

JULIANA MONTIBELLER FURTADO E SILVA

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO, TERAPÊUTICA E
MODELO ASSISTENCIAL.**

**Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do
Coral- Florianópolis**

**Trabalho apresentado à
Universidade Federal de Santa
Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina**

Florianópolis

2004

JULIANA MONTIBELLER FURTADO E SILVA

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO, TERAPÊUTICA E
MODELO ASSISTENCIAL.**

**Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do
Coral- Florianópolis**

**Trabalho apresentado à
Universidade Federal de Santa
Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina**

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Ermani Lange S. Thiago

Orientador: Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira

Florianópolis

2004

Silva, Juliana Montibeller Furtado e
Desinstitucionalização, Terapêutica e Modelo Assistencial. Percepção
dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral- Florianópolis/
Juliana Montibeller Furtado e Silva. – Florianópolis, 2004.
56p.

Orientador: Walter Ferreira de Oliveira.
Monografia – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de
Graduação em Medicina.

1. Desinstitucionalização 2. Reforma Psiquiátrica 3. Serviços
substitutivos. I Título.

Conquista

Tinha certeza que um dia.....
Depois que a luta acabasse
Depois que amanhecesse,
e a noite negra passasse.
Certeza absoluta, eu tinha!
Depois do choro calado
Depois dos laços quebrados,
Depois que o sangue estancasse...
Que eu te encontraria.....
Anda que o sol parasse
Que o corpo voltasse ao pó,
e só a alma restasse.....
Tu me pertenceria,
Por direito, cedo ou tarde
E eu feliz voaria,
Em tua asas.....
Liberdade!

De Albertino Teodoro, usuário do Ambulatório de Saúde Mental de São José do Rio Preto. Menção honrosa no 2º Prêmio de poesia Arthur Bispo do Rosário.

Aos usuários do CAPS Ponta do Coral e do Serviço de Saúde Mental Cândido Ferreira pelas conversas, ensinamentos e amizade.

Ao André, meu companheiro, por me ensinar a ver o mundo sempre de um jeito diferente. E por me fazer tão feliz.

Aos meus pais por me ensinarem (quase) tudo.

AGRADECIMENTOS

Aos meus irmãos pelo carinho, compreensão e incentivo.

Aos trabalhadores do CAPS Ponta do Coral por me acolher tão bem e me ensinar tantas coisas.

Ao Professor Walter, pela paciência, pela orientação e por promover meus encontros com a saúde mental.

Ao Willians Valentini e ao Centro de Convivência do Serviço de Saúde Cândido Ferreira de Campinas- SP, por fazerem os meus dias mais felizes e por me fazerem acreditar num mundo melhor.

À Mariana Paulin pela amizade e companheirismo.

SUMÁRIO

RESUMO	vii
SUMMARY	viii
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil	1
1.2 A Reforma Psiquiátrica brasileira	4
1.2.1 Movimentos de Reforma Psiquiátrica europeus	4
1.3 Principais Eventos e Atores do projeto da Reforma Psiquiátrica brasileira	8
1.4 Conquistas do Movimento da Reforma Psiquiátrica	11
1.5 Desafios e Perspectivas para a Atenção em Saúde Mental	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivos Gerais	15
2.2 Objetivos Específicos	15
3 METODOLOGIA	16
3.1 Tipo de Pesquisa	16
3.2 Amostragem	18
3.3 Trabalho de Campo	19
3.3.1 Entrevistas	19
3.3.2 Observação participante	20
3.4 Análise dos dados	20
3.5 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos	21
3.6 Limitações Metodológicas	21
3.6.1 Problemas do referencial teórico	21
3.6.2 . Limitações do método	22
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
4.1 Resultados e discussão das entrevistas com os profissionais	24
4.1.1 As características do modelo assistencial	25
4.1.2 Bases para uma clínica da Reforma Psiquiátrica.....	29
4.1.3 Concepções de desinstitucionalização	35
4.2 Resultados e discussão das entrevistas com os usuários	39
4.2.1 “O CAPS e o Hospital Psiquiátrico”	40

4.2.2 “O Hospital Psiquiátrico”	41
4.2.3 “O meu tratamento ideal ”	42
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
NORMAS ADOTADAS	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXO 1	54
ANEXO 2	55
ANEXO 3	56
ANEXO4	57

RESUMO

O objetivo da presente pesquisa é analisar as práticas terapêuticas do CAPS Ponta do Coral de Florianópolis a partir das propostas de desinstitucionalização e verificar a percepção dos usuários deste CAPS sobre as práticas de outros serviços de saúde mental, onde freqüentaram como usuários, comparando-as às práticas do CAPS. Foram entrevistados sete profissionais e cinco usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Ponta do Coral. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, associada à redução fenomenológica sugerida por Giorgi. Os temas definidos a partir da análise dos dados dos profissionais resultaram em três categorias. Na primeira e segunda delas, “características do modelo assistencial e bases para uma clínica da Reforma Psiquiátrica”, foi possível descrever e analisar a proposta de cuidado do serviço. Na categoria “concepções de desinstitucionalização”, foram apresentadas as noções deste conceito e suas aplicações práticas no projeto do CAPS Ponta do Coral. A partir da análise dos dados obtidos dos usuários foi possível elaborar as seguintes categorias: “O CAPS e o Hospital Psiquiátrico”, “O Hospital Psiquiátrico” e “O meu tratamento ideal”. Conclui-se que o CAPS é um serviço com propostas de construção de novas maneiras de cuidar em saúde mental, deslocando o objeto de intervenção da doença mental para o sujeito em sofrimento e sua história de vida em relação com o corpo social. Essa mudança, como pôde-se observar significa uma melhora da saúde e reintegração social para os usuários.

SUMMARY

The purpose of the present study is to analyze the therapeutical practices of the CAPS (Psychosocial Care Center) Ponta do Coral of Florianópolis from the desinstitutionalization proposals and to verify the perception of the users of this CAPS about the practices of other services of mental health, where they had frequented as users, comparing them with the practices of the CAPS. Interviews had been were held with seven professionals and five users of the CAPS Ponta do Coral. The data had been submitted to the content analysis, associate to the phenomenological reduction suggested by Giorgi. The subjects defined from the analysis of the data of the professionals had resulted in three categories. In the first and second of them: “ Characteristics of the assistencial model and bases for a clinic of the Psychiatric Reformation, was possible to describe and to analyze the proposal of care of the service. In the category “conceptions of desinstitutionalization, the slight knowledge of this concept and its practical applications in the project of the CAPS Ponta do Coral had been presented. From the analysis of the gotten data of the users was possible to elaborate the following categories: “CAPS and the Psychiatric Hospital”, “The Psychiatric Hospital” and “My ideal treatment”. We concluded that the CAPS is a service with proposals of construction in new ways to take care of in mental health, dislocating the object of intervention of the mental illness for the citizen in suffering and its history of life in relation with the social body. This change, as it could to observe means an improvement of the health and social reintegration for the users.

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa pretende analisar as práticas terapêuticas de um serviço substitutivo em saúde mental, CAPS Ponta do Coral em Florianópolis, à luz das propostas de desinstitucionalização conforme preconizado pela Reforma Psiquiátrica brasileira. Pretende também verificar as percepções dos usuários deste serviço sobre as práticas terapêuticas do CAPS, comparando-as com práticas de outras instituições de assistência em saúde mental.

1.1 Contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil

O Movimento pela Reforma Psiquiátrica surge, no Brasil, em meados da década de 70, e tem o início de sua trajetória inscrita no contexto do processo de redemocratização do país. Nesse mesmo período, ocorre a construção técnico-política do projeto de Reforma Sanitária, a qual busca a reformulação das políticas públicas de saúde no país.

O principal objetivo da Reforma Sanitária, no Brasil, é a garantia da saúde como um direito da população¹. Este movimento propõe um sistema único de saúde que tenha como princípios a universalidade, a integralidade e que seja equânime. Compreendendo-se universalidade como o direito de todas as pessoas ao atendimento nos serviços públicos de saúde. Integralidade da assistência, enquanto conjunto articulado e contínuo de ações preventivas e curativas, individuais e coletivas e que considere e responda de forma distinta as diferentes necessidades da população (equânime).

As conseqüências da concepção de saúde como direito do cidadão e dever do Estado corresponde, em uma análise inicial, à maior responsabilização do governo sobre os serviços prestados na área de saúde. Essas reflexões teóricas e conquistas práticas do movimento da Reforma Sanitária, no campo da saúde como um todo, vieram somar a favor do projeto da Reforma Psiquiátrica no Brasil².

No período de ditadura militar e emergência dos movimentos da sociedade civil em luta pela redemocratização e reformulação de políticas públicas e direitos de cidadania, os principais atores responsáveis pelas discussões e organização das políticas de saúde e práticas das categorias dos profissionais de saúde no setor saúde eram o Centro Brasileiro de Estudos

de Saúde (CEBES), o Sindicato dos médicos do Rio de Janeiro, os trabalhadores da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental) e o Movimento de Renovação Médica (REME)¹.

Foram estes atores sociais que possibilitaram a estruturação das bases políticas das reformas Psiquiátrica e Sanitária no Brasil. Em seguida, surge, organizado inicialmente por jovens médicos psiquiatras e outros profissionais do campo da saúde mental, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Em 1978, é o MTSM que desencadeia uma série de denúncias sobre os Hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, através do CEBES e do Sindicato dos Médicos assumido pelo REME⁴. Como documenta Amarante:

“São denúncias sobre a violência que ocorre dentro destes hospitais, da falta de recursos, da negligência, da psiquiatrização do social, da utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social”.⁴

Após demonstrar nacionalmente a fragilidade e o caráter de violência das instituições asilares que atendem aos usuários portadores de transtornos mentais, o MTSM organiza Comissões de Saúde Mental em núcleos estaduais do CEBES, e entre profissionais de saúde ligados à saúde mental, promovendo um aprofundamento na discussão das funções sociais das práticas médicas e dos significados e usos que se faz do saber psicológico-psiquiátrico.¹

A partir de então o debate sobre a loucura e o destino e atenção que se dava aos “loucos” atingia não só a comunidade científica, mas ecoava amplamente na sociedade civil.

O debate em torno do objeto do saber psiquiátrico: loucura/saúde mental se fazia não somente em torno da instituição asilar, seus problemas, suas formas de violência e desassistência, mas também em torno da reivindicação da cidadania do doente⁵, na possibilidade de resgatar suas histórias de vida e todo o contexto de suas vidas. Desse modo, propõe-se que a doença mental deixe de ser o exclusivo objeto do saber psiquiátrico, e se coloque a doença entre parênteses⁶, para que a pessoa que experimenta o sofrimento mental passe a ser o sujeito a ser cuidado pelas práticas psiquiátricas.

São as críticas à institucionalização da loucura/doença mental, às realidades dos hospitais psiquiátricos, alienadores, violentos, sem recursos, e sem profissionais preparados para o trabalho com o sofrimento mental, que conduzem à formulação de um conceito que, segundo Amarante, caracteriza o que se entende por Reforma Psiquiátrica:

“Um processo permanente de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo, nos campos assistencial, cultural, e conceitual. E seu principal objetivo é

transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco, com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação da desqualificação dos sujeitos ou ainda no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados.

(...) um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”.⁴

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira obtém, na década de 90, uma série de conquistas na reconstrução de modelos de assistência aos doentes mentais, com a aprovação de uma série de Portarias⁵ que indicam a criação de uma rede de serviços substitutivos, vinculados ao restante do sistema de saúde, geridos exclusivamente pela esfera pública e que, como os serviços de atenção básica, prevêm a territorialização^{*1} dos mesmos. Este processo de transformação das políticas de saúde mental culmina com a aprovação, em 2001, da Lei 10.216², a qual, entre outras coisas, prevê o financiamento de serviços de reabilitação psicossocial em detrimento aos financiamentos de novos leitos ou hospitais psiquiátricos. Estabelece, ainda, a garantia dos direitos civis aos usuários em saúde mental, e o fim das tutelas jurídicas e internações compulsórias.

Portanto, observa-se que a criação e implementação de outras práticas que não asilares, destinadas aos usuários com transtornos mentais, são recentes no nosso país. Além disso, a formação dos profissionais ocorre de forma muito variada tanto no que tange à formação teórica quanto às experiências práticas nos serviços de reabilitação psicossocial.

*1 territorialização, segundo Tenório, é o que além de demarcar a regionalização da assistência, é também o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo.³

1.2 A Reforma Psiquiátrica brasileira

Os marcos teóricos orientadores do pensamento crítico que se construiu dentro do MTSM e de organizações de usuários e familiares foram constituídos por produções teóricas de Foucault, principalmente em *História da Loucura*, de Goffman *Manicômios, Prisões e Conventos*, de Castel com a *Ordem Psiquiátrica: A idade de Ouro do Alienismo*, de Basaglia com suas reflexões a respeito da desconstrução de um manicômio em Gorizia - *A Instituição Negada*, e de Ronald D. Laing em *O eu dividido*, entre outros. Também tiveram os modelos de reformas (ou movimentos reformistas) psiquiátricos teorizados e experimentados em outros países como referências para a construção teórico-prática dos conceitos, princípios e noções sustentadoras do Projeto de Reforma Psiquiátrica nacional.

