que visitou o país em 2018 e realizou um diagnóstico abrangente sobre a situação atual sobre a temática. Devido a abrangência do território Nacional, e os distintas particularidades, a Comissão optou por focar certos temas ou coletivos afetados por processos históricos de discriminação. (Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 2021)

Avaliada por esta comissão como um grupo histórico que sofreu por um processo relevante de discriminação e desigualdade estrutural, no relatório elaborado nesta visita realizada após vinte anos da primeira visita da CIDH no Brasil, o documento apresentou um capítulo exclusivo para mostrar as dificuldades da relação de cuidado e o ferimento

dos direitos humanos nas comunidades terapêuticas para os usuários de álcool e outras substâncias psicoativas, principalmente no que se diz direito à liberdade de expressão e à religião. (Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 2021)

A CIDH observou que podem traçar paralelos entre as comunidades terapêuticas e o sistema prisional. Muitos casos avaliados tornou-se prática a privação de liberdade em que os indivíduos estão sujeitos a maus tratos, tortura e outras privações de direitos. Para piorar o cenário, o governo federal registra a existência de 2.000 comunidades terapêuticas no Brasil, sendo mais de 316 financiadas por recursos públicos. Mas este número pode estar sendo subnotificado, segundo o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Conectas Direitos Humanos, Conselho Federal de Psicologia e Plataforma Brasileira de Política de Drogas, Open Society Foundations, 25 de outubro de 2018. p. 2. Informações fornecidas à CIDH durante a visita in loco, pode haver mais de 6.000, havendo pouca fiscalização do governo. (Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 2021)

Com esta notificação, constata-se também a forte presença religiosa na organização dessas instituições, baseando assim o tratamento em uma “cura mística”, sem comprovação médica ou científica, causando uma submissão da pessoa internada a crenças alheias às suas em um processo impositivo, violando, segundo a CIDH, o direito à liberdade religiosa das pessoas. (Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 2021)

O próprio propósito do CAPS não ser avaliado no padrão de tortura faz contraponto às práticas mostradas no relatório que estamos utilizando como exemplo aqui. Outro ponto exposto pela Comissão é a frequência de internações forçadas ocorridas em Comunidades Terapêuticas.

Há casos reportados na pesquisa realizada pela comissão, com auxílio de órgãos de defesa dos direitos humanos que mesmo pessoas internadas voluntariamente, são impedidas de deixar o espaço ou são proibidas de contato com seus familiares, privadas dos seus recursos financeiros, documentos pessoais, ou penalidades, como pesadas multas contratuais caso saiam anteriores ao prazo inicialmente previsto. Ou seja, são totalmente desligadas do contato com o mundo exterior. (Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 2021). Coisas que não ocorrem em serviços comunitários de cuidado.

Por fim, para encerrar o tema neste capítulo, a Comissão traz dados de internações involuntárias de adolescentes. Além da problemática de considerar uma

vulnerabilidade adicional a que estão sujeitos, as comunidades que internam adolescentes são indicadas também como violadoras do Estatuto da Criança e do Adolescente. A comissão toma nota que a presença de adolescente pode ser comprovada por dados divulgados pelo próprio Governo Federal, a partir do Portal da Transparência. Além de ferir um direito garantido por lei de privacidade, a longo prazo, aumenta o risco de estigmatização e conseqüentemente, cronificação do sujeito. (Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 2021)

Portanto, a manutenção, a avaliação é importante e nunca deve ser esquecida, mas nesse tema, garantido por legislação, a organização do sistema respalda os CAPS para que a prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanas, ou degradantes e contra a exploração, violência e abuso não seja aplicável na avaliação desta pesquisa.

#### **5- O direito de viver de forma independente e de ser incluído na comunidade (Artigo 19 da Convenção sobre os Direitos de Pessoas com Deficiência das Nações Unidas)**

O último tema, finalmente, refere-se à inserção do indivíduo na comunidade. Para realizar esta avaliação, iniciamos com o primeiro padrão que abrange a moradia e avalia se os usuários dos serviços recebem apoio para terem um lugar para morar e dispor de recursos financeiros necessários para conviver em comunidade. (BRASIL, 2015, p. 40)

Mensura se os profissionais dos serviços auxiliam os usuários no alcance das informações necessárias sobre as obtenções de moradia e benefícios financeiros, assim como, os apoiem no acesso e na manutenção de uma moradia segura, acessível e decente, além do apoio necessário para o benefício financeiro para viver em comunidade. (BRASIL, 2015, p. 40)

