

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

Fernanda Martinhago

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E A PRÁTICA NOS CENTROS
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS):
A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SANTA CATARINA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira

Florianópolis
2011

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

M385d Martinhago, Fernanda

Desinstitucionalização e a prática nos centros de atenção psicossocial (CAPS) [dissertação] : a percepção dos profissionais de Santa Catarina / Fernanda Martinhago ; orientador, Walter Ferreira de Oliveira. - Florianópolis, SC, 2011.

112 p.p; il., mapas, quadros

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Centros de Atenção Psicossocial. 2. Saúde coletiva. 3. Psiquiatria social - Santa Catarina. 4. Saúde mental - Santa Catarina. I. Oliveira, Walter Ferreira de. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

“Desinstitucionalização e a prática nos Centros de Atenção Psicosocial (CAPS): a percepção dos profissionais de Santa Catarina”

POR
Fernanda Martinhago

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas
Públicas**

Profa. Dra. Karen Glazer de Anselmo Peres
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira (Presidente)

Prof. Dr. Silvio Yasui (Membro Externo)

Profa. Dra. Magda do Canto Zurba (Membro Titular)

Profa. Dra. Fátima Büchele (Suplente)

Dedico este trabalho a minha avó, Celina, in memoriam.

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo, Fábio, pelo incentivo, apoio e carinho.

Ao meu filho, Jefferson, pelo amor e carinho.

A toda minha família pela compreensão nos momentos em que estive ausente.

Aos meus amigos, em especial àqueles que participaram diretamente na realização deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira, orientador deste trabalho, que possibilitou a realização desta pesquisa.

Aos profissionais dos CAPS pela receptividade e participação nesta pesquisa.

Aos colegas de mestrado, que compartilharam comigo esta jornada.

A água e a navegação têm realmente esse papel. Fechado ao navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. É o Passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem. E a terra à qual aportará não é conhecida, assim como não se sabe, quando desembarca, de que terra vem. Sua única verdade e sua única pátria são essa extensão estéril entre duas terras que não lhe podem pertencer. É esse ritual que, por esses valores, está na origem desse longo parentesco imaginário que se pode traçar ao longo de toda a cultura ocidental? Ou, inversamente é este parentesco que, da noite dos tempos, exigiu e em seguida fixou o rito do embarque? Uma coisa pelo menos é certa: a água e a loucura estarão ligadas por muito tempo nos sonhos do homem europeu.

Nau dos loucos
Michel Foucault, 2008

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, caracterizada como exploratória e descritiva que visa analisar a percepção dos profissionais sobre a desinstitucionalização e a prática nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Santa Catarina. O campo de pesquisa ficou delimitado nos 12 CAPS II, que estão distribuídos por todas as regiões do estado e são estruturados para prestar atendimento especificamente aos sujeitos diagnosticados com algum “transtorno mental” e egressos de hospitais psiquiátricos. A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevistas semi-estruturadas com 12 coordenadores e um técnico e aplicação de questionários abertos com 22 técnicos graduados. Os relatos das entrevistas e dos questionários foram distribuídos em categorias e subcategorias que foram definidas *a posteriori* a coleta de dados. A análise foi realizada com base no pensamento hermenêutico-dialético, o qual possibilita compreender a realidade em transformação dentro de um contexto histórico. Os resultados da pesquisa demonstraram que a maioria dos profissionais conhecem as propostas da desinstitucionalização, mas encontram dificuldades em aplicar na prática cotidiana nos CAPS. Já alguns profissionais apresentam uma compreensão equivocada sobre a desinstitucionalização, de forma que não acreditam, não sabem ou não distinguem de desospitalização. A desinstitucionalização nos CAPS pode significar um avanço nas práticas no âmbito da saúde mental, pois os próprios profissionais perceberam que estão reproduzindo o modelo manicomial. Observa-se que não são realizadas ações de desinstitucionalização voltadas aos sujeitos que estão um longo período nos hospitais psiquiátricos de Santa Catarina. No estado, praticamente não existem dispositivos para a reinserção social dos sujeitos com sofrimento psíquico. A deficiência da articulação entre os CAPS e os demais serviços de saúde é uma questão crucial que tem como efeito o retrocesso no âmbito da saúde mental. A situação atual de Santa Catarina requer que os CAPS trabalhem no limiar da institucionalização, uma vez que os usuários não têm o suporte fora das instituições que prestam assistência à saúde mental.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Centro de Atenção Psicossocial. Saúde Mental.

ABSTRACT

This is a qualitative research approach, characterized as exploratory and descriptive which analyze the perceptions of professionals regarding deinstitutionalization and the practice in the network of Centers for Psychosocial Care (CAPS) in Santa Catarina (SC). The field of research was limited to 12 CAPS II, which are found in all the regions of the state and structured to attend specifically to patients diagnosed with mental disorders and patients who have left psychiatric hospitals. The data was collected through semi-structured interviews with 12 coordinators and a technician and the application of open questionnaires conducted with 22 technicians. The results of interviews and questionnaires were placed in categories and subcategories that were defined after the collection of data. The analysis was based on the hermeneutic-dialectical thinking that allow to understand the reality with in a historical context. The reports demonstrated that many professionals are aware of the proposals of deinstitutionalization but have difficulties to apply them in daily practice in CAPS. Some professionals present a dubious understanding of de-institutionalization, in that either they do not believe in it, or do not know how do distinguish it from de-hospitalization. The professionals have the impression that they are reproducing the asylum model, this fact is a signal that deinstitutionalization could lead to an advance in mental health treatment. There have been few actions of deinstitutionalization for the people who have been for a long periods in psychiatric hospitals in Santa Catarina. There are almost no resources in Santa Catarina for the reintroduction of subjects with psychiatric problems into the community. The lack of connection between CAPS and the health services is a critical problem that has the effect of holding back mental health treatment in Santa Catarina. The current situation in Santa Catarina demands that CAPS works at the limits of institucionalization, even if users do not have support outside of institutions that provide mental health assistance.

Keywords: Deinstitutionalization. Centers for Psychosocial Care. Mental Health.

Sumário

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS.....	21
2.1 OBJETIVO GERAL.....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS LOUCOS	23
3.2 A PROPOSTA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	27
3.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	31
3.4 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS.....	35
3.5 A TRAJETÓRIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM SANTA CATARINA.....	39
3.6 O OLHAR DAS PESQUISAS SOBRE OS CAPS NO BRASIL.....	41
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	45
4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA	45
4.2 CAMPO DA PESQUISA.....	45
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	46
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	47
4.5 CONTATO COM OS PARTICIPANTES.....	47
4.6 TRAJETÓRIA PELO CAMPO DE PESQUISA.....	48
4.7 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS.....	49
4.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	50
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.....	61

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	65
ANEXO A – CERTIFICADO COMITÊ DE ÉTICA.....	69
ARTIGOS CIENTÍFICOS.....	71
(DES)INSTITUCIONALIZAÇÃO NOS CAPS: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SANTA CATARINA.....	73
A PRÁTICA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) NA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SANTA CATARINA.....	91

1 INTRODUÇÃO

Para compreender a desinstitucionalização considerou-se importante rever o contexto histórico a partir da institucionalização da loucura, com o nascimento do hospital psiquiátrico.

Foucault (2000) revela em seu livro a “História da Loucura” como foi construída essa concepção de loucura relacionada com a exclusão, que iniciou na Idade Média com os leprosários, seguida das internações em função das doenças venéreas e paralelamente a loucura (FOUCAULT, 2000). Através da reorganização do sistema hospitalar é que surgem os primeiros hospitais psiquiátricos. Estas instituições apresentavam como proposta terapêutica o isolamento, que significa a exclusão dos sujeitos ditos “loucos” do meio social através da internação, o que caracteriza a institucionalização (AMARANTE, 2008).

As precárias condições dos sujeitos institucionalizados fazem com que os próprios psiquiatras percebam a necessidade de transpor os muros dos hospitais psiquiátricos. Então, começa-se a pensar na reformulação das práticas psiquiátricas em países como os Estados Unidos, França, Inglaterra e Itália. A expressão desinstitucionalização surgiu nos Estados Unidos num projeto preventivista com intuito de realizar medidas de desospitalização (AMARANTE, 1998). Mas foi na Itália, que Franco Basaglia, precursor da Reforma Psiquiátrica italiana, propõe a desinstitucionalização como um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e invenção de novas realidades. Esta proposta implica num novo olhar sob o fenômeno loucura, rompendo o paradigma problema-solução, através da mobilização de todos os atores sociais envolvidos. Franco Rotelli é um dos pensadores do movimento italiano que se destaca principalmente pela sua produção intelectual sobre a desinstitucionalização. O sucesso da Reforma italiana obteve repercussão internacional e inspirou o movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira, no fim da década de 70.

A história da psiquiatria no Brasil foi marcada por dispositivos de poder e exclusão. Durante muitos anos adotou-se a idéia de internar os ditos “loucos” em instituições, como se fosse possível pesquisar e identificar todos os tipos de loucura, limpar as cidades, buscando o controle social e a manutenção da ordem pública. Os hospitais psiquiátricos surgem dentro da lógica do isolamento, como instituições disciplinares, regidas por regulamentos, normas e rotinas, com mecanismos de gestão da vida cotidiana que buscam a reordenação do mundo interno do doente.

A trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira é repleta de discussões sobre a assistência em saúde mental, composta por diversos atores e instituições com efetivo processo de participação e construção social. A Reforma no Brasil tem como proposta um modelo de assistência à saúde mental que privilegia uma nova maneira de pensar, olhar e tratar o sujeito com sofrimento psíquico intenso¹. Neste modelo é imprescindível que o sujeito esteja inserido em seu contexto social, exercendo os seus direitos civis e tendo acesso a uma rede de atenção em saúde mental. A partir deste redirecionamento na assistência em saúde mental são criados os serviços substitutivos, com objetivo de prestar assistência aos sujeitos com sofrimento psíquico, de modo que possam superar as necessidades de internação nos hospitais psiquiátricos. Os serviços substitutivos foram regulamentados pelo Ministério da Saúde tendo em vista a construção de uma rede de atenção em saúde mental. Nesta proposta, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) foram estruturados para organizar esta rede, além de prestar atendimento clínico e reinserção social dos usuários.

A atenção à Saúde mental encontra-se num processo de mudança de paradigma e construção de novas práticas em relação à saúde mental. É um processo complexo, que envolve mudanças de comportamento, de cultura, que geram insegurança e conseqüentemente resistências. Neste contexto, existe um grande risco de continuar perpetuando a institucionalização dos sujeitos, modelo que talvez ofereça mais segurança aos profissionais que apresentam dificuldades diante de situações que exigem inovações não apenas na prática, mas no modo de sentir, pensar, olhar os sujeitos com sofrimento psíquico intenso. Percebe-se como é complexa esta transformação que envolve diversos atores e setores da sociedade e o quanto as propostas de desinstitucionalização ainda são um desafio para os profissionais da saúde mental.

Diante deste cenário surgiu o desejo de saber: Como está o processo de desinstitucionalização em Santa Catarina (SC)? O que os profissionais entendem por desinstitucionalização? Quais ações de desinstitucionalização estão sendo desenvolvidas junto aos sujeitos

¹ O termo “sofrimento psíquico intenso” está neste texto substituindo o termo “transtorno mental”. Considera-se que as necessidades de atenção à saúde mental estão relacionadas às crises psíquicas agudas, entretanto momentâneas. O que difere do termo “transtorno mental”, que se refere ao comportamento desviante e aponta para o diagnóstico, legitimando a doença mental. Quando se avaliar necessário citar no texto o termo “transtorno mental”, este aparecerá entre aspas.

internados por um longo período em hospitais psiquiátricos? Como é a prática nos CAPS? Quais atividades intersectoriais são realizadas no território? Estas questões motivaram a realização desta pesquisa, que pretende conhecer a percepção dos profissionais sobre a desinstitucionalização e a prática nos CAPS II de SC.

A rede dos CAPS II de SC foi escolhida como campo de pesquisa por prestar atendimento especificamente aos sujeitos diagnosticados com algum “transtorno mental” e egressos de hospitais psiquiátricos. As modalidades CAPSad II (álcool e drogas) e CAPSi II (infantil) não foram contempladas nesta pesquisa por abordarem outro perfil de usuário.

Optou-se pela participação dos profissionais dos CAPS II neste estudo em função destes estarem mais próximos dos sujeitos com sofrimento psíquico e vivenciarem os desafios cotidianos da prática em saúde mental. Nesta pesquisa, não foi possível a participação de familiares e usuários, entretanto, considera-se fundamental o desenvolvimento de estudos sobre este mesmo tema contemplando estes sujeitos.

Considera-se que a possibilidade destes profissionais terem contato com sua própria realidade e com a de outros territórios, por uma outra via - a pesquisa -, a qual escapa ao olhar hierárquico institucional, é o que torna este estudo relevante, por apresentar possibilidades de contribuir para transformações na atenção à saúde mental e consequentemente no contexto da saúde pública.

Para análise dos dados buscou-se uma abordagem que oferecesse à pesquisadora liberdade para desenhar o próprio percurso de análise, de maneira que fosse possível compreender, interpretar, criticar, identificar as contradições, analisar a realidade em transformação dentro de um contexto histórico. Considerou-se o pensamento hermenêutico-dialético adequado para a proposta desta pesquisa de analisar a percepção de profissionais de uma instituição inserida num contexto em constante transformação.

Nesta pesquisa houve grandes “achados” em depoimentos inusitados que de certa forma surpreenderam a pesquisadora. Conteúdos que ora causaram angústia à pesquisadora que sentiu grande responsabilidade na análise destes dados, ora causaram satisfação em explorar dados inovadores no campo da saúde mental. Este contexto não demarcado possibilitou acrescentar conteúdos significativos que proporcionaram o enriquecimento da pesquisa.

Esta dissertação seguiu a configuração estrutural solicitada pelo regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Esta pesquisa teve como objetivo geral analisar a percepção dos profissionais sobre a desinstitucionalização e a prática nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II) de Santa Catarina (SC).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos são:

- ✓ Identificar a percepção dos profissionais dos CAPS II de SC sobre desinstitucionalização.
- ✓ Verificar como ocorrem as ações de desinstitucionalização realizadas pelas equipes dos CAPS II de SC junto aos egressos e internos de hospitais psiquiátricos.
- ✓ Conhecer o atendimento prestado aos usuários pelas equipes dos CAPS II de SC.
- ✓ Identificar a articulação dos CAPS II de SC junto aos parceiros da rede de saúde e demais instituições no território.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS LOUCOS

A institucionalização dos loucos como forma de exclusão do meio social começou na Idade Média com os leprosários, posteriormente as internações em função das doenças venéreas e paralelamente a loucura. A concepção de loucura foi construída no decorrer dos tempos sempre relacionada com a exclusão. A Nau dos Loucos é um exemplo da forma de exclusão daquela época, onde os ditos “loucos” eram colocados num barco que ficava navegando pelos rios. “A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. [...] Como medida econômica e precaução social ela tem valor de invenção” (FOUCAULT, 2008, p.78). Esta invenção surge justamente no momento em que se percebe a loucura relacionada à pobreza, uma vez que o sujeito é incapaz de produzir e integrar-se no contexto social, refletindo em problemas para a cidade, onde o trabalho é obrigatório (FOUCAULT, 2008).

Os hospitais que existiam desde a Idade Média, não eram instituições voltadas para a cura, ou seja, a prática dos médicos não fazia parte desta instituição. Estes eram destinados a acolher os desabrigados, pobres e doentes, como uma instituição de caridade que prestava assistência material e religiosa, e evitava o contágio das doenças protegendo a população. O hospital era o lugar para se ter os “últimos cuidados e o último sacramento”, conhecido na época como “morredouro” (FOUCAULT, 2000).

O hospital permanece com essas características até o começo do século XVIII e o Hospital Geral, lugar de internamento, onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc, é ainda, em meados do século XVII, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece (FOUCAULT, 2000, p.102).