1.2.1 Movimentos de Reforma Psiquiátrica europeus:

- Psicoterapia institucional e comunidades terapêuticas

Essas duas propostas referem-se a um novo modo de olhar e cuidar em saúde mental, representando as reformas de âmbito asilar. Ambas estão inserida em um contexto sócio-histórico de pós Segunda Guerra Mundial, em meados da década de 50.

Significaram reformas institucionais, restritas aos hospitais psiquiátricos e marcadas por medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, buscando uma mudança na dinâmica asilar.⁴

A proposta da comunidade terapêutica era reconstruir o hospital psiquiátrico de forma democrática, garantindo a participação dos doentes nas decisões administrativas e terapêuticas da instituição, seja nos espaços das assembléias ou dos grupos operativos, de discussão e de atividades.⁷ Como afirma Birman sobre o objetivo desta proposta:

“(...) a proposta básica de ‘humanização’ dos asilos para sua transformação em efetivos hospitais psiquiátricos deveria passar agora pela instauração de uma microssociedade em que, pela organização coletiva do trabalho e dos grupos de discussão do conjunto das atividades hospitalares, seriam instituídos os internados como agentes sociais de sua existência asilar.”⁴

O movimento de transformação psiquiátrica- a psicoterapia institucional francesa-, acreditava ser o hospital psiquiátrico o melhor instrumento terapêutico para se tratar as doenças mentais.

No entanto, acreditava que o principal problema deste é ter-se desviado dessa função. Portanto, se os asilos fossem locais eficientes e exclusivamente dedicados à terapêutica possibilitariam a cura da doença mental. Desta forma, as próprias instituições deveriam ser tratadas, e o dispositivo para fazê-lo seria a psicanálise.⁹

As críticas relacionadas a estas propostas de transformação no campo da assistência psiquiátrica referem-se, no caso das Comunidades Terapêuticas (CTs), à omissão da reflexão e transformação prática do problema da exclusão, problema central que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico, não podendo ir além do mesmo.⁴ E teve ainda sua essência distorcida, como afirma Tenório:

“(...) sabe-se que a experiência (das CTs) não teve impacto sobre o modelo e foi absorvida pelos manicômios privados não interessados em mudança, servindo ao marketing do manicômio, que incorporava um verniz moderno, sem deixar de ser conservador.”³

Ao mesmo tempo se reconhecem as contribuições das CTs, observando que esta foi uma experiência que trouxe à tona a discussão da questão da cidadania do louco num momento em que este conceito nem estava em pauta nos debates sobre reformas psiquiátricas.³

Em relação à psicoterapia institucional suas críticas são também quanto à sua restrição às transformações no espaço asilar, não questionando e modificando o saber psiquiátrico como instrumento central do cuidado com o sofrimento humano, sobre a compreensão do funcionamento da sociedade e dos homens.⁴

- Psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva

A psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva representaram um nível de superação das reformas asilares, deslocando o lugar terapêutico dos manicômios para o meio em que vive o doente.

O surgimento da psiquiatria de setor está situado historicamente na França do pós-guerra, tendo sido incorporado nos anos 60 como política oficial francesa.⁴

O projeto da psiquiatria de setor, segundo Fleming, “(...) trata-se de uma terapia *in situ*: o paciente será tratado dentro do seu próprio meio social e com o seu meio, e a passagem pelo hospital não será mais do que uma etapa transitória do tratamento”.⁴

Nessa perspectiva, a psiquiatria de setor expõe uma nova possibilidade de assistência à saúde mental: desvincular a exclusividade do cuidado aos loucos dos hospitais psiquiátricos e colocar na comunidade onde vive o doente o desafio de sua assistência. No entanto, como afirma Rotelli: “a psiquiatria de setor não deixou de ir além do hospital psiquiátrico, porque ela, de alguma forma, conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e não fazia nenhuma transformação cultural em relação à psiquiatria. As práticas psicanalíticas tornavam-se cada vez mais dirigidas ao tratamento dos “normais” e cada vez mais distantes dos tratamentos das situações de loucura.”¹⁰

A experiência da psiquiatria comunitária ou preventiva surge em meados da década de 60, num momento muito conturbado do contexto político americano: o movimento *beatnik*, o aumento do consumo de drogas, a guerra do Vietnã.⁸

A psiquiatria preventiva, segundo Tenório, propunha organizar um programa mais amplo de intervenções na comunidade, visando evitar o adoecimento mental. Tratava-se não apenas de detectar precocemente as situações críticas, de modo a resolvê-las sem que chegassem a internação, mas de organizar o espaço social de modo a prevenir o adoecimento mental.³

Este momento demarca um novo território para a psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças mentais dá lugar a um novo objeto: a saúde mental, e “(...) um novo objetivo: a prevenção das doenças mentais; um novo sujeito de tratamento: a coletividade; um novo agente profissional: as equipes comunitárias; um novo espaço de tratamento: a comunidade e uma nova concepção de personalidade: a unidade biopsicossocial”.¹¹

As críticas ao projeto preventivista concebidos, no Brasil, por Birman e Costa¹¹ referem-se principalmente à possível perspectiva de psiquiatrização e normatização do social, ou seja, ao uso do saber médico-psiquiátrico definindo o certo e errado e prevenindo um “desajustamento” das pessoas que vivem em sociedade. Segundo Birman: “Não se trata mais de curar um doente, mas de adaptá-lo num grupo, torná-lo novamente um sujeito definido pela rede de suas interrelações sociais.”¹¹

Tal proposta ainda corre o risco de ser normativa e sofrer distorções em suas concepções preventivistas: o preventivismo significa um novo projeto de medicalização da

ordem social, de expansão dos preceitos médico- psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais.¹¹

No entanto, o objeto proposto pela psiquiatria preventiva: a saúde mental, denotou: um afastamento da figura médica da doença e demarcou um campo de práticas e saberes que não se restringem à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais.³

- A antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática italiana

A antipsiquiatria e a psiquiatria democrática italiana promoveram rupturas com os movimentos anteriores questionando os paradigmas do saber médico-psiquiátrico e a clínica relacionada a eles.

A antipsiquiatria, movimento de reforma da atenção psiquiátrica inglês, surge na década de 60, em um contexto de movimentos de contracultura e militantes pelos direitos humanos. A antipsiquiatria para Meyer é “um movimento denunciador dos valores e da prática psiquiátrica vigente. (...) A loucura é considerada uma reação à violência externa, como atividade libertária cuja medicalização envolve uma manobra institucional. Esta visa justamente a ocultar a face denunciadora que o comportamento alterado contém e veicula”.⁴ Esta proposta de repensar o cuidado em saúde mental, tem como característica fundamental a crítica e destituição do poder do saber médico em relação à loucura e ao tratamento das doenças mentais. Questionando também as normas sociais que regem o funcionamento das relações entre as pessoas, este movimento procura desconstruir o conceito de loucura, e acaba por contribuir para a transformação teórico-prática do conceito de desinstitucionalização como desconstrução.

A psiquiatria democrática italiana tem início na década de 60 no manicômio de Gorizia, com um trabalho de humanização de um hospital psiquiátrico desencadeada por Basaglia. Segundo Barros, esta prática “é um projeto de confronto com o Hospital Psiquiátrico, o modelo da comunidade terapêutica inglesa e a política de setor francesa, embora conserve destas o princípio de democratização das relações entre os atores institucionais e a idéia de territorialidade.”⁴

Este movimento tem como característica fundamental, assim como a antipsiquiatria, a crítica ao paradigma médico psiquiátrico da compreensão/explicação e medicalização do fenômeno da loucura. Como refere Basaglia, “a psiquiatria tradicional sempre colocou o

doente entre parênteses e ocupou-se da doença como objeto de suas práticas.”⁶ E sua crítica a este objeto do saber psiquiátrico é que caracteriza a essência da proposta do movimento da psiquiatria democrática italiana, ou seja, deve-se colocar a doença entre parênteses para que se possa compreender o doente e o contexto histórico-social que produz sua doença.⁶ Além da crítica ao paradigma psiquiátrico, o projeto de psiquiatria democrática italiana parte de uma premissa de desinstitucionalização a partir do paradigma racionalista problema-solução que norteia as propostas terapêuticas da medicina, conduzindo da doença à cura.¹² A ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no projeto de invenção de saúde e de reprodução social do paciente. Isto significa, segundo Macedo, que a proposta da psiquiatria democrática italiana “*é uma terapêutica onde se cuida*”¹², e este cuidado refere-se a “ocupar-se de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento”.¹²

Definindo ainda o movimento da psiquiatria democrática italiana, Amarante aponta quem são os principais sujeitos que constróem essa proposta de um novo modo de “olhar” e cuidar em saúde mental: “ (...) este é um movimento ‘político’, que traz a *polis* e a organização das relações econômicas e sociais ao lugar de centralidade e atribui aos movimentos sociais um lugar nuclear, como atores sociais concretos, no confronto com o cenário institucional que perpetuam/consomem ou questionam/reinventam.”⁴

Como contribuição às mudanças em saúde mental o conceito de desinstitucionalização promove transformações em pelo menos quatro campos: 1) o teórico-conceitual; 2) o técnico-assistencial; 3) o jurídico-político e 4) o sócio-cultural, acarretando uma reconstrução de conceitos; de espaços substitutivos de sociabilidade de possibilidades plurais e singulares concretas para sujeitos concretos; de solidariedade e inclusão de sujeitos em desvantagem social.¹³

1.3 Principais Eventos e Atores do projeto da Reforma Psiquiátrica brasileira

Passados quase trinta anos do processo de discussão e construção de um Reforma Psiquiátrica no país, bem como de reformulações nas políticas de saúde mental nacional, muitas foram as lutas, conquistas e desafios dos atores militantes deste projeto.

Neste momento é necessário então delinear-se quem são esses atores e quais os principais cenários de construção política e prática da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A trajetória do movimento de mudanças em atenção à saúde mental iniciou com os trabalhadores em saúde mental reunidos em uma greve após denunciarem irregularidades nos grandes hospitais psiquiátricos administrados pelo Ministério da Saúde. A partir de então, organizados no que se denominou Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), esses mesmos atores buscam outros parceiros para fazer ecoar suas discussões e reivindicações, o que ocorre no espaço do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde), e no Sindicato dos Trabalhadores da Saúde do Rio de Janeiro. Além disso, outros grupos como associações de usuários, de familiares e simpatizantes da luta antimanicomial passam a fazer parte deste Movimento, constituindo um movimento em saúde com participação popular no campo da saúde mental.⁴

A partir da constituição de um movimento político e reivindicativo de saúde mental, surge a necessidade de se organizar encontros e congressos para ampliação do debate acerca das necessidades de transformação na assistência psiquiátrica (entendida não só como transformação dos modelos assistenciais, mas também em mudanças na clínica do cuidado e nas mudanças culturais relacionadas à loucura e exclusão)³.

Em 1979, acontece, então, o I Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental. Este além do seu caráter técnico de consolidação das críticas ao modelo asilar, também mostra-se preocupado e atuante perante o contexto histórico da época, contendo em seu relatório final: moções pela liberdade democrática e Anistia ampla, geral e irrestrita.⁴

No período que vai desde o I Encontro Nacional até a 8ª. Conferência Nacional de Saúde em 1986, ocorreram vários encontros nacionais, alguns encontros e congressos regionais sobre saúde mental, com o intuito de se aprofundar, fortalecer e legitimar o debate sobre as propostas para a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Em 1987, como desdobramento da 8ª. Conferência, marco histórico da criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, realiza-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental.

A importância das Conferências nacionais temáticas ou de saúde em geral refere-se ao seu pressuposto caráter democrático na construção/orientação de uma política pública, neste caso as políticas de saúde mental.¹⁴

Esta I Conferência contou com a participação de usuários, técnicos e administradores, selecionados previamente em etapas estaduais. Suas proposições gerais foram: construção e legitimação de concepção de saúde; em defesa da Reforma Sanitária e

reorganização da assistência à saúde mental e o direito à cidadania aos portadores de doença mental. Sobre concepções de saúde aponta-se a necessidade de ampliação do conceito de saúde considerando as condições materiais de vida da população. Em relação à Reforma Sanitária o relatório reafirma os princípios do SUS como a participação popular e priorização de um sistema extra-hospitalar e acerca da cidadania e interesses dos usuários propõe-se reformulações da legislação tanto no que se refere à saúde como um direito quanto à legislação referente especificamente à saúde mental.^{14,15} Segundo Costa-Rosa¹⁴, o documento final desta Conferência revela sua intenção política tanto quanto suas propostas técnicas, uma vez que apresenta o engajamento de uma luta específica vinculada à luta pela transformação da sociedade.

