

REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL DE SOBRAL-CE: PLANEJAMENTO, SUPERVISÃO E REFLEXÕES CRÍTICAS

INTEGRAL MENTAL HEALTH CARE NETWORK IN SOBRAL, CE – BRAZIL:
PLANNING, SUPERVISION AND CRITICAL ANALYSIS

José Jackson Coelho Sampaio ¹

Cleide Carneiro ²

RESUMO

A construção da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental-RAISM de Sobral é apresentada, tendo a supervisão institucional como ferramenta de planejamento e avaliação. O contexto é o da reforma psiquiátrica do Ceará e o estudo se apóia na análise de 12 documentos produzidos entre 1998-2006. A orientação é dada por concepção dinâmica do processo saúde/doença mental, atualizando princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade e humanização do cuidado. O modo como o poder público responde às demandas sociais demonstra a qualidade da consciência política e da prática democrática, em campo sensível a ideologias, preconceitos, discriminações e violências. A rede de cuidados incorpora, como método, atenção, assistência e reinserção em práticas sociais de domínio da vida cotidiana, pois autonomia, atenção integral e inserção comunitária permitem a produção de saúde e de sujeitos. A supervisão institucional adequa-se à satisfação do trabalhador, em processo de trabalho coletivo e de habilitação psicossocial comunitária.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica; Saúde Mental; Supervisão Intitucional

ABSTRACT

The construction of the Integral Mental Health Care Network of Sobral is presented through the perspective of using its institutional supervision as a tool for planning and evaluation. The context is the Psychiatric Reform of Ceará and this study is based on the analyses of twelve documents written from 1998 – 2006. The orientation is given by a dynamic conception of mental health/illness process, while updating the SUS principles: universality, integrality, equity and humanization of care. The ways the public power replies to social demands displays political quality and democratic practice, in field which is sensitive to ideology, prejudice, discrimination and violence. The care network includes, as methodology, care, assistance and reinsertion in social practices of daily life domain, since autonomy, integral care and community inclusion facilitate health and subject production. The institutional supervision adjusts to the worker's satisfaction, in a process of collective work and psychosocial habilitation of the community.

Keywords: Psychiatric Reform; Mental Health; Institutional Supervision

1 - Médico Psiquiatra – FM/UFC. Mestre em Medicina Social – IMS/UERJ. Doutor em Medicina Preventiva – FMRP/USP. Professor Titular em Saúde Pública – CCS/UECE.

2 - Assistente Social – ITE/Bauru. Mestre e Doutora em Serviço Social – UNESP/Franca. Professora Adjunto em Capital Humano – CESA/UECE.

1. INTRODUÇÃO

A história da assistência psiquiátrica no Ceará apresenta alguns marcos muito importantes, entre os quais se destaca a implantação da Reforma Psiquiátrica no município de Sobral, a partir de 1997, quando Cid Gomes assumiu a Prefeitura Municipal e deu posse a Luiz Odorico Monteiro de Andrade como titular da Secretaria da Saúde e Assistência Social.

O estado do Ceará apresenta dinâmica própria de desenvolvimento, com condições sociais persistentemente precárias, secas cíclicas, ocupação econômica retardatária e dependente, além dos turnos de monocultura na maioria das vezes extrativista (pecuária, algodão, cera de carnaúba, lagosta), o que determina e caracteriza quadros político-econômicos e sócio-sanitários bastante específicos.

A consulta a várias fontes permite traçar um quadro geral de nossa história, acompanhando a lógica da periodização significativa. Para fins práticos, a história do Ceará começa em 1603, expandi-se no século XIX e adquire as características de modernidade internacionalizada na segunda metade do século XX (SAMPAIO, SANTOS & SILVA, 2001; MONTESUMA, FÉ, GOMES, FERNANDES & SAMPAIO, 2006). Mas, para efeito de análise da assistência psiquiátrica, o quadro é simples e precário até a década de 1970, passando a assumir posição avançada, de vanguarda, a partir de 1991. Vejamos, em voo de águia, os principais marcos desta história, acompanhando a literatura específica (SAMPAIO, 1996; SAMPAIO, SANTOS & ANDRADE, 1998; SAMPAIO & SANTOS, 2001; SAMPAIO & BARROSO, 2002; SAMPAIO, 2005; MOURA-FÉ, 2007):

1603 (início do processo colonial) – 1886 (inauguração do Asilo de São Vicente de Paula-ASVP, bem no final do período Imperial) – Nenhuma iniciativa formal de assistência psiquiátrica. Os lugares do louco eram a rua, a cadeia e os movimentos messiânicos.

A história da assistência psiquiátrica no Ceará apresenta alguns marcos muito importantes, entre os quais se destaca a implantação da Reforma Psiquiátrica no município de Sobral, a partir de 1997, ...

1886 – 1962 (inauguração do Hospital de Saúde Mental de Messejana-HSMM, público, bem no final do período Republicano Populista). O ASVP, de característica asilar clássica, dependência da Santa Casa de Misericórdia, foi seguido, em 1935, por um hospital particular, a Casa de Saúde São Gerardo, e em 1962, pelo primeiro hospital psiquiátrico público, o Hospital de Saúde Mental de Messejana-HSMM. O crescimento, neste setor, foi muito lento, com três hospitais em 76 anos, fiéis à lógica da “grande internação”, mas com instituições de pequeno porte e tardias em relação aos modelos de origem.

1962 – 1991 (inauguração do Centro de Atenção Psicossocial de Iguatu-CAPS/Iguatu, em plena consolidação do projeto liberal-modernizador do período do Ceará dos Empresários). A Ditadura Militar brasileira desencadeou uma política de criação de hospitais privados e o Ceará acompanhou o processo, inaugurando um Manicômio Judiciário e nove hospitais psiquiátricos privados, estes conveniados com a Previdência Pública, inclusive o Hospital Guararapes, de Sobral. Outras influências, sobretudo norte-americanas, derivadas da *Mental Health Law*, geraram experiências ambulatoriais e treinamento, em Psiquiatria, de médicos generalistas, via Programa Integrado de Saúde Mental-PISAM. Paralelamente a estes dois processos, desenvolve-se, no Ceará, uma linha autônoma do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica que vai resultar numa grande experiência de reforma do HSMM, na criação do CAPS da cidade de Iguatu e no início da tramitação da Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica, nomeada pelo deputado que a apresentou à Assembléia Legislativa Estadual, a Lei “Mário Mamede”.

1991 – 2007 (tempo atual). Estes últimos 16 anos acompanharam a implantação do Sistema Único de Saúde-SUS, iniciado em 1986, com grande pioneirismo cearense. O Ceará antecipa o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS, o Programa de Saúde da Família-PSF e o Planejamento Estratégico com Programação Pactuada Integrada-PPI e criação de três macrorregiões de saúde, contendo 21 microrregiões de saúde. Para melhor visibilidade, convém discriminar este período, em três fases:

a) 1ª fase - de 1991 a 1998. Aprovação da Lei “Mário Mamede”, em 1992, nove anos antes da aprovação da Lei Brasileira, a Lei “Paulo Delgado”, e criação de projetos-piloto, alternativos, bem sucedidos, que foram os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS de Iguatu, Canindé, Quixadá, Icó, Juazeiro do Norte, Cascavel, Aracati e Fortaleza SER III. O município de Quixadá estabelece um modelo de CAPS que supervisiona ações de saúde mental na atenção primária por meio do PSF, serve de retaguarda

para internações em leitos psiquiátricos de hospital geral regional, promove reabilitação psicossocial com apoio das políticas de inclusão social do município e fornece tratamento ambulatorial, com instrumentos terapêuticos diversificados.

b) 2ª fase - de 1999 a 2005, adoção do modelo de CAPS por mais 30 municípios, aceitação pelo governo estadual de incluir um CAPS em cada sede de microrregião de saúde (n=21), aceitação pelo governo municipal de Fortaleza de incluir um CAPS em cada Secretaria Executiva Regional da cidade (n=6) e realização do I Encontro Estadual de CAPS, promovido pela Universidade Estadual do Ceará-UECE. A capital, Fortaleza, não avança e desqualifica os indicadores gerais do estado, mas o governo estadual passa a induzir o real crescimento da rede de CAPS pelas microrregiões de saúde, com financiamento do governo federal, e o município de Sobral oferece um modelo de reforma psiquiátrica para municípios de médio porte, criando sua Rede de Atenção Integral em Saúde Mental-RAISM, a despeito da trágica experiência da morte do cliente Damião, nas dependências do Hospital Guararapes.

c) 3ª fase - de 2005 a 2007 - Criação de mais 10 CAPS no interior do Ceará. O município de Fortaleza, sob a gestão da prefeita Luizianne Lins, e tendo como Secretário de Saúde Luiz Odorico Monteiro de Andrade, assume o protagonismo do processo e instala sua Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, iniciando com 14 CAPS.

Uma síntese da história da assistência psiquiátrica no Ceará encontra-se sistematizada no Quadro I.

Quadro I: Marcos Históricos da Assistência Psiquiátrica no Ceará.