Os resultados demonstram que 90% dos serviços realizam orientação e, caso necessitem, encaminham os usuários para receberem benefícios como dispositivo que garanta os direitos de cidadania, além disso, para os casos de usuários que passam por processo de desinstitucionalização, 46,7% dos CAPS possuem algum vínculo com Serviços Residenciais terapêuticos ou Casas de Acolhidas Transitórias. Portanto, nesse quesito, pontua-se com Alcance Parcial, pois, apesar de bons índices para o encaminhamento de benefícios, para a proposta de desinstitucionalização, é necessário

que melhorias sejam necessárias no eixo de moradia, para ampliar o acesso de usuários que necessitam desse tipo de serviço.

No próximo padrão, avalia-se a questão da educação e do trabalho e o quanto os usuários possuem acesso às oportunidades desses setores. Como principais critérios temos; se os profissionais fornecem as informações sobre as oportunidades de educação e trabalho na comunidade, bem como se o apoiam no acesso a oportunidades de educação, incluindo ensino fundamental, médio e superior. (BRASIL, 2015, p. 41)

Por fim, avalia-se se os profissionais do serviço apoiam os usuários no decorrer e no desenvolvimento do trabalho, além da escolha da carreira, no acesso, nas oportunidades de evolução da remuneração e progressão profissional. (BRASIL, 2015, p. 41)

Os gestores indicaram que 83,3% dos serviços não possuem projetos de geração de renda. Um ponto crítico e que é um pilar importante na reforma psiquiátrica, como visto no aporte teórico. Portanto, esta pontuação foi dada como não iniciada, pois não encontramos evidências de cumprimentos dos critérios, padrões ou temas do padrão em questão.

Ainda no tema de exercício da cidadania, um padrão importante é o direito do usuário de participar da vida política e pública e a exercer a liberdade de associação, recebendo o apoio necessário para que este quesito seja cumprido, as ações necessárias são:

Se os profissionais dos serviços fornecem aos usuários as informações necessárias para que participem plenamente da vida, seja ela política, seja ela pública, desfrutando plenamente da liberdade de associação. (BRASIL, 2015, p. 42)

Tem peso na avaliação também se os usuários dos serviços usufruem o direito de voto e se os profissionais o apoiam e auxiliam no exercício deste direito. Tal como, os profissionais apoiam os usuários para se reunir e participar nas atividades de organização política, religiosas, sociais, de pessoas com deficiência, desabilidade mental e de outros coletivos que tenham interesse em conquistas de direitos políticos. (BRASIL, 2015, p. 42)

Os resultados na pesquisa mostraram que 70% dos serviços os usuários compõem as assembleias, 60% referem que o Controle Social é um instrumento que o serviço dispõe para garantia dos direitos de cidadania do usuário, 73,3% acham que o Conselho

gestor garantem os direitos de cidadania e utilizam-o como recurso de mobilizar mudanças no serviço.

Também vimos que 73,3% relatam que o Conselho Municipal de Saúde é um dispositivo que o serviço dispõe para garantia dos direitos de cidadania do usuário e que 63,3% contam com Suporte Jurídico como garantia de direitos, 83,3% dispõem de Ouvidoria Pública para garantia e preservação dos direitos de cidadania do usuário.

Apesar de 63,3% não registrarem no último mês nenhum procedimento de protagonismo do usuário, o alcance dos direitos também é um apanágio dos serviços que cuidam na comunidade e que protegem o direito de liberdade, portanto, o alcance foi total nesse tema.

O próximo tema relaciona ao apoio oferecido pelo serviço à participação do usuário em atividades sociais, culturais, religiosas e de lazer. Como critérios e ações necessárias podemos nomear o fornecimento de opções ou a disponibilidade de atividades sociais, culturais, religiosas e de lazer. (BRASIL, 2015, p. 43)

Se além do apoio fornecido para os usuários pelos profissionais na participação das atividades sociais de lazer da escolha de cada um deles, é avaliado se os usuários recebem o apoio dos profissionais dos serviços para que participem de atividades culturais e religiosas de sua escolha. (BRASIL, 2015, p. 43)

Para finalizar a pesquisa, encontramos como resultado que 73,3% dos serviços possuem algum tipo de atividade física, porém, dentro do serviço, 40% dos CAPS ofertam duas ofertam duas vezes ou mais por semana atividades físicas, 86,7% possuem oficinas de artes, 56,7% possuem de música e 36,7% de dança. O alcance no quesito foi parcial pois, apesar da diversidade de atividades, na maioria das vezes são realizadas dentro do próprio espaço, ou seja, melhorias são necessárias para atingir o cuidado e participação na comunidade.