Outro evento fundamental nas conquistas concretas e políticas pela reforma assistencial psiquiátrica foi a II Conferência de Saúde Mental. Ocorrida em 1992, este evento foi adotado como diretriz oficial pelo Ministério da Saúde para a reestruturação da atenção à saúde mental.^{4,16}

Nesta Conferência foram discutidos três eixos principais: 1º. os marcos conceituais direcionadores das deliberações do evento, Atenção Integral e Cidadania; 2º. Atenção em Saúde Mental e Municipalização e 3º. Direitos e Legislação.¹⁷

As deliberações dos participantes da II Conferência sobre o modelo de atenção referiram-se a propostas de substituição do modelo hospitalocêntrico pelo de serviços substitutivos e comunitários.^{3,17}

Chama atenção ainda para a construção de práticas e saberes que considerem o trabalho em equipe, outros campos de conhecimento e saberes populares. Reafirma ainda o princípio de municipalização dos serviços substitutivos recomendados.¹⁷

Em sua terceira parte, o relatório da II Conferência propõe uma revisão legal a respeito dos direitos civis e cidadania dos usuários em saúde mental, bem como seus direitos trabalhistas, e relacionadas à questão de drogas.¹⁷

Muitas das deliberações propositivas de ambas as Conferências Nacionais de Saúde Mental foram implementadas. Referem-se à criação e mobilização pela aprovação de uma Lei Federal (Lei n.10.216), leis estaduais e municipais, e mais importante, o estímulo e consolidação de experiências práticas de modelos reformadores de atenção à saúde mental. Costa-Rosa considera que a própria II Conferência consolidou a conquista de espaços

institucionais, colocando as propostas do movimento de Reforma Psiquiátrica como hegemônicas no interior do aparelho estatal.¹⁴

Por fim, no ano de 2001 é realizada, em Brasília, a III Conferência Nacional em Saúde Mental. Esta Conferência é organizada e realizada em um contexto no qual muitas experiências e iniciativas haviam se consolidado e gerado processos de reflexão, legitimação e reorientação das diretrizes para um modelo assistencial em saúde mental de caráter comunitário, com atenção integral e diária e redutora das necessidades de internação dos usuários frequentadores destes serviços. Além disso, no ano anterior foi aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei Paulo Delgado n.10.216), e durante o ano de 2001 alguns seminários foram organizados para debater a regulamentação e aprovação deste projeto de Lei. A III Conferência de Saúde Mental foi também precedida pelo lançamento de um relatório sobre Saúde Mental, novas concepções e novas esperanças da Organização Mundial de Saúde.¹⁸

Sob o tema Cuidar sim, Excluir Não, a Conferência serviu como espaço de debates e formulações sobre avaliação da Reforma Psiquiátrica implementada até então e dos novos desafios da sua efetivação.¹⁸

1.4 Conquistas do Movimento da Reforma Psiquiátrica

Após traçar um panorama geral da trajetória do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, através da história de seus protagonistas, dos espaços de disputas políticas pela mudança legal, social e cultural no campo da assistência à saúde mental, como os Congressos, Encontros e Conferências em Saúde Mental, mostra-se fundamental descrever e analisar as conquistas alcançadas.

Estas conquistas estão relacionadas principalmente à implementação de políticas nacionais de assistência e normatização das mesmas, de acordo com as propostas do movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira, através das Portarias Ministeriais e também da revisão e aprovação de um projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei Paulo Delgado n.10.216). Enquanto a regulamentação legal e normativa promove avanços políticos, a Reforma Psiquiátrica acontece na prática a despeito das conquistas legais, promovendo antes mesmo da aprovação da Lei 10.216, muitas experiências exitosas relacionadas à desinstitucionalização e consolidação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

Em 1991, foi aprovada a Portaria 189 do Ministério da Saúde, a qual institui como dispositivos de atenção os CAPS e NAPS (Centro e Núcleo de Atenção Psicossocial, respectivamente) financiados por verbas públicas. Isto significou um primeiro passo no incentivo público a outras modalidades de serviço que não hospitais e ambulatórios³. Em 1992, outra Portaria Ministerial, de n.224 aperfeiçoa a regulamentação destes serviços e normatiza as unidades da rede como um todo, dividindo atenção hospitalar e atenção ambulatorial, na qual estão incluídos os CAPS e NAPS (estes últimos abolidos na Portaria Ministerial de n° 336). Define ainda estes serviços como unidades de saúde locais com população adscrita e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, consolidando estes serviços como de cuidado ampliado.¹⁹

Estas Portarias refletiram no fechamento de hospitais psiquiátricos de 313 para 256, na sua maioria contratados, refletiu também uma diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos de 85 mil para 62 mil, também em sua maioria de hospitais contratados. Apontando, dessa forma, para um processo de construção e incentivos aos serviços não hospitalares.^{3,20}

Ao todo, 11 Portarias Ministeriais foram editadas entre 1991 e 2003, promovendo uma normatização tanto para o controle dos hospitais psiquiátricos quanto para o incentivo à criação de novos dispositivos assistenciais, através do financiamento público dos mesmos¹⁶. Em abril de 2001 foi aprovada e sancionada a Lei da Saúde Mental ou Lei Paulo Delgado. Esta aprovação ocorreu 12 anos após a sua apresentação de seu texto original, representando um progresso na transformação da assistência e da condição do paciente psiquiátrico no Brasil.³ Em sua essência, a Lei estabelece uma diretriz não asilar para o financiamento público e o ordenamento jurídico da assistência psiquiátrica no país. Obriga ainda que o tratamento em regime de internação seja integral, e com atividades de lazer e ocupacionais (art.4º, § 2º) e proíbe a internação em “instituições com características asilares”, que define como aquelas desprovidas dos recursos mencionados anteriormente, representando assim um instrumento de controle dos hospitais de internação.^{3,21}

A Lei obriga ainda a elaboração de uma política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida para o paciente há muito tempo institucionalizado (art. 5º). Neste sentido, a lei aponta para a criação de moradias assistidas para os usuários que

necessitam de um cuidado institucional constante devido a sua doença ou conseqüentes a internações prolongadas.

As conseqüências imediatas da aprovação desta Lei podem ser principalmente relacionadas à implementação nas emergências psiquiátricas da exigência de notificação ao Ministério Público Estadual das internações involuntárias, visando coibir as internações desnecessárias. E também à regulamentação jurídica da loucura, ou seja, a defesa dos direitos do paciente, como apresentado nos dois primeiros artigos da Lei. O próprio autor do projeto de lei, Paulo Delgado, neste sentido, propõe que estes artigos sirvam ao Ministério Público para efetivamente avaliar a incapacidade civil do indivíduo, distinguindo-se de sua incapacidade laborativa.³

1.5 Desafios e Perspectivas para a Atenção à Saúde Mental

O Projeto da Reforma Psiquiátrica tem um sentido amplo de transformar a assistência oferecida ao portador de transtornos mentais.

Essa mudança está relacionada a alguns aspectos fundamentais: a substituição dos modelos asilares reconhecidamente inadequados enquanto dispositivo de intervenção técnica por modelos assistenciais de caráter comunitário e territorializados. E está relacionada também com o direito dos doentes de terem sua cidadania reconhecida, opinando em seu tratamento e administrando seu destino.²² E por fim, refere-se à construção de uma nova atitude da sociedade em relação à loucura e ao doente mental, negando a exclusão social vivenciada em longos períodos de internação.

A Reforma Psiquiátrica procura trabalhar em todas essas dimensões de modos e intensidades diferentes. O cuidado integral proposto é construído a partir de modelos assistenciais diversificados como os Centros de Atenção Psicossocial, com fins de reabilitação psicossocial, de exercício pleno da cidadania, e de contratualidade nos cenários familiares, de rede social e de trabalho com valor social.²³ É construído também em residências terapêuticas para desospitalização de pacientes internados por longos períodos, sem vínculos familiares, em propostas de trabalho protegido ou oficinas produtivas e diversas outras propostas de articulação com serviços de atenção básica e outros serviços/setores que auxiliem na busca pela compreensão e intervenção, se possível, na complexidade dos problemas que são colocados em saúde mental.

Junto aos novos modelos assistenciais propõe-se também uma desconstrução da estigmatização da loucura, dos valores culturais e sociais de segregação da diferença. Lobosque, a partir daí, propõe uma clínica antimanicomial como sendo aquela que convida o sujeito a sustentar sua diferença, sem precisar excluir-se do social, convidando ao mesmo tempo a cultura a conviver com certa falta de cabimento, reinventando com ela seus limites.²⁴

A promoção e garantia da cidadania e dos direitos civis como opinar sobre o seu tratamento, negar-se a procedimentos violentos ou internações, e “concessão” à administração de seu destino é também um dos objetivos da Reforma Psiquiátrica no país.

Muito já se avançou neste processo de efetivação de uma transformação nas formas de se assistir, conviver e garantir os direitos dos portadores de saúde mental. Porém, os desafios ainda são grandes e dizem respeito a duzentos anos de compreensão da loucura e resposta às diferenças com internação e exclusão social. Os desafios referem-se à desconstrução político-assistencial do modelo hospitalocêntrico, à incapacidade da Psiquiatria como campo de saber de dar conta isoladamente da questão da loucura e à construção de teorias que sustentem as experiências e eficácia de trabalhos em reabilitação biopsicossocial. Referem-se ainda à necessidade de reunir outros atores além dos trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares a favor da Luta Antimanicomial, como a Universidade, outros movimentos sociais envolvidos com direitos humanos, com questões de inclusão social, etc.

Torna-se importante, neste contexto, analisar as concepções de desinstitucionalização e como estas diversas concepções são articuladas pela equipe profissional para produzir um projeto de cuidado em saúde mental, coerente com os princípios e propostas da Reforma Psiquiátrica. Desta forma, se estará verificando como a aplicação deste conceito orienta a construção de dispositivos de resposta (tanto relacionados à modelo assistencial quanto à clínica) às necessidades de saúde dos portadores de transtornos mental em Florianópolis.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

- 1) Analisar as práticas terapêuticas do CAPS Ponta do Coral de Florianópolis, na perspectiva das propostas de desinstitucionalização que orientam a implementação de serviços substitutivos, conforme preconizado pela Reforma Psiquiátrica.
- 2) Verificar a percepção dos profissionais de saúde mental do CAPS Ponta do Coral de Florianópolis sobre a implantação das práticas de desinstitucionalização.
- 3) Verificar a percepção dos usuários do CAPS Ponta do Coral de Florianópolis sobre as práticas terapêuticas dos serviços de saúde mental, onde freqüentaram como usuários, comparando-as às práticas do CAPS.

2.2 Objetivos Específicos:

- 1) Dar a conhecer o projeto de atenção em saúde mental do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) de Florianópolis.
- 2) Estimular o conhecimento das necessidades de saúde dos usuários desse serviço e possíveis correções de trajetória no pensar a rede de saúde mental do município.
- 3) Produzir reflexões a respeito dos caminhos e possibilidades da assistência interprofissional em saúde mental.
- 4) Estimular a contribuição teórica da Faculdade de Medicina, e da Universidade como um todo, a respeito da construção e implementação do processo de desinstitucionalização em saúde mental.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

Este é um estudo qualitativo, com utilização de entrevistas semi-estruturadas, aplicadas a técnicos de saúde mental e usuários do CAPS de Florianópolis. Além disso, a pesquisadora utilizou-se de observação participante, junto às oficinas e outras atividades do CAPS, tais como reuniões de equipe multiprofissional e assembléia de usuários, oficinas terapêuticas e atividades em eventos comemorativos como o Dia da Luta Antimanicomial. Para análise dos dados utilizou-se técnicas de análise de conteúdo combinadas a técnicas de redução fenomenológica.

A opção metodológica considerou três aspectos principais: o objeto de estudo, os objetivos da pesquisa e as principais hipóteses levantadas antes e durante o processo de investigação.

Compreende-se o objeto como sendo as práticas desinstitucionalizantes de um serviço substitutivo em saúde mental.

Os objetivos principais são: analisar as práticas terapêuticas do CAPS Ponta do Coral de Florianópolis, na perspectiva das propostas de desinstitucionalização; verificar a percepção dos profissionais de saúde mental do CAPS Ponta do Coral de Florianópolis sobre a implantação das práticas de desinstitucionalização e verificar a percepção dos usuários deste CAPS sobre as práticas dos serviços de saúde mental.

E, como principal questionamento que orientou o estudo: O que é desinstitucionalização para as pessoas que trabalham com este “outro” projeto de cuidados com os usuários de saúde mental? Como cotidianamente e na práxis (ou seja, reflexão teórica, aplicação prática, e a partir destas novas reflexões teóricas: novos modos de fazer²⁴) se constroem esse conceito, regente essencial das diretrizes da Reforma Psiquiátrica no Brasil? Qual a percepção dos usuários sobre esses serviços substitutivos e seus projetos terapêuticos? O que os usuários referem como necessidades de saúde?

Tendo em vista a concepção do campo da saúde como realidade social, na qual a história, a cultura, as políticas, enfim todo o contexto em que as pessoas, enquanto sujeitos, vivem, corrobora-se a necessidade de uma abordagem menos pragmática, não necessariamente sujeita ao paradigma da quantificação. Ao mesmo tempo, o objeto de estudo reivindica uma leitura criativa, dialética e que coloque em foco a complexa realidade que o constitui, bem como a seus cenários e seus atores sociais.