Data/Período	Evento/Comentário
1886	Inauguração do Asilo para Alienados São Vicente de Paula.
1935	Inauguração da Casa de Saúde São Gerardo.
1963	Inauguração do Hospital de Saúde Mental de Messejana.
Década 1970	Inauguração de nove hospitais psiquiátricos privados, inclusive dois no interior do estado, em Crato e Sobral.
1977/1979	Adesão do Ceará ao Plano Integrado de Saúde Mental-PISAM, da Divisão Nacional de Saúde Mental-DINSAM. Dinamismo da Sociedade Cearense de Psiquiatria-SOCEP, marcado pela criação das Jornadas Cearenses de Psiquiatria, anuais. Criação da Residência Médica em Psiquiatria do HSMM.
1991/1998	Criação e implantação dos CAPS de Iguatu, de Canindé e de Quixadá, seguidos de mais cinco. Aprovação da Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica do Ceará, a Lei "Mário Mamede".
1999/2005	Criação de 30 CAPS municipais. Elaboração do Plano Municipal de Saúde Mental de Sobral. Emergência do Caso Damião. Criação e implantação da Rede de Atenção Integrada à Saúde Mental de Sobral-RAISM Sobral.
2006/2007	Criação de 10 CAPS municipais. Criação e implantação da Rede Assistencial em Saúde Mental de Fortaleza-RASM Fortaleza

Fonte: SAMPAIO; SANTOS; SILVA (2001)

2. CRIAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA RAISM SOBRAL

2.1. O Plano da Política de Saúde Mental de Sobral

As principais mudanças na assistência psiquiátrica, no município de Sobral, com abrangência para a macrorregião de saúde, comparando o momento imediatamente anterior ao caso Damião e o atual momento, podem ser identificadas pela comparação do Quadro 2 com o Quadro 3.

Quadro 2: Serviços de Assistência Psiquiátrica de Sobral, capacidades e coberturas, em 1999.

Serviço	Unidade	Capacidade	Cobertura
Pronto-atendimento	Pronto Atendimento Médico	100 consultas/mês	Sobral e macrorregião
Ambulatório	Santa Casa de Misericórdia de Sobral	120 consultas/mês	Sobral e macrorregião
Hospital (internação prolongada)	Hospital Guararapes	80 leitos	Sobral e macrorregião
Hospital (internação-dia)	Hospital Guararapes	30 leitos	Sobral
Emergência	Hospital Guararapes e Santa Casa de Misericórdia de Sobral	Demanda espontânea	Sobral e macrorregião

Fonte: Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, 1999.

Quadro 3: Serviços de Assistência Psiquiátrica de Sobral, capacidades e coberturas, em 2005.

Serviço	Unidade	Capacidade	Cobertura
Pronto-atendimento	Centro de Especialidades Médicas	240 consultas/mês	Macrorregião de saúde, sem Sobral
Hospital (internação prolongada)	Hospital Geral Dr. Estevam	17 leitos	Sobral e macrorregião
Emergência	Hospital Geral Dr. Estevam	Demanda espontânea	Sobral e macrorregião
Supervisão das ações de saúde mental comunitária	CAPS Geral	Demanda triada	Sobral
Ambulatório psicológico-psiquiátrico	CAPS Geral	900 atendimentos/mês	Sobral
Supervisão das internações	CAPS Geral	Demanda triada	Sobral
Reabilitação psicossocial	CAPS Geral	400 atendimentos/mês	Sobral
Atenção integral a álcool e drogas	CAPS AD	600 atendimentos/mês	Sobral
Atenção integral a crônicos egressos do ex-Hospital Guararapes	Residência Terapêutica	08 vagas	Sobral e macrorregião
Política Municipal de Saúde Mental			
Conferência Municipal de Saúde Mental			
Coordenação Municipal de Saúde Mental			
Supervisão Institucional			
Rede Integral de Serviços			

Fonte: Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, 2005.

O conjunto de ações desencadeados pelo esforço de realizar amplo processo de reforma da assistência psiquiátrica em Sobral, com a conseqüente implantação de uma Política Municipal de Saúde Mental, envolvendo princípios, diretrizes, tomada de decisão, plano, projetos, sistema, rede e serviços, dignos das conquistas teóricas e práticas da Psiquiatria, da Psicologia, da Psicanálise, do

Planejamento Estratégico e da Humanização da Gestão em Saúde fica fortemente evidenciado no Quadro 3: capacidade de cobertura universal, intersectorialidade, organização pública em rede, interdisciplinaridade, diversidade de oferta de dispositivos de cuidados e de projetos terapêuticos, apoio matricial aos cuidadores, com destaque para a existência de uma Política Municipal de Saúde Mental e da Supervisão Institucional.

O trabalho político também resultou num grande e consistente conjunto de documentos produzidos no período de 1999 a 2007, como se apresentam no Quadro 4.

Quadro 4: Documentos Produzidos pela RAISM Sobral ou com sua participação, no período 1999 a 2007.

Documento	Data
Política Municipal de Saúde Mental de Sobral (Seminário na Universidade Vale do Acaraú-UVA)	1999
Projeto de Lei de Reforma Psiquiátrica Municipal de Sobral	2000
Carta de Ytacaranha (Oficina do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Ceará-COSEMS/Ce)	2000
Relatório Final do 1º Seminário de Avaliação da RAISM Sobral	2000
Carta de Fortaleza (Congresso Estadual de CAPS do Ceará, na Universidade Estadual do Ceará-UECE)	2001
Manual de Organização de CAPS	1ª redação (Quixadá): 1996 2ª redação (Sobral): 2001
Carta de Quixeramobim (Jornada de Saúde Mental de Quixeramobim)	2003
Norma sobre APAC ao Conselho Municipal de Saúde de Sobral	2003
Relatório Final do 2º Seminário de Avaliação da RAISM Sobral	2003
Estatuto da Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental	2003
Relatório Final da Pesquisa Avaliativa do CAPS Sobral	2004
Relatório Final do 3º Seminário de Avaliação da RAISM Sobral	2006

Fonte: Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, 2007

O conjunto destes documentos fornece os elementos para os processos de avaliação e estabelece dois dispositivos de ação permanente: educação e supervisão. O Manual de Organização de CAPS consolida missão e organização de serviço e permite extrapolação para sistema ou rede, sobretudo em sua revisão de 2001, quando o Ceará já dispunha da experiência bandeirante do CAPS de Iguatu, da instalação do CAPS Quixadá que propunha modelo para município com população entre 40 e 120 mil habitantes (o Ceará tem 27 municípios deste porte) e da instalação da RAISM Sobral que propunha modelo para município com população entre 120 e 400 mil habitantes (o Ceará tem quatro municípios deste porte). Da experiência acumulada escapavam o problema Fortaleza, metrópole com mais de dois milhões e meio de habitantes, a

ser pensado em grande e complexa escala, e a miríade dos 152 municípios cearenses com população inferior a 40 mil habitantes, a serem pensados a partir das ações de saúde mental incorporadas à atenção primária e à estratégia de saúde da família.

3. A QUESTÃO DA SUPERVISÃO INSTITUCIONAL

3.1. A Organização do CAPS em Rede

A- O que é o CAPS?

O CAPS constitui serviço extra-hospitalar de assistência pública, estatal ou contratado, destinado ao atendimento dos problemas de saúde mental, individual e coletiva. Caracteriza-se por multiplicidade crítica de funções e técnicas, prática interdisciplinar e acessibilidade local. Por sua complexidade, assume a posição de unidade de atenção secundária especializada, coordena a política de saúde mental de município onde se instale e serve de referência a equipes mínimas de saúde mental em municípios de pequeno porte na região de cobertura. Nos municípios de grande população e nas zonas metropolitanas, deve compor rede de atenção integral à saúde mental.

B- Quais são os Objetivos do CAPS?

- Tratar transtornos, psicogênicos e/ou organogênicos, estruturados sob forma clinicamente reconhecida de doença mental.
- Oferecer contenção para crises psicológico/psiquiátricas e indicativos de crescimento pessoal a partir delas.
- Supervisionar atividades de saúde mental comunitária desenvolvidas na atenção primária.
- Oferecer retaguarda às internações em leitos psiquiátricos de hospital geral.

O CAPS constitui serviço extra-hospitalar de assistência pública, estatal ou contratado, destinado ao atendimento dos problemas de saúde mental, individual e coletiva.

- Prevenir hospitalismo, desamparo e outras formas de alheamento, garantindo permanência dos vínculos sociais.
- Prevenir rotulação, estigma e cronificação.
- Estimular redimensionamento crítico das relações com família, trabalho, vizinhança, sexualidade e política.
- Apoiar promoção da cidadania e construção coletiva da qualidade de vida.

C- Quais são as Características Organizacionais do CAPS?

- Integração a sistemas primários de atenção - O CAPS atende demandas espontâneas da população, do sistema de atenção primária (agentes de saúde, programas de saúde da família, unidades básicas) e de equipes mínimas de saúde mental em serviços regionalizados.
- Integração a sistemas secundários de atenção - O CAPS encaminha e recebe clientela de serviços ambulatoriais, hospitalares (preferencialmente de unidades psiquiátricas em hospital geral e serviços de internação parcial) e de oficinas protegidas/residências terapêuticas.

O CAPS é um serviço que contém, nele próprio, múltiplos níveis de atenção, devendo proporcionar alternativas terapêuticas e preventivas adequadas às diferentes demandas.

- Integração a sistemas de política social - O CAPS cria interface com as iniciativas governamentais e da sociedade civil que visem atender múltiplas carências sociais, desde as básicas (nutrição, educação, habitação, emprego etc) até as mais complexas de cidadania (cultura, autoexpressão, associatividade etc), passando por outras de natureza mais específica (educação especial para deficientes, recuperação de drogadictos, heteronomia da adolescência, desamparo da terceira idade etc).
- Integração a sistemas de urgência/emergência - O CAPS deve acolher pronto atendimento de seus próprios clientes, mas indicar serviços de urgência/emergência geral, em seu território, para acolher a emergência psiquiátrica.
- Acessibilidade local - Para garantir os direitos de cobertura universal e de equidade, o CAPS deve estar integrado a comunidade limitada geográfica e demograficamente. A experiência cearense de o CAPS para

cada município de 40 a 120 mil habitantes tem sido bastante proveitosa. Com relação aos grandes centros metropolitanos o dimensionamento muda de escala, passando a exigir redes muito mais complexas.