No final do século XVIII o hospital passa a ser um instrumento terapêutico com uma nova proposta de trabalho, a prática passa a ser voltada para “visita e observação sistemática e comparada dos hospitais”

com o objetivo de cura. A reorganização hospitalar acontece por meio da disciplina – técnica de exercício de poder – confiada ao médico e a transformação do saber e da prática da medicina. O médico torna-se então responsável pela organização hospitalar (FOUCAULT, 2000).

O hospital torna-se um laboratório de pesquisas, espaço de exames, tratamento e de ensino-aprendizagem da medicina e saber sobre as doenças. A instituição que era filantrópica passa a ter um novo caráter, de hospital médico. Em decorrência destas transformações nasceram os primeiros hospitais psiquiátricos. O princípio terapêutico para o tratamento do sujeito com sofrimento psíquico passa a ser a hospitalização integral - isolamento -, ou seja, a exclusão ocorre através da internação, o que caracteriza a institucionalização (AMARANTE, 2008).

Supunha-se com efeito que o doente deixado em liberdade, no seu meio, na sua família, naquilo que o cercava, com seu regime, seus hábitos, seus preconceitos, suas ilusões, só poderia ser afetado por uma doença complexa, opaca emaranhada, uma espécie de doença contra a natureza, que era ao mesmo tempo a mistura de várias doenças e o empecilho para que a verdadeira doença pudesse se produzir na autenticidade de sua natureza (FOUCAULT, 2000, p.118).

A função do hospital era de afastar o sujeito de todas as influências externas e observar a doença pura, sua natureza, suas características, seu desenvolvimento, assim como fazer aparecer e produzir a doença na sua verdade, que até então estava aprisionada e obstruída. O efeito da hospitalização podia tornar a doença uma realidade. Além de ser um lugar de poder dos médicos e produção da doença, o hospital é também um local propício para a elaboração de “substâncias patológicas” (FOUCAULT, 2000).

A loucura antes do século XVIII era concebida como um “erro” ou “ilusão”, pertencia aos contos da mitologia, vivia-se com ela, a não ser que apresentasse algum perigo. A natureza era o melhor lugar terapêutico, pois ali era visível a verdade e possível diluir o “erro”. A recomendação médica era de afastar-se da vida artificial da cidade, viajar, repousar, passear, enfim, entrar em contato com a natureza ((FOUCAULT, 2000).

A partir disso percebe-se como é inviável o hospital ser um “lugar privilegiado” para a loucura aparecer e “explodir” como verdade. Considerando a importância da natureza para o louco, Foucault (2000)

menciona que Esquirol, ao fazer os planos para um hospital psiquiátrico, sugeriu que cada cela do hospital psiquiátrico tivesse vista para um jardim.

A prática do internamento no começo do século XIX, coincidiu com o momento em que a loucura é percebida menos com relação ao erro do que com relação a conduta regular e normal. Momento em que aparece não mais como julgamento perturbado mas como desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões de ser livre. Enfim, em vez de se inscrever no eixo verdade-erro-consciência, se inscreve no eixo paixão-vontade-liberdade (FOUCAULT, 2000, p. 121).

Conforme Goffman (1974), quando o sujeito entra numa instituição ele perde todo o apoio, inicia-se o que o autor chama de mortificação do “eu”. É o processo pelo qual o sujeito perde a sua individualidade, é afastado de todo objeto que tem ligação a algum sentimento do “eu”, é designado a viver com coisas estranhas. O “eu” é violado no momento em que há uma fronteira entre o ser e sua relação com o ambiente. As instituições totais² passam para os sujeitos internados prescrições e proibições que determinam a conduta dos sujeitos, são as “regras da casa” que especificam a rotina diária. A partir da internação o sujeito é desamparado pela sociedade e perde o vínculo com as pessoas que estavam próximas.

O manicômio é exatamente o espaço que a sociedade reserva para os loucos, e isso não quer dizer, em absoluto, que é ela que produz a doença. Mas que esta não deseja, ou não sabe, conviver com eles. A opção está em continuar buscando uma explicação e, portanto, uma cura para o doente mental objetivado como materialidade opaca, “prisioneiro do território psiquiátrico”, ou “em recusar este mandato social dialetizando, no plano prático, tal negação: negar o ato terapêutico” (AMARANTE, 1996, p.73).

² “Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 1974, p. 11).

Basaglia (1985) relata que o problema não é a doença mental em si, mas a relação que se constitui com ela. A prática realizada pela sociedade, pela psiquiatria e pela ciência foi de manter os problemas vinculados à doença mental afastados do meio social. O sujeito uma vez diagnosticado com uma doença mental, jamais será considerado qualquer forma de manifestação, pois tudo terá relação com sua doença, e ele está fadado a sofrer todos os níveis de violência institucional. Entretanto, o conceito de Goffman sobre “instituição total” é mencionado por Basaglia (1985, p.273), o qual corrobora que “[...] uma instituição total significa estar à mercê do controle, do julgamento e dos planos dos outros, sem que o interessado possa intervir para modificar o andamento e o sentido da instituição”

Para transformar essa realidade, é necessário sair do território exclusivamente psiquiátrico e construir na sociedade as condições para que ela, como espaço real da vida humana, participe da solução. Esta, se algo tem de particularmente psiquiátrica, e se é que existe como algo definitivo, deve ser possibilitada por um conjunto de transformações que digam respeito a todos os homens. A doença não é condição única, nem a condição objetiva do ser humano que está doente, ao mesmo tempo em que o aspecto em que se encontra o doente é produzido pela sociedade que o rejeita e pela psiquiatria que o gere (AMARANTE, 1996 p.75).

Este trágico período histórico começa a mudar quando o próprio psiquiatra, que deteve o sujeito dentro dos hospitais psiquiátricos durante muito tempo, redescobre que o retorno ao convívio social, ou seja, a liberdade é condição imprescindível para melhorar o sofrimento psíquico. Os primeiros momentos extramuros do hospital psiquiátrico produzem no sujeito uma transformação gradual na sua relação com o mundo e com seu sofrimento psíquico, surgindo uma nova dimensão emocional. É longe do hospital psiquiátrico que o sujeito descobre que tem o direito de viver uma vida digna de um ser humano (BASAGLIA, 1985).

3.2 A PROPOSTA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A desinstitucionalização implica na superação dos hospitais psiquiátricos e na ruptura da relação causa-efeito na análise da constituição da loucura, busca uma nova concepção deste fenômeno considerando sua complexidade. Considera-se que a Reforma Psiquiátrica Italiana apresenta uma proposta da desinstitucionalização que possibilita a transformação no campo de assistência à saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica Italiana propõe a desinstitucionalização como desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a reconstrução de novas realidades.

Os primeiros passos para a desinstitucionalização, segundo Basaglia, estariam na desconstrução do ‘paradigma problema-solução’, tendo o envolvimento e mobilização dos sujeitos envolvidos, inclusive os internos. “O processo de desinstitucionalização demonstra tornar-se possível construir e inventar novas perspectivas de vida e subjetividade para aqueles mesmos sujeitos, e não apenas ‘evoluções’ e ‘prognósticos’ da doença mental” (AMARANTE, 1996, p.31).

A intenção de Basaglia era justamente de questionar o saber psiquiátrico e negá-lo como ciência, possibilitando a construção de novas práticas na instituição. Basaglia propõe colocar a doença entre parênteses, ou seja, olhar para o sujeito e preocupar-se com tudo que se construiu em virtude da doença. A doença deixa de ser o foco principal e passa a ficar “suspensa” para poder olhar o sujeito que está em sofrimento psíquico. É a inversão dialética do saber psiquiátrico, pois até então era o sujeito que estava entre parênteses para a psiquiatria poder olhar para a doença e codificá-la. Não se trata de negar a doença, mas de renunciar o conceito que a psiquiatria construiu sobre a loucura (AMARANTE, 1996).

O propósito de Basaglia, ao colocar a doença mental entre parênteses, era o de permitir que a pessoa que sofria pudesse florescer por trás do manto da institucionalização. Era preciso abandonar, ao menos estrategicamente, a preocupação com a doença para fazer emergir o âmago da pessoa que padecia da doença e do processo de institucionalização. Era necessário dar-lhe as condições para subjetivação, para a expressão de seus desejos, seus projetos, sua história (AMARANTE, 1996, p.97).

Ao colocar a doença entre parênteses é possível observar o que não faz parte da doença, mas da condição de estar institucionalizado, o que Basaglia chamou de ‘duplo’ da doença mental, que só pode ser observado a partir desta ruptura do saber psiquiátrico, possibilitando assim abertura para outros conhecimentos sobre essa mesma situação. O ‘duplo’ da doença mental refere-se a tudo que foi construído em torno do sujeito internado em função da institucionalização: negação da subjetividade, perda da identidade, ser usado como objeto de estudo, estigmatizado como perigoso, incapaz, impossibilitado de viver na sociedade. Todos estes fatores vivenciados pelo sujeito internado são constituídos pela institucionalização e estão à margem da doença (AMARANTE, 1996).

[...] o procedimento de colocar a doença mental entre parênteses não diz respeito apenas ao trabalho no interior do manicômio. É um processo a um só tempo provisório e permanente. Provisório no sentido que se deve ser realizado com o objetivo de possibilitar emergir o sujeito, seus desejos e sentimentos, obscurecidos pelo conceito de doença mental, e permanente enquanto princípio prático-teórico, que colocar em discussão o saber psiquiátrico em todas as suas dimensões; o colocar entre parênteses é o *a priori* da desinstitucionalização (AMARANTE, 1996, p.92).

Foi a partir do contato com o manicômio que Basaglia observa a prática da psiquiatria e a recusa como ciência, propõe então colocar a doença entre parênteses e a identificação e desmontagem do ‘duplo’ da doença mental, buscando novas perspectivas para a atuação com o sujeito doente e não mais com a doença.

Desta forma, a negação da ciência psiquiátrica como ideologia inscreve o saber-fazer sobre a loucura e o processo saúde-enfermidade mental em um campo eminentemente ético, que resgata a dimensão das relações entre os homens, que problematiza a função social e política das tecnociências e dos técnicos, que devolve à loucura a possibilidade de uma dimensão plural (AMARANTE, 1996, p.99).

Na experiência italiana a desinstitucionalização ocorreu por meio do processo de reconstrução da instituição psiquiátrica para uma dimensão da construção de uma nova política psiquiátrica. A desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação, busca desmontar a relação problema-solução, não enfrenta a etiologia da doença, isto é, não se preocupa especificamente com a causa da doença, mas com a forma de existência e expressão do sujeito que deixa de ser paciente e torna-se um cidadão com direitos (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

A desinstitucionalização em psiquiatria tornou-se na Itália um processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no hospital psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos ali depositados (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p.18).

O processo de desinstitucionalização vai tendo maior proporção, à medida que consegue superar as instituições psiquiátricas, isto é, propiciando condições para suprimir a internação das estruturas e intervenções da Psiquiatria. Ao longo desta caminhada pode-se chegar ao fechamento dos manicômios, pois este fato apesar de desejado não é a solução imediata, mas uma conquista possível através dos serviços substitutivos (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

No momento em que é possível proporcionar uma resposta a totalidade das necessidades de saúde mental dos sujeitos torna-se então viável eliminar as internações psiquiátricas. E para isto os autores mencionam três aspectos fundamentais da desinstitucionalização (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p.36):

- a) A construção de uma nova política de saúde mental a partir da base do interior das estruturas institucionais através da mobilização e participação, também conflitiva, de todos os autores interessados;
- b) A centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global,

complexa e concreta dos pacientes, de tal forma que eles, mais ou menos ‘doentes’, sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição[...];

c) A construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio, exatamente porque nascem do interior de sua decomposição e do uso e transformação de recursos materiais e humanos que estavam ali depositados.

Na cidade de Trieste na Itália, a desinstitucionalização foi um exemplo de como é possível eliminar as internações psiquiátricas chegando ao fechamento dos manicômios e qualquer outro serviço semelhante. Para que a desinstitucionalização ocorresse de fato foram criados diversos serviços e espaços de intervenção, como (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001):

- ✓ Centros de Saúde Mental – possui aspecto de uma casa, cobertura de 40.000 habitantes cada centro e ficam sempre abertos, não existindo seleção de pacientes. A organização é pouco hierarquizada, os profissionais dividem as tarefas conforme as necessidades, sendo que esta não é formalizada num fichário, apenas em reuniões diárias com livre acesso aos pacientes.
- ✓ Plantão Psiquiátrico no Hospital Geral – tem o objetivo de atender casos de mal estar agudo, ou seja, emergências que chegam ao hospital geral. Se necessário chamam o centro de saúde mental ou hospedam por uma noite o paciente.
- ✓ Estruturas e os espaços do ex-hospital psiquiátrico – as estruturas foram destinadas a diversas finalidades como: apartamentos para ex-internados, unidade de reabilitação para deficientes grave, unidade para idosos dependentes (sob responsabilidade do centro de saúde mental), escola, laboratório da universidade, bar, sala de vídeo, sala de ginástica, alojamento com refeitório. Enfim, tornou-se um local público onde é possível multiplicar as trocas sociais, fundamentais para o processo de desinstitucionalização.
- ✓ As Cooperativas – são cooperativas de trabalhos que se constituem numa estrutura de auto-organização de pessoas, a qual propicia o desenvolvimento da autonomia e capacidade de ajuda mútua. Neste trabalho, além dos pacientes psiquiátricos,

- participam também dependentes químicos, jovens desocupados, ex-presidiários ou presidiários em regime de semi-liberdade.
- ✓ O Centro para Tóxico-Dependentes – este serviço tem a responsabilidade de proporcionar soluções de trabalho e de socialização utilizando toda a rede das cooperativas e as atividades de trabalho, culturais e recreativas.
 - ✓ O Serviço Psiquiátrico territorial no interior do cárcere – os profissionais visitam a instituição prisional, duas vezes por semana, para fazer o acompanhamento de pacientes dos Centros de Saúde Mental que estejam detidos, como também para acompanhar sujeitos que por estarem presos apresentaram problemas psíquicos. Propiciar a melhora da condição de vida do preso e buscar uma referência fora da instituição também é responsabilidade deste serviço.

Pode-se dizer que o modelo de assistência em saúde mental de Trieste é um exemplo da desinstitucionalização, onde foi possível superar o hospital psiquiátrico com serviços totalmente substitutivos à internação, suprimindo as necessidades dos sujeitos com sofrimento psíquico intenso que anteriormente eram absorvidas pelo modelo asilar.

As idéias de Franco Basaglia tiveram grande repercussão pelo mundo em função do fechamento do hospital em Gorizia e a Promulgação da Lei 180 na Itália, conhecida como Lei Basaglia. Estas notícias chegam ao Brasil em 1970, incentivando a criação do movimento pela reforma psiquiátrica brasileira.

3.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A psiquiatria no Brasil foi marcada por uma trajetória de asilamento dos loucos e medicalização social. A primeira reforma psiquiátrica brasileira, segundo Amarante (1994), foi caracterizada pela implantação do modelo de colônias para tratamento de doentes mentais.

Esta história iniciou em 1830 quando uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro verificou a situação dos loucos na cidade. Estes que até o momento viviam pelos diversos espaços, ruas, asilos, prisões, passaram então a ter um lugar próprio para sua reclusão e tratamento das doenças mentais. Em função deste diagnóstico foi criado o Hospício de Pedro II, administrado pela Provedoria da Santa Casa de Misericórdia no Rio de Janeiro. A administração do hospício foi criticada pelos médicos que reivindicaram o poder da instituição. O

hospício passa a ser então um lugar de medicalização e conhecimento, sob o poder dos médicos (AMARANTE, 1994).

Com a proclamação da República a psiquiatria busca ultrapassar os limites do modelo considerado arcaico do Pedro II e procuram atuar no espaço social, junto com as pessoas, onde surgem as doenças mentais. Mas com os republicanos no poder, o Hospício de Pedro II passa a ficar sob a administração pública e chamar-se Hospício Nacional de Alienados. Nesta mesma época, foi criada pela República a primeira instituição pública de saúde, chamada de Assistência Médico-Legal aos Alienados. Em função desta assistência surgem também as primeiras colônias de alienados da América Latina, destinadas a proporcionar o convívio fraternal entre os loucos e a comunidade (AMARANTE, 1994).