Segundo Minayo, “O objeto das ciências sociais é histórico. (...)As sociedades humanas existem em determinado espaço, num determinado tempo, que os grupos sociais que

as constituem são mutáveis e que tudo, instituições, leis, visões de mundo são provisórios, passageiros, estão em constante dinamismo e potencialmente tudo está para ser transformado (...) O objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação”²⁵. E ainda como afirma Gurvitch a respeito do papel do pesquisador social:

“(...) a realidade tem camadas e a grande tarefa do pesquisador é a de apreender além do visível, do ‘morfológico, e do ecológico’ - que podem ser entendidos quantitativamente - os outros níveis que interagem e tornam o social tão complexo.”²⁵

Minayo considera ainda que: “a ciência social é um campo do saber *intrínseca e extrinsecamente ideológico* (grifos nossos). Ela veicula interesses e visões de mundo historicamente construídas e se submete e resiste aos limites dados pelos esquemas de dominação vigentes. Na investigação social, a visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais estão implicadas, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho. Porém pode-se usar todo um instrumental teórico e metodológico que auxiliem na manutenção da crítica sobre as condições de compreensão do objeto e do próprio pesquisador.”²⁵

3.2 Amostragem

Em relação aos critérios de amostragem, Minayo esclarece que: “Numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. Seu critério, portanto, não é numérico. Podemos considerar que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões.”²⁵

As entrevistas foram realizadas no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) Ponta do Coral de Florianópolis. O critério de seleção dos entrevistados para os técnicos foi: ter formação profissional universitária, estar disposto a responder à entrevista e não estar de férias ou licença. Foram entrevistados todos os profissionais do serviço presentes na Instituição durante o período de desenvolvimento da pesquisa (de fevereiro a abril de 2004), num total de sete profissionais (de uma equipe de profissionais com formação universitária constituída de nove profissionais).

O total de usuários atendidos no CAPS Ponta do Coral, mensalmente, corresponde a cerca de 300 usuários. Dentre estes, estão os pacientes atendidos em regime intensivo, semi-

intensivo e não intensivo. Os critérios de escolha dos usuários foram: estar em condições físicas e psíquicas para responder à entrevista, estar disposto a participar do estudo e já ter freqüentado outra (s) instituição (ões) de atenção a saúde mental, de qualquer natureza. Foram entrevistados ao todo cinco usuários. Para seleção dos mesmos obtive auxílio dos profissionais da equipe do CAPS. Em um primeiro momento eles indicaram-me quais os usuários que já tinham freqüentado outras Instituições psiquiátricas e já freqüentavam o CAPS, em regime intensivo (diário) por no mínimo um ano. Então foram listados dez usuários. Em seguida, estes usuários foram esclarecidos em relação à pesquisa e questionados em relação ao seu interesse e disponibilidade de participar. Destes dez usuários sete concordaram em ser entrevistados. Os outros dois usuários não foi possível entrevistar em função de alguns desencontros ocorridos.

Os entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando o uso das entrevistas, tendo garantida a possibilidade de desistência de publicação de suas respostas e garantido também a confidência de sua identidade. (anexo 1)

3.3 Trabalho de Campo

3.3.1 Entrevistas

Com o objetivo de compreender o funcionamento do serviço substitutivo de atenção à saúde mental, as concepções e compreensões dos técnicos do serviço a respeito dos princípios gerais da reforma psiquiátrica e suas práticas, foi elaborado um roteiro de entrevista com perguntas semi-estruturadas. (anexo 2). As perguntas foram elaboradas a partir dos referenciais teóricos da Reforma Psiquiátrica brasileira, suas leis e diretrizes, a concepção de desinstitucionalização do processo de reforma psiquiátrica italiana, e suas ressignificações e reconstruções no Brasil.

Com o objetivo de compreender o conceito de desinstitucionalização a partir das experiências vividas pelos usuários, foi elaborado, especificamente para estes, um roteiro de entrevista com perguntas semi-estruturadas (anexo 3).

3.3.2 Observação participante

Além destes roteiros, utilizou-se também da Observação Participante, conceituada como “um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face

com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto”.²⁵ Todas as percepções da pesquisadora bem como os fatos vivenciados foram anotados em um diário de campo. Dentre as atividades que a pesquisadora participou foram: oficinas terapêuticas, entrevista de acolhimento, assembléia de usuários, reunião de equipe, lanches vespertinos com os usuários e atividades de comemoração do Dia da Luta Antimanicomial.

3.4 Análise dos dados

Para análise das entrevistas foi utilizada a metodologia de análise de conteúdo, teorizada por Bardin²⁶ e revisada e analisada por Minayo.²⁵ Acoplou-se a esta a técnica de redução fenomenológica baseada nos quatro passos de Giorgi.²⁷

Essa combinação de técnicas permite uma compreensão que, dada a complexidade do assunto e a inexistência de grande quantidade de estudos sobre o tema, é ainda impressionista a respeito das concepções de desinstitucionalização e Reforma Psiquiátrica, isto é, proporciona uma visão de realidade que pede maior aprofundamento e mais pesquisas para melhor elucidação.

As entrevistas realizadas com os profissionais e usuários do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) foram em um primeiro momento transcritas. A seguir foram realizadas “leituras flutuantes”²⁶

Em seguida, as entrevistas tiveram seu conteúdo sistematizado e organizado de acordo com os quatro passos de Giorgi:

- 1) Coleta das informações verbais;
- 2) Leitura das informações buscando compreender o sentido do todo;
- 3) Divisão das informações em partes, procurando as unidades de significado;
- 4) Organização e expressão das informações a partir da perspectiva do entrevistado e;
- 5) Síntese das unidades de significado expressando a estrutura do fenômeno.²⁷

Foram então constituídas categorias de análise, e construído um texto de análise comentada destas categorias. O texto traz os conteúdos proporcionados nas entrevistas e uma reflexão da pesquisadora a partir da confrontação destes conteúdos com os referenciais teóricos.

3.4 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, projeto nº 70/04 (Anexo 4). Foi aprovada também pelos funcionários do CAPS Ponta do Coral de Florianópolis em reunião de equipe e pelos usuários deste serviço em Assembléia dos Usuários, estando dentro das normas exigidas para realização de pesquisas com seres humanos.

3.6 Limitações Metodológicas

3.6.1 Problemas do referencial teórico

É importante ressaltar que o referencial teórico utilizado no presente estudo é controverso, já que o campo da saúde mental é um campo essencialmente político. Dessa maneira, a maioria das publicações encontradas apresenta vieses ideológicos e influência da hegemonia do pensamento de certas instituições e (como por exemplo a Escola Nacional de Saúde Pública) e pesquisadores.

A origem da produção é também monocromática. A maioria das revistas científicas que publicam as produções e debates no campo da saúde mental baseados nas discussões sobre Reforma Psiquiátrica são poucas e em sua maioria apresentam um caráter ideológico na sua linha editorial. Sendo os assuntos predominantes representados por construção política da reforma e ainda poucos estudos ou reflexões teóricas sobre os modelos assistenciais e construção de projetos terapêuticos coerentes com os princípios da reforma.

3.6.2 . Limitações do método

A pesquisa qualitativa, como já referido anteriormente, propõe-se ao aprofundamento e à abrangência da compreensão do que se pretende pesquisar. Sendo sua amostra voltada à compreensão do conjunto e suas várias dimensões do objeto de estudo, não se preocupa com amostras numericamente representativas e não se sujeita a generalizações.

Além disso, o instrumento de investigação –entrevista- confia na percepção dos participantes, a qual nem sempre é objetiva e sua construção se dá a partir de uma série de

questões subjetivas e indissociáveis. Também pressupõem uma memorização de fatos por parte do entrevistado e na memorização do pesquisador em relação às respostas e às reações durante o diálogo.

No caso dos usuários as respostas à entrevistadora são fortemente influenciadas pelos conteúdos emocionais sobre internações. E no caso dos profissionais as respostas são muitas vezes também influenciadas pelas relações institucionais e de trabalho vivenciadas no momento da pesquisa. Quando referem-se a questões de desempenho ou análise da eficácia do serviço corre-se ainda o risco de ter-se respostas “protecionistas” e motivadoras.

No caso da observação participante, pode-se descrever como limitação os horários das atividades, a possibilidade de participação (quando não há muitos estagiários), corre-se ainda o risco de ter certas realidades “maquiadas” pela presença de um observador externo e analisador, inibindo comportamentos ou gerando atitudes e ações diferentes das usuais.

Com o objetivo de minimizar as limitações geradas pela opção metodológica tentou-se investigar e ampliar os referenciais teóricos, optando-se por uma variação entre os locais de publicação e produção teórica e prática. As entrevistas foram gravadas e as observações anotadas em um diário de campo, contendo todas as percepções da pesquisadora e fatos cotidianos ocorridos durante a pesquisa. Tentou-se também analisar as observações e os discursos baseando-se em referenciais teóricos e tentando minimizar ao máximo as condições que acompanharam o processo de investigação.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Resultados e discussão das entrevistas com os profissionais

As entrevistas analisadas foram inicialmente organizadas segundo temas. Esses temas surgiram a partir das respostas dos profissionais. Após análise dos conteúdos das entrevistas, pode-se estabelecer as seguintes categorias temáticas: “As características do

modelo assistencial”, “Bases para uma clínica da Reforma Psiquiátrica” e “Concepções de desinstitucionalização”.

Tabela 1 : Categorias Temáticas

Categorias gerais	Características específicas
1) Características do modelo assistencial	1.a) Características do serviço, como composição da equipe e atividades propostas
	1.b) A proposta e princípios do projeto de assistência deste serviço substitutivo
	1.c) Análise dos profissionais relacionadas à Assembléia dos Usuários
2) Bases para uma clínica da Reforma Psiquiátrica	2.a) A construção de projetos terapêuticos a partir das necessidades de saúde dos usuários
	2.b)Objetivos do serviço
	2.c) A interdisciplinaridade como desafio à construção efetiva de respostas às demandas de ações em saúde mental
3) Concepções de Desinstitucionalização	3.a) Desinstitucionalização como sinônimo de desospitalização
	3.b) Desinstitucionalização associada à autonomia, construção de subjetividades, desejos e construção de projetos de vida

4.1.1 “As características do modelo assistencial”

O Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira obteve uma série de conquistas durante as décadas de 80 e 90, possibilitando diversas transformações no campo assistencial da saúde mental. Estas conquistas se refletem nas Portarias Ministeriais que estabelecem a

criação de serviços substitutivos em saúde mental, no financiamento público destes serviços em detrimento ao financiamento de internações hospitalares, e ainda na aprovação do Projeto de Lei 10.216 que estabelece mudanças importantes na assistência e direitos aos usuários de saúde mental.

Porém, muitos e outros são os desafios da implementação dos projetos relacionados à Reforma Psiquiátrica. Atualmente, esses desafios não se concentram mais em projetos de lei ou pela hegemonia das propostas do movimento de reforma nas políticas oficiais de saúde mental, mas tratam agora, dos esforços relacionados à implementação dessas políticas, das Portarias e Leis existentes, e da substituição efetiva do modelo assistencial hospitalar/asilar por serviços substitutivos eficientes como hospitais-dia, lares abrigados e CAPS (Centros de Atenção Psicossocial).

Os CAPS, cenário desta pesquisa, são definidos como serviços ambulatoriais de atenção diária que funcionem segundo a lógica do território²⁸. Sendo território concebido como espaço que demarca a regionalização da assistência, e também o conjunto de referências socioculturais e econômicas que determinam o cotidiano, o projeto de vida e a inserção no mundo dos indivíduos.³

A função do serviço é definida pela Portaria Ministerial n° 336 de 19/02/02, como um serviço público que deverá prioritariamente atender pacientes com transtornos mentais graves, em regime de tratamento intensivo (acompanhamento diário no serviço), semi-intensivo (acompanhamento esporádico) e não-intensivo (atendimento quando necessário).²⁸

É importante ressaltar que a proposta dos CAPS vem ao encontro de uma proposta de ampliação da diversidade dos serviços assistenciais em saúde mental e de inserção ao projeto de reabilitação psicossocial, que segundo a OMS é o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da doença, através de recursos individuais, familiares e comunitários.²⁹

** A percepção dos profissionais sobre o modelo assistencial*

Na análise das respostas de questões referentes à organização e ao cardápio de ofertas de ações em saúde (atividades e atendimentos) oferecidos pelo CAPS Ponta do Coral, observaram-se como categorias específicas:

- Características do serviço, como composição da equipe e atividades propostas;
- Proposta e princípios do projeto de assistência deste serviço substitutivo e;

- Análise dos profissionais relacionadas à Assembléia dos Usuários.

As respostas dos profissionais permitiu observar e analisar para onde apontam as características do serviço na formulação de um modelo assistencial eficaz no cuidado em saúde mental e que possa (ou não), a partir daí, impor-se com um projeto substitutivo e não somente alternativo ao modelo hospitalocêntrico/asilar.

A equipe profissional do CAPS é formada por uma enfermeira, um médico psiquiatra, uma assistente social, uma educadora artística, quatro psicólogos e uma socióloga, além de um número flutuante de estagiários de Psicologia e Serviço Social e outros profissionais sem formação universitária, mas também constituindo a equipe e trabalhando na assistência. O serviço funciona das oito às 17 horas e atende usuários psicóticos e neuróticos graves como previsto pelas normas de funcionamento ministeriais.

A organização do modelo e o projeto assistencial deste CAPS, foram construídos baseados em diretrizes ministeriais, utilizando o contexto histórico e político no qual sua origem está inserida, além das constantes reelaborações dos profissionais sobre o projeto de um CAPS, a partir de suas idealizações e necessidades vivenciadas em saúde mental. Como ilustra a fala da profissional 1 a esse respeito: *“A gente veio pra cá e foi construir, nós fomos construindo do nosso jeito, baseado nas portarias, mas com tudo que a gente acreditava”*.

