ACOLHIMENTO À SAÚDE MENTAL EM CAPÃO DA CANOA E O PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

RECEPTION OF MENTAL HEALTH PATIENTS IN CAPÃO DA CANOA AND THE PROCESS OF PSYCHIATRIC REFORM

Diovana Trajano da Silva
Psicóloga/ULBRA TORRES
Trabalhadora do CAPS Casa do Sol / Capão da Canoa/RS
Caroline Schneider Brasil
Psicóloga. Mestre em Psicologia Social e Institucional UFRGS
Professora adjunta da Universidade Luterana do Brasil - ULBRA

Correspondência
Rua 16 de julho, 181/601 Bairro São João
Porto Alegre CEP 90550-020
e-mail: diovanat@hotmail.com
e-mail: carolinesbrasil@terra.com.br

RESUMO
Este artigo se propõe a dar visibilidade à relação entre os modos de acolhimento à saúde mental no município de Capão da Canoa e os pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Para tanto, sistematizamos o caminho percorrido pelo paciente em crise psiquiátrica em busca de tratamento, demonstrando os locais e os modos como é atendido na rede municipal, bem como são feitos os encaminhamentos. Fizemos este mapeamento através da análise das Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAAs) e Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), referentes ao mês de março de 2008, através de tratamento estatístico. Desenvolvemos, também, a análise qualitativa dos modos de acolhimento destes pacientes, através da perspectiva genealógica de análise proposta por Michel Foucault, a partir da qual, estabelecemos as relações de saber-poder delineadas a partir das práticas em saúde mental aqui analisadas. Verificamos a partir da coleta de dados que 9.38% dos casos que chegam às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Hospital Geral (HG) indicam casos de sofrimento psíquico. Em 100% dos casos o primeiro acolhimento é feito por profissionais da enfermagem e por médicos. Constata-se que, a lógica do atendimento tem sido orientada, em parte, pelas diretrizes propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, na medida em que estes atendimentos têm sido feitos na rede básica. Contudo, acredita-se que os profissionais não estão suficientemente preparados. Entende-se que a falta de qualificação e informação e, em alguns casos, o modo de atendimento não garante o acolhimento e continuidade do tratamento.

PALAVRAS-CHAVE
Acolhimento. Saúde mental. Reforma dos serviços de saúde.

ABSTRACT
The aim of this article was to give visibility to the relationship between ways of reception to mental health patients in the municipality of Capão da Canoa and the assumptions of psychiatric reformation. Therefore, we systemized the path traveled by patients under psychiatric crisis looking for treatment, by showing the locations and the ways attention in processed in the municipal network and how guidance is provided. We have done this mapping through the analysis of Ambulatory Service Filling Card (FAAs) and Hospital Internment Authorization (AIHs) referring to the month of March 2008 with statistical treatment. We also developed a qualitative analysis of the ways these patients were received, through the genealogical perspective proposed by Michel Foucault, based on which we established knowledge-power relationships outlined through the practices of mental health analyzed here. From the data collection, we verified that 9.38% of the cases which arrive at the Basic Health Unit (UBS) and the General Hospital (HG) suggest cases with psychic suffering. In 100% of the cases, the first reception has been made by doctors and nurses of the professional area. We have certified that the attendance logic has been partly orientated by the guidelines proposed by the Unified Health System (SUS) and also by psychiatric reformation insofar as these attentions have been provided by the basic network. We understand that the lack of qualification and information, and in some cases the way of attention do not guarantee the reception and the continuity of treatment.

KEY WORDS
Reception. Mental health. Health care reform.

INTRODUÇÃO

A luta antimanicomial tem sido assunto constante em eventos nas áreas da psiquiatria e psicologia. Diversos fatos vêm motivando ou justificando esse interesse, tais como: as denúncias de abandono, da violência e maus-tratos aos pacientes internos, além de fraudes nos sistemas de financiamento dos serviços.