- Multiplicidade de funções e técnicas - O CAPS é um serviço que contém, nele próprio, múltiplos níveis de atenção, devendo proporcionar alternativas terapêuticas e preventivas adequadas às diferentes demandas. O CAPS não constitui serviço destinado exclusivamente a psicóticos agudos ou crônicos em fase aguda, como são os serviços hospitalares, mas aos variados processos psíquicos de sofrimento mental, perda de autonomia e impedimentos da vida como experiência satisfatória.

- Formação permanente dos trabalhadores e crítica das práticas - Alterações econômicas, políticas, sociais, culturais, demográficas e de perfil sanitário resultam em mudanças comportamentais, emocionais, intelectuais e representacionais. Para enfrentar as novas realidades, os trabalhadores precisam estar inseridos em processo continuado de formação. Para acompanhar a dinâmica da vida humana o CAPS necessita incorporar sistemático processo de pesquisa (epidemiologia, psicopatologia, representação social, saúde mental e trabalho, saúde mental e família, sexualidade etc) que instrumentalize cientificamente novas abordagens, técnicas e programas.

- Prática multiprofissional interdisciplinar - O trabalho em saúde está obrigado à constituição de equipes, sobretudo quando o campo é o da saúde mental, onde houve uma revolução organizacional, derivada da complexidade do conhecimento, da múltipla face do processo saúde/doença mental e dos cuidados para evitar as manipulações ideológicas e morais. Se a equipe é necessária e se seu objeto é complexo, ela própria passa a se constituir como um caso a ser cuidado, para preservar a força crítica do trabalho e a saúde mental dos próprios trabalhadores. A supervisão sistemática das atividades torna-se então necessária, pois o trabalho em equipe pode derivar para o espontaneísmo, o taylorismo ou a luta interna de pólos de poder, caso a multiprofissionalidade não busque a interdisciplinaridade garantida por eixo de princípios concordantes.

- Redução crítica da hierarquia interna - O combate ao taylorismo e ao autoritarismo passa pela redução da hierarquia interna na equipe, o que pode ser obtido através de variadas táticas: coordenação rotativa que não seja prerrogativa de alguma profissão; estabelecimento da prática do terapeuta emergente, não formalizada por profissão, capaz de reduzir as diferenças entre profissionais de nível superior; e estabelecimento do

rodízio de funções entre trabalhadores de nível médio, criando-se a figura do auxiliar de saúde mental.

- Redução crítica da hierarquia assistente/assistido - O demandante de cuidados psicológicos/psiquiátricos não representa uma outra espécie de ser, mas alguém que realiza uma possibilidade de todo ser humano. Para o combate à violência autoritária e às lógicas asilares convém aproximar assistentes e assistidos, enfatizando a fenomenologia do encontro, rompendo barreiras de intolerância e gerando campo comum de experiências. Todos compartilham espaços, quotidianos e possibilidades sociais reais.
- Centro dinâmico das políticas de saúde mental - Articulando-se com Secretaria de Saúde, Conselho de Saúde e Comissão de Saúde Mental, o CAPS propõe e coordena a política de saúde mental de município de porte médio a grande. Em relação às áreas metropolitanas o problema da coordenação política se torna mais complexo, transferindo a responsabilidade de centro dinâmico para uma Coordenação Coletiva ou um Conselho de CAPS.

D- Quais são as Funções do CAPS?

- Recepção - Existe um grande conjunto de sofrimentos psicológicos que expressam problemáticas orgânicas (neurológicas, endocrinológicas, toxicológicas etc), existenciais (rituais de passagem, paradoxos do amor e do desejo, crises de perda etc) e sócio-econômicas (trabalho alienado, desemprego, vivência de relações de opressão etc). A situação brasileira, caracterizada por difícil acesso a escolaridade, a cuidados de saúde, a renda possibilitadora de sobrevivência digna e a instâncias democráticas para o exercício da cidadania, multiplica os mal estares pessoais e impede a identificação da origem destes mal-estares. Existe, portanto, uma extraordinária demanda equivocada dos serviços psicológico/psiquiátricos, para a qual um bom sistema de triagem deve servir de barreira. O CAPS

...o atendimento domiciliar previne estigma (rotulação precoce) e hospitalismo (cronificação no uso do recurso hospital), além de fornecer à família e vizinhança uma "pedagogia do cuidado"...

não é panacéia universal. Por outro lado, os fenômenos psicológicos são sempre de grande complexidade, exigindo uma compreensão politicamente crítica e tecnicamente interdisciplinar para sua abordagem. Recomenda-se que a triagem seja feita em grupo de demandantes e por, no mínimo, dois técnicos especializados. Devido às interfaces orgânicas e aos manejos farmacológicos, convém que um dos profissionais seja sempre um psiquiatra.

- Ambulatório - A clientela acolhida poderá já se encontrar desenvolvendo algum quadro de transtorno mental. Após definição diagnóstica, o cliente deve ser encaminhado para um projeto terapêutico, seja em Farmacoterapia, Psicoterapia individual, Psicoterapia de grupo, Praxiterapia, Oficinas de Auto-expressão e Socioterapia. A definição do cuidado deve evitar, por um lado, o exclusivismo terapêutico, pois outras técnicas podem ser incorporadas como apoio, e, por outro lado, deve evitar o ecletismo indiscriminado, pois a clareza terapêutica previne novas dificuldades de identidade ao cliente, sobretudo previne iatrogenias. Considerando que o principal instrumento de trabalho na assistência psicológica/psiquiátrica seja o vínculo, convém observar com qual dos terapeutas o cliente mais se identifica para que seja designado a ele a coordenação do projeto terapêutico personalizado, com todos os outros profissionais a ele servindo de apoio.
- Visita Domiciliar - Esta tática de intervenção satisfaz a pelo menos quatro objetivos: conhecer a dinâmica concreta do universo familiar da clientela, estimular na comunidade o debate sobre promoção de saúde mental, realizar acompanhamento de cliente em recuperação pós-hospitalar e atender situações agudas de crise. Neste último caso, o atendimento domiciliar previne estigma (rotulação precoce) e hospitalismo (cronificação no uso do recurso hospital), além de fornecer à família e vizinhança uma "pedagogia do cuidado", incluindo táticas de abordagem e tolerância a desvios da norma comportamental prevista na cultura.
- Retaguarda à internação - Nos casos em que a internação, de preferência em leito psiquiátrico de hospital geral regional, se torne imperativa, a equipe do CAPS presta cobertura ao cliente, pedindo e fornecendo interconsulta às outras clínicas hospitalares. Quando a mesma equipe acompanha todas as fases do processo terapêutico, os erros de manipulação são residualizados e o cliente reage de modo mais rápido e positivo às intervenções, reduzindo também o tempo de permanência hospitalar.
- Assessoria - A equipe do CAPS constitui-se como equipe técnica de assessoramento à Secretaria Municipal

de Saúde, ao Conselho Municipal de Saúde, à Comissão Municipal de Saúde Mental e aos Programas de Saúde que lhe sejam afins (Saúde da Família, Prevenção de Dependência Química, Saúde do Trabalhador, Saúde do Idoso etc), tanto na definição das políticas de saúde, como na articulação estratégica dos planejamentos na área social. Sem esta função, as outras passam a correr o risco de perder a globalidade e tendem a ser pontuais, imediatistas, sintomáticas.

- **Formação** - Todo serviço de saúde deve incorporar processo de formação continuada, por meio de reuniões de discussão de casos, debate de textos, seminários de aprofundamento. O CAPS é serviço de nova natureza, porém integrado a sistema pré-existente, donde esta exigência se tornar uma urgência: os trabalhadores estão formados para atuação no sistema pré-existente e precisam re-inventar sua formação, simultaneamente com a criação e a prática do novo serviço.

- **Pesquisa** - Todo serviço de saúde deve dispor seu banco de dados de modo a permitir pesquisa quantitativa da produtividade, fornecendo subsídios às mudanças assistenciais necessárias. O CAPS, pela sua interface direta com a vida social, deve articular-se com o serviço de vigilância à saúde, enfatizando necessidades e especificidades da área, solicitando e fornecendo dados capazes de identificar a dinâmica psicossocial da comunidade: características urbanas, dinâmicas econômicas, indicadores de pobreza e desorganização social (migração, homicídio, suicídio, gravidez precoce, trabalho precoce, alcoolismo, retardo mental, demência senil e pré-senil etc). A incorporação da capacidade de pesquisa permite a reflexão crítica permanente sobre a própria prática e a percepção prévia de eventos sentinela, para postura pró-ativa.

- **Comunicação e Crítica Social** - O CAPS deve assumir, eventual e topicamente, a consultoria de veículos de comunicação de massa, sindicatos, igrejas, escolas, partidos políticos e clubes de serviço. Convém devolver criticamente demandas equivocadas, chamar atenção sobre os determinantes sócio-econômico-culturais dos fenômenos psicológicos, denunciar a lógica frequente da responsabilização individual, isto é, da "culpabilização da vítima", da "psicologização" de tudo o que seja da ordem do político e do econômico. O processo de ajuste indivíduo-sociedade é dialético, inclui a transformação do indivíduo para que este se adeque, mas também a transformação da sociedade visando justiça social e democracia.