O diretor da Assistência Médico-Legal aos Alienados, João Carlos Teixeira Brandão, proporciona a ampliação dos asilos e cria uma cadeira de psiquiatria para os estudantes de medicina. Brandão teve como sucessor Juliano Moreira, que continuou abrindo novos asilos e buscou a legitimização jurídico-política da psiquiatria nacional, a qual foi oficializada através do conhecido como “Decreto 1.132”, que foi a primeira “Lei Federal de Assistência aos Alienados”, a qual propiciou o desenvolvimento na área da psiquiatria e reorganização na assistência aos alienados (AMARANTE, 1994).

A psiquiatria brasileira passa a se preocupar com a etiologia das doenças mentais influenciada pelo modelo alemão trazido por Juliano Moreira. Posteriormente, se concretiza o modelo de higiene mental através da “Liga Brasileira de Higiene Mental” que trabalha em defesa do Estado buscando maior poder de intervenção. O objetivo da psiquiatria passa a ser moldar a natureza humana, baseada num modelo social de normalidade. E assim a assistência psiquiátrica permanece durante muitos anos baseada nas estruturas manicomiais. As doenças mentais se expandiram também no setor privado, tornando-se uma mercadoria, alvo de lucro, tendo assim um aumento considerável de internações (AMARANTE, 1994).

Uma nova geração de técnicos e usuários percebem que é possível inventar uma forma diferente de assistência à saúde mental nos serviços públicos, e assim começa uma nova perspectiva para a saúde mental no Brasil.

O início do movimento para a reforma na Psiquiatria brasileira atual ocorreu no período entre 1978 e 1980, tendo como destaque o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este movimento surge em função de uma greve dos profissionais das

unidades da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) do Rio de Janeiro, os quais denunciam os maus tratos aos pacientes e também as condições precárias de trabalho, o que resulta na demissão de 260 pessoas entre profissionais e estagiários. O MTSM é considerado o ator político do qual surgem às propostas de reformulação do sistema assistencial, se consolidando um olhar crítico sobre o saber psiquiátrico (AMARANTE, 1998).

A partir da metade da década de 80 aconteceram discussões importantes para reestruturação da assistência em saúde mental e a implantação de serviços com a proposta de superação do modelo manicomial. Esta trajetória, baseada pela noção da desinstitucionalização, teve eventos que foram considerados marcos na história das políticas de saúde do Brasil, entre eles a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), o 2º Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental (Bauru), a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial Dr. Luíz da Rocha Cerqueira (São Paulo - 1987), o Núcleo de Atenção Psicossocial (Santos), a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89 conhecido como Projeto Paulo Delgado – que teve como proposta a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a substituição por outras modalidades de serviços-, a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), depois de nove anos a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) a promulgação da Lei 10.216/01³ conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica” e mais nove anos para a 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) (AMARANTE, 1998; OLIVEIRA; MARTINHAGO; MORAES, 2009).

Outro fato importante que ocorreu na história da Reforma foi a intervenção da Secretaria de Saúde de Santos na Casa de Saúde Anchieta (1989), devido à prática de maus tratos aos pacientes, culminando até em óbitos. Esta intervenção e o posterior fechamento deste local trouxeram grande repercussão nacional ao processo da reforma psiquiátrica, estabelecendo condições para a implantação de um novo sistema psiquiátrico que superasse o modelo manicomial. Esta experiência pode ser considerada a pioneira no que se refere à desconstrução do aparato manicomial no Brasil (AMARANTE, 1998).

³ Lei 10.216/01 - “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001).

Segundo Amarante (1998, p. 87) a Reforma Psiquiátrica brasileira é:

[...] 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. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70. Tem como fundamentos apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura da redemocratização.

Esta trajetória, repleta de acontecimentos significativos para a transformação do modelo assistencial em saúde mental, foi o que deu subsídio para se privilegiar a construção de estruturas substitutivas ao hospital psiquiátrico. Desta forma, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) regulamentou a implantação e financiamento de novos serviços substitutivos, tendo em vista a construção de redes de atenção à saúde mental, conforme segue:

- ✓ Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - serviços municipais que oferecem atendimento diário às pessoas com sofrimento psíquico intenso e contínuo, prestando atendimento clínico e buscando a reinserção social evitando internações em hospitais psiquiátricos.
- ✓ Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais – hospitais gerais que prestam o acolhimento integral ao sujeito em crise, articulados com outros dispositivos de referência para este sujeito.
- ✓ Centros de Convivência e Cultura – espaços públicos de sociabilidade, produção cultural destinados a proporcionar a articulação da cultura com o dia a dia dos sujeitos com sofrimento psíquico e sua comunidade.
- ✓ Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) – moradias localizadas na cidade destinadas aos sujeitos egressos de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou que se encontram em situação vulnerável. Estas residências são

- constituídas para atender as necessidades destes sujeitos com sofrimento psíquico possibilitando o convívio nos espaços urbanos.
- ✓ Programa de Volta para Casa – incentivos financeiros (pagamento mensal de um auxílio-reabilitação) para os sujeitos que passaram por um longo período internados em hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e são indicados para a inclusão no programa municipal de reintegração social.
 - ✓ Atendimento à Saúde Mental na Atenção Básica – profissionais de saúde mental que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde realizando atendimento clínico e ações de promoção de saúde, são assessorado pelas Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental.

Dentre os diversos dispositivos criados para substituir as instituições psiquiátricas, o CAPS é considerado o cerne de toda a rede de atenção à saúde mental.

3.4 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS

Os CAPS foram os primeiros serviços criados com uma nova proposta de atenção à saúde mental e incentivaram o Ministério da Saúde a regulamentar a implantação e o financiamento para ampliar os serviços por todo o país. (AMARANTE, 1998).

Em 1992, o Ministério da Saúde regulamentou os serviços de saúde mental através da Portaria nº 224/MS. Os CAPS então passam a integrar a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) como um serviço de saúde aberto e comunitário. O SUS foi instituído pelas Leis Federais 8.080/1990⁴ e 8.142/1990⁵ e consiste em um projeto social único que segue os princípios de igualdade, universalidade e equidade, tendo como objetivo prestar atendimento, cuidar e promover a saúde através de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2004).

⁴ Lei nº 8.080/1990 “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990)

⁵ Lei nº 8.142/1990 “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.” (BRASIL, 1990)

O Ministério da Saúde estabeleceu a Portaria nº 336/GM em 2002, acrescentando novos parâmetros aos estabelecidos pela Portaria nº 224/MS.

Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. (BRASIL, 2004, p.12).

Conforme a Portaria/GM nº336/02, os CAPS devem estar capacitados para realizar atendimento aos usuários com sofrimento psíquico intenso, na sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Este serviço conta com uma equipe multidisciplinar formada por psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, assistente social e outros profissionais. Estes devem prestar assistência aos usuários como: atendimento individual e em grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias, entre outros serviços, conforme a modalidade do CAPS. A Portaria nº 336/GM estabelece que os CAPS possam constituir-se em modalidades de serviço, CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad II – atendimento para usuários de álcool e outras drogas e CAPSi II – atendimento para crianças e adolescentes, de acordo com a ordem crescente de complexidade e abrangência populacional dos municípios.

Quadro 1 - Modalidades de CAPS conforme o n° de habitantes dos municípios.

Modalidades de CAPS	Número de habitantes dos municípios
CAPS I	acima de 20.000 habitantes
CAPS II	entre 70.000 e 200.000 habitantes
CAPS III	acima de 200.000 habitantes
CAPSad II	acima de 70.000 habitantes
CAPSi II	cerca de 200.000 habitantes

Fonte: BRASIL, 2002

A assistência do CAPS pressupõe um acolhimento aos sujeitos com sofrimento psíquico, baseados nos pressupostos da desinstitucionalização. Segundo Costa-Rosa (2000), a atenção psicossocial sustenta um conjunto de ações que preconizam a substituição do modo asilar como paradigma das práticas dominantes. O autor salienta que na atenção psicossocial, “a loucura e o sofrimento não tem de serem removidos a qualquer custo, eles são reintegrados como partes da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito” (COSTA-ROSA, 2000, p.155).

Yasui (2009) relata que a atenção psicossocial é o paradigma transformador da Reforma Psiquiátrica, visto que implica em inventar um novo modelo de cuidar do sofrimento psíquico através da criação de espaços de constituição de relações sociais baseadas em princípios e valores que possibilitam reinventar a sociedade, de maneira que exista um lugar para o sujeito louco.

Conforme menciona Amarante (2008), é fundamental para os CAPS:

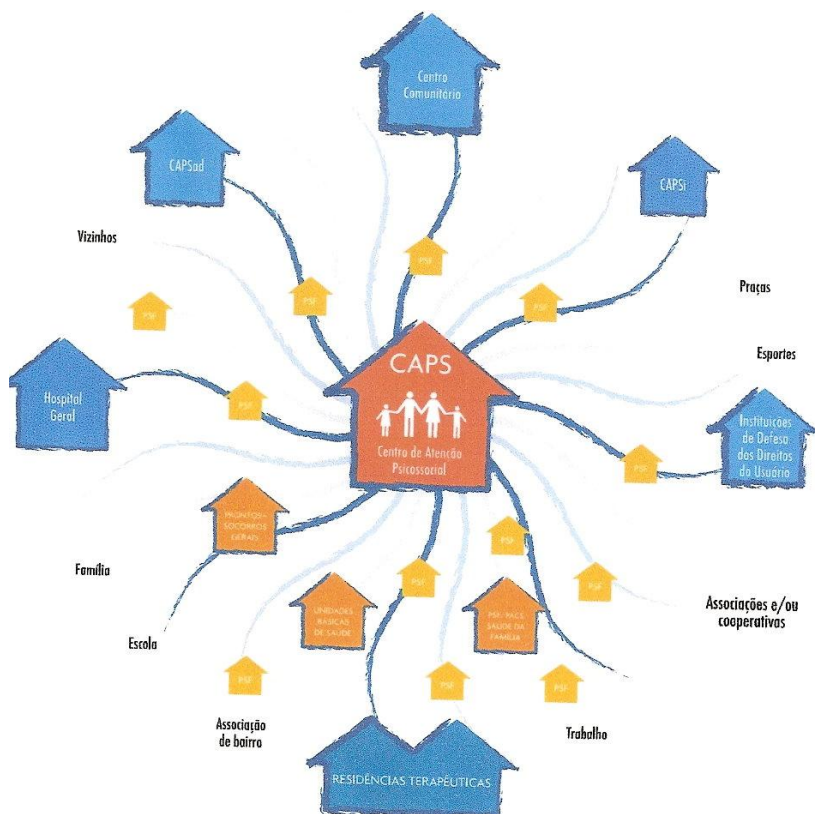
- ✓ Oferecer estruturas flexíveis evitando tornarem-se espaços burocratizados, repetitivos, os quais tendem a trabalhar mais em relação com a doença do que com as pessoas;
- ✓ Propiciar o acolhimento aos sujeitos que estão em crise e as demais pessoas envolvidas (familiares, amigos e outros), de forma que seja construída uma rede de relações entre a equipe e os sujeitos que fazem parte deste contexto;
- ✓ Realizar o trabalho terapêutico direcionado para enriquecer a existência dos sujeitos;
- ✓ Desenvolver suas habilidades em atuar no território, ou seja, desenvolver relações com os diversos recursos presentes na

comunidade (associações de bairro, atividades esportivas, entidades comerciais);

- ✓ Atuar embasado no princípio da intersetorialidade, ou seja, criar estratégias que tenham interface com os diversos setores sociais, principalmente com os serviços existentes no campo da saúde mental (cooperativas, residências de egressos, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, entre outros serviços) e da saúde em geral (unidades de saúde, Estratégia de Saúde da Família e hospitais gerais);
- ✓ Organizar a rede de atenção aos sujeitos que passaram um longo período internados em hospitais psiquiátricos ou que estão em situação de vulnerabilidade, que precisam desenvolver autonomia, independência, enfim, necessitam de acompanhamento para realizar as atividades cotidianas e para a reinserção social;
- ✓ Participar ativamente para que as políticas de saúde mental e atenção psicossocial organizem-se de forma que haja cooperação, sincronia de iniciativas e envolvimento dos atores sociais.

Para o fortalecimento da rede de atenção à saúde mental é necessária a articulação entre recursos econômicos, sociais, afetivos, culturais, religiosos, sanitários, que possibilitem o cuidado e a reabilitação dos sujeitos com sofrimento psíquico intenso. Desta forma, os CAPS são dispositivos que devem estar situados no núcleo da rede de serviços de saúde e outros setores, que são fundamentais para a inserção dos sujeitos que estão excluídos da sociedade (BRASIL, 2004).

Figura 1 - Rede de Atenção à Saúde Mental



Fonte: Brasil, 2004

3.5 A TRAJETÓRIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM SANTA CATARINA

O estado de Santa Catarina na assistência à saúde mental percorreu o mesmo trajeto delineado em todo o país. Construiu instituições psiquiátricas pelo interior do estado, o Hospício Oscar Schneider –Joinville, Hospício Azambuja – próximo de Brusque e em 1941, o governo do Estado, inaugurou o Hospício Colônia Sant’Ana , na área rural, à 22km de distância do Centro de Florianópolis, na cidade de São José. A Colônia Sant`Ana diferenciou-se dos outros hospícios por

estar sob o poder do Estado. Esta instituição seguiu os moldes da colônia⁶, iniciou com 300 leitos e passou a ser um serviço de referência da assistência aos sujeitos ditos “loucos”, chegando a 2.156 internos em 1971 (SPRICIGO, 2002).

Em função do número exorbitante de internos foi realizada a tentativa de desospitalização dos sujeitos. Estas ações foram em sua maioria fracassadas, pois os sujeitos já estavam um longo período internados e distantes de seus familiares, quando chegavam de volta na residência da família, acompanhados pela equipe da Colônia, rejeitados e mandados de volta ao Hospício. Estas famílias não foram preparadas para recebê-los e os ‘pacientes’ não tinham nenhuma assistência para a sua ‘doença’, portanto, os poucos que permaneciam em casa, em breve reinternavam (SPRICIGO, 2002).

A Colônia Sant’Ana atualmente é o Instituto de Psiquiatria (IPq), sendo o único hospital público especializado que presta assistência psiquiátrica em Santa Catarina, recebendo pessoas de todas as regiões do estado.

Em 1986, assume o Estado de Santa Catarina, um novo governo que fazia oposição ao regime vigente e estava direcionado para atender a população, propõe então a reestruturação da área da saúde.

Em 1989, surge o primeiro CAPS de Santa Catarina. Este serviço, infelizmente não obteve êxito na sua implantação, assim como os demais serviços de saúde mental extra-hospitalares que até o momento também não tinham se efetivado, principalmente pela dificuldade de formação da equipe profissional (SPRICIGO, 2002). Somente em 1995, na capital do estado, que foi implantado o primeiro CAPS, chamado na época de Núcleo de Atenção Psicossocial -NAPS (FLORIANÓPOLIS, 2009).

No decorrer do tempo o número de CAPS cresceu por todo o estado, conforme os quadros a seguir:

⁶ “A idéia fundamental desse modelo de colônias é a de fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em sua casa ou no trabalho” (AMARANTE, 1994, p.76)

Quadro 2 - N° de CAPS em SC conforme o ano.

Ano	N° de CAPS
2000	11
2002	25
2003	30
2004	33
2005	45
2006	54
2007	60

Fonte: Santa Catarina, 2008

Quadro 3 - N° de CAPS em SC por modalidade de serviço

Modalidade de Serviço	N° de CAPS
CAPS I	44
CAPS II	12
CAPS III	2
CAPSad II	11
CAPSi II	6

Fonte: Santa Catarina, 2011a

Em virtude de mudanças políticas e da nova legislação em saúde mental ocorreu um progresso no cenário catarinense, que atualmente conta com 75 CAPS, distribuídos pelas diversas regiões do estado.