Este trabalho pretende dar visibilidade às relações entre os pressupostos teórico-práticos da reforma psiquiátrica e o modo como está organizada a rede de acolhimento em saúde mental, atualmente, em Capão da Canoa. Para esta realização, desenvolveu-se uma pesquisa quantitativa e qualitativa, utilizando-se da perspectiva genealógica de análise, proposta por Michel Foucault para interpretação dos dados, bem como foi dado tratamento estatístico aos dados quantitativos.

Os dados foram coletados através da análise quantitativa de Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA), referentes aos atendimentos prestados aos pacientes de saúde mental na rede de saúde do município de Capão da Canoa no período de março de 2008. Foram analisadas da mesma forma, as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) municipal. Com esta análise, objetivou-se a caracterização percentual do número de pacientes acolhidos, e qual o local de atendimento, bem como o número de encaminhamentos realizados por estes serviços a outros da rede municipal ou estadual. Utilizamo-nos, também, da realização de entrevistas semi-estruturadas com 03 familiares de pacientes, bem como com 11 integrantes das equipes de saúde da rede municipal, visando obter informações acerca dos modos de acolhimento e as formas de abordagem terapêutica aos pacientes em crise psiquiátrica no município de Capão da Canoa.

FRAGMENTOS DA PERSPECTIVA GENEALÓGICA DA LOUCURA

Com esta pesquisa, percebemos a necessidade de um rompimento com a lógica proposta pela ciência moderna, que tenta explicar tudo pela razão e de forma linear. Falta um questionamento sobre o que é a "*verdade*", pois cada época e local indicam suas próprias verdades, elas são produzidas, são as leis, o que pode ser dito e pensado, são formas de dominação (NARDI, 2005).

A loucura é uma categoria historicamente construída, conceituada por estudiosos, de acordo com a "verdade" do momento. Homero via os homens como bonecos que agiam de acordo com a vontade dos Deuses. Não teriam domínio sobre si mesmos e seus destinos, por isso aparentavam estar "fora de si", sendo possuídos por uma força maior exterior. A isso os gregos chamaram de mania. Na significação produzida pelo cristianismo, atribui-se a causa ao demônio. As epidemias de feitiçaria redundaram na inquisição, tratamento indicado pela igreja para curar a doença espiritual. A loucura passou a ser compreendida pela via da fé e frequentemente, os doentes mentais eram apedrejados ou mortos nas fogueiras. Mas foi com Pinel que a loucura sofreu a maior modificação, sendo anexada à razão. O louco foi distinguido do criminoso, e foi afastado os aspectos de julgamento moral (LEITE, 2005).

Herdamos conceitos históricos, e o louco ainda assusta. Tem-se medo do que é diferente, e muitas pessoas ainda associam a loucura a obras do demônio ou espíritos maus. A maneira encontrada para se lidar com o desconhecido, tem sido distanciar-se dele ou partindo para o ataque. Na atualidade percebemos que exclusão e violência ainda existem, não de forma explícita, mas mascarada. As equipes de saúde, por desconhecimento sobre a doença mental, encaminham o paciente para qualquer outro local, ou o atacam.

No início da idade clássica, o louco só seria separado do meio social caso se tornasse perigoso ou tomasse formas extremas. Os lugares reconhecidos como terapêuticos eram primeiramente a natureza, pois que a forma visível da verdade, tinha nela mesma o poder de dissipar o erro, de fazer sumir as idéias sem fundamento. No século XVIII, o Hospital Psiquiátrico, era o lugar que deveria criar as condições para que a verdade do mal explodisse. Supunham que o doente deixado em liberdade, no seu meio, só poderia ser afetado por uma doença complexa, opaca, uma espécie de doença contra a natureza, que não poderia se manifestar em sua autenticidade. O hospital era o lugar onde poderia se ver a doença tal como ela era, como também produzi-la na sua verdade até então aprisionada (FOUCAULT, 1996). No inicio do século XIX, a loucura deixa de ser considerada um erro e, passa a ser considerada como um desvio de conduta normal, estabelecendo-se estratégias para a se retomar esta conduta moral (SILVA, 2004).