Alguns princípios do SUS como integralidade, equidade e universalidade orientam a organização do modelo, como horário de funcionamento, “cardápio” de ofertas do serviço e a perspectiva de reabilitação psicossocial. Propõe-se ainda uma estrutura assistencial que seja intermediária entre a comunidade e os serviços hospitalares, de caráter multiprofissional, que busque estimular múltiplos aspectos necessários ao exercício da vida em sociedade, respeitando as singularidades dos sujeitos.

Segundo a Coordenação Nacional de Saúde Mental, “A assistência deve ser personalizada, exercida através de programas de atividades psicoterápicas, socioterápicas de arte e terapia ocupacional.”²

As atividades oferecidas pelo CAPS- Florianópolis incluem: Oficinas terapêuticas, produtivas, como mosaico, cerâmica e velas, tapeçaria, por exemplo, ou artísticas como dança, música, desenho, recorte e colagem e um jornal (Letras Doidas), conduzidas cada uma por um ou mais membros da equipe, de qualquer formação profissional, exceto o médico.

Além disso, todos os profissionais realizam um trabalho de visita domiciliar, passeios pela cidade ou centros culturais. Alguns deles, com habilitação prática e independente de sua formação profissional, também coordenam grupos terapêuticos.

Dependendo da necessidade do usuário é oferecido atendimento individual, ou psicoterapia individual, com o profissional da equipe, que se constitui como terapeuta de referência. Na prática, o terapeuta de referência é o profissional que realiza a primeira entrevista com o usuário, e tem como função acompanhar e auxiliar no processo de construção de seu projeto terapêutico.

Este atendimento individual caracteriza-se também como uma forma de escuta e acolhimento, conceitos este concebidos na idealização da construção do serviço. O acolhimento é considerado fundamental, como refere a profissional 3: “(...) às vezes o usuário chega aqui tão deteriorado, que ele precisa primeiro ter um cuidado, um suporte, no sentido de uma acolhida, para depois pensar em construir algum projeto para ele.”

Segundo Franco, “acolhimento em saúde, significa o lugar de escuta qualificada de um problema de saúde, podendo este ali mesmo ser resolvido. (...) a primeira decisão a ser prestada ao usuário passa ser do acolhimento, após a escuta do mesmo.”³⁰

Assembléia dos Usuários

Os profissionais entendem a assembléia de usuários como um contínuo processo de reabilitação psicossocial. O profissional 7 afirma: “eles podem estar discutindo as regras de convivência aqui dentro, as dificuldades que eles têm, sugestões, o que eles vêem de problema, o que pode ser resolvido e como é o ambiente de convívio deles. ...eles podem estar criando as próprias normas e reavaliando se essas mesmas normas funcionaram ou não, se é preciso mudar.” Neste caso fica clara a concepção do espaço como meio de se reconstruir cotidianamente o serviço, a partir das necessidades e reivindicações colocadas e pactuadas pelos usuários e técnicos.

A assembléia dos usuários também pode ser compreendida como um espaço/instrumento de democratização institucional e de promoção de exercício de cidadania, ambos instrumentos característicos desde a época das comunidades terapêuticas inglesas. Estes espaços, entretanto, correm o risco de se transformar em atitudes/ espaços de *tolerância* institucional e não em espaços de construção conjunta, onde técnicos e usuários, busquem diferentes e efetivas formas de compreender e cuidar da loucura.¹¹ Como tal, a assembléia pode se prestar simplesmente a permitir uma transformação das relações intrainstitucionais (ou

seja, dentro do CAPS), não contribuindo para a transformação do lidar com a loucura no espaço social. Conforme considera a profissional 1:

“(...) o que é decidido ali, está decidido. Não dá pra mudar. Eles te cobram. Desde o início a gente fez funcionar, sabendo do risco, podia ameaçar a própria instituição.”

A constituição do CAPS Ponta do Coral demonstra uma multiplicidade de ofertas de ações destinadas à reabilitação psicossocial dos usuários com transtornos mentais. O CAPS oferece atividades que visam atender e gerar novas possibilidades de autonomia e de reintegração social dos usuários, através das oficinas, passeios e convivência social promovidos por atividades na rua, ainda que de forma pontual e com frequência reduzida.

Isto significa dizer que o CAPS Ponta do Coral de Florianópolis propõe e oferece espaços de escuta e atenção nos atendimentos individuais e grupos terapêuticos, e oportunidades de aprender alguma atividade, encontrar artisticamente maneiras de expressar sentimentos e produzir materialmente objetos ou trabalhos artísticos, ressignificando a importância e capacidade do usuário para o trabalho.

Entretanto, concordando com Saraceno, o objetivo da reabilitação psicossocial através das artes, do trabalho, etc., não deve ter um fim em si mesmo, mas apenas um caminho para o exercício pleno da cidadania dos usuários.²²

Quando delineado um panorama geral sobre o funcionamento e trabalho desenvolvidos no CAPS- Florianópolis, outra questão é percebida. Ao mesmo tempo que se tem claro o objetivo de reabilitação psicossocial do usuário na sociedade, para que ele possa trabalhar, conviver com as pessoas sem preconceitos, por que não se colocam as pessoas “normais” no CAPS, para participar das oficinas, produzir artesanatos ou materiais artísticos? Para trabalhar ou ajudar na horta, para dividir o espaço físico do CAPS para alguma atividade recreativa de uma associação de moradores, de um clube de idosos, de um grupo religioso, ou da Universidade, por exemplo? Por que não usar também o espaço do CAPS para promover encontros e debates? Enfim, por que não transformar o espaço da loucura em espaço de promoção da saúde mental de toda a comunidade? Como têm sido extensamente preconizado nos cânones da Reforma Psiquiátrica? Isto poderia se dar não como proposta pontual, conforme têm-se feito, mas como intenção contínua, diária e abrangente.

Essas reflexões, e diversas outras, relacionadas a efetivas maneiras de implementação de serviços substitutivos precisam ainda ser respondidas. Estas questões devem ser fruto das necessidades colocadas pela convivência com os usuários, das constantes reflexões da equipe

a respeito do projeto em desenvolvimento e a partir de releituras constantes da realidade produtora das representações sociais acerca da loucura.

4.1.2 Bases para uma clínica da Reforma Psiquiátrica

A criação de serviços substitutivos em saúde mental com características prioritariamente comunitárias e com o objetivo de atenção integral implica em elaborar novas maneiras de cuidar em saúde mental. Essa nova maneira significa não só uma mudança no objeto de atenção: do tratamento de sintomas de uma doença, passa-se a cuidar de um indivíduo que sofre e das complexas condições sociais que causam seu sofrimento. Significa também repensar uma clínica que dê conta de produzir este cuidado integral.

O relatório da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, e posteriormente o texto final da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216) apontam na direção dessa necessidade de reinventar as práticas de atenção, sugerindo alguns dispositivos como a interdisciplinaridade e a construção de uma clínica do cuidado que sirva às mudanças de paradigmas propostas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica. Como ilustra Costa- Rosa:

“A complexidade das questões que envolvem o campo da saúde mental exige a construção coletiva de práticas e saberes cotidianos que define a equipe de saúde como: necessariamente multiprofissional e integrada por profissionais de outros campos de conhecimento como trabalhadores das áreas artísticas, culturais e educacional.”¹⁵

A interdisciplinaridade, compreendida como espaço de produção de novos conhecimentos e práticas de intervenção, proporcionando novos sentidos aos saberes constituídos³¹ representaria, nessa perspectiva, um dispositivo fundamental à “reinvenção” da saúde a partir das demandas em saúde mental.

A proposta de clínica do cuidado necessária a novas práticas de assistência enfatiza que esta deve-se destinar à superação do caráter de controle e segregação da Psiquiatria, implementando um trabalho terapêutico voltado à reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem. “Talvez isto não resolva por hora, não cure, mas se cuida. E este cuidado refere-se a ocupar-se de fazer transformar os modos de viver e sentir do usuário e transforme sua vida cotidiana que alimenta este sofrimento”.¹²

Onocko, repensando a clínica como instrumento de intervenção e de produção de cuidado, propõe uma *clínica ampliada*, ou seja, onde o objeto de atenção se torna o sujeito, no caso o usuário, reconhecendo o mesmo como sujeito biológico, social e subjetivo. Esta proposta de cuidado gera tensão entre as barreiras disciplinares e estimula conseqüentemente o trabalho em equipe.²⁴

Com o objetivo de abordar o tema o tema da clínica da Reforma Psiquiátrica, foi questionado aos profissionais do CAPS como era construído os projetos terapêuticos dos usuários deste serviço.

Após a observação dos dados obtidos foram relacionadas três categorias específicas:

- Construção de projetos terapêuticos a partir das necessidades de saúde dos usuários;
- Objetivos do serviço e;
- A interdisciplinaridade como desafio à construção efetiva de respostas às demandas de ações em saúde mental.

A construção dos projetos terapêuticos no CAPS Florianópolis foi descrita pelos profissionais como um processo de escuta das necessidades em saúde, através de “entrevistas” iniciais realizadas com os usuários, sendo estas realizadas indistintamente por categorias profissionais (exceto médico), e resultando em um processo de seleção de usuários para o serviço e em um processo de construção, juntamente com o usuário, de uma proposta de tratamento e reabilitação psicossocial.

Segundo o modelo Psicossocial o plano de tratamento não pode ficar centrado no sujeito, mas deve abarcar também o seu entorno, seja ele familiar, de trabalho ou de amizades. O usuário, visto enquanto ser social, é entendido como produtor e produto das relações que estabelece na vida.²⁴

As necessidades em saúde, neste caso, são reconhecidas como desejos, incluindo-se suas necessidades mais básicas, necessidade de inclusão na sua família, no mercado de trabalho, em um espaço que permita sua reabilitação, enfim, como necessidades de projetos terapêuticos que sejam ao mesmo tempo projetos de vida.

Quando estas necessidades não conseguem ficar explícitas considera-se a história de vida do usuário, suas redes sociais de cuidado, como vínculo familiar, institucional, ou seja as diversas dimensões da vida do indivíduo e da multiplicidade de fatores determinantes do processo de saúde-doença. Várias falas ilustram bem a relevância dada à escuta aos usuários e à reflexão sobre o repensar a vida dos mesmos:

“Quando o usuário chega a gente analisa a situação dele, qual a história de vida, de onde que vem, o que já aconteceu com ele, o que já viveu, como se organiza para lidar com a sua situação, de quem ele tem apoio, com quem vive, quem acompanha, (...) a gente também busca resgatar a família.” (Profissional 7), ou ainda como ilustra o profissional (Profissional 1):

*“É muito engraçado esse negócio de Projeto Terapêutico, porque tem o Projeto Terapêutico e tem o projeto dele, o que ele quer pra **vida** dele, o que ele está buscando aqui, que objetivos ele quer com isso, **onde ele quer chegar**”.* (grifo do entrevistado)

*“Acho que isso tem a ver com a questão da cura e com a questão de um projeto. E aí é o **projeto da minha vida** (grifo do entrevistado), é a minha vida que eu vou montar, vou repensar, vou ver quais as possibilidades que eu tenho, que contatos que eu tenho aí fora. Muitos deles, nunca tinham ido à praia e a gente começou a fazer passeios aqui dentro e eles foram conhecer a cidade, o que tem na cidade aí fora.”*

Ressalta-se ainda, o respeito aos usuários, tendo-os como sujeitos ativos da construção de projetos de autonomia e destituindo o poder exclusivo dos técnicos da compreensão e resolução dos problemas referidos, propondo outras possibilidades de promoção da saúde:

“Vamos começar a pensar com a pessoa sobre o desejo dela. A pessoa vem e eu posso pensar que o ideal pra ela seja uma coisa, mas ele pode não querer aquilo. Temos que pensar e avaliar junto as propostas do que eu desejo, do que eu quero, daquilo que é o próprio desejo do usuário que está chegando. É mais complicado o nosso desejo. Porque o nosso desejo diz lá: a pessoa tem que funcionar assim, tem que dizer assim, as pessoas tem que fazer de alguma forma assim” (Profissional 1).

Este caminho de construção de um projeto terapêutico é também reconhecido como um processo, de construção cotidiana e permanente, ou seja, não é possível em um dia, em uma entrevista, perceber as necessidades, construir um projeto. A maioria dos entrevistados mostrou-se enfática quanto à necessidade de invenção de projetos complexos para problemas de saúde complexos.

A partir da reflexão sobre as maneiras de cuidar propostas pelos profissionais do CAPS Ponta do Coral de Florianópolis, é possível identificar objetivos de trabalho neste serviço. Por exemplo, a profissional 3 considera como objetivo de um serviço substitutivo: *“O que a gente quer com o paciente psiquiátrico é evitar que ele sofra uma internação*

psiquiátrica, se ele já sofreu várias, evitar que volte a ser internado. Segunda coisa é que ele retome a vida dele como era antes, que ele tenha uma vida assim, “normal”, que ele possa trabalhar, estudar ou manter o casamento dele, a família dele, conviver com as pessoas que ele convivia. Antes tem que ver o que é importante pra ele, o que ele precisa para poder responder de outra maneira as situações da vida dele.”