3.6 O OLHAR DAS PESQUISAS SOBRE OS CAPS NO BRASIL

No Brasil, as pesquisas sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) vêm demonstrando como está delineada a assistência em saúde mental nas diversas regiões do país. Através destas pesquisas é possível ampliar o leque de conhecimento sobre os demais CAPS do país e apreender novos métodos que permitem o aprimoramento da investigação na área de saúde mental. Sendo assim, apresenta-se algumas pesquisas com abrangências regionais, estaduais e municipais sobre os CAPS.

A pesquisa “Articulando experiências, produzindo sujeitos e incluindo cidadãos: um estudo sobre as novas formas de cuidado em

saúde mental na Bahia e em Sergipe” (NUNES, 2010), trata-se de uma proposta de metodologia de avaliação dos CAPS, com enfoque qualitativo e multidimensional, a partir das perspectivas dos usuários, familiares e profissionais. Segundo Nunes (2010, p.216), “Avaliar qualidade é, antes de tudo, compreender significados produzidos em contextos sociais específicos”. Os autores concluem que a pesquisa para tornar-se plena é necessário transformar seus resultados em insumo político para ocorrer as mudanças indispensáveis dos serviços, o que envolverá diversos atores sociais.

No sul do país foi realizada a pesquisa CAPSUL – “Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil” ((KANTORSKI, 2007), através da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Universidade do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Os resultados da pesquisa CAPSUL mostraram que o desempenho do serviço é avaliado como satisfatório no que se refere à qualidade do atendimento, da variedade de ofertas de atividade e responsabilização pelo cuidado; assim como o processo de trabalho também foi considerado satisfatório, flexível e com equipe multidisciplinar; apresenta que existem problemas na aquisição e distribuição de medicação; predomina nestes serviços a liberdade do usuário em decidir se participa ou não das atividades; há dificuldades na inserção da família junto às atividades; e perceberam limites relacionados ao conhecimento da gestão sobre o trabalho dos CAPS. Considerou-se na CAPSUL que os CAPS que estão inseridos numa rede de saúde mental estão mais reservados das oscilações políticas da região. Neste estudo salientou-se que o CAPS é um serviço estratégico na transformação do modelo assistencial em saúde mental e foi sugerido promover iniciativas que fortaleçam a articulação dos CAPS numa rede de cuidados em saúde com maior amplitude.

No estado de São Paulo, foi realizada a pesquisa “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de São Paulo” (LIMA, 2010), idealizada pela Câmara Técnica de Saúde Mental do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Este estudo se constitui na avaliação das estruturas e processos dos CAPS tomando como referência a legislação vigente, principalmente a Portaria/GM nº336/02, do Ministério da Saúde. Os resultados da pesquisa apontaram que os CAPS investigados revelaram não cumprir a função de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território; em relação a reabilitação psicossocial, pouco mais de 40% dos CAPS pesquisados realizavam trabalho junto à comunidade para reintegração profissional dos usuários, os CAPS pesquisados, no geral, ofereciam

atendimento individual aos pacientes, sob diversas modalidades, atendimento em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias da integração do usuário na comunidade e inserção familiar e social. É interessante mencionar que na amostra analisada dos 85 CAPS no estado de São Paulo, mediante suas modalidades e abrangência territorial, pode-se afirmar que a gestão é pública, pois 69 dos CAPS pesquisados estavam sob a administração municipal, seis sob a administração estadual, dois geridos por entidades privadas beneficentes e dois por entidades privadas lucrativas, e seis sob a administração do município com parceiros.

Na cidade de Campinas no estado de São Paulo foi realizada a “Pesquisa Avaliativa da Rede de CAPS de Campinas” (CAMPOS et al, 2008), por Professores da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/Unicamp), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp/Santos) e Universidade Federal Fluminense (UFF/RJ), em parceria com a Secretaria de Saúde do município e os trabalhadores dos CAPS pesquisados. Esta pesquisa abordou diversos temas relacionados aos CAPS como atenção à crise, gestão, concepção de CAPS, formação dos trabalhadores/sofrimento psíquico, projeto terapêutico individual, práticas grupais entre outros. A partir dos resultados foram apresentados “pontos fortes” e “fragilidades” em relação a cada item pesquisado, assim como propostas para melhoria dos serviços. Dentre as propostas mencionadas, salienta-se a redefinição dos planos curriculares de profissões da saúde, formação continuada dos profissionais do CAPS, estímulo e reforço a gestão democrática e à formação de gestores, estimular a pesquisa avaliativa das redes de assistência a saúde mental, entre outras.

As pesquisas apresentadas demonstram que existe uma grande preocupação por parte das Universidades e outras instituições com o trabalho desenvolvido nos CAPS. Este interesse favorece o desenvolvimento e aprimoramento da qualidade de assistência à saúde mental em nosso país.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, caracterizada como exploratória descritiva que pretende conhecer a percepção dos profissionais de uma instituição, que permite, indiretamente, explorar suas características, seus problemas, seu projeto de trabalho, seus valores e descrever os fenômenos inerentes a esta realidade institucional (TRIVIÑOS, 1987).

A pesquisa qualitativa busca abordar o mundo externo (para além dos laboratórios), compreender, descrever e explicar os fenômenos sociais de diversas maneiras (FLICK, 2009). Este tipo de pesquisa é mais adequada quando se estudam fenômenos com maior envolvimento de subjetividade, como é o caso da percepção de acontecimentos. A percepção dos profissionais é parte, nesta ótica, da estrutura institucional.

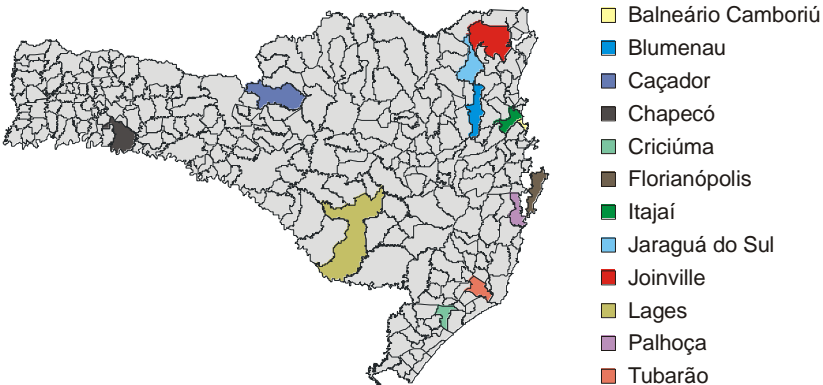
4.2 CAMPO DA PESQUISA

Definiu-se como campo da pesquisa a rede de CAPS II de SC, os quais são estruturados para prestar atendimento especificamente aos sujeitos diagnosticados com algum “transtorno mental” e egressos de hospitais psiquiátricos. Os CAPSad II (álcool e drogas) – referência à pessoas que apresentam problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas -, e o CAPSi II (infantil) – referência ao atendimento de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico-, não participaram da pesquisa por atenderem outro perfil de usuário, estes temas não são abordados neste estudo.

Realizou-se um levantamento de dados sobre a disposição dos CAPS em SC (número, localização no estado, e modalidades de serviços) através da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2009). Levantou-se também a população dos municípios por meio de informações do censo 2007 (IBGE, 2007). A disposição geográfica das unidades orientou a escolha do campo, pois possibilitaria ter um panorama da situação deste serviço em SC.

O campo de pesquisa ficou delimitado nos 12 CAPS II, que estão distribuídos por todas as regiões do estado, conforme os municípios destacados no mapa (Figura 2).

Figura 2 - Mapa de Santa Catarina com destaque para o 12 municípios sede dos CAPS II



Fonte: Santa Catarina, 2009

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram os coordenadores e técnicos dos 12 CAPS II de Santa Catarina. Para definir o número de profissionais e qual categoria profissional abordar foram consideradas informações da Portaria/GM nº336/02. De acordo com a Portaria/GM nº336/02, a equipe mínima com nível superior de um CAPS II é de seis profissionais, sendo que duas categorias são definidas – médico e enfermeiro- as outras quatro categorias podem variar de acordo com as necessidades da unidade. Diante desta configuração da equipe proposta pelo Ministério da Saúde, considerou-se que a participação dos 12 coordenadores e 24 técnicos dos CAPS II, sendo dois de cada unidade, seria suficiente para prestar as informações necessárias para esta pesquisa, uma vez que na abordagem qualitativa o critério numérico não influencia para a validade dos dados.

A participação dos técnicos ficou delimitada àqueles que exercem sua função dentro das categorias profissionais de nível superior (psicólogo, médico, assistente social, enfermeiro, entre outros profissionais). A escolha destas categorias ocorreu potencialmente porque estes profissionais estão diretamente em contato com os usuários e familiares, tendo um conhecimento mais profundo da realidade investigada. Optou-se por não definir uma categoria profissional

específica, por considerar que independente da função, todas as informações, sejam elas similares, contrárias ou diversas, são importantes para a pesquisa. A definição de qual técnico participar da pesquisa ficou vinculada a indicação do coordenador, que ocorreu de acordo com a disponibilidade no momento da visita.

Para a coleta de dados foi realizada entrevistas semiestruturadas com os coordenadores e aplicação de questionários abertos com os técnicos. A identificação dos participantes foi designada por números de “1 a 35”, distribuídos aleatoriamente. Os coordenadores e técnicos são mencionados no texto como “profissionais”, resguardando a identificação.

4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Foi elaborado um roteiro (apêndice A) com questões para a realização das entrevistas semiestruturadas e utilizado o mesmo instrumento para a aplicação dos questionários abertos. Algumas perguntas do roteiro foram baseadas nos instrumentos utilizados na “Pesquisa Avaliativa da Rede de CAPS de Campinas” (CAMPOS et al, 2008), a qual apresenta questões e temas pertinentes ao que se pretendia investigar nesta pesquisa.

A escolha pela entrevista semiestruturada ocorreu em função desta proporcionar uma interação entre o entrevistador e o entrevistado, permitindo o acesso imediato dos dados e possibilitam esclarecimentos e adaptações sobre as informações prestadas (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

Optou-se pela aplicação de questionário aberto (mesmo roteiro da entrevista) com os técnicos em função da coleta de dados ocorrer em uma única visita em cada CAPS, evitando assim a realização de mais de uma entrevista. A técnica de aplicação de questionário possibilitou a coleta de dados sem a presença da pesquisadora durante o preenchimento, sendo necessário apenas um momento para explanar a pesquisa e prestar esclarecimentos sobre as dúvidas. Triviños (1987) considera que o questionário aberto é uma técnica que possibilita a investigação dos processos nos quais o pesquisador está interessado, assim como a própria entrevista entre outras técnicas.

4.5 CONTATO COM OS PARTICIPANTES

Durante a elaboração do projeto desta pesquisa foram realizados contatos por telefone com 11 coordenadores dos CAPS II, para verificar

seu interesse em participar da pesquisa. Em três CAPS a participação dos coordenadores dependia da autorização específica das Secretarias Estaduais de Saúde. Nos demais CAPS II, os coordenadores tinham autonomia para decidir a participação. Nenhum coordenador se recusou a participar da pesquisa. Foi então encaminhada a apresentação da pesquisa por meio de correio eletrônico aos coordenadores.

Nas três situações em que a participação na pesquisa dos CAPS estava vinculada a autorização de outra instância municipal, apenas em um houve demora em receber a autorização. Neste caso, o projeto foi entregue à Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde que retornou com questionamentos sobre os participantes da pesquisa e solicitação de alteração no projeto. Como o projeto já havia passado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovado, não poderia ser mais alterado. Após esclarecimentos por escrito da pesquisadora e do professor orientador, foi autorizada a participação daquele CAPS. Este processo demorou cinco meses.

4.6 TRAJETÓRIA PELO CAMPO DE PESQUISA

As visitas em onze CAPS ocorreram no período de dois meses (outubro e novembro de 2010), em um CAPS foi realizada em fevereiro de 2011, devido a espera pela autorização de acesso ao campo. A coleta dos dados foi realizada nos doze CAPS, sendo uma visita em cada unidade exclusivamente para realização da entrevista e aplicação de questionários.

Realizou-se entrevistas com doze coordenadores de CAPS, sendo que em uma unidade foram realizadas duas entrevistas, uma com a coordenadora atual e outra com o antigo coordenador, em função da coordenação do CAPS estar num período de transição no momento da coleta de dados. Em um CAPS a coordenadora não compareceu para trabalhar naquele dia em que a entrevista foi agendada, então os profissionais do CAPS entraram em contato por telefone e a coordenadora designou um técnico para participar da entrevista em seu lugar.

As entrevistas duraram em torno de uma hora. A maioria dos coordenadores falaram espontaneamente sobre os avanços e desafios que estão vivenciando nos CAPS.

A aplicação de questionários foi realizada com 24 técnicos indicados pelos coordenadores dos CAPS. A pesquisadora explicou antecipadamente sobre o preenchimento dos questionários e se colocou a disposição para auxiliá-los caso houvesse alguma dúvida. Poucos

técnicos solicitaram esclarecimentos sobre as questões, a maioria respondeu sem maiores questionamentos.

No total foram entregues à pesquisadora 22 questionários respondidos pelos técnicos. Vinte questionários foram entregues à pesquisadora no final da visita, dois questionários foram enviados por e-mail. Os dois profissionais que não entregaram os questionários respondidos relataram não saber responder as perguntas. Então ficou combinado passarem para outros profissionais, que não estavam presentes no momento, mas que posteriormente encaminhariam as respostas por e-mail. A pesquisadora não obteve retorno destes profissionais.

Antes de iniciar as entrevistas e aplicação dos questionários foi solicitado aos participantes a leitura e assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Apêndice B). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Anexo A), os procedimentos ocorreram de acordo com as recomendações da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

4.7 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas parcialmente para a organização e análise dos dados.

Não é necessário transcrever toda e qualquer informação coletada no projeto para analisá-la. Alguns níveis e formas de análise podem ser realizados de forma bastante produtiva sem qualquer cópia das entrevistas, dos textos e observações coletados ou gravados. Na verdade, alguns pesquisadores defendem a análise direta de uma gravação em vídeo ou áudio, pois assim há mais probabilidade de olhar o todo e não se prender a detalhes do que foi dito (GIBBS, 2009, p.29).

A escuta repetidas vezes das entrevistas possibilitou que a pesquisadora “mergulhasse” no campo e revivesse os momentos das visitas nos CAPS, observando assim dados minuciosos que enriqueceram a pesquisa. Os relatos que fazem parte dos resultados da pesquisa foram transcritos na íntegra.

O conteúdo das entrevistas extrapolou as questões do roteiro, o que de certa forma está previsto quando se trabalha com entrevistas semiestruturadas. Já os questionários apresentaram em geral respostas sucintas, direcionadas objetivamente às perguntas. Os dados das entrevistas e dos questionários foram distribuídos em categorias e subcategorias. Algumas categorias já estavam pressupostas a partir da elaboração do roteiro de perguntas, mas a definição das categorias ocorreu de fato *a posteriori* a coleta de dados. Após as categorias definidas foi feita uma revisão nos questionários e realizada novamente a escuta de todas as entrevistas para a confirmação dos relatos escolhidos e da transcrição destes recortes.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados sob a ótica do pensamento hermenêutico-dialético. Dentre algumas abordagens pesquisadas, a escolha pela análise dos dados por meio da abordagem hermenêutica-dialética ocorreu em função da proposta de compreender a realidade em transformação dentro de um contexto histórico, no qual, a interpretação e a crítica da pesquisadora são imprescindíveis, possibilitando assim a análise de episódios implícitos e explícitos.

Para Minayo (1993, p.219), a hermenêutica e a dialética possibilitam “realizar uma reflexão fundamental que ao mesmo tempo não se separa da práxis, pode dizer que o casamento destas duas abordagens deve preceder e iluminar qualquer trabalho científico de compreensão da comunicação”.