A psiquiatria naturalizou a idéia de que a loucura é um assunto para especialistas e que o manicômio é o lugar para o tratamento do louco. Foucault (1972 apud NARDI, 2005), questionou estes princípios, pois tomar a loucura como doença mental não é algo natural, tampouco seu destino devesse ser o manicômio. Esta foi uma "*verdade*", construída historicamente e que, aos pouco, vai ruindo em suas certezas frente a outros discursos. Nos tempos atuais vivemos uma transição significante na história da loucura. Os hospícios que no passado eram construídos afastados da cidade para isolar aqueles que fossem "diferentes", foram ao longo do tempo, cercados pela urbanização, e os indivíduos que antes ficavam afastados dos olhos da humanidade passaram a ser vistos, e despertaram a preocupação por parte de quem não viola os direitos humanos; e a partir de então se iniciou um novo processo na história da loucura: a Reforma Psiquiátrica.

No Brasil, foram as críticas à insuficiência asilar, na virada do século XX, que orientaram a Reforma Psiquiátrica. Nos anos 60 há uma reação à forma tradicional do asilo psiquiátrico. Faz-se, então, a experiência das comunidades terapêuticas, que fracassaram no projeto de ser a solução do problema manicomial e resolver a questão da liberdade no interior do hospício. Nos anos 70 o processo que denominamos reforma psiquiátrica brasileira tem como marca a "cidadania dos loucos". Surgiu o movimento da psiquiatria comunitária. Propunha-se a prevenção: detectar precocemente as situações críticas, de modo a resolvê-las sem que chegassem à internação; organizar o espaço de modo a prevenir o adoecimento mental. Apesar da aceitação inicial dessa tese, os riscos de psiquiatrização do social foram logo apontados, demonstraram que a noção de saúde mental está identificada com a adaptação social. Durante o combate ao Estado autoritário, surgem denúncias de abandono, violência e maus tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos muitos hospícios do país. A partir das críticas às políticas de saúde deste Estado, surgiu o movimento da reforma sanitária que propunha iniciativas básicas como: racionalização, humanização, moralização do asilo e a criação de ambulatórios como alternativas ao hospital de internações. Os direitos dos pacientes continuaram limitados (TENÓRIO, 2002).

Em 2005 o município de Capão da Canoa aderiu ao CAPS como forma de tratar da saúde mental. Mas a loucura continua a desacomodar a sociedade. Foram séculos de exclusão e não é fácil inserir novas formas de percepção que trabalhem, de fato, pela via da aceitação e inclusão da diferença.

Nem sempre o médico está preparado para atender o paciente em crise psiquiátrica, mas alguém na equipe deveria estar, um enfermeiro,

um psicólogo, um assistente social, seja quem for. Acreditamos que está faltando um entendimento interdisciplinar. Percebe-se, uma busca constante por contratação de médicos, excluindo outras modalidades de saberes. É incontestável que o saber médico é fundamental em certos casos, mas nem todo doente apresenta um problema orgânico, e esta é a fronteira entre os diversos saberes, que poderia ser atravessada pela interdisciplinalidade. O CAPS de Capão da Canoa é um local que dispõe de vários profissionais com diferentes formações, contudo a equipe não nos parece operar de forma transdisciplinar. Percebemos que não existe ao certo uma abordagem terapêutica, cada profissional segue sua própria linha trabalhando de forma individual. Vê-se uma resistência à interdisciplinaridade, o que pode contribuir para o estreitamento das práticas em saúde mental, ou seja, a redução da capacidade de exercício de práticas orientadas pela integralidade.