- **Processo de Supervisão ou Apoio Matricial** - São necessárias três naturezas de supervisão: institucional, técnica, de projeto em parceria. A supervisão

Todo serviço de saúde deve incorporar processo de formação continuada, por meio de reuniões de discussão de casos, debate de textos, seminários de aprofundamento.

institucional deve ser exercida por um profissional externo, de reconhecida competência técnico-teórica, que sistematicamente auxilie a equipe na prática da autocrítica e da colocação de novos objetivos. Os problemas de uma equipe de saúde mental podem resultar de conflitos de variadas naturezas (políticas, econômicas, administrativas, entre níveis de formação, entre escolas teóricas, entre corporações profissionais, entre unidades da rede de cuidados, interpessoais) que podem se expressar umas pelas outras, de forma labiríntica e especular. A supervisão técnica é referente a problemas específicos, ligados ao exercício de técnicas terapêuticas ou à implantação de novos projetos, que podem sugerir a necessidade de contratação de supervisor específico, por tempo limitado, a partir de um acordo da equipe com o supervisor institucional. A supervisão de projeto em parceria é referente à co-operação de iniciativas e, neste caso, os profissionais da equipe de saúde mental exercem a supervisão das equipes mínimas de saúde mental alocadas na área de regionalização, a equipe do hospital geral de retaguarda, as equipes de saúde da família, as equipes da Ação Social ou da Educação Básica, etc.

3.2. As Propostas Teóricas de Supervisão

A partir de teorias de planejamento e avaliação em saúde (MATUS, 1993; TESTA, 1995) e a substantiva evolução do conceito e das práticas de supervisão institucional, que acompanham o campo da saúde mental nos últimos 60 anos (HOCHMANN, 1971; BOLMAN & BELLAK, 1972; FLEMING, 1976; SERRANO, 1982; LAPASSADE, 1983; REDLER, 1985; LAING, 1985; BASAGLIA, 1985; SAMPAIO, 1994; BASAGLIA, 1998), foi possível sistematizar as escolhas efetuadas em Sobral, desde a técnica da roda (CAMPOS, MEHRY & NUNES, 1994; CAMPOS, 2000) até a lógica da inclusão da supervisão no

fluxo do processo de educação e avaliação permanentes (SAMPAIO & VASCONCELOS-Fo, 2006).

Os grandes movimentos que surgiram no campo da Saúde Mental, nestes últimos 60 anos, embora com bases teóricas e políticas distintas, convergem na idéia de que as equipes de cuidado psicológico-psiquiátrico precisam, por sua vez, de cuidado de mesma natureza. A Psiquiatria de Setor (França), a Análise Institucional (França), a Comunidade Terapêutica (Inglaterra), a Antipsiquiatria (Inglaterra), a Psiquiatria Preventiva (Estados Unidos), a Psiquiatria Comunitária (Estados Unidos), a Psiquiatria Democrática (Itália), o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica e a Reforma da Assistência Psiquiátrica da Andaluzia (Espanha) convergem, indubitavelmente, neste ponto. Deste modo, o procedimento de avaliação e supervisão da RAISM Sobral revisou esta literatura e foi operacionalizado em grandes cortes trienais de avaliação, precedidos e sucedidos por avaliações anuais, supervisões mensais e rodas semanais da equipe dos serviços.

- O CAPS constitui interface com todas as iniciativas governamentais e da sociedade civil que visem atender carências sociais, desde as básicas (nutrição, educação, habitação, emprego), até as complexas de cidadania (cultura, autoexpressão, associatividade), passando por outras de natureza específica (educação especial para deficientes, recuperação de drogadictos, heteronomia da adolescência, desamparo da terceira idade).
- Para garantir os direitos da população de cobertura universal e equidade, o CAPS deve estar integrado a comunidade limitada geográfica e demograficamente, viabilizando universalidade e acessibilidade local plena, em território vivo, construído.
- O CAPS é serviço que contém múltiplos níveis de atenção, devendo proporcionar alternativas terapêuticas, preventivas e habilitadoras adequadas às diferentes demandas, necessitando incorporar multiplicidade de dispositivos, profissões, procedimentos e técnicas.
- A organização de o CAPS demanda crítica da formação dos trabalhadores e das práticas, pois alterações

*A lógica de o CAPS
exige combate ao
taylorismo, o que
passa pela redução da
hierarquia interna na
equipe...*

econômicas, políticas, sociais, culturais, demográficas e de perfil sanitário resultam em mudanças comportamentais, emocionais, intelectuais e representacionais, daí a imposição de educação permanente e de sistemático processo de pesquisa científica (epidemiologia, psicopatologia, representação social, saúde mental e trabalho, saúde mental e família, sexualidade) que instrumentalizem novas abordagens, programas e projetos.

- A lógica de o CAPS exige combate ao taylorismo, o que passa pela redução da hierarquia interna na equipe e pode ser obtido por vários meios: coordenação rotativa que não seja prerrogativa de alguma profissão; estabelecimento da prática do terapeuta emergente, não formalizada por profissão, capaz de reduzir as diferenças entre profissionais de nível superior; e estabelecimento do rodízio de funções entre trabalhadores de nível médio, criando-se a figura do auxiliar de saúde mental, não por especificidade profissional (auxiliar de enfermagem, de terapia ocupacional, de serviço social).
- A lógica de o CAPS exige combate à violência autoritária e às lógicas manicomial, asilares, que podem se reproduzir em qualquer serviço de saúde, dada a permanência do Estado burocrático-autoritário e da iníqua distribuição social das riquezas, então convém aproximar assistentes e assistidos, enfatizando a fenomenologia do encontro, rompendo barreiras de intolerância e gerando campo comum de experiências, pois todos compartilham espaços, quotidianos e possibilidades sociais reais.
- Finalmente, a lógica de o CAPS exige prática multiprofissional interdisciplinar, pois o trabalho em saúde, sobretudo em saúde mental, está obrigado à constituição de equipes. Se a equipe é complexa e necessária e seu objeto é complexo, transpassado de subjetividade e história, ela própria passa a se constituir como um caso a ser cuidado, preservando a força crítica do trabalho e a saúde mental dos próprios trabalhadores.
- A supervisão deve ser encarada como um processo permanente, de natureza institucional, exercida por um profissional externo, de reconhecida competência técnico-teórica, que sistematicamente auxilie a equipe na prática da autocrítica e da colocação de novos objetivos.
- Esta supervisão institucional não prescinde do acompanhamento técnico-tecnológico, pois problemas específicos, ligados ao exercício de técnicas para o manejo individual ou coletivo, ou à implantação de novos programas, podem sugerir a necessidade de contratação de formação específica, por tempo limitado, a partir de um acordo da equipe com o supervisor institucional.
- O próprio CAPS, por sua vez, também supervisiona os serviços ou ações, referidos ou articulados, como as

equipes mínimas de saúde mental alocadas em Centros de Saúde da área de regionalização do CAPS ou as ações de saúde comunitária da atenção primária.

Os problemas de uma equipe de atenção primária, de saúde da família, de saúde mental, de saúde do trabalhador, por exemplo, podem resultar de conflitos de variadas naturezas (político-ideológicas, econômico-financeiras, entre níveis hierárquicos, entre níveis de formação, inter-teóricas, inter-corporativas e inter-pessoais) e elas podem se expressar umas pelas outras, de forma labiríntica e especular. Portanto, as competências incorporadas nos serviços de saúde, na perspectiva da humanização, da integralidade, da universalidade e do acolhimento, são de múltiplas naturezas: Ética, Política, Cultural, Técnica e de Compreensão das Narrativas da Subjetividade.

3.3. Os Procedimentos e as Perspectivas da Avaliação/Supervisão

Na tarefa de supervisão, o Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio, teve o apoio da Profa. Dra. Cleide Carneiro e dos médicos psiquiatras Carlos Magno Cordeiro Barroso, Urico Gadelha de Oliveira Neto, Marcus Vinicius Ponte de Sousa e do Prof. Dr. Luís Fernando Tófoli. No período foram realizadas 217 rodas de equipe de serviço, 68 reuniões de supervisão institucional e três seminários de avaliação, compondo algo em torno de 1.500 de trabalho de reflexão. A apresentação dos relatórios finais destes seminários de avaliação explicita os temas recorrentes, a mudança da natureza dos problemas a serem enfrentados e as soluções, tanto encaminhadas como implantadas.

3.3.1. Seminário de Avaliação/Supervisão da RAISM Sobral em 2000

A - Triagem Grupal:

- Realizar piloto de triagem coletiva: visibilização de toda a demanda, rapidez no atendimento, compreensão da negativa às demandas equivocadas.
- Entender triagem coletiva como momento de resolubilidade, com alta capacidade técnica e desenvolver olhar clínico crítico pela equipe, para que a multiplicidade de olhares apure a observação da demanda.
- Criar, imediatamente: a) Recepção (acolhimento/sem agir burocrático) e b) Sala de espera (otimizar tempo de espera do cliente com filmes educativos sobre saúde mental).

Os problemas de uma equipe de atenção primária, de saúde da família, de saúde mental, de saúde do trabalhador, por exemplo, podem resultar de conflitos de variadas naturezas...

B – Organização e informatização dos prontuários do CAPS:

- Organizar prontuário a partir da seguinte definição: clientes atuais e arquivo morto (sem frequência ao serviço há mais de 12 meses). O prontuário deve caracterizar-se pela interdisciplinariedade e pelo fácil manuseio por todos os profissionais, pois é documento legal, clínico, base de dados para pesquisa e instrumento para elaboração de projetos terapêuticos.
- Proceder à informatização dos prontuários a partir de software específico;
- Estabelecer rotina, entre os psiquiatras, de avaliarem, mensalmente, prontuários dos outros colegas, para aprendizado e crescimento mútuo.