O estudo hermenêutico, segundo Ayres (2008), não é rigorosamente um método, mas um caminho que possibilita ao pesquisador realizar uma discussão sobre determinado tema e uma forma própria de construir um conhecimento verdadeiro, de corte “compreensivo-interpretativo-aplicado”. O autor ainda menciona que “a validação desse conhecimento estará apoiada centralmente não na verificabilidade (metódica) daquele conhecimento, mas na capacidade por ele demonstrada de levar uma dada situação problematizada a uma expressão discursiva mais fecunda” (AYRES, 2008, p. 57).

A abordagem dialética, segundo Konder (1990), na contemporaneidade, significa a forma de pensar as contradições da realidade, como compreender a realidade como essencialmente contraditória e em constante transformação. Para ocorrer a transformação é necessária a superação dialética, que para Hegel, “é simultaneamente a negação de uma determinada realidade, a

conservação de algo de essencial que existe nessa realidade negada e a elevação dela a um nível superior” (KONDER, 1990, p.26).

A hermenêutica tem outra forma de questionamento e investigação, ela analisa a constituição da linguagem e remete para além de sua expressividade, torna o não-dito presente, revela o silêncio. A fala insinua um sentido implícito que aparece apenas como pano de fundo, onde desta forma consegue manter o sentido, o qual quando anunciado deixa de exercer sua função (GADAMER, 2002).

Segundo Gadamer (2006), a hermenêutica, considerada como a arte da compreensão, desempenha uma função importante em diversos campos do saber. Já foi utilizada para interpretação da bíblia, para a jurisprudência e interpretação das leis. Ela é importante quando a aplicação das regras não é suficiente, o que ocorre em todo âmbito da vida de experiência do convívio humano.

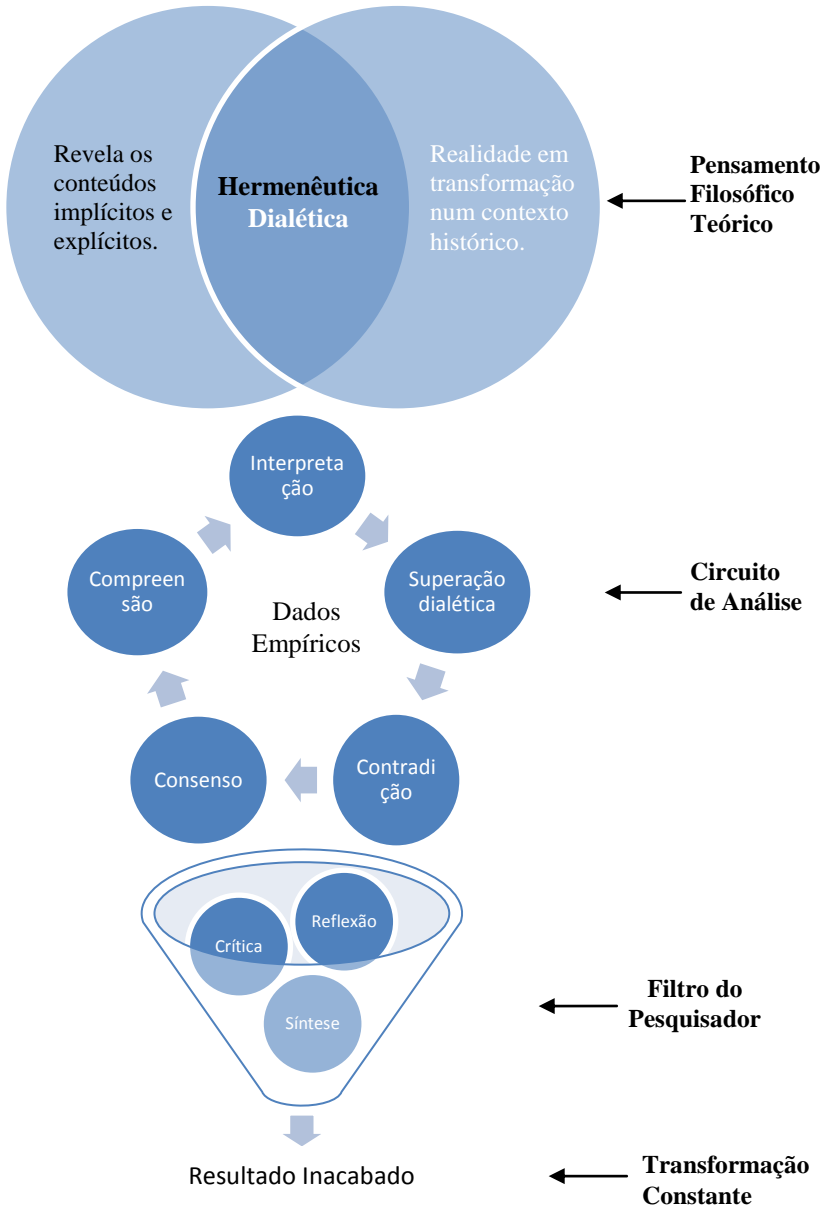
Na verdade, não há nenhum interesse maior na distinção entre o que é um estudo hermenêutico e o que não é, como se a classificação em si pudesse fornecer critérios para o julgamento da natureza ou da qualidade de um estudo – nada seria mais contrário à hermenêutica filosófica! O que importa é que o aprofundamento da discussão filosófica da hermenêutica e de suas implicações metodológicas para investigações filosóficas, científicas e tecnológicas possa propiciar maior autocompreensão do sentido de nossas construções conceituais e expandir nossos horizontes de temas e meios de produção de conhecimento, especialmente no que se refere ao incremento de nossa sabedoria prática (AYRES, 2008, p.58).

Para esta pesquisa realizou-se o percurso da análise buscando salientar a idéia de Gadamer de que a Hermenêutica não se constitui como um método e sim como uma forma de compreensão; e a idéia de Habermas de que a dialética com seu pensamento crítico promove a reflexão que a hermenêutica não alcança (STEIN, 1987). Desta forma, a hermenêutica e a dialética se complementam enquanto abordagens filosóficas e apontam um caminho para análise. Segundo Stein (1987, p.131), “podemos dizer que toda questão do método nas ciências humanas sem a filosofia é cega; mas, ao mesmo tempo, a filosofia, nos

caminhos de métodos que lhe são próprios, torna-se vazia sem o diálogo e a ocupação direta com as ciências sociais”.

Neste estudo a pesquisadora desenhou a trajetória da análise de acordo com o que preconiza a hermenêutica dialética, e denominou-a de “Percurso Analítico” (Figura 3).

Figura 3 - Percurso Analítico



Fonte: Autora, 2011

No Percurso Analítico a pesquisadora partiu do pensamento hermenêutico dialético buscando fazer o tratamento dos dados empíricos com base na interpretação, compreensão, consenso, contradição, superação dialética, que formam um “Circuito de Análise”. No momento do tratamento dos dados empíricos, no circuito analítico, surgem reflexões, críticas, sínteses, que constituem o “filtro” da pesquisadora, ou seja, não há neutralidade em quem analisa os dados. Somente depois de passar pelo percurso é que se chega num “Resultado Inacabado”, que significa uma conclusão deste estudo, mas que permanece em constante transformação. Considera-se importante mencionar esta maleabilidade dos resultados para salientar que na pesquisa qualitativa não é essencial a réplica de um estudo para chegar ao mesmo resultado. Os fenômenos e os próprios pesquisadores estão também em constante transformação. Como já dizia Heráclito, não se toma banho no mesmo rio duas vezes, pois nem as águas, nem as pessoas serão as mesmas.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de C. M. Hermenêutica, conhecimento e práticas de saúde, a propósito da avaliação. In: CAMPOS, Rosana Onocko et al. **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: Desenho Participativo e Efeitos da Narratividade**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. 428p.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Loucos pela Vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1998. 136p.

_____. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 142p.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2008. 120p.

_____. Asilos, alienados e alienistas. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 1994. 204p.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 326p

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>> Acesso em: 10 jun. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº224/MS**, de 29 de janeiro de 1992. Disponível em:

<http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/PORTARIA_224.pdf> Acesso em: 10 jun. 2009.

_____. Presidência da República. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Brasília, 2001. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>

Acesso em: 10 jun. 2009.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.080**, 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990. Disponível em: <
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>> Acesso em:
18 ago. 2010.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.142**, 28 de dezembro de 1990. Brasília, 1990. Disponível em: <
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>> Acesso em:
18 ago. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Brasília, 2010. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_uf_junho.pdf>
Acesso em: 15 ago. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde
Mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial / Ministério
da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações
Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
86 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à
Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS**: acesso ao tratamento e
mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006.
Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 85 p.

CAMPOS, Rosana Onocko et al. (Org.). **Pesquisa Avaliativa em Saúde
Mental**: Desenho Participativo e Efeitos da Narratividade. São Paulo:
Aderaldo & Rothschild, 2008. 428p.

COSTA-ROSA, Abílio da. O Modo Psicossocial: um Paradigma das
Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, Paulo Duarte
de Carvalho (Org.). **Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental,
Sociedade**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2000. 316p.

FLICK, Uwe. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Porto
Alegre: Artmed, 2009. 196p.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde /Prefeitura Municipal de Florianópolis, **25 anos do Programa de Saúde Mental de Florianópolis**, 2009. Disponível em:

<<http://www.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=632>> Acesso em 20/07/2011.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000. 295p

_____. Michel. **História da loucura na idade clássica**. 6ª. ed. Trad.: José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 2008 (Orig. 1972).

GADAMER, Hans Georg. **Verdade e método II**: complementos e índice. Petrópolis: Vozes, 2002. 620p.

_____. **O Caráter Oculto da Saúde**. Petrópolis: Vozes, 2006. 176p.

GIBBS, Graham. **Análise de Dados Qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 198p.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974. 315p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População recenseada e estimada, segundo os municípios – Santa Catarina – 2007. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabela1_1_22.pdf> Acesso em: 08 dez. 2009.

KANTORSKI, Luciane Prado (Coord.) **Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil** – CAPSUL. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, Ministério da Saúde. Pelotas, 2007. 437 p.

KONDER, Leandro. **O que é dialética**. 21a ed. São Paulo: Brasiliense, 1990. 87p. (Primeiros passos 23)

LIMA, Mauro Gomes Aranha de. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP, 2010. 104 p. Disponível em:

<<http://www.uniad.org.br/images/stories/arquivos/Avaliacao%20CAPS%20cremesp.pdf>> Acesso em: 14 ago. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 2ª.ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993. 269p

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini. BÓGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a Metodologia Qualitativa como Recurso para o Estudo das Ações de Humanização em Saúde. Saúde e Sociedade v. 13, nº 3, 2004.

NUNES, Mônica de Oliveira. et al., A articulação da experiência dos usuários nas microculturas dos Centros de Atenção Psicossocial – uma proposta metodológica. **Estudos e Pesquisas em Psicologia** UERJ – RJ, Ano 10, N. 1, P. 204-220, 1º Quadrimestre de 2010. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a14.pdf>. > Acesso em 14 jun. 2010.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de, MARTINHAGO, Fernanda, MORAES, Ramona Sant`Ana Maggi. **Entendendo a Reforma Psiquiátrica: A Construção da Rede de Atenção à Saúde Mental.** Florianópolis: ABRASME/UFSC, 2009. 65 p.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, Fernanda (org.) **Desinstitucionalização.** 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001, 112p.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Plano Operativo Estadual de Saúde Mental 2008 – 2010,** 2008. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=315&Itemid=163 > Acesso em: 18 jul. 2011.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Saúde Mental – CAPS.** 2011a Disponível em:<http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=315&Itemid=163 > Acesso em: 18 jul. 2011.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Endereços CAPS.** 2009. Disponível em:

<http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/enderecos_caps.htm> Acesso em: 08 dez. 2009.

STEIN, Ernildo. Dialética e Hermenêutica: Uma Controvérsia sobre Método em Filosofia. In: HABERMAS, Jürgen, **Dialética e Hermenêutica: Para Crítica da Hermenêutica de Gadamer**. Porto Alegre: L&PM, 1986. 136p.

SPRICIGO, Jonas Salomão. **Desinstitucionalização ou Desospitalização – A Aplicação do Discurso na Prática Psiquiátrica de um Serviço de Florianópolis**. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 142p.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo/SP: Atlas, 1987. 175p.

YASUI, Silvio. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Vol 1, no1, jan-abr. 2009. Disponível em: <http://www.cbsm.org.br/artigos/artigos/11_Silvio_Yasui.pdf> Acesso em: 06 jun. 2011

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

IDENTIFICAÇÃO
Data:
CAPS II (nome):
Cidade:
Entrevistado:
E-mail:
Profissão:
Há quanto tempo trabalha no CAPS:
1. Percepção da desinstitucionalização
1.1. O que você entende sobre desinstitucionalização?
2. Atendimento dos CAPS II em Santa Catarina em relação aos usuários
2.1. Como é o atendimento aos usuários que chegam em crise?
2.2. Existe a elaboração de projeto terapêutico individual? Há profissional de referência? O projeto terapêutico individual é elaborado e acompanhado pela equipe ou somente pelo profissional de referência? Como ocorre este processo?
2.3 Existem práticas de grupos no CAPS? Quais são estes grupos e que funções possuem?
3. Ações de desinstitucionalização
3.1. É realizado o acompanhamento no hospital ou abrigo dos usuários há longo tempo internados e/ou abrigados com objetivo de reinserção social? Como ocorre este acompanhamento?
3.2. É realizado o acompanhamento aos familiares de usuários internados em hospitais psiquiátricos? Como ocorre este acompanhamento? Através de visitas domiciliares, atendimentos no CAPS, entre outros?
3.3. Existe relação institucional com as equipes dos hospitais psiquiátricos internantes e/ou abrigados? O que é discutido entre as equipes sobre projeto terapêutico, alta hospitalar, licença para domicílio, acompanhamento pelo CAPS, projeto de reinserção social, entre outros assuntos?
3.4. É realizado o acompanhamento de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT ou em outras moradias? Como ocorre este acompanhamento?
3.5. É realizado o acompanhamento de outros projetos fora do CAPS? Como reinserção familiar e social, geração de renda, entre outros? Especifique o projeto.

3.6. Existem outras ações de desinstitucionalização que são realizadas pela equipe deste CAPS?

4. Articulação do CAPS com o território

4.1. O CAPS realiza intervenções no território junto a outros parceiros da rede de saúde (Samu, ESF, UBS, outros)? Que tipo de intervenções?

4.2. O CAPS desenvolve atividades intersetoriais no território? Com quais instituições (escolas, associação de moradores, clubes)? Quais as atividades desenvolvidas e com que frequência?

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução 196/1996 Ministério da Saúde)

Estou apresentando o termo de consentimento livre e esclarecido, caso queira e concorde em participar da pesquisa, intitulada “DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA REDE DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE SANTA CATARINA”, autorizando a entrevista e aplicação de questionário referentes as etapas de coleta de dados. Esclarecemos que a referida pesquisa tem como objetivo analisar a percepção dos profissionais em relação à prática na rede dos Centros de Atenção Psicossocial II de Santa Catarina frente a proposta de desinstitucionalização.

Garanto o sigilo e anonimato dos sujeitos em estudo, bem como a liberdade de não participação ou desistência durante todo o período da pesquisa. Para qualquer outra informação que necessite sobre a pesquisa deixo o meu contato: Fernanda Martinhago, e-mail fmartinhago@terra.com.br e celular (48) 9936-1440. Caso você tenha interesse e disponibilidade em participar como sujeito desta pesquisa, autorize e assine o consentimento abaixo.

Fernanda Martinhago
Pesquisadora Principal

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, eu, _____, declaro que fui informado (a) de forma clara dos objetivos e instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro

que aceito voluntariamente a participar da pesquisa e autorizo o uso de gravador nos momentos que se fizer necessário.

Fui igualmente informado (a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida em relação aos procedimentos, do acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento do estudo; do sigilo e anonimato.

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

Local/Data: _____

Assinatura do Participante

ANEXO A – CERTIFICADO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 1004

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584 GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 1004 FR: 367298

TÍTULO: Desinstitucionalização: a percepção dos profissionais da rede dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina.

AUTOR: Walter Ferreira de Oliveira, Fernanda Martinhago

FLORIANÓPOLIS, 27 de Setembro de 2010.