## 7.CONCLUSÃO

Foi possível verificar na literatura que a reforma psiquiátrica brasileira, por meio da criação dos novos dispositivos em saúde mental, assim como pela inserção das ações de saúde mental na saúde pública, possibilitam aos profissionais de saúde novas abordagens, novos princípios, valores e olhares às pessoas em situação de sofrimento psíquico causado pelo uso de substâncias psicoativas, impulsionando formas mais adequadas de cuidado à loucura e dependência química no seu âmbito familiar, social e cultural.

Embora o porte de drogas ilícitas para consumo próprio ainda, no Brasil, constitua um crime, admite-se o direito de cidadania aos usuários de drogas, inclusive o de fazer consumo com redução de danos sociais e à saúde e o de acesso aos bens e serviços de saúde pública.

Há, na literatura pesquisada, evidências de boa qualidade de que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde.

A necessidade de investir na construção de um modelo de atenção voltado para a satisfação das necessidades de saúde requer uma apropriação de instrumentos mais complexos que aqueles que foquem apenas aspectos da doença. Para que a Reabilitação Psicossocial seja amplamente explorada, vimos que o desvencilhamento de serviços que atuem somente na área da saúde é fundamental para o tratamento com foco na reinserção ou na conquista da cidadania.

Outro aspecto explorado na pesquisa é que o conceito de integralidade implica concepção de inter-relação entre diferentes níveis de variáveis envolvidos nos fenômenos de saúde/doença. Porém, com a complexidade das patologias psiquiátricas e da dependência química, este conceito está longe de se tornar hegemônico. Isto nos indica a necessidade de mudança na formação, capacitação e no cuidado com profissionais que integram as equipes de assistência à este perfil de população. Os usuários necessitam circular em outras redes que possam dar suporte às suas diversas necessidades de saúde e socialização.

Achamos importante salientar que, como apontado por diversos autores no decorrer da pesquisa de aporte teórico, ao lidar com o sofrimento psíquico, os

profissionais, quaisquer que sejam, se verão o tempo todo confrontado com suas próprias questões, e, também ele precisará criar formas de ressignificar suas concepções. É necessário que a busca por recursos, seja supervisão de profissionais mais experientes, seja reconhecendo os próprios limites de atuação, possa auxiliar para o próprio autocuidado.

De uma maneira geral, os dados das pesquisas no período de 2013 até 2017 foram promissores e demonstram a potência dos serviços prioritários nas comunidades. Em sua maioria, os quesitos avaliativos tiveram a classificação de totalmente alcançado ou parcialmente alcançado. Embora indique algumas fragilidades importantes, como a escassez de propostas de geração de renda, de forma geral, pela perspectiva dos direitos humanos, os CAPS obtiveram boas avaliações.

A geração de renda foi um pilar importante na história da reforma psiquiátrica e não pode ser subjugada à sua vulnerabilidade no período da pesquisa. Além de que, para obtenção de cidadania, principalmente numa sociedade de soberania capitalista, gerar renda contribui para o convívio social e estabelece auxílios financeiros que subsidiarão a existência básica do indivíduo, como moradia, alimentação e necessidades básicas, projetos de geração de renda devem constituir os projetos institucionais dos serviços.

Conforme verificado no decorrer da pesquisa, poucos serviços têm este eixo como pilar de sustentação do serviço. Geração de renda além de uma inclusão social, é um instrumento de cuidado potente na produção de vida e da subjetividade dos sujeitos e dos grupos de trabalho.

Além disso, em termos de tecnologia em saúde, são considerados instrumentos modernos e aplicáveis em termos de saúde pública. Apesar de exigir uma intersetorialidade e não pertencer somente à pasta de saúde na organização pública, quando falamos de saúde mental e trabalho na comunidade, as tecnologias ditas como leves devem ser exploradas o mais amplamente possível.

Diferentemente dos serviços hospitalares ou os de internações, como comunidades terapêuticas, que como já escancarado pela história, além de modelos frágeis, são pouco exitosos e causam um impacto muito intenso no indivíduo que é assistido, os CAPS avaliados à luz dos Direitos Humanos equipamentos potentes para alavancar as potenciais do sujeitos e trabalhar a adaptabilidade das dificuldades por ele apresentadas, poupando-os de um isolamento social e de uma lógica excludente.