C – Prescrição e repetição de receitas pela Enfermagem:

- Propor à Secretaria de Saúde, portaria autorizando a prescrição e repetição de receitas pela Enfermagem da equipe de saúde mental.
- Criar comissão de ética (municipal e interdisciplinar), para retaguarda às prescrições não-médicas.

D – Coordenação do CAPS:

- Efetivar atual coordenação, composta de três membros;
- Planejamento e divisão de tarefas entre os coordenadores.

E – Lar Bom Samaritano:

- Realizar reunião com Diocese de Sobral, para discutir ações de saúde mental na instituição sob responsabilidade da Irmandade dos Vicentinos;
- Identificar moradores do Lar para transferência à Residência Terapêutica.

F – Moradores de rua:

- Mapear moradores de rua com transtorno mental para

... todos os membros da equipe devem passar pelas funções de coordenação, reduzindo a especialização burocrática, a rigidez de papéis entre chefes e subordinados...

criação de projeto de saúde mental de apoio aos sem teto.

G – Terapia Ocupacional:

- Orientar diversificação de atividades e de grupos, para sistematização das atividades e elaboração de cronograma.

H – Criação oficial da rede:

- Preparar portaria da Rede de Atenção Integral a Saúde Mental de Sobral;
- Elaborar portaria do Colegiado de Saúde Mental;
- Elaborar portaria da Coordenação Municipal de Saúde Mental;
- Elaborar Regimento da Comissão Municipal de Saúde Mental e Cidadania;
- Elaborar Projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica de Sobral.

I – Nova dinâmica das supervisões:

- Freqüência mensal, de 9 às 17h, a equipe almoçando junta.
- Preparação prévia da pauta em reunião semanal ordinária de equipe
- Manhã: avaliação das decisões tomadas na supervisão anterior.
- Tarde: assuntos novos.

J – Dinâmica das reuniões ordinárias da equipe de saúde mental:

- Freqüência semanal, de 14 às 17h.
- Uma reunião para discussão da organização de agenda e prontuários;
- Uma reunião para discussão de caso clínico, individual ou institucional;

- Uma reunião para leitura/debate de textos.
- Uma reunião para preparar a pauta da supervisão subsequente.

K – Coordenação do CAPS Geral:

- Gestão de um ano. Todos os membros da equipe devem passar pelas funções de coordenação, reduzindo a especialização burocrática, a rigidez de papéis entre chefes e subordinados e a perda de tempo mobilizando energias para o ganho de posições pessoais, a histerização das relações baseadas na cobrança, por um lado, e em queixas defensivas, por outro.
- A escolha dos coordenadores deve ocorrer em reunião de supervisão institucional;
- Coletivo de três coordenadores: assistencial, gerencial, político-social.

L – Coordenação Assistencial:

- Solicitar e apoiar elaboração de planejamento estratégico para o CAPS;
- Realizar, de forma contínua, capacitação técnica;
- Realizar e viabilizar participação do pessoal em seminários, oficinas, encontros, jornadas e congressos em Saúde Mental;
- Supervisionar os projetos terapêuticos individuais e coletivos;
- Dirigir as reuniões semanais de equipe.

M – Coordenação Gerencial:

- Viabilizar a reunião mensal de supervisão e semanal de equipe;
- Organizar escalas de atividades (triagem grupal, grupos, consultório, oficinas etc) e de trabalhadores (auxiliares de saúde mental, vigilantes, médicos e serviços gerais);
- Providenciar solicitação para o almoxarifado de gêneros alimentícios; produtos de limpeza; material para escritório e outros;
- Providenciar manutenção dos aparelhos ou material permanente do serviço e solicitação de medicamentos;
- Montar mapas de atendimento, acesso, primeiras consultas, retornos, para a discussão da equipe;
- Agilizar informatização dos prontuários e da gestão do serviço.

N – Coordenação Político-Social:

- Realizar levantamento da história da Saúde Mental em Sobral, com registro do processo de implantação da RAISM;
- Estabelecer parceria do CAPS Geral com escolas, igrejas, sindicatos, associações comunitárias, movimentos populares, jornais e rádios, por meio de palestras, aulas, reuniões

e oficinas, visando a desmistificação da loucura e da cultura manicomial e a divulgação da RAISM Sobral;

- Estabelecer parceria do CAPS com Ação Social, Casa de Cultura e outros, para implantação de oficinas de habilitação social, em serigrafia, carpintaria, marcenaria, reciclagem de papel e outras, objetivando a preparação dos clientes da RAISM Sobral para o mercado de trabalho;
- Solicitar à Secretaria da Saúde e Ação Social a garantia de recursos financeiros e técnicos para a implantação de projeto comunitário de saúde mental, na atenção primária, mediante a formação de terapeutas comunitários;
- Estabelecer parceria do CAPS com Secretaria de Educação e a Universidade Vale do Acaraú-UVA, objetivando o retorno voluntário dos clientes aos estudos, recusando formação de classes especiais;
- Manter parceria do CAPS com instituições como Senac, Sesc, Iva, Centec, Sine e outros, a fim de propiciar aos clientes a realização de cursos profissionalizantes,

Todos os profissionais de nível superior devem estar envolvidos no acolhimento. A equipe de acolhimento é constituída do técnico de acolhimento (não-médico) e um psiquiatra de retaguarda.

do Fundo de Amparo ao Trabalhador-FAT;

- Manter parceria do CAPS com Secretaria de Indústria e Comércio, objetivando garantia de espaço físico no Mercado Central para comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas;
- Concretizar proposta aprovada na Conferência Municipal de Saúde, que diz respeito à garantia de parcerias intersetoriais entre os setores públicos e privados, objetivando a oferta de trabalho/emprego, aos clientes da RAISM Sobral, aptos ao mercado de trabalho;
- Criar uma Associação de Amigos da RAISM Sobral.

3.3.2. Seminário de Avaliação/Supervisão da RAISM Sobral em 2003

A- Programa:

- Os profissionais da RAISM Sobral foram divididos em seis grupos, cada qual para debater um tema sorteado de um total de seis pré-definidos.
- Um relator, escolhido pelo grupo, toma nota do trabalho da equipe.
- Após o debate do tema, cada grupo pode fazer uma leitura coletiva e crítica dos temas dos outros grupos, para melhor desempenho da plenária.
- Cada grupo pode acrescentar novas diretrizes, por ocasião da plenária.
- Apresentação, pelos relatores, das conclusões de cada grupo referentes ao tema próprio, na plenária, com amplo debate.
- Elaboração de um conjunto de diretrizes para a RAISM Sobral, a partir do consenso dos participantes.

B- **Grupo 1** – Tema: Triagem.

1. A triagem será realizada três vezes por semana, com agendamento prévio de até dois dias, com seis clientes em cada grupo de triagem. O processo deve ser informado na reunião de gerentes de território de atenção primária, além de ser trabalhada nas preceptorias de saúde mental nos territórios, devendo-se esclarecer as missões diferentes dos CAPS Geral e AD.
2. Será permitida a entrada dos familiares ou acompanhantes à triagem grupal, se o cliente permitir. A entrada destes não será estimulada ou exigida. Clientes que se recusarem a participar da triagem grupal terão a possibilidade de triagem individual.
3. Casos leves a moderados, sem complicações, devem ser rotineiramente encaminhados às equipes do Programa Saúde da Família-PSF. Casos que necessitem de medicação só poderão ser encaminhados às equipes de PSF que estejam completas, com médico. Uma lista das equipes de PSF, incluindo preceptorias de saúde mental, atualizada mensalmente, sob a responsabilidade do coordenador gerencial, deve estar disponível.
4. Será elaborado um impresso específico de contra-referência de saúde mental, para o PSF. Nele deve constar impressão diagnóstica, proposta de conduta (medicamentos, encaminhamentos etc.), data de retorno, nome do preceptor de saúde mental do território de referência e contato do CAPS. Uma lista, de recursos de apoio comunitário ao cliente (grupos de auto-ajuda, reuniões comunitárias, recursos alternativos e, principalmente, terapias comunitárias e grupos psicoterapêuticos), atualizada mensalmente pelo coordenador político-social, deve estar disponível.
5. Qualquer técnico da equipe de saúde mental poderá fazer triagens nas áreas e encaminhar clientes ao CAPS

II, quando necessário, contanto que o encaminhamento seja feito por escrito, de preferência com contato telefônico prévio à consulta.

C- **Grupo 2** - Tema: Ação de Acolhimento (Recepção).

1. Todos os profissionais de nível superior devem estar envolvidos no acolhimento. A equipe de acolhimento é constituída do técnico de acolhimento (não-médico) e um psiquiatra de retaguarda.

As atividades de preceptores de saúde mental são: supervisão de casos de saúde mental, visitas domiciliares junto à equipe de saúde da família, capacitação e educação em saúde mental e visitas ao território...

2. Deve haver seleção dos casos que solicitem acolhimento. A prioridade de atendimento deve ser dada a egressos do hospital, desestabilização de quadro clínico, sintomatologia colateral, má-resposta ao tratamento e os que venham com encaminhamento do PSF.

3. Clientes que tiverem faltado às consultas, ou seja, que vierem ao serviço após a data marcada no cartão, sem justificativa adequada ou comunicação prévia, e que não sejam moradores de distritos ou de Forquilha, deverão ser atendidos à tarde. Clientes dos distritos, de Forquilha e em dias em que não houver atendimento à tarde, serão atendidos pela manhã, por último.