DISCUSSÃO DOS DADOS

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), organizada por ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 90. Esta rede de atenção compartilha dos princípios do SUS, a saber: acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações; equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações. Deve ser composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, caracterizando-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

Neste sentido, idealmente, a rede de saúde mental do município de Capão da Canoa deve estar organizada a partir destes princípios e, mais especificamente, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, uma vez que, tanto a reorganização do sistema público de saúde como as redes de saúde mental, estão vinculadas ao processo de Reforma Sanitária. Para que possamos compreender as relações entre estes pressupostos e o modo como são exercidas as práticas em saúde mental neste município, caracterizaremos os modos de acolhimento destes pacientes, dando visibilidade ao caminho percorrido ao longo do processo que se inicia com um primeiro atendimento e a manutenção do tratamento.

Como resultado da pesquisa quantitativa obtivemos os seguintes dados:

Tabela 1 - Consultas na rede de saúde municipal de Capão da Canoa durante o mês de março de 2008

Motivo da Consulta	Consultas no Hospital Geral		Consultas nas U.B.S.		TOTAL	
	Nº	Percentual	Nº	Percentual	Nº	Percentual
Relacionadas à saúde mental	122	3,25%	641	14,64%	763	9,38%
Outros problemas de saúde física	3632	96,75%	3737	85,36%	7369	90,62%
TOTAL	3754		4378		8132	

Fonte: Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA) das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Hospital Santa Luzia.

Nota: Estão incluídos entre as consulta nas UBS o nº de acolhidas feitas pelo CAPS e o nº de consultas psiquiátricas.

Tabela 2 - Classificação dos Procedimentos Realizados no Atendimento/Acolhimento a Pacientes de Saúde Mental do Município de Capão da Canoa em uma amostra de 521 FAA referentes ao mês de março de 2008

Procedimentos	U.B.S.	Hospital Geral Stª Luzia	TOTAL	%
Encaminhamentos ao psiquiatra	27	12	39	7,48 %
Ao psiquiatra do PSF	-------	03	03	0,57%
Encaminhamento ao PSF	-------	01	01	0,19%
Encaminhamentos ao psicólogo	14	04	18	3,45%
Encaminhamento ao psicólogo e psiquiatra	-------	02	02	0,38%
Fornecida receita pelo Clínico	281	05	286	54,89%
Encaminhamento ao CAPS	5	11	16	3,07%
Medicado	19	61	80	15,36%
Orientado	19	06	25	4,80%
Não especificado	32	13	45	8,64%
Encaminhado ao neurologista	--------	01	01	0,19%
Encaminhamento para internação ou avaliação em hospital Geral	2	01	03	0,57%
Encaminhamento para avaliação em Hospital com Ala Psiquiátrica	--------	01	01	0,19%
Encaminhado ao Posto de saúde	--------	01	01	0,19%
Total de atendimentos a pacientes de saúde mental	**399**	**122**	**521**	

Fonte: Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA) das UBS e Hospital Santa Luzia.

Nota: Na tabela não consta as acolhidas feitas pelo CAPS

Tabela 3 - Número de internações de Pacientes moradores de Capão da Canoa

Internação de paciente psiquiátrico no Hospital Geral do município	01	0,62%
Internação de paciente psiquiátrico em Hospitais Geral com leitos psiquiátricos fora do município (Torres)	02	1,24%
Internações de pacientes com outros problemas de saúde física dentro do municipio de C.C.	141	87,58%
Internação de pacientes com outros problemas de saúde física fora do municipio de C.C.	17	10,56%
TOTAL DE INTERNAÇÕES	161	

Fonte: Autorização de Internações Hospitalares (AIH)

A análise dos dados sistematizados nas tabelas acima nos possibilitam demonstrar que o caminho percorrido pelo paciente psiquiátrico em Capão da Canoa inicia-se pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS.), onde quem o acolhe normalmente é o médico clínico geral. Observamos que 14,64% dos atendimentos clínicos realizados nas UBS. municipais são de pacientes que buscam atendimento na área da saúde mental, enquanto que no Hospital Geral este número baixa para 3,25 % dos casos atendidos. Cabe salientar que a lógica do acolhi-

mento/atendimento neste município está de acordo com os princípios do SUS, já que as UBS. são a referência para todos os tipos de problema de saúde, seja física ou mental, e a partir delas, caso seja necessário, o paciente é referenciado para outros locais de atendimento, como Hospitais, CAPS, ou a outros profissionais. Acredita-se que possa ser compreendida como uma fragilidade da rede, a insuficiência no âmbito da qualificação dos profissionais de saúde, o que fica perceptível pela análise das formas de encaminhamento realizados. Verificou-se casos, por exemplo, de pacientes que foram encaminhados ao Programa de Saúde da Família (PSF), sendo que não há, neste município, PSF em funcionamento até o presente momento.