Coordenador do CEPSH UFSC

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEPSH UFSC

ARTIGOS CIENTÍFICOS

(DES)INSTITUCIONALIZAÇÃO NOS CAPS: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SANTA CATARINA

Fernanda Martinhago⁷
Walter Ferreira de Oliveira⁸

Resumo Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, que visa analisar a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Santa Catarina (SC) sobre desinstitucionalização. A coleta dos dados ocorreu através de entrevistas semiestruturadas com 12 coordenadores e um técnico e aplicação de questionários abertos com 22 técnicos graduados. A análise foi realizada com base no pensamento hermenêutico-dialético. Os relatos demonstraram que a maioria dos profissionais conhecem as propostas da desinstitucionalização, mas encontram dificuldades em aplicar na prática cotidiana nos CAPS. Já alguns profissionais apresentam uma compreensão equivocada sobre a desinstitucionalização, de forma que não acreditam, não sabem ou não distinguem de desospitalização. A desinstitucionalização nos CAPS pode significar um avanço nas práticas no âmbito da saúde mental, pois os próprios profissionais perceberam que estão reproduzindo o modelo manicomial. Observa-se que praticamente não são realizadas ações de desinstitucionalização voltadas aos sujeitos que estão um longo período nos hospitais psiquiátricos de SC.

Palavras-Chave Desinstitucionalização, Institucionalização, Centro de Atenção Psicossocial

⁷ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. E-mail: martinhagofernanda@gmail.com

⁸ Ph.D Social and Philosophical Foundations of Education Program - University of Minnesota, professor do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. E-mail: walter@ccs.ufsc.br

(DE)INSTITUTIONALIZATION IN CAPS: THE PERCEPTION OF PROFESSIONALS IN SANTA CATARINA

Abstract This is a qualitative research, exploratory and descriptive which analyses the perceptions of professionals in Centers for Psychosocial Care (CAPS) in Santa Catarina (SC) regarding deinstitutionalization. The collection of data was through semi-structured interviews with 12 coordinators and one technicians with a open questionnaires with 22 graduated technicians. Analysis was made using hermeneutic-dialectics as a base. The results showed that the majority of professionals know the ideas of deinstitutionalization but have difficulties to apply them in daily practice in CAPS. Some professionals present a dubious understanding of de-institutionalization, in that either they do not believe in it, or do not know how do distinguish it from de-hospitalization. The professionals have the impression that they are reproducing the asylum model, this fact is a signal that deinstitutionalization could lead to an advance in mental health treatment. It was observed that deinstitutionalization was almost never realized among subjects who have spent long periods in psychiatric hospitals in SC.

Key words Deinstitutionalization, Institutionalization, Center for Psychosocial Care

Introdução

A desinstitucionalização desenvolvida por Franco Basaglia, um dos precursores da Reforma Psiquiátrica italiana, propõe a desconstrução do modelo psiquiátrico clássico e a construção de novos saberes. A Reforma italiana teve uma repercussão mundial em função do fechamento de hospitais psiquiátricos e a promulgação da Lei 180, conhecida como Lei Basaglia. Esta trajetória na Itália, permeada por experiências exitosas na assistência à saúde mental, incentivou o movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira, que iniciou no fim da década de 70.

No Brasil, os hospitais psiquiátricos ofereciam péssimas condições de tratamento aos pacientes internados e precárias condições de trabalho aos profissionais. A Reforma Psiquiátrica brasileira propõe uma transformação neste cenário, de modo que a sociedade e a loucura convivam no mesmo espaço. Esta trajetória é delineada com o efetivo processo de participação e construção social, composta por diversos atores e instituições, inserida num amplo contexto político e social, o que possibilita atuar em diversos territórios.

Para superar a necessidade do hospital psiquiátrico no Brasil, foram criados os serviços substitutivos com a finalidade de prestar assistência ao sujeito com sofrimento psíquico intenso, de maneira que ele permaneça convivendo na sua comunidade, com seus familiares, inserido no contexto social. Entre estes serviços estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são designados a organizar a rede de atenção à saúde mental, além de prestar atendimento clínico e buscar a reinserção social dos sujeitos que apresentam algum sofrimento psíquico intenso.

Este redirecionamento da assistência em saúde mental é regulamentado pela Lei Federal nº10.216¹ criada em 2001, que ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Após uma década da existência desta Lei, surge o interesse em saber: O que os profissionais dos CAPS entendem por desinstitucionalização? Quais ações de desinstitucionalização estão sendo realizadas junto aos egressos e internos de hospitais psiquiátricos? Diante destas questões, foi realizada esta pesquisa com o objetivo de analisar a percepção dos profissionais dos CAPS de Santa Catarina (SC) sobre desinstitucionalização.

A institucionalização dos loucos

Para compreender o que é desinstitucionalização é importante relembrar como ocorreu o processo de institucionalização da loucura, o qual começa com o nascimento do hospital e conseqüentemente o surgimento do hospital psiquiátrico.

A institucionalização dos loucos como forma de exclusão do meio social começou na Idade Média com os leprosários, posteriormente as internações em função das doenças venéreas e paralelamente a loucura. A concepção de loucura foi construída no decorrer dos tempos sempre relacionada com a exclusão. A Nau dos Loucos é um exemplo da forma de exclusão daquela época, onde os ditos loucos eram colocados num barco que ficava navegando pelos rios. A internação é uma criação institucional que ocorreu século XVII por questões econômicas e precaução social. Esta invenção surge justamente no momento em que se percebe a loucura relacionada à pobreza, uma vez que o sujeito é incapaz de produzir e integrar-se no contexto social, refletindo em problemas para a cidade, onde o trabalho é obrigatório².

Os hospitais que existiam desde a Idade Média, não eram instituições voltadas para a cura, ou seja, a prática dos médicos não fazia parte desta instituição. Estes eram destinados a acolher os desabrigados, pobres e doentes, como uma instituição de caridade que prestava assistência material e religiosa, e evitava o contágio das doenças protegendo a população. O hospital era o lugar para se ter os “últimos cuidados e o último sacramento”, conhecido na época como “morredouro”³.

No final do século XVIII, o hospital passa a ser um instrumento terapêutico com uma nova proposta de trabalho, a prática passa a ser voltada para visita e observação sistemática e comparada dos hospitais com o objetivo de cura. A reorganização hospitalar acontece por meio da disciplina – técnica de exercício de poder – confiada ao médico e a transformação do saber e da prática da medicina. O médico torna-se então responsável pela organização hospitalar³.

O hospital torna-se um laboratório de pesquisas, espaço de exames, tratamento e de ensino-aprendizagem da medicina e saber sobre as doenças. A instituição que era filantrópica passa a ter um novo caráter, de hospital médico. Em decorrência destas transformações nasceram os primeiros hospitais psiquiátricos. O princípio terapêutico para o tratamento do sujeito com sofrimento psíquico passa a ser a hospitalização integral - isolamento -, ou seja, a exclusão ocorre através da internação, o que caracteriza a institucionalização⁴.

A função do hospital era de afastar o sujeito de todas as influências externas e observar a doença pura, sua natureza, suas características, seu desenvolvimento, assim como fazer aparecer e produzir a doença na sua verdade, que até então estava aprisionada e obstruída. O efeito da hospitalização podia tornar a doença uma realidade. Além de ser um lugar de poder dos médicos e produção da doença, o hospital é também um local propício para a elaboração de “substâncias patológicas”³.

Goffman⁵ menciona que quando o sujeito entra numa instituição ele perde todo o apoio e inicia-se o que o autor chama de “mortificação do eu”. É o processo pelo qual o sujeito perde a sua individualidade, é afastado de todo objeto que tem ligação a algum sentimento do “eu”, é designado a viver com coisas estranhas. O “eu” é violado no momento em que há uma fronteira entre o ser e sua relação com o ambiente. A instituição total, definida pelo autor como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”⁵, passam para os sujeitos internados prescrições e proibições que determinam a conduta dos sujeitos, são as “regras da casa” que especificam a rotina diária. A partir da internação o sujeito é desamparado pela sociedade e perde o vínculo com as pessoas que estavam próximas.

Segundo Amarante⁶, o manicômio é o lugar reservado pela sociedade para depositar o louco. Isto não significa que a sociedade cria a doença, mas não sabe ou não deseja conviver com a loucura.

Basaglia⁷ relata que o problema não é a doença mental em si, mas a relação que se constitui com ela. A prática realizada pela sociedade, pela psiquiatria e pela ciência foi de manter os problemas vinculados à doença mental afastados do meio social. O sujeito uma vez diagnosticado com uma doença mental, jamais será considerado qualquer forma de manifestação, pois tudo terá relação com sua doença, e ele está fadado a sofrer todos os níveis de violência institucional. Entretanto, o conceito de Goffman⁵ sobre “instituição total” é mencionado por Basaglia⁷, o qual corrobora que “uma instituição total significa estar à mercê do controle, do julgamento e dos planos dos outros, sem que o interessado possa intervir para modificar o andamento e o sentido da instituição”.

Para Amarante é fundamental sair do âmbito psiquiátrico e criar na sociedade condições para esta contribuir na transformação dessa realidade. “A doença não é condição única, nem a condição objetiva do

ser humano que está doente, ao mesmo tempo em que o aspecto em que se encontra o doente é produzido pela sociedade que o rejeita e pela psiquiatria que o gere”⁶.

Este trágico período histórico começa a mudar quando o próprio psiquiatra, que deteve o sujeito dentro dos hospitais psiquiátricos durante muito tempo, redescobre que o retorno ao convívio social, ou seja, a liberdade é condição imprescindível para melhorar o sofrimento psíquico. Os primeiros momentos extramuros do hospital psiquiátrico produzem no sujeito uma transformação gradual na sua relação com o mundo e com seu sofrimento psíquico, surgindo uma nova dimensão emocional. É longe do hospital psiquiátrico que o sujeito descobre que tem o direito de viver uma vida digna de um ser humano⁷.

A proposta da desinstitucionalização

A desinstitucionalização implica na superação dos hospitais psiquiátricos e na ruptura da relação causa-efeito na análise da constituição da loucura, e busca uma nova concepção deste fenômeno considerando sua complexidade. A Reforma Psiquiátrica italiana, apresenta uma proposta da desinstitucionalização que possibilita a transformação no campo da assistência à saúde mental, através da desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a reconstrução de novas realidades. Neste contexto, desinstitucionalizar significa compreender a dinâmica da instituição e a complexidade das práticas e saberes que produzem o modo de entender, perceber e relacionar-se com o contexto histórico e social⁸.

Os primeiros passos para a desinstitucionalização estariam na desconstrução do paradigma problema-solução, tendo o envolvimento e mobilização dos sujeitos envolvidos, inclusive os internos. O processo de desinstitucionalização busca construir e inventar outras perspectivas de subjetividade e de vida para os sujeitos com sofrimento psíquico, de maneira que não fiquem reduzidas a ‘evoluções’ e ‘prognósticos’ relacionados a doença mental⁶.

A intenção de Basaglia era justamente de questionar o saber psiquiátrico e negá-lo como ciência, possibilitando a construção de novas práticas na instituição. Basaglia propõe colocar a doença entre parênteses, ou seja, olhar para o sujeito e preocupar-se com tudo que se construiu em virtude da doença. A doença deixa de ser o foco principal e passa a ficar “suspensa” para poder olhar o sujeito que está em sofrimento psíquico. É a inversão dialética do saber psiquiátrico, pois até então era o sujeito que estava entre parênteses para a psiquiatria

poder olhar para a doença e codificá-la. Não se trata de negar a doença, mas de renunciar o conceito que a psiquiatria construiu sobre a loucura⁶.

Ao colocar a doença entre parênteses é possível observar o que não faz parte da doença, mas da condição de estar institucionalizado, o que Basaglia chamou de duplo da doença mental, que só pode ser observado a partir desta ruptura do saber psiquiátrico, possibilitando assim abertura para outros conhecimentos sobre essa mesma situação. O duplo da doença mental refere-se a tudo que foi construído em torno do sujeito internado em função da institucionalização: negação da subjetividade, perda da identidade, ser usado como objeto de estudo, estigmatizado como perigoso, incapaz, impossibilitado de viver na sociedade. Todos estes fatores vivenciados pelo sujeito internado são constituídos pela institucionalização e estão à margem da doença. Colocar a doença entre parênteses é um processo provisório e permanente. Provisório no sentido de deixar emergir o sujeito, seus sentimentos e desejos que foram encobertos pelo conceito da “doença mental”, e permanente enquanto princípio prático-teórico de colocar o saber psiquiátrico em discussão. Amarante⁶ relata que colocar a doença entre parênteses é o *a priori* da desinstitucionalização.

A partir do contato com o manicômio que Basaglia observa a prática da psiquiatria e a recusa como ciência, propõe então colocar a doença entre parênteses e a identificação e desmontagem do duplo da doença mental, buscando novas perspectivas para a atuação com o sujeito doente e não mais com a doença.

Na experiência italiana a desinstitucionalização ocorreu por meio do processo de reconstrução da instituição psiquiátrica para uma dimensão da construção de uma nova política psiquiátrica. A desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação, busca desmontar a relação problema-solução, não enfrenta a etiologia da doença, isto é, não se preocupa especificamente com a causa da doença, mas com a forma de existência e expressão do sujeito que deixa de ser paciente e torna-se um cidadão com direitos. Na Itália, a desinstitucionalização em psiquiatria tornou-se um processo social complexo, cujos sujeitos sociais envolvidos são atores deste movimento que busca transformar as relações de poder nas instituições. Além de construir espaços para atenção em saúde mental que superem a necessidade de internação nos hospitais psiquiátricos. O processo de desinstitucionalização alcança maior dimensão à medida que consegue superar as instituições psiquiátricas, isto é, proporcionando condições para suprimir a internação. Ao longo desta caminhada pode-se chegar ao fechamento dos manicômios, pois este fato apesar de desejado não é a

solução imediata, mas uma conquista possível através dos serviços substitutivos⁹.

No momento em que é possível proporcionar uma resposta a totalidade das necessidades de saúde mental dos sujeitos torna-se então viável eliminar as internações psiquiátricas. E para isto Rotelli *et al*⁹ mencionam três aspectos fundamentais da desinstitucionalização: a elaboração de uma nova política de saúde mental com base nas estruturas institucionais por meio da mobilização e participação dos atores envolvidos; o foco do trabalho terapêutico direcionado ao enriquecimento da existência global, complexa e concreta dos sujeitos com sofrimento psíquico, de maneira que eles sejam ativos; e a construção de estruturas que são substitutivas à internação nos hospitais psiquiátricos, justamente porque surgem da sua decomposição e transformação dos recursos materiais e humanos que permaneciam depositados nesta instituição.

Na cidade de Trieste na Itália, a desinstitucionalização foi um exemplo de como é possível eliminar as internações psiquiátricas chegando ao fechamento dos manicômios e qualquer outro serviço semelhante. Para que a desinstitucionalização ocorresse de fato foram criados diversos serviços e espaços de intervenção, como: os centros de saúde mental, plantão psiquiátrico no hospital geral, serviço psiquiátrico territorial no interior da instituição prisional e os espaços do ex-hospital psiquiátrico foram destinados a outras finalidades, cooperativas, centro para tóxico-dependentes⁹.

Pode-se dizer que o modelo de assistência em saúde mental de Trieste é um exemplo da desinstitucionalização, onde foi possível superar o hospital psiquiátrico com serviços totalmente substitutivos à internação, suprimindo as necessidades dos sujeitos com sofrimento psíquico intenso que anteriormente eram absorvidas pelo modelo asilar.

A Reforma Psiquiátrica brasileira

O início do movimento para a reforma na Psiquiatria brasileira ocorreu no período entre 1978 e 1980, tendo como destaque o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este movimento surge em função de uma greve dos profissionais das unidades da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) do Rio de Janeiro, os quais denunciam os maus tratos aos pacientes e também as condições precárias de trabalho, o que resulta na demissão de 260 pessoas entre profissionais e estagiários. O MTSM é considerado o ator político a partir do qual surgem as propostas de reformulação do sistema

assistencial, se consolidando um olhar crítico sobre o saber psiquiátrico⁸.