4. Após o horário padrão de acolhimento, salvo urgência, o cliente deve ser encaminhado ao período seguinte.

5. Se o psiquiatra assistente do cliente estiver presente, o caso pode ser discutido com ele, se o técnico do acolhimento julgar necessário e houver disponibilidade do psiquiatra assistente. As regras gerais, acordadas anteriormente, sobre a ordem e tipo de atendimento também deverão ser usadas nesta situação.

6. Será realizado mensalmente um levantamento do livro de acolhimento para avaliar o procedimento e os índices de adesão e de vinculação a projeto terapêutico específico.

D- **Grupo 3** – Tema: Atenção e Assistência.

1. A preceptoria de saúde mental no território será mantida, mesmo que às custas de diminuição do número de visitas às equipes de saúde da família. Todas as categorias profissionais, desde que possível, dentro do fluxo do serviço, devem realizar atividades fora do serviço. Os PSF precisam ter contato direto com o preceptor de saúde mental, e decidir, com ele, datas e formas de atendimento. Os preceptores psiquiatras só atenderão diretamente os casos nos PSF de distrito sem médico. As atividades de preceptores de saúde mental são: supervisão de casos de saúde mental, visitas domiciliares junto à equipe de saúde da família, capacitação e educação em saúde mental e visitas ao território.

2. Casos psiquiátricos pouco complicados, que apresentem bom vínculo social e resposta satisfatória à medicação deverão ser encaminhados para continuação e possível término da medicação no PSF de origem. Não há impedimento que o cliente se medique em sua área e ao mesmo tempo receba atenção psicoterápica ou de TO nos CAPS. O processo de encaminhamento envolverá (especialmente no caso de psicose) atendimentos pós-encaminhamento com a enfermagem, para verificar o grau de inserção e satisfação do cliente com o PSF de origem. O número destes atendimentos será variável, e, se for necessário, o cliente será re-encaminhado para medicação nos CAPS.

3. A RAISM Sobral se compromete em inserir os psicólogos ligados à Escola de Saúde da Família (preceptores e residentes) em grupos de atendimento nos diversos territórios (com prioridade de atendimentos aos quadros de queixa difusa e alcoolismo), de forma a estabelecer uma rede de atenção terapêutica alternativa ao CAPS e à terapia comunitária, e que haveria de se inserir em um grau intermediário de atenção entre a atenção secundária especializada e a primária de promoção/prevenção, ou seja, assistência à saúde mental na atenção primária.

4. Fica estabelecida que haverá matriciamento de equipe na responsabilização de casos intensivos, semi-intensivos e de habilitação psicossocial. Cada equipe manterá organizado o registro de quais pacientes estarão realizando qual tipo de atendimento e estabelecerá o critério de inclusão destes clientes em cada um dos sistemas de assistência, fornecendo à coordenação gerencial a lista de seus clientes. Essa equipe estará também responsável ainda, por elaborar, junto ao SAME os mapas diários de atendimentos dos clientes.

5. A assembléia de clientes será realizada semanalmente, com a participação de usuários intensivos, semi-intensivos e de habilitação social, e a equipe responsável pelo acompanhamento intensivo.

6. Todos os profissionais, inclusive psiquiatras, serão

***A formação
continuada deverá
ser incentivada.
Sugere-se a discussão
de mais temas
clínicos e menos
administrativos nas
reuniões de equipe.***

estimulados a realizar consultas grupais. A sala de grupo do CAPS deverá estar sempre, ou quase sempre, ocupada por um atendimento grupal, seja psicoterapêutico, informativo-educacional, psiquiátrico ou de habilitação.

7. Os espaços das oficinas terapêuticas poderiam ser complementados com grupos de discussão e atividades psicoterapêuticas. Na prática, isso significaria maior participação dos profissionais de TO e realização das oficinas terapêuticas.

E- Grupo 4 – Tema: Trabalho em equipe e capacitação.

1. Solicita-se ao supervisor a possibilidade de uma supervisão institucional sobre as relações de trabalho e problemas de comunicação nas equipes de saúde. Devem ser criados espaços de convivência extra-profissional para a equipe. Deverão ser respeitadas as etapas já acordadas para resolução de conflitos. Irá se tentar buscar alguém da Escola de Saúde da Família para acompanhar o funcionamento da roda da saúde mental.

2. A coordenação da Rede deve organizar encontros mensais da saúde mental com a saúde da família.

3. A presença aos coletivos é obrigatória, faz parte do processo de trabalho. A coordenação deverá ser informada das razões de ausência à reunião, sob pena de registro de falta no período.

4. Reuniões bilaterais entre gestores devem ser estimuladas.

5. A formação continuada deverá ser incentivada. Sugere-se a discussão de mais temas clínicos e menos administrativos nas reuniões de equipe. Representantes de outras instituições serão convidados para discutir temas específicos. A participação em congressos/encontros deverá ser incentivada, sempre que possível com auxílio da Secretaria de Saúde.

F- Grupo 5 – Tema: SAME e Sistema de Informações.

1. Todo usuário não cadastrado (ver adiante) deverá ter registrado, no mapa de atendimento, seu nome completo sem abreviação, data de nascimento e procedência. Após o atendimento, o prontuário desse cliente será separado, mas ainda não arquivado.

2. No início do período seguinte, os mapas de atendimento irão à digitação, onde o cliente será cadastrado e receberá um código de identificação. Este código de identificação será registrado na capa do prontuário e nas folhas de evolução do prontuário, e o prontuário, arquivado.

3. Após o usuário ter sido cadastrado não será mais necessário procurar todos estes dados no mapa de atendimento. Bastará informar o código de identificação do cliente e seu nome, que o computador registrará os dados restantes pelo cadastro do cliente.

4. Um novo impresso será elaborado para compor a folha de rosto dos prontuários dos CAPS. Dele constarão dados demográficos e administrativos importantes para análise epidemiológica e, se necessário, para geração de APAC. Caberá ao técnico preencher os dados faltantes e encaminhar, antes do arquivamento, o prontuário para o cadastramento das informações junto aos dados básicos já oferecidos pela equipe do SAME.

5. Após a abertura de um prontuário novo, estes e outros dados constantes da nova folha de rosto deverão ser preenchidos para cadastro. Após o cadastro e codificação do cliente, o prontuário novo poderá ser arquivado.

6. Os dados já levantados no livro de recadastramento, o levantamento psicossocial e os dados digitados da pesquisa de 2002 servirão também para alimentar este banco de dados.

7. Exames subsidiários, salvo indicações em contrário, ficarão em posse dos clientes, e os resultados anotados nos prontuários.

8. Rediscutir o sistema de arquivamento de documentos, proporcionando espaço para desenhos e utilizando outros tipos de pastas.

9. Provocar a discussão sobre horário de funcionamentos do CAPS

10. Solicitar o acesso aos prontuários da Casa de Saúde Guararapes.

G- Grupo 6 – Tema: Relação com a Unidade de Internação.

1. No caso de internação de um cliente dos CAPS, o serviço que assiste ao cliente deverá ser informado o mais rápido possível. Os cuidadores deverão fazer ao menos uma visita ao cliente durante a internação, de forma a preparar a alta e o retorno ao vínculo terapêutico.

2. Na indicação de alta, a unidade de internação psiquiátrica comunicará ao CAPS onde o cliente for assistido, com antecedência, que este está saindo da internação.

3. Ao receberem alta, os clientes já atendidos nos CAPS, devem ser instruídos a comparecer ao acolhimento no dia de atendimento de seu profissional de referência. Em casos urgentes, poderá procurar o acolhimento no dia mais próximo possível. O dia de atendimento de seu técnico de referência poderá ser informado através do contato telefônico prévio.

4. Ao receberem alta, clientes que nunca foram atendidos nos CAPS deverão ser instruídos a comparecer ao acolhimento o mais rápido possível, de preferência no mesmo dia. O técnico de acolhimento fará a abordagem inicial do caso, com uma pequena história e planejamento dos agendamentos e encaminhamentos do caso dentro do serviço.

5. À alta do hospital, o cliente receberá o termo de alta em duas vias.

6. Os serviços que compõem a RAISM Sobral se comprometem a lutar por mais uma viatura, a fim de reiniciar, o mais rapidamente possível, as visitas domiciliares pós-alta e a incrementar as visitas domiciliares em geral.

3.3.3. Seminário de Avaliação/Supervisão da RAISM Sobral em 2006

A RAISM Sobral está completa e é composta por Centro de Atenção Psicossocial-CAPS Geral "Damião Ximenes Lopes", Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas-CAPS AD "Maria do Socorro Victor", Serviço Residencial Terapêutico-SRT "Lar Renascer", Unidade de Internação Psiquiátrica-UIPHG "Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade" do Hospital Geral Dr. Estevam e ambulatório psiquiátrico do Centro de Especialidades Médicas-CEM. Desde o início, contou com supervisão institucional.

Visando compor um quadro de princípios e diretrizes, foram apresentadas as dimensões básicas do cuidado em saúde, que se expressam nas quatro competências necessárias ao cuidador: técnica (clínica, psicossocial, comunitária), comunicacional (de narrativa, de linguagem, de história de vida), relacional (interdisciplinaridade, grupalidade, compromisso) e política (integração com lideranças e saberes populares, integração com a institucionalidade do Sistema Único de Saúde-SUS e seus dispositivos de controle social).

A Humanização da Atenção em Saúde não constitui

*Ao receberem alta,
clientes que nunca foram
atendidos nos CAPS
deverão ser instruídos
a comparecer ao
acolhimento o mais rápido
possível, de preferência
no mesmo dia.*

processo simples ou reducionista, de marketing ou de ocultamento de contradições reais, mas sim de sensibilização para a importância da qualificação profissional, para a necessidade de uma nova clínica e de desenvolvimento de uma capacidade de escuta ativa que possibilite a formação do vínculo entre cliente e trabalhador, pautado na cidadania e no respeito à história de vida dos clientes.