De acordo com as FAAs, os casos mais graves de pacientes em crise psiquiátrica foram encaminhados ao psiquiatra ou psicólogo, contudo, somente 16 pacientes dos 521 casos que consultaram na rede municipal com problemas de saúde mental foram emcaminhados ao CAPS , que não tem sido usado como referência em saúde mental pelos médicos. Alguns atendimentos de casos considerados mais graves, assinalavam as seguintes orientações:

> * F32: com várias tentativas de suicídio: encaminhada ao psiquiatra.
>
> *Paciente segundo a mãe com distúrbios psiquiátricos / raivosa / agressiva: ao psiquiatra.

Neste município, encontram-se dois psiquiatras que trabalham pelo SUS. Um deles atende somente os usuários do CAPS e o outro atende pacientes em regime ambulatorial no Pronto Atendimento Médico (PAM). A marcação para atendimento psiquiátrico ambulatorial ocorre uma vez por mês, sendo agendados 40 pacientes. Psicólogos pelo SUS, encontram-se dois, que atendem somente no CAPS. Como o município não dispõe de um outro local onde os moradores adultos possam ter atendimento psicológico gratuito, a maioria dos casos atendidos na rede, e que foram encaminhados ao psicólogo, acabaram por procurar o CAPS, o que tem gerado uma demanda muito grande de atendimentos, e uma agenda lotada, o que desqualifica o serviço. Segundo Onocko-Campos e Furtado (2007) os CAPS devem acolher neuróticos graves ou psicóticos, contudo, como se pode verificar neste município, o CAPS é solicitado a acolher uma multiplicidade de outras situações de sofrimento psíquico, visto que, não tem realizado um trabalho de orientação e capacitação a outros profissionais da rede de atendimento a saúde, como modo de formar uma clínica ampliada.

Durante a verificação das FAAs, deparamo-nos também com descrições de atendimentos que explicitam uma dificuldade importante na "escuta" por parte de quem acolhe os pacientes. Em nossa percepção, alguns médicos "ouvem", mas não "escutam". "Ouvir é um fenômeno fisiológico, escutar é colocar-se em posição de decodificar o que é obscuro, confuso ou mudo, para fazer com que venha à consciência" (BARTHES, 1990, p. 220). Por esta dificuldade acabam por encaminhar ou orientar de maneira inadequada, como nas seguintes prescrições encontradas nas FAAs das UBS.:

> * Paciente refere dor nas costas há (não sabe precisar). Paciente com traços psiquiátricos, não quer tratamento para dor. Deseja ir embora. Oriento retornar se doer.
>
> * Paciente refere tontura hoje com taquicardia. Refere estar extremamente estressada. No momento sem queixas. Oriento verificar a TA em outro dia. Oriento a procurar o hospital se retornar os sintomas.

Parece óbvio que estes pacientes precisavam de ajuda, mas não foram escutados por quem os acolheu. Parece-nos que os sintomas relatados foram apenas uma maneira que os pacientes encontraram para chegar até o serviço de saúde, onde não encontraram o acolhimento que precisavam.