Outro conceito prevalente na concepção de construção de atividades no serviço que respondam às demandas dos usuários é a de vínculo. Segundo Franco, o vínculo pressupõe a responsabilização da equipe, o que significa a garantia de acompanhamento dos projetos terapêuticos.³⁰

Outro desafio relacionado à construção da integralidade refere-se à prática interdisciplinar. Esta prática é conceituada como a negação no ato de reunir, unificar saberes, mas sim, como a construção de redes por ressonâncias, deixar nascer mil caminhos que levariam a muitos lugares³¹. As dificuldades apresentam-se em consequência à pergunta: Como fazer? Existem diretrizes legais, de Portarias, indicações de Conferências, mas não existem prescrições da construção deste olhar ampliado. Entre as principais dificuldades, Alves refere que o esforço necessário pelos profissionais para renunciarem a “um” papel específico; e compartilhar saberes é exercício contínuo e muito difícil.²¹

No CAPS Ponta do Coral a integração dos profissionais acontece nos espaços cotidianos de produção de cuidados. Além de compartilharem a coordenação e planejamento de algumas oficinas ou grupos terapêuticos, os técnicos procuram conversar com outros profissionais que também acompanham seus referenciados (os usuários que o profissional acolheu e se responsabilizou). O espaço formalizado para estas trocas, ou para discussão coletiva de casos, é o espaço de uma reunião mensal, a qual é dividida em um período de pautas administrativas e um período de discussão de casos clínicos.

Avaliando ainda o surgimento desta necessidade de trocas a profissional 6 considera: *“a integração do meu trabalho não aconteceu por uma opção ideológica, mas por uma necessidade do serviço.”*

Considerando a proposta de integração profissional do CAPS e as dificuldades para a realização da mesma o profissional 2 afirma: *“A gente precisaria ter uma dinâmica diferente nessa coisa de tratamento com o paciente, uma coisa mais articulada entre todos os técnicos, para que aquele paciente esteja dentro de uma área de um olhar de todos. Nem sempre isso é*

feito. Acho que tem essas lacunas que é fruto da não discussão de casos, de uma supervisão que a gente não tem ainda.”

Outro discurso relatando as dificuldades experimentadas no trabalho multiprofissional e nos avanços sobre esta reflexão, considera a relevância desta forma de atuação: *“A gente tem algumas divergências, surgem alguns conflitos, temos formações diferentes...”*

E ainda: *“(...)é um olhar diferente, quem justifica que o meu olhar é o mais importante ou o mais certo, com certeza não vai ser. (...) Hoje eu vou fazer visita domiciliar e metade são meus olhos, metade são os olhos emprestados da minha colega de trabalho.”*
(Profissional 6)

Em relação ao trabalho multiprofissional observou-se que a maioria dos profissionais pondera a necessidade de um trabalho integrado e aponta as dificuldades para que o mesmo aconteça. E aí entram dificuldades operacionais como o excesso de tarefas da equipe (que é reduzida), a carga horária insuficiente de vários profissionais, dificultando os encontros e a falta de supervisão institucional. Apontam também as dificuldades relacionadas à não existência de certos espaços formais que garantam esses acontecimentos. Mas, é importante ressaltar que, a despeito de todos estes empecilhos, a interdisciplinaridade no CAPS de Florianópolis não tem um significado único de reunir diversas formações, mas funciona na prática como a busca de um único olhar, a partir de todos, o olhar do serviço, para a compreensão e assistência aos usuários.

Os próprios profissionais sugerem maior número de reuniões de discussão de casos, e a necessidade de existência de outro espaço para avaliação das atividades e do serviço como um todo. Não há regras, ou prescrições no modo de viabilizar o aprofundamento do trabalho interprofissional, mas há a consciência e o anseio de fazê-lo e os caminhos e descaminhos a serem descobertos pelos profissionais em busca deste objetivo.

De acordo com as entrevistas e vivências no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis pôde-se perceber, ainda que de forma incipiente e a partir do olhar dos profissionais, como se organiza o modelo assistencial, quais são os principais elementos que orientam a construção da atenção no serviço, os objetivos deste serviço e os desafios latentes neste processo de construção.

Pautados em vários princípios do movimento da Reforma Psiquiátrica como desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e substituição dos lugares de atenção de asilos

para serviços comunitários, o CAPS Ponta do Coral de Florianópolis se configurou como espaço de acolhimento de necessidades em saúde mental. Propôs-se a transformar o objeto de cuidado da doença mental para o usuário e todas as dimensões de sua vida.

Nenhum discurso dos profissionais destacou a necessidade de estabelecimento de um diagnóstico clínico do usuário novo no serviço para a construção de um projeto terapêutico. Esse aspecto mostra-se coerente com a proposta de mudança de objeto de atenção (da doença para o indivíduo como um todo) e ruptura do paradigma psiquiátrica que tem o médico como centro do conhecimento e tratamento da loucura.¹¹

Apesar de os profissionais do CAPS considerarem o trabalho de reabilitação psicossocial fundamental para o projeto de saúde do CAPS, existem algumas dificuldades operacionais do serviço para que isso seja vivenciado unanimemente. Há profissionais que têm carga de trabalho reduzida, exercem funções específicas e intransferíveis a outras categorias profissionais e acabam repetindo modelos de outros locais de atenção, incompatíveis com o projeto do CAPS. E acabam não vivenciando a perspectiva de um trabalho de reabilitação psicossocial.

Outro aspecto que demonstra a fragilidade na construção de projetos terapêuticos é a não existência (relatada pelos profissionais) de uma rede de saúde mental. Assim, muitas vezes há limitações na proposta de desvinculação do usuário com o serviço. Uma vez que os serviços substitutivos devem assistir os usuários com transtornos mentais, muitos procedimentos que poderiam ser resolvidos em serviços comunitários, inclusive em Unidades Básicas de Saúde, são remetidos ao CAPS. Para responder às diversas e complexas demandas de saúde mental é necessário variados tipos de serviço, por exemplo, lares abrigados, equipes de saúde mental em Centros de saúde e relacionados a Estratégia de Saúde da Família, leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, mais serviços de CAPS como o Infantil e de Álcool e Drogas. Este anseio é demonstrado por vários profissionais e alguns consideram a necessidade de uma militância, de uma insistência maior, em espaços políticos, pela garantia desses serviços.

A partir das entrevistas com os profissionais pode-se observar que as discussões sobre uma clínica da Reforma Psiquiátrica ainda não está estabelecida, mas sim, discussões sobre as bases constituintes desta nova clínica, como por exemplo, a interprofissionalidade, a mudança de objeto das práticas terapêuticas e a perspectiva de reabilitação psicossocial. Nesta

perspectiva, percebe-se que ainda não existe uma proposta de clínica para a Reforma Psiquiátrica, mas discussão e implementação de elementos que possam constituir essa clínica.

4.1.3 Concepções de desinstitucionalização

O atual projeto de Reforma Psiquiátrica tem como conceito fundamental a noção de desinstitucionalização como concebida pelo movimento da Psiquiatria democrática italiana. As experiências de desinstitucionalização vivenciadas naquele contexto repercutiram na formulação das concepções e propostas de transformação da assistência em saúde mental elaboradas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Basaglia constrói a noção de desinstitucionalização a partir de dois referenciais teóricos: a concepção de institucionalização e de poder institucionalizante. Referindo-se à institucionalização, Amarante apresenta o conceito de Basaglia: “é o conjunto de ‘danos’ derivados da permanência em um hospital psiquiátrico, vivendo sob regras autoritárias e de coerção. Essa vivência determina no indivíduo uma progressiva perda de interesse que o induz a um vazio emocional.”¹¹

Como poder institucionalizante entende-se o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto ‘doença’ e que força o indivíduo a objetivar-se nas regras que o determinam, em um processo de restrição de si.¹¹

Considerando as reflexões acerca da experiência de Trieste na Itália, onde foi implementado uma reforma na atenção em saúde mental, Rotelli conceitua desinstitucionalização como: “(...) um trabalho prático de transformação que, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas um conjunto complexo, de estratégias que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento.”⁹

Rotelli esclarece e ressalta ainda, a diferença entre desinstitucionalização e desospitalização⁹. Para este autor, desospitalização é compreendida como desassistência e argumento útil ao poder público e a certas categorias profissionais para desqualificar o projeto de Reforma Psiquiátrica. Rotelli adverte ainda, quanto a possibilidade de os serviços

comunitários se “especializarem” nos cuidados e excluem uma parcela de usuários da assistência, causando nova cronicidade e transinstitucionalização dos pacientes para casas de repouso, clínicas privadas, etc.⁹

Apesar o uso do conceito de desospitalização ser considerado por Rotelli como negativo, pode-se considerar desospitalização como parte integrante e necessária a um processo de desinstitucionalização. O conceito pode, portanto, admitir estes dois sentidos.

A análise das respostas dos profissionais da equipe do CAPS Ponta do Coral à questão da concepção de desinstitucionalização levaram à construção de duas categorias específicas:

- Desinstitucionalização como sinônimo de desospitalização e;
- Desinstitucionalização associada à autonomia, construção de subjetividades, desejos e construção de projetos de vida.

No CAPS Ponta do Coral observou-se a diversidade de significações do conceito de desinstitucionalização. Notou-se que alguns profissionais entendem desinstitucionalização como o sinônimo de desospitalização. O uso do conceito de desospitalização pode conter dois sentidos e gerar possíveis confusões. Nesta perspectiva a fala do profissional 4 demonstra uma compreensão e utilização do conceito de desospitalização:

*“Hoje em dia fala-se em desinstitucionalização, mas na verdade antes a gente usava a expressão **desospitalização do sistema**. Porque o sistema sempre foi muito hospitalocêntrico. E aí a proposta é mudar o modelo, tirar o papel central da Instituição hospitalar. E (...) pode ser dada uma maior ênfase ao ambulatório.”* (Profissional 4)

Por outro lado, pode-se verificar que a profissional 3 considera:

“Essa proposta de CAPS vem com o objetivo de desospitalização. Quando o usuário é internado ele fica com essa marca, com o estigma da loucura. Hoje esse serviço que temos trabalha para evitar isso. É um serviço antimanicomial, que busca a reinserção, a reabilitação de um usuário.” (Profissional 3)

Neste discurso percebe-se o acréscimo ao significado de desinstitucionalização como desospitalização elementos como reabilitação psicossocial e reinserção do usuário em seu contexto familiar, social e de trabalho. Como pode-se observar os conceitos se fundem, se chocam e ao mesmo tempo são clarificados em um contexto aparentemente confuso e contraditório.

O profissional 5, referindo-se ao papel dos hospitais psiquiátricos e avanços da proposta de serviços substitutivos, acrescenta ainda: *“o hospital psiquiátrico cumpre uma função que é a contenção da loucura, não basta retirar as pessoas do hospital se lá fora as institucionalizações continuam funcionando, é necessário desmontar essa idéia e prática cotidiana das pessoas que mantém esse tipo de relação (institucional) vigente.”*

A partir das respostas dos profissionais sobre o significado de desinstitucionalização, surgem conceitos que ajudam a compor uma nova configuração da idéia de saúde mental: autonomia, construção de subjetividades, desejos e a construção de projetos de vida.

A autonomia é considerada pelos técnicos do CAPS Ponta do Coral de variadas formas, como: ampliação de laços sociais e rede de dependências *“Pra mim autonomia é a ampliação dos laços sociais, ou seja, das dependências, quanto mais dependências você tem mais autonomia* (Profissional 5); e também de reconstrução de seu cotidiano, como refere a profissional 6: *(...) é conseguir construir pequenas coisas como andar sozinho de ônibus, ir no bar com os amigos, tomar banho de mar sozinho.”*

Alguns profissionais compreendem o CAPS como um meio, não um fim, no processo de desinstitucionalização, como refere o profissional 6: *“A questão de desinstitucionalizar passa por a pessoa não ficar grudada, com a cara do CAPS, (...) elas devem passar por ali, mas o ideal é que elas formassem vínculos na sua própria comunidade, (...) um vínculo social, afetivo.”* Há também a percepção do conceito como uma construção de um projeto de vida: *“e aí a minha vida também está neste projeto enquanto técnica.”* (Profissional 1)

O CAPS como agente institucionalizante:

Observa-se uma preocupação bastante prevalente entre os técnicos do CAPS. Esta refere-se às reflexões e questionamentos das práticas do CAPS como institucionalizantes. Isso aparece claramente na fala do profissional 2: *“(...) a gente trabalha em função de poupar o paciente ou evitar que ele fique confinado numa instituição psiquiátrica, mas a gente acaba sendo uma referência institucional para ele.”*

Ao mesmo tempo observam-se as reflexões da equipe relacionadas a este questionamento: *“é preciso ir avaliando, me dando conta daquilo que eu estou repetindo pelo simples ato de repetir, sem estar pensando.”*(Profissional 1). Ou ainda, como o profissional 2 relata: *“a gente tem um papel, mas a gente tem que estar muito atento a isto. A gente está tentando tomar consciência da nossa ação nesse desvinculamento, para que o paciente possa*

ir se soltando, ousando um pouco mais, para que ele não fique agora institucionalizado no CAPS.”