A Reforma Psiquiátrica brasileira se concretiza, segundo Amarante⁸, como 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”.

A partir da metade da década de 80 aconteceram discussões importantes para reestruturação da assistência em saúde mental e a implantação de serviços com a proposta de superação do modelo manicomial. Esta trajetória, baseada pela noção da desinstitucionalização, teve eventos que foram considerados marcos na história das políticas de saúde do Brasil.

Esta trajetória, repleta de acontecimentos significativos para a transformação do modelo assistencial em saúde mental, foi o que deu subsídio para se privilegiar a construção de estruturas substitutivas ao hospital psiquiátrico. Desta forma, o Ministério da Saúde¹⁰ regulamentou a implantação e financiamento de novos serviços substitutivos, tendo em vista a construção de redes de atenção à saúde mental, composta pelos:

- ✓ Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - serviços municipais que oferecem atendimento diário às pessoas com sofrimento psíquico intenso e contínuo, prestando atendimento clínico e buscando a reinserção social evitando internações em hospitais psiquiátricos.
- ✓ Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais – hospitais gerais que prestam o acolhimento integral ao sujeito em crise, articulados com outros dispositivos de referência para este sujeito.
- ✓ Centros de Convivência e Cultura – espaços públicos de sociabilidade, produção cultural destinados a proporcionar a articulação da cultura com o dia a dia dos sujeitos com sofrimento psíquico e sua comunidade.
- ✓ Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) – moradias localizadas na cidade destinadas aos sujeitos egressos de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou que se encontram em situação vulnerável. Estas residências são constituídas para atender as necessidades destes sujeitos com sofrimento psíquico possibilitando o convívio nos espaços urbanos.
- ✓ Programa de Volta para Casa – são incentivos financeiros (pagamento mensal de um auxílio-reabilitação) para os sujeitos

que passaram por um longo período internados em hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e são indicados para a inclusão no programa municipal de reintegração social.

- ✓ Atendimento à Saúde Mental na Atenção Básica – profissionais de saúde mental que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde realizando atendimento clínico e ações de promoção de saúde (assessorados pelas Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental).

Estes dispositivos foram criados para substituir as instituições psiquiátricas, portanto, promover a desinstitucionalização dos sujeitos com sofrimento psíquico intenso.

Procedimentos metodológicos

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. O campo de pesquisa ficou delimitado nos 12 CAPS II que estão distribuídos em diferentes municípios de Santa Catarina. A categoria de serviço foi escolhida por ser destinada a prestar atendimento especificamente aos sujeitos diagnosticados com algum “transtorno mental” e aos egressos de hospitais psiquiátricos.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 12 coordenadores e um técnico e aplicação de questionários abertos com 22 técnicos graduados. No texto, todos os participantes são mencionados como profissionais e identificados nos relatos como participantes com números de “01 a 35”.

O instrumento para coleta de dados foi elaborado de modo que pudesse ser utilizado na aplicação dos questionários abertos, assim como para a realização das entrevistas, as quais foram gravadas em meio eletrônico. Os relatos apresentados no texto são transcrições literais das entrevistas e recortes dos questionários. Estes dados foram distribuídos em quatro categorias e analisados com base no pensamento hermenêutico-dialético, cuja proposta é compreender a realidade em transformação dentro de um contexto histórico. Nesta abordagem, a interpretação e a crítica são imprescindíveis, possibilitando assim analisar as falas além da sua expressividade, revelando o silêncio, tornando o não dito presente.

A trajetória da análise seguiu o que se denominou “Percurso Analítico”, que delineou o tratamento dos dados empíricos por meio da interpretação, compreensão, consenso, contradição, superação dialética

que constituem um “Circuito de Análise”, donde surgem reflexões, críticas, sínteses, os quais compõem o “filtro” da pesquisadora, demonstrando que não há neutralidade em quem analisa os dados. Chega-se, portanto, num “Resultado Inacabado”, que indica uma conclusão momentânea, pois o contexto pesquisado permanece em constante transformação.

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina por meio do processo nº 1004/367298, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

Desinstitucionalização Basagliana

A desinstitucionalização preconizada por Basaglia significa a desconstrução do modelo hegemônico clássico e a construção de novas práticas, um novo jeito de olhar, acolher, conviver com o sujeito em sofrimento psíquico intenso. Percebe-se, através dos relatos, que muitos profissionais conhecem o conceito de desinstitucionalização. Para estes profissionais desinstitucionalização é:

“A concepção de novos saberes, rever práticas diária de atendimento, novo conceito do tratamento psiquiátrico” (Part 25).

“Proporcionar à pessoa a possibilidade de (re)inserção no espaço coletivo ao qual esta pessoa pertence ou possa pertencer” (Part 24).

“A articulação de movimentos e políticas públicas que recuperem e garantam a reintegração do sujeito portador de transtorno mental na sociedade em geral, garantindo a este seus direitos como ser humano” (Part 23).

“É a possibilidade de fazer um atendimento na comunidade, mais próximo da família, onde ela possa participar do atendimento do usuário do CAPS. Este atendimento no território” (Part 10).

“O acesso ao tratamento ambulatorial, a promoção da autonomia, a reinserção social e familiar, o desempenho das funções sociais” (Part 20).

“Atender o usuário nas suas necessidades, trabalhando a autonomia, fortalecendo as redes comunitárias” (Part 19).

Um profissional que atua a mais de vinte anos na Saúde Mental, mostrou sua dedicação ao trabalho no CAPS: *“Eu comecei a trabalhar com saúde mental por uma questão de afeto. [...] Eu acho que a reforma começa com a gente.[...] mas é uma coisa muito pessoal [...].*

Eu não saberia trabalhar de outra maneira que não fosse em CAPS. É um processo de cada um” (Part 03).

Estes depoimentos revelam que a maioria dos profissionais, participantes da pesquisa, compreendem a desinstitucionalização da maneira como foi preconizada por Basaglia na Itália e posteriormente no Brasil com a Reforma Psiquiátrica. Demonstram que acreditam na construção de novas práticas em saúde, de um novo jeito de lidar com loucura, mas esta concepção acaba ficando mais na teoria, pois a prática cotidiana dos CAPS, de modo geral, fica distante da proposta da desinstitucionalização.

Equívocos sobre desinstitucionalização.

A desinstitucionalização é compreendida por alguns profissionais dos CAPS apenas como o tratamento dos sujeitos com sofrimento psíquico fora dos hospitais psiquiátricos. Este relato representa o olhar destes profissionais sobre desinstitucionalização: ***“É o processo de desvinculação (retirada) de pacientes de instituições totais tais como asilos ou manicômios, locais de internação de longa data com caráter asilar (fechado), que impedem a socialização do indivíduo” (Part 26).***

Nesta situação a desinstitucionalização é entendida como desospitalização, que se refere apenas a retirada dos sujeitos internados dos hospitais. O grande risco da desospitalização é o abandono do tratamento, uma vez que não se estabelece uma rede de cuidados para o sujeito que estava internado. O benefício nesta situação é estar livre do manicômio, local que por si só é prejudicial ao ser humano. Observa-se que a desinstitucionalização ainda se confunde com a desospitalização. Outro problema causado pela desospitalização é a “transinstitucionalização”, termo mencionado por Rotelli⁹, que se refere a transferência dos internos em manicômios para outras instituições como asilos, albergues entre outras.

A desinstitucionalização para um profissional significa: ***“A não mais internação do paciente em hospitais psiquiátricos, seria a internação em hospitais gerais. Não sei se algum dia chegamos ao fim dos hospitais psiquiátricos, acho difícil no momento” (Part 02).***

Percebe-se que alguns profissionais não acreditam na desinstitucionalização. A idéia de que os leitos em hospitais gerais precisam dar conta da demanda existente nos hospitais psiquiátricos, torna realmente inviável o fim destas instituições. Os leitos psiquiátricos em hospitais gerais são um dos recursos para auxiliar no tratamento do sujeito com sofrimento psíquico intenso, caso precise de internação. A

idéia é cuidar destes sujeitos fora de qualquer hospital e no momento de uma crise severa que realmente seja necessária a internação, o hospital geral deve ser o local adequado para uma breve estada do sujeito, assim como no caso de qualquer outra doença ou problema de saúde.

Um profissional relata que naquele CAPS a demanda é muito grande, a equipe está aprendendo o que é desinstitucionalização e mesmo com todas as dificuldades, evitam ao máximo enviar os usuários para internação no hospital psiquiátrico: ***“Porque nós estamos aprendendo com o IPq (Instituto de Psiquiatria de SC), não podemos mandar qualquer coisa, na ‘marra’ da desinstitucionalização, [...] o IPq apertando o cerco, nós nos obrigamos ao máximo evitar esta ida, porque senão o IPq manda de volta” (Part 11).***

Observa-se que neste relato, aparece nitidamente uma contradição, o próprio hospital psiquiátrico ensinando o CAPS sobre o que é desinstitucionalização. O despreparo dos profissionais da saúde mental para atender a demanda dificulta significativamente o progresso no processo de desinstitucionalização.

A revelação de um participante que o próprio conselho municipal de saúde articulava para que um hospital que estava com dificuldades, próximo ao município, se tornasse um hospital “referência” para transtorno psiquiátrico, salientou que não usariam este termo para designar a especialidade da instituição. E afirma: ***“aqui tem quase que uma contra cultura à desinstitucionalização. É apenas um movimento da Saúde Mental!” (Part 10).***

As articulações para que o modelo manicomial continue está mascarada por trás de discursos que aos poucos são desvelados. E infelizmente parece que essa revelação não muda a prática, pelo contrário reforça a “contra cultura à desinstitucionalização” como denominou o participante da pesquisa, pois se aqueles que foram eleitos para melhorar a assistência à saúde são desfavoráveis a desinstitucionalização, discordar desta postura fica difícil para algumas pessoas que sequer entendem o que é esta proposta. Talvez, por isso que se torna um movimento exclusivo, para não dizer reduzido, ao núcleo das pessoas envolvidas e dedicadas à atenção em saúde mental.

“EnCAPSulando”.

Interessante mencionar que ao perguntar “o que se entende sobre desinstitucionalização?” algumas respostas foram em relação aos CAPS, a maneira como se menciona(va) aos hospitais psiquiátricos.

O termo “enCAPSulando” foi relatado por um profissional para expressar a institucionalização dos usuários no CAPS.

“Parece que a gente agora está ‘enCAPSulando’ queria tirar a desinstitucionalização dos manicômios, passou para o CAPS e daí a gente estava muito fechado em CAPS, tanto que agora a gente está buscando outras formas de atendimento, que é o trabalho do CAPS para estar colocando estas pessoas nas ruas, para que elas consigam viver sem o estigma de novo ou de ter passado por um manicômio” (Part. 04).

Importante verificar que este profissional, provavelmente num “ato falho”, relata “tirar a desinstitucionalização dos manicômios”, ou seja, transferir para o CAPS, o que representa a realidade no momento. Antes, se falava em desinstitucionalizar os internos dos manicômios, atualmente há um movimento para desinstitucionalizar os sujeitos dos CAPS. Assim como este, outros profissionais também mencionam que desinstitucionalizar não é somente em relação ao manicômios, mas o grande desafio é desinstitucionalizar os usuários nos CAPS.

O funcionamento dos CAPS na mesma lógica manicomial é um fator significativo para que os sujeitos fiquem institucionalizados:

“Eu encontrei o CAPS num modelo cronificante, num modelo em que as pessoas eram mantidas aqui desde que elas ingressavam, elas iam ficando, não tinha uma sistemática de avaliação do quadro daquele usuário, se houve evolução se houve retrocesso. A evolução e o retrocesso eram percebidos mais na consulta médica, retirando ou colocando medicamento ou indo para internação” (Part. 07).

O relato sobre o cotidiano dos usuários deste CAPS lembra as histórias dos hospitais psiquiátricos: *“Eles ficavam no pátio, fumando, fumando, os cinzeiros eram umas latas que viviam cheias de ponta de cigarro. [...] Dava impressão que o CAPS virou uma lixeira, o que não presta lá fora se coloca aqui dentro, e vai ficando” (Part.07).*

Neste contexto, o CAPS é estigmatizante: *“O fulano frequenta CAPS, ele é louco, ele é doente mental, ele perdeu a autonomia.[...] Então, CAPS também rotula, nos precisamos manter eles aqui o mínimo de tempo possível, 10 anos é institucionalizado”(Part.07).*

Parece que o ciclo se repete, as mesmas práticas e consequentemente histórias semelhantes a dos manicômios. Concluiu-se que os CAPS também institucionalizam os sujeitos e precisa-se partir para desinstitucionalização. Num primeiro momento parece desolador ver estes relatos e falar em institucionalização se referindo aos CAPS. Dispositivos que foram criados justamente para desinstitucionalizar os sujeitos dos manicômios.

Considera-se que o fato dos profissionais mencionarem a necessidade de investir num movimento para desinstitucionalizar os usuários dos CAPS tem um aspecto positivo. Visto que esta percepção demonstra a ciência de que a prática da forma como vem sendo desenvolvida institucionaliza os usuários. Este reconhecimento da realidade é um indicativo de que é possível inventar, transformar, buscar novas formas de intervenção.

Supostas ações de desinstitucionalização

As questões desta pesquisa relacionadas as ações de desinstitucionalização, referem-se: ao acompanhamento da equipe do CAPS ao usuário que necessita de uma internação ou aquele que está um longo período no hospital psiquiátrico e precisa ser reinserido na família e no contexto social; ao suporte e acompanhamento dos familiares pela equipe; a relação entre as equipes dos CAPS e dos hospitais onde os usuários são internos; e outros projetos voltados para a desinstitucionalização que são desenvolvidos nos municípios.

A maioria dos profissionais relataram que não é possível fazer o acompanhamento dos usuários durante o período da internação em função das limitações da própria estrutura dos CAPS, assim como a dificuldade de acesso dos profissionais do CAPS nos hospitais. Os CAPS as vezes não dispõem um número suficiente de profissionais para que possam se deslocar até o hospital que o usuário está internado. Alguns não possuem carro próprio, o que dificulta o transporte até o hospital que geralmente é distante dos CAPS.

Outro fator que impede este acompanhamento é a falta de entrosamento das equipes de CAPS com as equipes de hospitais psiquiátricos ou gerais. Este contato fica limitado a telefonemas para solicitar internação no hospital, encaminhamento do hospital para o CAPS e informações quando o usuário recebe alta da internação.

Em relação aos familiares, os CAPS buscam alternativas para que haja o apoio da família no tratamento dos usuários. Tarefa difícil, segundo os profissionais, pois muitas famílias de modo geral estão cansadas da situação e acabam deixando por conta do CAPS. Quando o familiar busca ajuda no CAPS, em função da internação ou das dificuldades de lidar com o sujeito em crise, é atendido na própria instituição. O grupo com familiares é mencionado como a atividade que possibilita o contato dos profissionais com o familiar, no entanto, há muita rotatividade no grupo, que acaba não atingindo o objetivo de aproximar a família do usuário em tratamento.

Se referindo aos sujeitos que devido ao longo período de internação tornaram-se moradores de hospitais psiquiátricos, a maioria dos profissionais dos CAPS estão cientes sobre a situação destas pessoas. Relataram que, na atual conjuntura, os municípios não têm condições de arcar com o retorno destas pessoas para suas cidades de origem. As justificativas são a falta de vínculo dos internos com os familiares, a maioria das famílias não foram encontradas, os municípios não possuem Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e não apresentam outra estrutura para possibilitar a desinstitucionalização destes sujeitos. Apenas em um município visitado durante a pesquisa estava prevista a implantação de SRT. E quanto aos outros dispositivos para compor a rede de atenção à saúde mental, o estado praticamente não oferece recursos neste aspecto, pois não existem centros de convivência, cooperativas, espaços que contribuam para o desenvolvimento da autonomia e reinserção social.

Percebe-se que no momento não há ações para propiciar a desinstitucionalização dos sujeitos internados em hospitais psiquiátricos. O investimento em dispositivos necessários para que ocorra a desinstitucionalização parece estar distante da realidade da maioria dos municípios.