Percebe-se uma demanda muito grande por atendimento em saúde mental, pois 9,38% dos pacientes que passam por consultas médicas dentro do município buscam por este tipo de atendimento. Destes, 54,89% receberam receita de psicotrópico. "Aparentemente, muitas vezes, é mais fácil para os profissionais de saúde, e também para os usuários, utilizar esses medicamentos, do que conversar sobre os problemas e desenvolver a capacidade de enfrentá-los" (BRASIL, 2004, p. 15). Parece-nos um dado alarmante, pois os usuários do SUS nesta cidade não têm muitas opções de tratamento, como por exemplo, o acolhimento em ambulatório de saúde mental ou um atendimento mais humanizado na UBS , como recomenda o Ministério da Saúde, ou seja, um trabalho clínico que valoriza os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, objetivando aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade e estabelecimento de vínculos solidários. Um trabalho integrado e interdisciplinar. A clínica ampliada. (BRASIL, 2004).

Constatamos que o montante total de consultas em saúde mental foi de 763, no período de um mês, o que indica a impossibilidade de ser acolhida pela equipe do CAPS ou pelo único psiquiatra ambulatorial. Os médicos clínicos acolhem os pacientes dentro da possibilidade que têm; receitam medicações que podem ser retiradas na farmácia básica municipal.

Nas entrevistas com as equipes de saúde, o que surpreendeu foi a descrição de uma espécie de "medo" em atender o paciente em crise psiquiátrica, fazendo-nos pensar que esta é a causa da dificuldade em realizar a abordagem destes pacientes de forma humanizada e que sigam os princípios de cuidado em saúde mental. Podemos perceber também a falta de encaminhamentos adequados nas entrevistas feitas com familiares de pacientes. Registramos alguns relatos significativos:

Entrevista 01

Higienizadora: [...] Foi quando deitaram ela no chão. Teve um brigadiano que passou mal, saiu e chamou outro, que era o que tava com a arma na cintura, e ele segurou ela assim. Ela poderia ter tirado a arma[...] E tinha muito curioso...

[...] No meu ponto de vista, eu acho que a Q. [técnica de enfermagem] não deveria ter xingado ela, não deveriam ter esmagado o rosto dela daquele jeito... sei lá, eu fiquei com uma pena, finquei com dó. Ela tava com o rosto todo vermelho, e ela tava cheia de manchas roxas, nas pernas, nos braços, onde eles seguraram ela. E ela era uma moça bem bonita.

Teve a outra técnica que também passou mal durante o atendimento. E o médico tremia, disse que nunca tinha visto algo assim antes.

Entrevista 02

Enfermeiro: O que mais me chamou a atenção foi uma vez uma senhora de mais ou menos uns 50 anos, ela chegou na emergência do Hospital, extremamente agressiva, gritando, as pessoas todas na emergência com muito medo, a equipe inteira multidisciplinar com medo, porque no meu ponto de vista as pessoas não estão preparadas pra receber um paciente surtado numa emergência de hospital, ou posto de saúde, as pessoas se assustam mesmo, e eu me assusto muito ao ver um paciente surtado.

Entrevista 03

> Filha de paciente: A última crise feia, foi a auxiliar de enfermagem do Posto que indicou pra gente ir lá no CAPS . A primeira vez não deu certo. Chegamos lá e precisamos agendar, depois eles marcaram pra uma data, mas como ela piorou, então a gente conseguiu por intermédio do enfermeiro do CAPS adiantar esta data, porque ela tava bem agitada, e a gente tinha medo que ela fizesse alguma coisa contra ela mesma. Daí ela foi encaminhada pro CAPS, e do CAPS ela foi pro psiquiatra ambulatorial. Aí eu contei toda a história pra ele, [...]. então o médico achou melhor fazer uma triagem mais especifica no São Pedro. A gente foi até lá, aí chegando lá o Dr. falou que não precisa nem ter ido até lá, porque era um simples quadro de depressão. [...] É muito difícil tu ter alguém assim que vai te encaminhar pra alguém que vai te ajudar, porque se a pessoa não pode te ajudar que ela te indique alguém que vai poder te ajudar, que vai poder te dar uma ajuda... É muito difícil, é a pior parte. Tu tá com a pessoa ali, tu não sabe como é que vai ser no outro dia, se ela vai estar mais agressiva ou não. Não tem ninguém pra ajudar.