Mas, com pesar, relembramos aqui a literatura e a história do papel político que os hospitais psiquiátricos representam para uma sociedade. Em suma seu objetivo higienista, a exclusão dos indivíduos desfavorecidos de uma segregação de classes ou desprivilegiados de regalias sociais, são omitidos através desses serviços, afastados do convívio social.

Devido a este impacto político, já é possível visualizar a alteração na legislação e dos movimentos realizados, principalmente dos anos de 2018 para cá. Citando novamente o relatório realizado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 2021, nota-se principalmente em abril de 2018 o aumento significativo de repasse de verbas destinadas aos serviços de Comunidades Terapêuticas, a nova modalidade de modelos de assistências voltadas a involuntariedades e alheios aos desejos dos indivíduos. (Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 2021)

Apesar do Conselho Federal de Psicologia e do próprio Ministério Público Federal se mostrarem contrários à decisão do financiamento a essas entidades, o repasse ocorreu de forma indiscriminada a essas entidades, sendo contrária a abordagens comunitárias como potenciadoras na promoção de saúde mental, como as avaliadas nesta pesquisa. (Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 2021)

Importante salientar que, mesmo diversas organizações da sociedade civil também serem contrária à esse tipo de abordagem de modelo asilar e apoiarem o método principal de reabilitação não seja o de internações, o investimento público é agressivo nessa proposta, chegando em exorbitantes 87 milhões de reais repassados pelo poder executivo durante abril de 2018, segundo os dados coletados pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 2021.

Além do repasse de verbas, existe também uma lacuna importante quanto à regulamentação desta modalidade de assistência. Com a coletânea realizada pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 2021, um relatório público elaborado principalmente pelo Conselho Federal de Psicologia, pelo Ministério Público e pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura apontou a inexistência de um marco regulatório com coerência para o pleno funcionamento das comunidades terapêuticas no Brasil. (Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 2021)

Nesse sentido, além do apontamento relacionado pela comissão, apontamos aqui para futuras pesquisas a necessidade de avaliar as normativas que refletem os distintos

níveis de entendimento quanto ao papel que devem ser desempenhado, pois, segundo o próprio documento da Comissão, existem muitas dúvidas referentes ao papel desempenhado, à suas finalidades e sua política de cuidados e reabilitação.

Identificado o aumento do financiamento e esta lacuna legislativa, naturalmente o relatório elaborado pela Comissão identificou um aumento exponencial do número de instituições deste porte. Além disso, pelo vácuo criado pelo próprio sistema, não existem até hoje entidades que definam padrões de controle e de fiscalização. Apesar da Comissão reconhecer que existam entidades que reconheçam a necessidade dessas intervenções, as configurações são ainda bastante tímidas para regulação necessária da temática. (Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 2021)

Porém, de maneira geral, foi possível verificar neste estudo que, apesar dos retrocessos políticos e gerenciais recentes, a estratégia CAPS é um potente meio de acolhimento e acompanhamento de casos de saúde mental ou de indivíduos que possuem alguma questão com uso nocivo de substâncias psicoativas.

De acordo com os resultados coletados pelos gestores, à luz dos direitos humanos, os instrumentos CAPS mostram-se capazes de produzir impactos interessantes e positivos na qualidade de vida dos indivíduos e das suas famílias, contribuindo, não só com seu objetivo, mas substancialmente com as relações tão fragilizadas atualmente sobre os afetos.

Os meios hospitalares produzem por si relações mais verticalizadas de assistências, obrigando o portador de alguma comorbidade psíquica, utilizando força, ameaças, coação ou dominação, a imposição do desejo de quem indica este modelo. Seja este determinador médico ou político, esta verticalização desestrutura as relações e impacta os sentimentos e emoções.

Quando consideramos o desenvolvimento cognitivo humano, as influências do temperamento e da personalidade são totalmente influenciadas pelas relações que este indivíduo constrói no decorrer de sua vida. O quanto este indivíduo recebeu de atenção, quanto foi estimulado em sua sociabilização, quanto teve de acesso aos fatores sociais como educação, saúde, lazer, são determinantes essenciais para a formação e a colaboração de seu desenvolvimento.