O diversificado entendimento e análise dos profissionais do CAPS- Ponta do Coral a respeito do conceito de desinstitucionalização pode ser compreendido por diferentes variáveis que constituem um processo de formulação conceitual: a diversidade na formação profissional, histórias de vida e trajetórias dos técnicos na inserção dos debates e práticas da Reforma Psiquiátrica, sua inserção ou não na atuação política, como por exemplo, no movimento da Luta Antimanicomial, as vivências diferenciadas em relação ao projeto do CAPS e a construção coletiva da equipe sobre o projeto político-ideológico do serviço e seus reflexos nos relatos dos caminhos percorridos, incertezas e perspectivas.

A construção do conceito de desinstitucionalização em saúde mental é fundamental à implantação de práticas transformadoras.^{9,11} A análise da compreensão/significação deste conceito pelos técnicos do CAPS Ponta do Coral, permite compreender a contribuição deste serviço à implantação e legitimação de serviços substitutivos em Florianópolis.

É neste processo de formulação conceitual que se constroem outros paradigmas relacionados ao conhecimento/tratamento da loucura que orienta a ideologia do serviço. A partir desta reflexão teórica se reconstróem as representações acerca da loucura no espaço social, se criam sólidas teorias e práxis sobre reabilitação psicossocial e se demonstram os significados práticos da Reforma Psiquiátrica.

4.2 Resultados e discussão das entrevistas com os usuários

Com o objetivo de analisar as percepções dos usuários do CAPS Ponta do Coral de Florianópolis a respeito de propostas de atenção em saúde mental deste serviço, comparando-as com experiências prévias de cuidado em outras instituições, foram entrevistados cinco usuários deste CAPS.

Nesta análise buscou-se, ainda, observar necessidades em saúde apresentadas pelos usuários.

A partir das respostas obtidas foi possível organizar três categorias temáticas: “O

	Local da internação	Número de internações	Tempo das internações
Usuário 1	Instituto de Psiquiatria (Colônia Santana)	Uma	Um mês
Usuário 2	Instituto de Psiquiatria (Colônia Santana)	Três	Um mês cada internação
Usuário 3	Manicômio Judiciário	Uma	Permanece há três anos
Usuário 4	Manicômio Judiciário	Uma	Permanece há treze anos
Usuário 5	Em Porto Alegre (não sabe o local)	Não sabe referir	Não sabe referir

CAPS e o Hospital Psiquiátrico”, “O Hospital Psiquiátrico” e “Meu tratamento ideal”.

A maioria das internações dos usuários entrevistados ocorreram no Instituto de Psiquiatria (Colônia Santana). Outras internações ocorreram no Manicômio Judiciário, no Instituto São José e uma internação relatada ocorreu em Porto Alegre (usuário não soube referir qual a Instituição). Um dos entrevistados está internado há treze anos, no Manicômio Judiciário. Outro usuário teve três episódios de internação com duração de um mês cada. Outros dois usuários tiveram um episódio com permanência de um mês e outro usuário teve uma internação e não lembra por quanto tempo permaneceu na Instituição. *“Eu não lembro o nome do hospital e por quanto tempo fiquei, mas lembro o número do meu prontuário”*.(usuário 1). Este usuário relata que quando esteve internada precisava saber o número do seu prontuário para tudo: para comer, para tomar remédio, para receber visita, etc.

Tabela 2: Internações referidas pelos usuários

4.2.1 “O CAPS e o Hospital Psiquiátrico”

No discurso dos usuários entrevistados, o tratamento no CAPS Ponta do Coral é “bem melhor” do que nos hospitais psiquiátricos. As justificativas para tal resposta são bastante variadas e dizem respeito a experiências pessoais dos usuários em tratamentos prévios e no atual tratamento vivenciado no CAPS.

No dizer dos usuários entrevistados, no CAPS eles se sentem mais livre, relacionando liberdade com a possibilidade de ir e vir quando quiserem, e de possibilidade de escolha quanto à participação nas atividades oferecidas. Apesar de nem todos os pacientes concordarem, como ilustra o usuário 1: *“Queria que me deixassem livre, a hora que eu quisesse entrar ou sair da Oficina, poder fazer um pouquinho de cada coisa.*

O melhor tratamento no CAPS está associado também à maior responsabilidade do usuário para com seus próprios cuidados, como por exemplo, tomar medicação. *“aqui no CAPS a gente tem que ser responsável, somos nós que cuidamos dos nossos medicamentos. Ninguém obriga a gente a tomar remédio, então você tem que ser mais responsável. Se é um paciente mais revoltado aí o CAPS não funciona muito bem.”* (usuário 2)

Também referem o “ser melhor” pelo fato de respeitarem uns aos outros, pela melhora cotidiana que as propostas terapêuticas e vivências no CAPS proporcionaram. Como refere o usuário 3: *“Aqui é totalmente diferente, pra mim foi melhor, minha vida melhorou, meu contato com os meus sentimentos, de manhã acordo e sinto o ar entrar, respiro melhor.(...) pra mim isso aqui foi uma solução muito grande na minha vida...”*

Comparando as práticas terapêuticas do CAPS às do hospital psiquiátrico, os usuários relataram uma maior eficiência do tratamento recebido no CAPS. Esta análise é bastante subjetiva por parte dos usuários, mas sugere um reconhecimento das propostas do CAPS Ponta do Coral referentes a garantia de seus direitos, à promoção de sua saúde e o protagonismo dos usuários em relação ao seu tratamento.

4.2.2 “O Hospital Psiquiátrico”

Os usuários, quando questionados sobre a comparação entre o tratamento instituído nos hospitais psiquiátricos e no CAPS, referiram existir diferenças marcantes na reconstrução de suas vidas e na eficácia dos projetos terapêuticos vivenciado no CAPS Ponta do Coral.

Os relatos enfatizaram que o tratamento nos hospitais psiquiátricos como regime fechado, de internação, independente do problema e das necessidades em saúde apresentadas. Foi largamente apontado que o usuário, independente de ser psicótico e estar em surto, é mantido em ambiente fechado, limitado em relação aos seus pertences, e com visitas programadas: *“Quando a gente está internado lá, tem hora pra comer, pra assistir televisão, pra ir no pátio. As visitas também são todas marcadas, não pode receber os parentes qualquer hora. Também algumas de suas roupas e objetos pessoais ficam com eles. Ai quando você vai embora eles te devolvem.”*(usuário 2).

Ou ainda como relata o usuário 1: *“Não gostava também porque quando estava lá (no hospital psiquiátrico) roubaram meu boné.”*

As atividades oferecidas variam de Instituição para Instituição, mas pressupõem, como relatado, ser o medicamento o essencial, se não exclusivo, instrumento da intervenção terapêutica. Como refere o usuário 2: *“A gente fica meio abandonado lá. As atividades são poucas, as oficinas e terapias são poucas, às vezes fica três dias sem terapia, a consulta do médico é semanal, às vezes nem tem. Então a gente passa um mês lá e não vê o médico. Mas o controle da medicação é bem rigoroso.”*

Alguns usuários referem ainda vivenciarem práticas de violência ou restrição de sua liberdade, como relatado pelo usuário 2: *“Lá é muito ruim. Batem nas pessoas, comem a nossa comida, dão remédio à força, se não quiser amarra ou dão injeção e batem ainda por cima. (...) fazem tudo errado, acho que não é justo. Um dia quase me enforcaram, quase me mataram, falei com o chefe de segurança, mas eles não ligam.”*

E esse depoimento não é único: *“(...) uma vez entrei em depressão e me torturaram, me amarraram, deram remédios, choques. É inacreditável o que acontece, o cara está na sala de TV e tem que pedir para fazer xixi como se fosse criança pequena.*

(...) No hospital além de estar privado da liberdade a gente está privado de muitas coisas que as pessoas precisam fazer, é uma tortura psicológica.”. (usuário 3)

O início do Movimento pela Reforma Psiquiátrica ocorreu em um contexto de denúncias das péssimas condições das instituições psiquiátricas, de denúncias de violência e técnicos despreparados para a assistência em saúde mental.⁴ Quando os usuários relatam as

condições de instituições psiquiátricas que já freqüentaram, independente de serem verdadeiras, é um tema persistente, no mínimo no imaginário das pessoas que escutam esses relatos e nos debates sobre a necessidade de uma Reforma Psiquiátrica. Essa discussão traz, ainda, desdobramentos na abordagem clínica, na questão ética dos profissionais, principalmente da relação médico-paciente, e das relações dos manicômios com toda a sociedade em geral e suas representações sobre a exclusão da loucura.

4.2.3 “O meu tratamento ideal”

O projeto da Reforma Psiquiátrica relaciona-se à um projeto não só de transformação de modelos assistenciais cuidadores e não segregadores em saúde mental³², mas também à construção de espaços de escuta e acolhimento de necessidades em saúde da população.³⁰ A organização de um modelo assistencial deve ser orientado pelas demandas e pelas necessidades em saúde apresentadas pela clientela que objetiva atender³³, pretendemos analisar o protagonismo dos usuários na definição destas demandas e necessidades. Questionados sobre o que seria ideal para seu tratamento, os usuários responderam:

A necessidade de escuta, dedicação, diálogo.

“O importante é eu chegar até aqui, sair de casa e vir até aqui pra mim é uma vitória, mas não consigo ficar sozinha, tenho que ficar conversando com um ou outro, ajudando.. (usuário 1)

“No CAPS deveria ter mais psicóloga para conversar, chamar a gente na sala, explicar.” (usuário 4)

Vários usuários referem a escuta e atenção como necessidade fundamental. No entanto, para que isto ocorra é preciso que no serviço tenham profissionais capacitados, que tenham disponibilidade e disposição para acolher estas necessidades dos usuários.

Medicamentos

A terapia medicamentosa dos transtornos mentais pode ser definida como tentativas de modificar ou corrigir comportamentos, humores ou pensamentos patológicos pela clínica.³⁴ Alguns usuários referem ser o medicamento elemento essencial no seu tratamento. E relacionam ao desejável para seu tratamento a necessidade de encontrar uma medicação ideal, eficaz, com poucos efeitos colaterais e que não provoque intoxicações:

“Precisava mudar o medicamento, esse não tá adiantando e faz uma semana que eu não estou dormindo”.(usuário 5)

Remédio demais faz mal porque vicia, só tomava quando necessário, não precisa todo dia...” (usuário 1).

Necessidade de ampliação de serviços de saúde mental e inclusão social

Alguns usuários excedem as necessidades básicas e apontam propostas terapêuticas correlacionadas também à uma proposta clínica. Outros, ainda, avançam no sentido de sugerir uma proposta política, na perspectiva de construção de uma rede de serviços de saúde mental e de implementação de estratégias políticas para reinserção dos usuários no mercado de trabalho:

“O interessante aqui seria ter terapia cognitiva. Como as pessoas podem aprender a se auto-analisar e identificar os sintomas da depressão, ter pensamentos positivos. Isso poderia ser passado nas oficinas em palestras... Acho que os usuários aqui poderiam colaborar como monitores voluntários, de acordo com as habilidades das pessoas.” (usuário 2)

“Seria bom ter um espaço melhor dentro da sociedade consegui voltar para o mercado de trabalho, ter um CAPS perto, gostaria muito de ser mais independente, voltar pro mercado de trabalho com acompanhamento psicológico, quando entrar em surto, ter um CAPS perto do local onde estivesse morando onde possa ir encontrar pessoas capacitadas pra atender...”

(...) Seria bom melhorar minha situação financeira, ter onde morar, conhecer outras pessoas, sair daquele lugar que é horrível, então falta muita coisa...” (usuário 3)

As necessidades apresentadas nem sempre são consensuais, nem sempre estão organizadas de acordo com o esperado ou refletem os dados epidemiológicos. Mas, significam a abertura e incentivo à construção de possibilidades e oportunidades de respostas as necessidades colocadas. Como afirma Merhy, sobre necessidades em saúde: “O usuário vai atrás de ações de saúde que permitam que sua saúde seja mantida ou reestabelecida, e, assim, a troca lhe permite o acesso a algo de valor inestimável-, cuja finalidade é mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de caminhar na vida.”³⁵

Um questionamento que se impõe a partir da percepção dos usuários acerca de seu tratamento, de suas necessidades em saúde é como promover uma clínica que coloque o usuário como sujeito no seu tratamento e na construção de sua autonomia. Como possibilitar

um maior protagonismo dos usuários no planejamento e construção de atividades como oficinas terapêuticas, por exemplo? Será que se avaliam cotidianamente as ações terapêuticas no serviço em função dessas escutas de necessidades em saúde, as quais são dinamicamente apresentadas pelos usuários?

Muitas perguntas surgem com as respostas dos usuários, muitas incertezas não só sobre o serviço, mas sobre o próprio projeto da Reforma Psiquiátrica. Qual é o alcance das transformações no modelo assistencial e na efetivação do que se garante em Lei para seus direitos e cuidados para a vida de cada usuário em particular?

Será que os serviços propostos dão conta de escutar, de cuidar, de inventar caminhos a serem percorridos pelos usuários no alívio de suas angústias? Será que os serviços de saúde mental substitutivos aos modelos asilares, com suas equipes multiprofissionais e sua proposta comunitária, estão dando conta de compreender e criar junto com os usuários, com a comunidade, com a família, respostas a tão variadas necessidades em saúde?