Destas falas podemos pensar que, quando um paciente entra em crise psiquiátrica, ficando incapaz ele próprio de procurar atendimento, os familiares ao procurarem ajuda dos serviços de saúde se deparam com a desinformação e despreparo dos profissionais que deveriam ajudá-lo. Não encaminham corretamente os pacientes e, muitas vezes, atendem com descaso e violência, agredindo os mesmos física e verbalmente.

> Um dos principais desafios para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a formação de recursos humanos capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura. O processo da Reforma psiquiátrica exige cada vez mais da formação técnica e teórica dos trabalhadores, muitas vezes desmotivados por baixas remunerações ou contratos precários de trabalho (BRASIL, 2005, p. 43).

No Hospital Geral de Capão da Canoa, não existe uma ala psiquiátrica, por este motivo, a maioria dos casos que necessitam de internação ou avaliação psiquiátrica são encaminhados para outras localidades. Sabemos que hoje, 1,86% dos pacientes moradores deste município que foram internados são pacientes psiquiátricos. De acordo com as entrevistas feitas com as equipes de saúde local, a referência para internação psiquiátrica pelo SUS se dá a partir de uma triagem feita no Hospital São Pedro, em Porto Alegre. Após os pacientes passarem por uma avaliação psiquiátrica, são liberados para voltarem para casa. O município de Capão da Canoa dispõe de uma ambulância com dois funcionários (motorista e técnico de enfermagem) para levar o paciente, às vezes amarrado, em companhia também de um policial militar, durante quase duas horas de viagem, para simplesmente passar por uma consulta psiquiátrica. Por vezes recebem uma medicação, ficam em observação durante umas horas, depois são liberados. Após a triagem, caso seja constatada a necessidade de internação, o paciente entra na espera via central de leitos, o que leva em média, uma semana para que se tenha um retorno sobre o possível local de internação. Dentre os locais possíveis para internação psiquiátrica está o Hospital Espírita ou o próprio São Pedro, ambos em Porto Alegre. Em termos de referências regionais a internação pode ser feita no Hospital Geral com leitos psiquiátricos de Santo Antônio da Patrulha ou Torres, contudo, após informações obtidas através de contato telefônico soubemos que o tempo de espera para internação no Hospital de Santo Antônio da Patrulha é de três meses. Por esta razão, res-

saltamos a importância da ampliação da rede substitutiva para reforçar o processo de humanização no atendimento de pessoas portadoras de problemas psíquicos. Consideramos que seria menos agressivo para com o paciente ter um profissional que pudesse fazer estas avaliações dentro do município, ou em um serviço de emergência psiquiátrica.

Mesmo que fique clara esta fragilidade em um ponto importante da rede, ou seja, a insuficiência do Hospital Geral no acolhimento de situações muito severas em saúde mental, e que o percentual de internações de pacientes em sofrimento psíquico foi relativamente baixo neste município, ainda encontramos o encaminhamento para internação muito frequente. Desta forma, podemos indicar que ainda existe uma percepção de que a internação psiquiátrica é uma abordagem "segura" e resolutiva.

Já se passaram 16 anos desde a criação da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, onde, de acordo com o art. 2º, fica definida a determinação de constituição de uma rede substitutiva de serviços ao Hospital Psiquiátrico, a qual deve ser constituída de serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como, ambulatórios, emergências psiquiátricas em Hospital Geral, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em Hospitais Gerais, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção Psicossocial, entre outros dispositivos (RIO GRANDE DO SUL, 1996). Contudo, em nossa percepção, na realidade local pesquisada, pouco foi feito até agora. Capão da Canoa conta com um CAPS, mas este não tem como atender toda a demanda em saúde mental, faltando outros dispositivos de apoio, até mesmo para garantir que o CAPS existente possa atender os casos prescritos em portaria como prioritários (Neuroses graves e Psicoses).