Preconizar os CAPS e os trabalhos comunitários são uma forma de, além de criar relações mais afetuosas e respeitadas para com quem já não possui nenhum ou quase

nenhum suporte governamental, é de retratar uma dívida histórica ocasionada pelas esferas públicas e ou de lideranças econômicas à populações desfavorecidas e subjugadas pelo sistema capitalista excludente.

De forma geral, os quesitos propostos pelo *kit* de ferramentas atingiram os padrões de qualidade e de segurança para garantir o mínimo de garantia de respeito aos direitos humanos, mas, devido aos apontamentos realizados por outras pesquisas e pelo momento sócio histórico, potencializado pela crise econômica e política mundial, além claro, da pandemia pelo COVID-19, salientamos as fragilidades e os desafios que as articulações de rede e de território para que as organizações de rede de saúde de saúde mental obtenham uma forma consistente.

Para que isso ocorra, sugiro aqui, além de mais pesquisas sobre o processo de redemocratização do cuidado e da qualidade dos modelos supracitados que anulam o indivíduo, o resgate da participação social. A mobilização social foi o que garantiu o direito à saúde para a população brasileira e para todos os indivíduos que circulam pelo território nacional. Somente com a organização desses coletivos creio que possamos garantir e sustentar, além de manter uma vigilância constante.

Pois, como aprendemos nos últimos capítulos de nossos livros de história, os interesses opostos sempre existirão. Somente este eterno afã, garantirá os direitos humanos à população vulnerável e estatisticamente com números crescentes a cada década.

Por fim, esperamos que também como visto nos livros de história, que este momento, por mais doloroso e traumatizante que se exprima, seja parte de um processo de aprendizado. Ainda, como em qualquer momento de crise, que a oportunidade de assimilar as experiências resultem em uma renovação cíclica, com tempos melhores e menos desiguais para todos.

## 8. REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

1. ALMEIDA, M.; CLARO, H.; OLIVEIRA, M.; PEREIRA, M.; PINHO, P. **A Concepção dos Profissionais da Saúde Acerca da Reabilitação Psicossocial nos Eixos: Morar, Rede Social e Trabalho dos Usuários de Substâncias Psicoativas.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2013.
2. AMARAL, Márcia A. **Atenção à Saúde Mental na Rede Básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial.** Revista de Saúde Pública, 31 (3): 288-95, 1997.
3. AMARANTE, P. O homem e a serpente- outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 5ª edição. Rio de Janeiro- Ficoruz, 2016.
4. ANDRADE, V.C.; MENDES, P.; SILVA, R.C. **Espaços constituintes da gestão de serviços em saúde.** Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes/ organização Emerson Elias Merhy... [et. al.] - 1 ed. - Rio de Janeiro: Hexis, 2016.
5. AZEVEDO, Elaine; PELICIONI, Maria Cecília Focesi; WESTPHAL, Marcia Faria. **Práticas Intersetoriais nas Políticas Públicas de Promoção de Saúde.** *Physis* [on-line]. vol.22, n.4, pp. 1333-1356, 2012.
6. AZEVEDO, J.A. **Fundamentos Filosóficos da Pedagogia de Paulo Freire.** Akrópolis Umuarama, v.18, n.1, p.37-47, jan/mar. 2010.
7. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. p. 292.
8. 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, 2011.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. **Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12,** Ano 10, no 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 336, de 19 de Fevereiro de 2002.** Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002b. Disponível em:

- <[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_336.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2015.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direito é qualidade: kit de ferramentas de avaliação e melhorias da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 53p: il.
  12. BRENDA, M.Z.; ROSA, W.A.G.; PEREIRA, M.A.O.; SCATENA, M.C.M. **Duas Estratégias e Desafios Comuns: a Reabilitação Psicossocial e a Saúde da Família**. Revista Latino-Am Enfermagem. 2005. Maio-Junho; 13(3):450-2.
  13. BUCCI, M.P.D. **O conceito de política pública em direito**. In: Bucci, M.P.D (org). Política públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo, Saraiva, 2006, p. 1-49.
  14. CARRAPATO, Pedro, CORREIA, Pedro, & GARCIA, Bruno. (2017). Determinante da saúde no Brasil- a procura da equidade na saúde. Saúde e Sociedade, 26(3), 676-689.
  15. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **Situação dos Direitos Humanos no Brasil**: Aprovado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos em 12 de fevereiro de 2021. OAS. Documentos oficiais ; OEA/Ser.L/V/II. 2021.
  16. COSTA, A.; KURIMOTO, T.S.; SILVEIRA, M.; VIANNA,P. **Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2012.
  17. DELGADO, Pedro Gabriel. (2019). Reforma psiquiátrica- estratégias para resistir ao desmonte. Trabalho, Educação e Saúde, 17(2), e0020241. Epub May 06, 2019.
  18. DESLANDES, Suely Ferreira. Concepções em pesquisa social- articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. Cad. Saúde Pública [Internet]. 1997 Jan [cited 2020 Aug 01]; 13( 1)- 103-107.
  19. DIMENSTEIN, M.; GALVÃO, E.; SALES, A.L.; SEVERO, A.K. **Estratégia da Atenção Psicossocial e Participação da Família no Cuidado em Saúde Mental**. Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2010.
  20. FAVACHO, Verônica Batista Cambraia. **Evidências de validação da versão brasileira do Global Appraisal of Individual Needs Short Screener (GAIN-SS) para uso na atenção primária à saúde no Brasil**. 2019. Tese (Doutorado em