Ouvir os usuários durante o processo de investigação, presenciar incentivos de usuários à outros usuários para aproveitar esta pesquisa para falar, para ampliar sua escuta, para compartilhar seus desejos, suas angústias, faz pensar e ressignificar a proposta da reforma Psiquiátrica no país. Faz refletir sobre o papel das pessoas como trabalhador em saúde ou como cidadãos, na luta por uma transformação na maneira de olhar um problema complexo como a loucura. Faz refletir sobre o que significam anos de exclusão na vida das pessoas, o que significa suas indignações com a mencionada violência em instituições “asilares” e o que significa ser ouvido, ter esperança em novos e melhores destinos. E faz valorizar ainda mais a divulgação e a participação na re-invenção da **saúde** mental, na busca de promoção de saúde e do tratamento individual.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa tinha como objetivo geral analisar a percepção de profissionais do CAPS Ponta do Coral de Florianópolis sobre as práticas terapêuticas, na perspectiva das propostas de desinstitucionalização e sobre a implantação cotidiana destas práticas.

Visava também, identificar e analisar as percepções dos usuários deste serviço a respeito de seus projetos terapêuticos, comparando-os com o tratamento em outras instituições.

Para alcançá-lo foi realizado pesquisa qualitativa, com entrevistas semi-estruturadas e observação participante.

O modelo assistencial construído pela equipe do CAPS Ponta do Coral de Florianópolis se pauta por um modo de cuidar, baseado em princípios como integralidade e equidade, oferecendo ações em saúde que se destinem à reabilitação psicossocial dos usuários, como oficinas terapêuticas, passeios e realização de atividades culturais.

A reabilitação psicossocial proposta pelo projeto de assistência do CAPS Ponta do Coral é relacionada à construção de autonomia, de reintegração dos usuários na sua família e no mercado de trabalho.

Os profissionais do CAPS, de um modo geral, apontaram como pilares essenciais da proposta técnico-assistencial os princípios de escuta, acolhimento e vínculo.

Este serviço de atenção à saúde mental declara ainda uma legitimação e efetivação dos direitos conquistados pelos usuários, promovendo espaços de exercício de cidadania, de democratização das relações intrainstitucionais, através da Assembléia de Usuários e do incentivo a organização e reunião de usuários em uma Associação de Usuários.

Os profissionais consideram para a construção e desenvolvimento dos projetos terapêuticos dos usuários, no CAPS Ponta do Coral, além das necessidades de saúde apresentadas pelos mesmos, também o protagonismo e os desejos desse usuário na proposta de formulação de um projeto que seja ao mesmo tempo terapêutico e cuidador, capaz de reconstruir a autonomia dos indivíduos nos modos de “andar a vida”. Observou-se que os objetivos do serviço, como considerado pelos profissionais é o de evitar a internação e auxiliar no processo de retomada da vida do usuário como ela era antes de alguma institucionalização prévia.

Com uma equipe e um trabalho multiprofissional, este CAPS pretende, segundo os profissionais, construir um olhar das diversas dimensões da vida do usuário e das condições associadas à sua doença. Apontaram algumas dificuldades no cotidiano para este processo de integração multiprofissional, tanto pelas diferentes formações profissionais quanto pela necessidade de supervisão institucional que auxilie a organização e efetiva integração.

Os espaços de integração profissional se dão no cotidiano e em reuniões mensais para discussão clínica ou encaminhamentos de casos selecionados.

Nesta perspectiva, pode-se apontar a necessidade de formações profissionais que proporcionem a construção de saberes e o desenvolvimento de habilidades que sejam orientados pela proposta de Reforma Psiquiátrica. Esta formação relaciona-se, além da construção de saberes específicos e necessários ao trabalho em saúde mental, à reabilitação psicossocial e à capacidade de articulações comunitárias e interinstitucional. Esta formação ideal deve prever a complexidade das necessidades em saúde e estimular e orientar o trabalho multiprofissional essencial em saúde mental.

Além de profissionais capacitados para trabalhar na assistência em saúde mental, num contexto de Reforma Psiquiátrica, o projeto de transformação do modelo assistencial exige a construção e desenvolvimento de uma clínica “ampliada”, como forma de atender a complexidade das demandas em saúde mental e que seja efetiva no tratamento dos usuários.

Outro aspecto enfatizado é a dificuldade na “desinstitucionalização” dos usuários em relação ao próprio CAPS. Ou seja, a dificuldade de construir projetos terapêuticos capazes de gerar um certo grau de autonomia no usuário que levaria à sua “alta”. Essa dificuldade foi relacionada à não existência de uma “rede” de saúde mental estruturada. Esta rede seria composta por equipes de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, que complementassem o trabalho do CAPS, mais CAPS, CAPS com demandas específicas como Infantil e para Adolescentes, de Álcool e Drogas, CAPS com funcionamento 24 horas, além de lares abrigados, leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais e convênios com cooperativas de trabalho. Estes serviços seriam necessários para dar conta da assistência e eficácia no tratamento extra-hospitalar.

Além dessa rede de serviços, é indispensável a construção de espaços de cuidados que não estejam restritos à serviços específicos como os CAPS, mas na própria comunidade onde vive o usuário e com os atores sociais que fazem parte do cotidiano desse usuário.

Essa discussão da necessidade de serviços remete, novamente, à discussão da necessidade de capacitação de recursos humanos em saúde capazes de implantar uma Reforma Psiquiátrica efetiva em Florianópolis. É também com a perspectiva de reconstruir as representações sociais da loucura que os profissionais e serviços existentes precisariam trabalhar. O projeto de reestruturação da assistência em saúde mental só será efetivado, quando além da transformação assistencial, se promova a saúde mental através da inclusão social.

Em relação às concepções de desinstitucionalização os profissionais mostraram noções conceituais que variam desde desospitalização, compreendida como mudança de lugar de tratamento do hospital para os CAPS ou ambulatórios ou serviços de saúde comunitários, até noções de construção de autonomia, construção de subjetividades e de projetos de vida.

Essas noções de desinstitucionalização dos profissionais mostraram a vinculação entre as ações desenvolvidas no CAPS e o projeto político ideológico do serviço para a saúde mental em Florianópolis.

Os usuários, de um modo geral, preferem o CAPS como espaço terapêutico por se sentirem mais livres neste serviço, mais responsáveis por seu próprio tratamento e respeitados por parte dos profissionais. Além disso, mencionam a diversidade, frequência e efetividade das atividades oferecidas em seu tratamento.

Da mesma maneira, os usuários referem não gostar dos hospitais psiquiátricos por ser em regime fechado, de internação. Além de criticarem ser a terapêutica centrada exclusivamente na medicação. E referem ainda, o hospital psiquiátrico como lugar de práticas de violência e restrição de liberdade.

Os usuários considerando ideal para seu tratamento expressaram desejo de acesso a melhores medicamentos (sem muitos efeitos colaterais), maior liberdade de ir e vir das oficinas terapêuticas, a necessidade de ampliação do trabalho de escuta e diálogo. Além de sugerirem discussão sobre certos temas através de debates ou seminários. Referem ainda a necessidade de uma maior participação nos processos de planejamento e desenvolvimento de atividades, a necessidade de inclusão social, ter serviços de saúde mental próximo a suas casas, mais independência e necessidade do trabalho associado a um acompanhamento psicológico, se preciso.

Sugiro, a partir dos resultados e discussões desta pesquisa, a realização de estudos que analisem a eficácia das práticas terapêuticas realizadas no CAPS Ponta do Coral, ou em outros serviços substitutivos de saúde mental, e as mudanças concretas na vida dos usuários que estes serviços promovem.

Considero necessário também, um trabalho de escuta mais aprofundado sobre as condições de tratamento das Instituições Psiquiátricas e também das avaliações dos próprios usuários quanto à proposta dos modelos substitutivos, como o CAPS Ponta do Coral.

NORMAS ADOTADAS

Normatização para os trabalhos científicos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina. Resolução no 001/01 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, 4^a edição. Florianópolis 2001.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amarante PDC. Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury S, editor. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 163-86.
2. Campos FCB. O Modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as Modelagens de São Paulo, Campinas e Santos.[dissertação]. Campinas: UNICAMP; 2000.
3. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. História, Ciências, Saúde - Manguinhos 2002;9(1):25-59.
4. Amarante PDC. Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
5. Medeiros SM, Guimarães J. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. Ciência & Saúde Coletiva 2002;7(3):571-9.
6. Basaglia F. A instituição negada. São Paulo: Graal; 1985.
7. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental-1990/2002. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação Geral de documentação e Informação; 2001. Disponível em: . Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=154

8. Guljor APF. Os Centros de atenção psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental. [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.
9. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001.
10. Birman J, Costa JF. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante PDC, editor. Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. p. 41-72.
11. Amarante PDC. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1996.
12. Macedo ALP, Maron MGR. A clínica e a reforma psiquiátrica: um novo paradigma? *Jornal brasileiro de Psiquiatria* 1997;46(4):205-11.
13. Guimarães J, Medeiros SM, Saeki T, Almeida MCP. Desinstitucionalização em Saúde Mental: considerações sobre o paradigma emergente. *Saúde em Debate* 2001;25:5-11.
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1988.
15. Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. *Saúde em Debate* 2001;25:12-25.
16. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Depto. de assistência e promoção à saúde, coordenação de saúde mental. Brasília; 1994. 63p.
17. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília; 2002. 213p.
18. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde(BR). Portaria n° 189 de 19 de novembro de 1991. Sem ementa. In: Legislação em saúde Mental, 1990-2001. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=154
19. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde(BR). Portaria n° 224 de 29 de janeiro de 1992. Sem ementa. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=154
20. Santos NG. Do Hospício à Comunidade. Florianópolis: Letras Contemporâneas; 1994.
21. Alves DS. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001.

22. Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A, editor. Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 13-8.
23. Lobosque AM. Experiências da Loucura. Rio de Janeiro: Garamond; 2001.
24. Campos RO. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. Saúde em Debate 2001;25(58):98-111.
25. Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3 ed. São Paulo: Hucitec/ABRASCO; 1994.
26. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 1977.
27. Giorgi A. The theory, practice, and evaluation the phenomenological method as qualitative research procedure. Journal of Phenomenological Psychology 1997;28(2):235-60.
28. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde(BR). Portaria n° 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=154
29. Pitta A. Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2001.
30. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. de Saúde Pública 1999 abr/jun;15(2):345-353.
31. Estado do Rio Grande do Sul. Modos de Trabalhar, modos de cuidar e tratar. In: Sujeitos e Instituições: Modos de Cuidar e Tratar. Porto Alegre: Gráfica da UFRGS; 2002.
32. Souza AC, Vasconcellos MM, Amarante PDC. Novas Perspectivas em Atenção Psicossocial. In. Rio de Janeiro; 2004. p. 7.
33. Campos CSM, Soares CB. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. Ciência & Saúde Coletiva 2003;8(2):621-8.
34. Mostazo RR, Kirschbaum DIR. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. Rev. Latino-Am. de Enfermagem 2003;11(6):786-91.
35. Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. Varal de Textos 2004 [capturado 2004 mar 1]. Disponível em: <http://dtr2010.saude.gov.br/versus/index.html>

□

ANEXO 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Pesquisador principal: Juliana Montibeller Furtado e Silva

Orientador: Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Juliana Montibeller Furtado e Silva e estou desenvolvendo a pesquisa **A desinstitucionalização nas práticas do CAPS- Centro de Atenção Psicossocial**, com o objetivo de analisar as concepções de desinstitucionalização cotidiana do serviço pelos usuários e profissionais do CAPS. Este estudo é necessário para ampliação e aprofundamento das análises da construção das práticas e organização dos serviços substitutivos de atenção à saúde mental, e serão realizados entrevistas semi-estruturadas, para a referida investigação. Isto não deverá trazer nenhum risco ou desconforto, mas esperamos que possa contribuir para as reflexões acerca dos projetos de reforma psiquiátrica vigentes em Florianópolis. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone 2268364. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais (ou material coletado) e só serão utilizados neste trabalho.

Pesquisador principal _____

Eu _____, fui esclarecido sobre a pesquisa A desinstitucionalização nas práticas do CAPS- Núcleo de Atenção Psicossocial, e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, _____

Assinatura: _____ RG: _____

ANEXO 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA -1

IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Vínculo com a instituição:

Função profissional:

- 1- Qual é o seu trabalho aqui no CAPS? Como é o cotidiano deste trabalho?
- 2- Como acontece a integração do trabalho da equipe do CAPS? Existem espaços formais para esta integração? Quais são estes e com que frequência acontecem? Você acha que são suficientes e eficientes?
- 3- Como é montado um projeto terapêutico para o usuário quando ele chega aqui no CAPS?
- 4- O que você compreende por desinstitucionalização? Como este conceito se aplica nas práticas/no cotidiano do CAPS?

ANEXO 3

ROTEIRO DE ENTREVISTA -2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Pesquisador principal: Juliana Montibeller Furtado e Silva

Orientador: Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira

- 1- Você já esteve internado em uma Instituição Psiquiátrica alguma vez? Qual Instituição? Quantos vezes você já esteve internado? E quanto tempo duraram suas internações?

- 2- Quais as principais diferenças entre o seu tratamento aqui no CAPS e no Hospital Psiquiátrico?

- 3- O que você considera ideal para melhorar sua saúde, o que você acha que está faltando e poderia ter no CAPS ou no Hospital Psiquiátrico para que você ficasse bom e pudesse retomar sua vida?