Em seguida foram apresentados e debatidos os níveis analíticos a serem integrados em política pública de saúde, são eles: ético (beneficência, não maleficência, autonomia, justiça e equidade), estético (infra-estrutura física, a partir da funcionalidade, do conforto, da ergonomia e a beleza), político (acesso universal, participação, controle social, direitos e deveres de cidadania e poder de contrato), cultural (respeito à diversidade, aos gostos, aos hábitos culturais e às crenças), econômico (relação custo/benefício, superada historicamente pela relação custo/utilidade, associada a transcendência social, e as formas de financiamento das ações), organizacional de sistema (territorialização, hierarquização, articulação em rede, referência e contra-referência), organizacional de serviço (planejamento estratégico, gestão participativa e estrutura organizacional horizontal, baseada nas unidades de serviço), técnico (competências específicas, trabalho interdisciplinar e condições tecnológicas) e psicossocial (acolhimento e competências comunicacionais e relacionais, baseadas em escuta ativa, solidariedade, respeito à dignidade do outro, valorização da subjetividade e protagonismo da clientela).

Após a apresentação dos princípios e do método da Política Nacional de Humanização de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde foi realizada uma análise dos objetivos e das ações do Plano Municipal de Saúde, presentes nos objetivos e nas ações da RAISM Sobral.

Emergiu da equipe da RAISM a insatisfação pela alta rotatividade de profissionais de nível superior. Possíveis determinantes do problema: vínculo empregatício precário, migração de profissionais para Fortaleza em decorrência do

movimento de reforma psiquiátrica iniciado na capital, situações pessoais. Como estratégia de enfrentamento foi mediado com o gestor a necessidade de, a curto prazo, ser realizado concurso público ou terceirização dos trabalhadores da saúde mental através de uma entidade não governamental que assegure os direitos trabalhistas.

Em seguida foi apresentada, e discutida, a dificuldade de conseguir médico psiquiatra para repor os profissionais que se desligaram, situação essa que prejudica as atividades assistenciais. Foi deliberada a realização imediata de concurso público para cinco vagas, 40h/semanais, para médico psiquiatra. Há reduzido número de profissionais com essa formação no estado do Ceará (+/- 150, para uma população de 7.500.000 habitantes), o estado que vem realizando ampla reformulação de suas práticas, com expansão dos serviços extra-hospitalares de saúde mental (+/- 47 CAPS já instalados), sem ter havido expansão de oferta de vagas na Residência em Psiquiatria, em proporção similar. Também foi proposta a criação de uma Residência em Psiquiatria no município, para incrementar a formação local, reduzindo a dependência de naturais de outros estados.

A educação permanente também foi discutida como uma necessidade dos trabalhadores da saúde mental.

A forma de financiamento de CAPS foi apresentada como dificuldade estrutural a ser enfrentada pelo serviço, pois atualmente não há financiamento para supervisão matricial, atividade considerada de suma importância para organização da assistência em saúde mental na atenção primária. Assim como há um número considerável de atendimentos não-intensivos de clientes estáveis que estão incluídos em atividades de habilitação social na comunidade e estes procedimentos são glosados. Vislumbrou-se a necessidade de elaborar proposta de financiamento a ser apresentada ao Ministério da Saúde, via Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde-CONASEMS. O momento é oportuno, em decorrência das mudanças de financiamento ocasionadas pela implantação do Pacto pela Saúde.

A educação permanente também foi discutida como

uma necessidade dos trabalhadores da saúde mental. O conceito foi explanado com a equipe e proposto uma melhor utilização das reuniões de equipe para aprimorar a formação dos profissionais, seguindo o modelo das supervisões institucionais, onde esse objetivo tem sido alcançado.

Os temas acima expostos foram trazidos pelos trabalhadores da RAISM, problematizados em conjunto com o supervisor e o gestor, deliberados encaminhamentos e instigado o senso crítico e o protagonismo da equipe. Este espaço também tem sido utilizado para negociação entre trabalhadores da saúde mental e o gestor municipal da saúde, mediado pelo supervisor, representando um espaço de discussão, negociação, planejamento e educação permanente.

Como não há possibilidade de mais de um encontro presencial mensal, a dinâmica da supervisão tem consistido numa recapitulação da supervisão anterior para verificar os encaminhamentos realizados, avaliar e encaminhar o que foi proposto e não foi executado, para, então, levantar novos problemas e novas possíveis soluções a serem testadas na prática. Passou-se, finalmente, para o planejamento das Ações da RAISM referentes ao biênio 2006/7, com questões organizadas segundo eixo temático:

A- Temas de Formação:

- Plano de capacitação: elevar em um degrau o nível de escolaridade de cada trabalhador;
- Capacitação receptiva dos novos trabalhadores;
- Capacitação específica para atenção psicossocial à criança;
- Capacitação específica em escuta terapêutica.

B- Temas da Política de Saúde:

- Baixa cobertura de assistência médica no PSF: das 42 equipes, 20 estão sem médico;
- Revisão do atendimento de Massapé e Forquilha pelo CAPS AD;
- Revisão do atendimento de Forquilha pelo CAPS Geral;
- Melhorar a articulação do CAPS Geral com a Saúde Mental Comunitária praticada nos territórios de atenção primária.

C- Temas Terapêuticos:

- Subutilização do prontuário para informação da equipe, documento de pesquisa, documento clínico e documento legal;
- Baixíssima proporção de altas;
- Problemática concepção de projeto terapêutico individual e de terapeuta emergente;

- Revisão do projeto técnico da Residência Terapêutica;
- Retomada das discussões clínicas sobre cuidado intensivo.

D- Temas Organizacionais:

- Enfrentamento imediato da falta de psiquiatras: melhorar articulação com atenção primária, criar núcleos de saúde integral/saúde mental comunitária e incluir profissional de nível superior não médico na preceptoria;
- Reduzir a alta rotatividade de cuidadores na Residência Terapêutica;
- Incipiência de material terapêutico, ludoterápico, de expediente e de limpeza;
- Falta de recursos financeiros para emergências, excepcionalidades e perecíveis;
- Mapa de distribuição dos serviços; ideal/existente/déficit/superávit.

E- Temas de Infra-estrutura e Equipamentos:

- Computador disponível para realização de projetos;
- Aquisição de transporte para visitas domiciliares, deixando o atual para o traslado de clientes intensivos, o que possibilitará participação no programa por parte de cliente que recusa por falta de transporte;
- Agilizar a criação do espaço de acolhimento no CAPS Geral;
- Providenciar a elaboração de espaço infantil no CAPS Geral .

F- Projetos Específicos:

- Resgatar a história da RAISM em parceria com o Curso de História/UVA;
- Estudar o caso de clientes judiciais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acompanhando o desenvolvimento das idéias, através da História, em perspectiva longitudinal; comparando a cada momento histórico, pelas classes, estamentos e grupos sociais, em corte transversal; ou observando o que acontece, em uma e em outra das perspectivas anteriores, pelas diferentes teorias, dentro do campo da produção de conhecimento, em corte transversal de nova feitura; percebem-se variadas visões, similares ou contraditórias, subseqüentes ou contemporâneas, do que seja saúde, doença, direito, dever, psiquismo, consciência, subjetividade, personalidade, identidade, criatividade, causa, determinação, trabalho, processo de trabalho,

equipe, multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, clínica, atenção comunitária, atenção psicossocial.

A RAISM Sobral incorpora a concepção dialética, em busca de compreender, historicamente, a emergência das concepções populares, religiosas, ético-morais, técnico-científicas e políticas que governos, trabalhadores e populações apresentam no enfrentamento cotidiano das Políticas de Saúde, das práticas de prevenção, de assistência e de habilitação psicossocial. O modo como as pessoas vivem suas experiências, a sociedade civil articula demandas e o poder público responde às pressões, demonstram a qualidade da consciência política e da prática democrática, sobretudo no campo da saúde mental, campo particularmente sensível a ideologias, preconceitos, estigmas, discriminações e violências, grosseiras ou sutis.

Nenhum ser vivo, senão o ser humano, realiza um arco existencial que vai da absoluta dependência real, ao nascer, para a absoluta ilusão de independência, na juventude. Nenhum ser vivo, senão o ser humano, é tão órfão de instintos, carente de um inefável e secundário mundo de indicadores, evidências e inferências fora do corpo, na cultura. Assim não devemos estranhar que a autonomia seja a utopia individual e coletiva mais buscada: do sujeito, da família, da cidade, do país, da civilização, do planeta. Queremos contar com o apoio do outro, sabemos que a vida é uma rede de interdependências, mas nos orgulhamos de participar da escolha das leis que regem nossa conduta, de pleitear o máximo de afazeres por conta própria, liberdade e privacidade para os atos fisiológicos básicos, liberdade e independência moral e intelectual.

Se deslocarmos o conceito de autonomia, do leito das atividades da vida diária, das microdecisões, dos direitos privados, para a dimensão política, veremos que o desdobramento inevitável nos leva ao conceito

A RAISM Sobral incorpora a concepção dialética, em busca de compreender, historicamente, a emergência das concepções populares, religiosas, ético-morais, técnico-científicas...