- Enfermagem) - Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. doi:10.11606/T.83.2019.tde-22022021-091247. Acesso em: 2021-04-02.
21. FEUERWERKER, L.C.M; et.al. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.174 p.
22. GONÇALVES, Rejane Maria Dias de Abreu. **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas do estado de Minas Gerais.** 2016. Tese (Doutorado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. doi:10.11606/T.7.2017.tde-10052017-143617. Acesso em: 2021-04-02.
23. HIRDES, Alice. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Uma (re) visão.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1):297-305, 2009.
24. LIMA, D.S.; SCHNEIDER, D.R. **Implicações dos Modelos de Atenção à Dependência de Álcool e Outras Drogas na Rede Básica em Saúde.** *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v.42, n.2, PP. 168-178, abr./jun. Porto Alegre, Brasil. 2011.
25. LIMA, E.A. **Oficinas, Laboratórios, Ateliês, Grupos de Atividades: Dispositivos para uma clínica atravessada pela criação.** In.: *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania.* Costa, C.M.; Figueiredo, A.C. (orgs.). Rio de Janeiro: Contra Capa, 59-81, 2004.
26. MERHY, E.M.; MOEBUS, R.N.; SILVA, E. **O usuário-cidadão como guia. Como pode a onde elevar-se acima da montanha?** Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes/ organização Emerson Elias Merhy... [et. al.] - 1 ed. - Rio de Janeiro: Hexis, 2016.
27. MILANI, CRS. **O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais:** uma análise de experiências latino-americanas e européias. *RAPS - Rio de Janeiro* 42(3):551-79, maio/jun. 2008.
28. MORAES, Maristela. **O Modelo de atenção Integral à Saúde para Tratamento de Problemas Decorrente do Uso de Álcool e Outras Drogas: Percepções de Usuários, Acompanhantes e Profissionais.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1): 121-133, 2008.
29. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 12 dez. 2020.
30. PASSOS, Jaceguara Dantas da Silva. **Evolução histórica dos Direitos Humanos.** *Unisul de Fato e de Direito Revista Jurídica da Universidade do Sul de Santa Catarina*, [S.l.], v. 7, n. 13, p. 231-244, set. 2016.

31. PINHO, Paula Hayasi. **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas do Município de São Paulo**. 2014. Tese (Doutorado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. doi:10.11606/T.7.2014.tde-17112014-144843. Acesso em: 2021-04-02.
32. PITTA, Ana Maria Fernandes. COUTINHO, Domingos Macedo; Rocha Clarissa Carvalho Moura. **Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil- um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights** - WHO. Saúde debate.
33. PITTA, Ana. **O que é a reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje?** In: PITTA, A. (org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, p.19-26, 1996.
34. RIVERA, FJU, ARTMANN, E. **Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa**. 2010.
35. SANTOS, BOAVENTURA DE SOUSA. **Por uma concepção multicultural de direitos humanos**. Revista Crítica de Ciências Sociais. N.48.Junho, 1997.
36. SILVA, D.S.; MOLL, M.F.; VENTURA, C.A.A. **O Tratamento da Dependência Química e os Direitos Humanos**. Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics 7(2):113-122. 2018.
37. SINGER, Paul. **Economia Solidária Versus Economia Capitalista**. Sociedade e Estado, v. 16, n. 1-2, p. 100-112, 2001.
38. TOSI, Giuseppe (Org.) **Direitos humanos – história, teoria e prática**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2005.