Sabe-se que no CAPS, existe um grupo específico funcionando duas vezes por semana para o acolhimento de pacientes egressos oriundos de internação psiquiátrica. Quem recebe o usuário do CAPS é a recepcionista, que agenda a acolhida, a qual é feita pela enfermagem. Para que um paciente seja acolhido no CAPS precisa ter um encaminhamento de um médico, o que nos faz pensar na questão dos saberes que sustentam as práticas em saúde mental. O modelo médico vigente está embasado no paradigma da medicina cientifica, ou seja, no corpo de conhecimentos derivados empiricamente e que é compartilhado como "verdade" pelo conjunto dos profissionais médicos. Ao adotar essa perspectiva, o comportamento do paciente passa a ser avaliado, antes de tudo, em função de sua adequação ao saber médico oficial (SPINK, 2003).

De acordo com a Lei nº 10216 - De 06 de abril de 2001, Art. 4º, a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2005). Observamos nesta localidade, a ausência de uma rede substitutiva de serviços, e o Hospital Geral se mantendo com a função de proteção dos profissionais e da sociedade, que temem os doentes mentais, e por este motivo acabam por excluí-los.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que as relações entre as práticas em saúde mental no município de Capão da Canoa e os pressupostos da Reforma Psiquiátrica estão colocadas de uma forma bastante limitada. O município dispõe de um único dispositivo para atendimento especifico em saúde mental de adultos: o CAPS.

Os pacientes que procuram atendimento em saúde mental passam primeiramente pelas U.B.S., são atendidos pelos médicos clínicos, que não têm opções de encaminhamento ou entendimento de clínica ampliada, e a maioria

dos casos atendidos, ou recebem prescrição de psicotrópicos ou são encaminhamentos para especialistas que somente atuam no CAPS. Sabe-se que ainda há internações psiquiátricas que acontecem por períodos curtos, o que é louvável, mas não existem muitas opções de atendimento para os pacientes que ainda não entraram em surto. As equipes atendentes nas U.B.S. e Hospital Geral, não estão preparadas para um atendimento de qualidade em saúde mental. O paciente em surto psiquiátrico assusta, e a equipe com medo acaba agredindo-o fisicamente e verbalmente, e logo é encaminhado para avaliação no Hospital São Pedro, a fim de que "não se machuque, ou machuque alguém". Queremos chamar a atenção para as práticas de exclusão que continuam a acontecer.

Um trabalho preventivo, ainda não tem sido realizado, com exceção dos casos tratados pelo CAPS. Perguntaríamos: e quem não obedece aos critérios de atendimento pelo CAPS, será acolhido onde? Por quem será atendido? Talvez seja apenas uma questão de tempo... Uma depressão branda hoje, que poderá desencadear num suicídio amanhã.

REFERÊNCIAS

BARTHES, Roland. **O Óbvio e o obtuso**: Ensaios Críticos III. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada**. Brasília, 2004, Disponível em: http://www.crh.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/cartilha_clinica_ampliada.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, novembro de 2005, Disponível em: <http: // portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf>. Acesso em:

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 12. ed. SP: Graal, 1996.

LEITE, Márcio Peter. **Viver mente & cérebro**, 2005. (Coleção Memória da Psicanálise - Especial Lacan, n. 4).

NARDI, Henrique Caetano et al. Fragmentos de uma genealogia do trabalho em saúde: a genealogia como ferramenta de pesquisa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, jul - ago, 2005.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa, FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.5, mai. 2007.

RIO GRANDE DO SUL. Assembléia Legislativa. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. **Relatório azul**. Porto Alegre, 1996. 297 p.

SILVA, Maria Cristina Carvalho. História da Loucura e reforma psiquiátrica: um percurso. In: NASCIMENTO, C. **A. Psicologia e políticas públicas**: experiências em saúde públicas. Porto Alegre: CRP – 7ª Região, 2004.

SPINK, M. J. **Psicologia social e da saúde**: práticas, saberes e sentidos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

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