*...o processo não
pode ser reabilitador,
proposta que configura
uma ilusão ideológica,
mas habilitador de uma
nova pessoa, numa nova
circunstância.*

de cidadania, que não parece ser outra coisa senão liberdade, participação, pertinência, poder de escolha, auto-regência. Nenhum outro termo tem freqüentado tanto os programas político-partidários, os meios de comunicação especializados ou de massa e a conversação comum, que cidadão/cidadania, dos tempos da Independência Norte-americana, passando pela Revolução Francesa, até o doloroso processo de escape da Ditadura Militar, no Brasil de hoje. Somos moradores e senhores da cidade, do espaço público, da parceria política, habilitados ao gozo de direitos e ao desempenho de direitos, permanentemente construídos, conquistados, outorgados, perdidos, recuperados, avaliados, re-avaliados.

E assim, da autonomia individual, na esfera do privado, para a cidadania coletiva, na esfera do público, ou, metaforicamente, da cidadania privada à autonomia pública, chegamos à qualidade de vida, que torna implícitas três obnubilações ideológicas. Qual vida? A humana. Qual qualidade? A boa. O que é boa qualidade? Precisamos de um acordo a cada grupo/momento histórico. Se quantidade representa o conjunto de características ou atributos mensuráveis de um fenômeno e qualidade representa o conjunto das características ou atributos não mensuráveis, não é possível reduzir uma à outra, mas também não é possível isola-las laboratorialmente, mais ainda, não é possível falar em quantidade ou qualidade sem adjetivação, seja de medida (grande, pequeno, muito, pouco etc) ou de valor (bom, mau, bonito, feio etc). Qualidade de vida é, portanto, o conjunto das características ou atributos da vida que eu e meu grupo levamos, a exigir constantes acordos de qualificação e re-qualificação, na semovência histórica de necessidades, desejos, demandas e satisfações.

O desafio diante das pessoas que perderam, ou tiveram prejudicadas, habilidades profissionais, sociais, sexuais, domésticas e existenciais nos coloca

diante da ansiedade entre devolver, recuperar, fazer voltar, as habilidades perdidas ou tentar lidar com o novo sujeito surgido a partir da experiência de trauma, dor e perda, sujeito este que, no fluxo do viver, não voltará a ser como era antes. Portanto, o processo não pode ser reabilitador, proposta que configura uma ilusão ideológica, mas habilitador de uma nova pessoa, numa nova circunstância. O cotidiano das várias vidas possíveis de cada um muda com a mudança dos ângulos de visão e de experiência. O processo de habilitação proposto na RAISM Sobral incorpora, como método, atenção, assistência e reinserção em práticas sociais de autonomia e domínio da vida cotidiana. Tais métodos, facilmente desdobráveis em procedimentos, somente poderão adquirir sentido se, nos seus exercícios, desde o primeiro contato assistente/assistido, a habilitação social estiver funcionando como objetivo-síntese.

O conceito de atenção envolve níveis e universalidade. Os níveis são os clássicos das formulações apresentadas, pela saúde coletiva, e hierarquizados em primário (promoção de saúde, prevenção de agravos e doenças, educação em saúde, saneamento básico, vigilância sanitária e epidemiológica), secundário (consulta, ambulatório) e terciário (internação, hospital). Na universalidade, como também apresentada pela saúde coletiva, sobretudo no que diz respeito aos princípios do Sistema Único de Saúde-SUS em implantação no Brasil, cabem as acessibilidades geográficas, demográficas e políticas, voltadas para a cobertura de toda a população adstrita a um território.

Assistência implica na oferta diferencial de cuidados, insumos, apoios, amparos que, na perspectiva da igualdade

*O processo de habilitação
proposto na RAISM Sobral
incorpora, como método,
atenção, assistência e
reinserção em práticas sociais de
autonomia...*

de resultados, busca-se praticar com a equidade de oferta. Se há desemprego, ausência de renda ou existência de sub-renda, fome, desnutrição, habitação iníqua, analfabetismo e falência geral em relação às garantias da cidadania, urge oferecer mais, urge re-equilibrar o jogo das políticas econômicas excludentes, urge exigir mais recursos financeiros para o setor saúde e praticar a intersetorialidade de modo estrutural e estratégico. O igualitarismo de fins, qualidade de vida, por exemplo, sem a equidade de meios, torna-se vão exercício ideológico. A prática da assistência pode constituir

*Para a RAISM Sobral,
autonomia, atenção integral
e inserção comunitária
constituem ferramentas
adequadas à construção
da qualidade de vida e da
habilitação social crítica.*

tutela assistencialista, isolada da participação crítica da coletividade, se não incorporar a educação para a cidadania, a participação popular nas decisões, e não coordenar rede que atue nos interstícios, tornando-se, paradoxalmente, desinstitucionalizante.

O conceito de reinserção implica na capacidade de retomada de funções, papéis e atividades prejudicadas ou perdidas, tanto na dimensão da vida doméstica, ocupando espaço enquanto membro de uma família e tornando-se útil à economia das relações parentais; quanto na dimensão da vida social, conquistando trânsito, respeito e poder contratual junto às agências sociais (igreja, escola, trabalho, correio, sistema financeiro, clube, comércio etc). É impossível articular as dimensões doméstica e social, de modo concreto e crítico, sem conceber a reinserção na dimensão da vida economicamente produtiva, através da pertinência adequada a um mercado de trabalho, desafiando o mercado de trabalho a incorporar competências desiguais e a respeitar a diversidade estrutural das individualidades.

Para a RAISM Sobral, autonomia, atenção integral e inserção comunitária constituem ferramentas adequadas à construção da qualidade de vida e da habilitação social crítica. E a supervisão institucional constitui ferramenta adequada ao prazer do trabalho, em projeto de trabalho construído coletivamente, em processo de trabalho adequado à cidadania do trabalhador e do outro.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASAGLIA, F. A **Instituição Negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 326 p, 1985.

_____. **Conferenze Brasiliane**. Milão: Raffaello Cortina Editore, 261 p, 1998.

BOLMAN, W. M.; BELLAK, L. **Policy Aspects of Citizen Participation**: a concise handbook of community psychiatry and community mental health. New York: Grune and Stranton, 427 p, 1972.

CAMPOS, G. W. S. **Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 236 p, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; MEHRY, E. E.; NUNES E. D. **Planejamento sem Normas**. São Paulo: HUCITEC, 136 p, 1994.

FLEMING, M. **Ideologias e Práticas Psiquiátricas**. Porto: Afrontamento, 156 p, 1976.

HOCHMANN, J. **Pour une Psychiatrie Communautaire**. Paris: Les Editions du Seuil, 160 p, 1971.

LAING, R. D. **Wisdom, Madness & Folly**. London: MacMillan, 256 p, 1985.

LAPASSADE, G. **Grupos, Organizações e Instituições**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 199 p, 1983.

MATUS, C. **Política, Planejamento & Governo**. Brasília: IPEA, 2 vols., 591 p, 1993.

MONTESUMA, F. G.; FE, M. A. B. M.; GOMES, S. C. C.; et al. **Saúde Pública no Ceará**: uma sistematização histórica. Cadernos da Escola de Saúde Pública do Ceará, v. 02, pp. 05-19, 2006.

MOURA-FÉ, N. **A Implantação dos Centros de Atenção Psicossocial no Ceará**: relatório da Coordenação Estadual de Saúde Mental. Fortaleza: SESA/CE, brochura, 20 p., 2007.

REDLER, L. **Discovering our Way Home**: contribution to a volume celebrating the 12th anniversary of the founding of the Philadelphia Association. London: Tavistock Institute, 90 p., 1985.

SAMPAIO, J. J.C. **Hospital Psiquiátrico Público no Brasil**: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, 3 vols., 180 p., 1996.

_____. **Depoimento do Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio à Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos sobre o Caso da Morte de Damião Ximenes Lopes, em Sobral, Ceará, Brasil**. San José: CIDH/OEA, 10 p., 2005.

SAMPAIO, J. J.C.; SANTOS, A.W.G. A Experiência dos Centros de Atenção Psicossocial e o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica. In: **Reabilitação Psicossocial no Brasil**, organização de Ana Maria Fernandes Pitta. São Paulo: HUCITEC, pp 127-134, 158 p, 2001;

SAMPAIO, J.J.C.; BARROSO, C.M.C. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: diretrizes e experiências no Ceará. In: **Saúde Mental e Saúde da Família**, organização de Antônio Lancetti. São Paulo: HUCITEC, série Saúde Loucura No 7, pp 167-188, 188 p., 2002.

SAMPAIO, J.J.C.; VASCONCELOS, E.V. Política, Planejamento e administração em Saúde: um desafio técnico, político e psicossocial. In: **Acolher Cidadão: estratégia de aperfeiçoamento do SUS Quixadá**, organizado por Cleide Carneiro, Erasmo Miessa Ruiz, Lucyla Paes Landim e José Jackson Coelho Sampaio. Fortaleza: Editora da UECE, pp 35-56, 155 p, 2006.

SAMPAIO, J.J.C.; SANTOS, A.W.G.; ANDRADE, L.O.M. Saúde Mental e cidadania: um desafio local. In: **A Organização da Saúde no Nível Local**, organização de Eugênio Vilaça Mendes. São Paulo: HUCITEC, pp 267-280, 359 p., 1998.

SAMPAIO, J.J.C.; SANTOS, A.N.; SILVA, A.O. Periodização da História do Ceará: instrumento de apoio à análise de políticas de saúde. In: **Revista Humanidades e Ciências Sociais da Universidade Estadual do Ceará**, v. 3, No 2, pp 63-71, jul/dez 2001.

SERRANO, A.I. **O Que é Psiquiatria Alternativa?** São Paulo: Brasiliense, Série Primeiros Passos No 52, 107 p, 1982.

TESTA, M. **Pensamento Estratégico e Lógica da Programação: o caso da saúde.** São Paulo: HUCITEC, 306 p, 1995.