Considerações finais

Os relatos demonstraram que a maioria dos profissionais conhecem as propostas da desinstitucionalização, mas no cotidiano dos CAPS encontram muitas dificuldades para colocar em prática, apesar da dedicação de muitos profissionais aos usuários. Já alguns profissionais apresentam uma compreensão equivocada sobre a desinstitucionalização, de forma que não acreditam, não sabem ou não distinguem de desospitalização. Estes apontamentos são extremamente preocupantes para o progresso da atenção à saúde mental em Santa Catarina.

A revelação de que a desinstitucionalização nos CAPS é um grande desafio para os profissionais, realmente surpreende e mostra uma contradição da realidade em transformação, o próprio CAPS institucionalizar, uma vez que foi criado para desinstitucionalizar. Considera-se que a desinstitucionalização nos CAPS pode significar um avanço nas práticas no âmbito da saúde mental, pois os próprios profissionais perceberam que estão reproduzindo o modelo manicomial.

Observa-se que praticamente não são realizadas ações de desinstitucionalização voltadas aos sujeitos que estão um longo período

nos hospitais psiquiátricos de Santa Catarina. Portanto, existem poucas perspectivas destes sujeitos viverem fora das dependências da instituição psiquiátrica. Por isso é fundamental não reproduzir esta triste trajetória.

Colaboradores

F Martinhago realizou a pesquisa e trabalhou em todas as etapas da elaboração do artigo e WF Oliveira orientou a pesquisa que fundamenta o artigo e trabalhou na revisão final do texto.

Referências

1. BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Brasília, 2001. [site da Internet] [acessado em 2009 jun 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm
2. FOUCAULT M. **História da loucura na idade clássica**. 6ª. ed. Trad.: José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 2008 (Orig. 1972).
3. FOUCAULT M. **Microfísica do poder**. 15ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.
4. AMARANTE PDC. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2008.
5. GOFFMAN E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974. p.11.
6. AMARANTE PDC. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p.75.
7. BASAGLIA F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p.273.
8. AMARANTE PDC. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1998. p.87.
9. ROTELLI F, LEONARDIS O, MAURI D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F, organizadora. **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.17-58.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e**

mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

A PRÁTICA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) NA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SANTA CATARINA.

Fernanda Martinhago⁹
Walter Ferreira de Oliveira¹⁰

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, caracterizada como exploratória e descritiva, que visa analisar a percepção dos profissionais em relação à prática nos CAPS de Santa Catarina. Os dados foram coletados nos 12 CAPS II de Santa Catarina, através de entrevistas semiestruturadas com 12 coordenadores e um técnico, e aplicação de questionários abertos com 22 técnicos. Os relatos foram analisados na ótica do pensamento hermenêutico dialético. Os resultados demonstraram que a situação atual de Santa Catarina requer que os CAPS trabalhem no limiar da institucionalização, uma vez que os usuários não têm o suporte fora das instituições que prestam assistência à saúde mental. Considera-se que a intersetorialidade é imprescindível para a construção da rede de atenção à saúde mental, possibilitando assim a transformação do cenário catarinense.

Palavras-chave: Centro de Atenção Psicossocial; Saúde Mental; Rede de Saúde.

⁹ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. E-mail: martinhagofernanda@gmail.com

¹⁰ Ph.D Social and Philosophical Foundations of Education Program - University of Minnesota, professor do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. E-mail:walter@ccs.ufsc.br

THE PRATICE IN CENTERS FOR PSYCHOSOCIAL CARE (CAPS) IN PERSPECTIVE OF PROFESSIONALS IN SANTA CATARINA.

ABSTRACT

It is a qualitative research approach, characterized as exploratory and descriptive which analyze the perceptions of professionals in relation to practice in the network of CAPS in Santa Catarina. Data was collected in 12 CAPS II in Santa Catarina, through semi-structured interviews with 12 coordinators and a technician, and application of questionnaires opened with 22 technicians. The reports were analyzed from the perspective of hermeneutic dialectical thinking. The results showed that the current situation in Santa Catarina demands that CAPS works at the limits of institutionalization, even if users do not have support outside of institutions that provide mental health assistance. Therefore, it is considered that improving link between different sectors is essential for a better mental health care network and the transformation of the situation in Santa Catarina.

Keywords: Centers for Psychosocial Care; Mental Health; Health Network.

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada no fim da década de 70, possibilitou uma transformação na assistência à saúde mental, propondo novos espaços para àqueles que antes tinham apenas o manicômio como alternativa de ‘tratamento’. Com o intuito de superar as necessidades da internação no hospital psiquiátrico foram criados os serviços substitutivos, os quais têm como proposta prestar assistência aos sujeitos com sofrimento psíquico intenso de maneira que possam conviver e interagir no contexto social.

A trajetória da Reforma é repleta de discussões sobre a assistência em saúde mental, o que faz surgir uma nova regulamentação do funcionamento dos serviços. Em 1992, o Ministério da Saúde regulamentou os serviços de saúde mental através da Portaria nº 224/MS, aprovada pelos coordenadores e assessores de saúde mental dos estados. Em 2001 é sancionada a Lei Federal nº 10.216, conhecida como ‘Lei da Reforma Psiquiátrica’, que propõe um redirecionamento à assistência em saúde mental.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram os primeiros serviços criados com uma nova proposta de atenção à saúde mental e incentivaram o Ministério da Saúde a regulamentar a implantação e o financiamento para ampliar os serviços por todo o país. (AMARANTE, 1998). A Portaria nº 336/GM estabelecida em 2002 pelo Ministério da Saúde vem redefinir os parâmetros da Portaria nº 224/92 e amplia a abrangência dos CAPS, que passam a ser constituídos por modalidades de serviço de acordo com a abrangência populacional: CAPS I (acima de 20.000 habitantes), CAPS II (entre 70.000 e 200.000 habitantes), CAPS III (acima de 200.000 habitantes), CAPSad II (acima de 70.000 habitantes) – atendimento para usuários de álcool e outras drogas e CAPSi II (cerca de 200.000 habitantes) – atendimento para crianças e adolescentes. Conforme a Portaria/GM nº336/02, os CAPS são estruturados para organizar a rede de atenção à saúde mental, atender diariamente a população em seu território, prestar acompanhamento clínico e reabilitação psicossocial aos sujeitos com sofrimento psíquico intenso (BRASIL, 2004a). Este serviço conta com uma equipe multidisciplinar formada por psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, assistente social e outros profissionais, que devem prestar assistência aos usuários como: atendimento individual e em grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias, entre outros serviços, conforme a modalidade do CAPS.

A assistência do CAPS pressupõe um acolhimento aos sujeitos com sofrimento psíquico baseado na atenção psicossocial. Segundo Costa-Rosa (2000), a atenção psicossocial sustenta um conjunto de ações que preconizam a substituição do modo asilar como paradigma das práticas dominantes. O autor salienta que neste modelo, “a loucura e o sofrimento não tem de serem removidos a qualquer custo, eles são reintegrados como partes da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito” (COSTA-ROSA, 2000, p.155).

Yasui (2009) relata que a atenção psicossocial é o paradigma transformador da Reforma Psiquiátrica, visto que implica em inventar um novo modelo de cuidar do sofrimento psíquico através da criação de espaços de constituição de relações sociais baseadas em princípios e valores que possibilitam reinventar a sociedade, de maneira que exista um lugar para o sujeito louco.

Conforme menciona Amarante (2008), é fundamental para os CAPS:

- ✓ Oferecer estruturas flexíveis evitando tornarem-se espaços burocratizados, repetitivos, os quais tendem a trabalhar mais em relação com a doença do que com as pessoas;
- ✓ Propiciar o acolhimento aos sujeitos que estão em crise e as demais pessoas envolvidas (familiares, amigos e outros), de forma que seja construída uma rede de relações entre a equipe e os sujeitos que fazem parte deste contexto;
- ✓ Realizar o trabalho terapêutico direcionado para enriquecer a existência dos sujeitos;
- ✓ Desenvolver suas habilidades em atuar no território, ou seja, desenvolver relações com os diversos recursos presentes na comunidade (associações de bairro, atividades esportivas, entidades comerciais);
- ✓ Atuar embasado no princípio da intersetorialidade, ou seja, criar estratégias que tenham interface com os diversos setores sociais, principalmente com os serviços existentes no campo da saúde mental (cooperativas, residências de egressos, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, entre outros serviços) e da saúde em geral (unidades de saúde, Estratégia de Saúde da Família e hospitais gerais);
- ✓ Organizar a rede de atenção aos sujeitos que passaram um longo período internados em hospitais psiquiátricos ou que estão em situação de vulnerabilidade, que precisam desenvolver autonomia, independência, enfim, necessitam de

- acompanhamento para realizar as atividades cotidianas e para a reinserção social;
- ✓ Participar ativamente para que as políticas de saúde mental e atenção psicossocial organizem-se de forma que haja cooperação, sincronia de iniciativas e envolvimento dos atores sociais.

Para o fortalecimento da rede de atenção à saúde mental é necessária a articulação entre recursos econômicos, sociais, afetivos, culturais, religiosos, sanitários, que possibilitem o cuidado e a reabilitação dos sujeitos. Desta forma, os CAPS são dispositivos que devem estar situados no núcleo da rede de serviços de saúde e outros setores, que são fundamentais para a inserção dos sujeitos que estão excluídos da sociedade (BRASIL, 2004a).

No Brasil, em diversas regiões, foram realizadas pesquisas sobre o trabalho nos CAPS, entre elas destacam-se: Articulando experiências, produzindo sujeitos e incluindo cidadãos: um estudo sobre as novas formas de cuidado em saúde mental na Bahia e em Sergipe (NUNES, 2010); Pesquisa Avaliativa da Rede de CAPS de Campinas (CAMPOS et al., 2008); Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil - CAPSUL (KANTORSKI, 2007). As pesquisas demonstram que existe uma grande preocupação por parte das Universidades com o trabalho desenvolvido nos CAPS. Este interesse favorece o desenvolvimento e aprimoramento para a qualidade da atenção à saúde mental em nosso país.

A relevância destas pesquisas instigou a necessidade de investigar especificamente os CAPS de Santa Catarina (SC), uma vez que, o estado encontra-se na fase de construção da rede de atenção à saúde mental. Entretanto, há um exercício constante de mudança de paradigma e invenção de novas práticas. É um processo complexo, que envolve mudanças de comportamento, de cultura, que conseqüentemente geram insegurança e resistências. Sendo assim, existe um grande risco de continuar perpetuando a institucionalização dos sujeitos, modelo que talvez ofereça mais segurança aos profissionais que apresentam dificuldades diante de situações que exigem inovações não apenas na prática, mas no modo de sentir, pensar, olhar os sujeitos com sofrimento psíquico intenso.

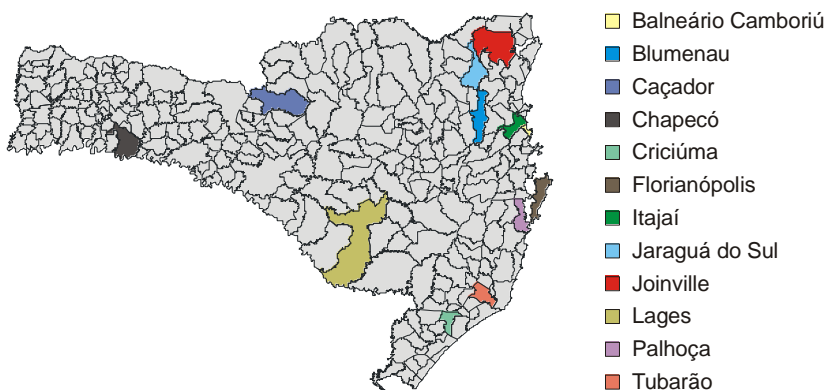
Diante deste cenário, com intuito de conhecer o trabalho nos CAPS, é elaborada esta pesquisa com o objetivo de analisar a percepção dos profissionais em relação à prática nos CAPS de Santa Catarina.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, caracterizada como exploratória e descritiva.

Definiu-se como campo da pesquisa a rede de CAPS II de Santa Catarina, em função desta modalidade prestar atendimento especificamente aos sujeitos diagnosticados com algum “transtorno mental” e aos egressos de hospitais psiquiátricos. No estado de Santa Catarina atualmente há 75 CAPS, sendo 44 CAPS I, 12 CAPS II, 2 CAPS III, 11 CAPSad II e 6 CAPSi II (SANTA CATARINA, 2011a). O campo de pesquisa ficou delimitado nos 12 CAPS II, que estão distribuídos por todas as regiões do estado, conforme os municípios destacados no mapa (Figura 1).

Figura 1- Mapa de Santa Catarina com destaque para o 12 municípios sede dos CAPS II.



Fonte: Santa Catarina, 2009.

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 12 coordenadores e um técnico, e aplicação de questionários abertos com 22 técnicos graduados. A identificação dos participantes foi designada por números de ‘01 a 35’. Os coordenadores e técnicos são mencionados no texto como profissionais, resguardando a identificação.

Foi elaborado um roteiro com questões para a realização das entrevistas semiestruturadas e utilizado o mesmo instrumento para a aplicação dos questionários abertos. Antes de iniciar as entrevistas e

aplicação dos questionários foi assinado pelos participantes o ‘Termo de Consentimento Livre e Esclarecido’, conforme a Resolução Conselho Nacional de Saúde Nº 196/96. O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina por meio do processo nº 1004/367298.

Os dados das entrevistas e dos questionários foram distribuídos em categorias e subcategorias. Os relatos apresentados no texto são transcrições literais das entrevistas e recortes dos questionários, os quais foram analisados sob a ótica do pensamento hermenêutico-dialético. Esta abordagem, cuja interpretação e crítica são imprescindíveis, propõe compreender a realidade em transformação dentro de um contexto histórico, possibilitando assim a análise de conteúdos implícitos e explícitos.

Neste estudo a trajetória da análise foi desenhada conforme preconiza a hermenêutica-dialética e denominada de ‘Percurso Analítico’. O tratamento dos dados empíricos foi realizado com base na interpretação, compreensão, consenso, contradição, superação dialética, que formam um ‘Circuito de Análise’. Durante este trajeto no circuito analítico, surgem reflexões, críticas, sínteses, que constituem o ‘filtro’ do pesquisador, ou seja, não há neutralidade em quem analisa os dados. Somente depois de passar pelo percurso é que se chega a um ‘Resultado Inacabado’, que significa uma conclusão deste estudo, mas que permanece em constante transformação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atendimentos nos CAPS

Atenção à Crise

A atenção à crise no contexto da saúde mental e atenção psicossocial é considerada como consequência de diversos fatores relacionados com familiares, amigos entre outras pessoas, algumas até desconhecidas do sujeito. A crise é considerada por Amarante (2008) como uma condição mais social do que biológica ou psicológica, onde há pouca solidariedade entre as pessoas e uma situação precária de recursos para tratamento domiciliar.

Percebe-se, através dos relatos, que em alguns serviços é realizada a tentativa de acolher o usuário em crise para que este possa superar este momento difícil e manter o tratamento no CAPS. Entretanto, a prática predominante adotada nas situações de atendimento

à crise nos CAPS de Santa Catarina ainda segue o modelo clássico da psiquiatria.

Considerado complexo e difícil para a maioria dos profissionais, o atendimento à crise está ainda muito vinculado ao controle do sujeito, usando como artifícios a contenção, medicação e principalmente a internação em hospitais. Os profissionais mencionam grande esforço para que os usuários mantenham o tratamento no CAPS, evitando a crise. Uma vez que o sujeito entra em crise, os profissionais demonstram dificuldades de lidar com esta situação, principalmente pela falta de médicos e demais profissionais habilitados a acolher este sujeito. *Os CAPS não são super CAPS, a equipe não tem uma varinha mágica, agora pronto tirou os usuários da crise (Part. 5)*. A maioria dos casos são encaminhados para internação em pronto-atendimento, hospitais gerais ou psiquiátricos.

O fato de muitos profissionais dos CAPS estarem despreparados para atender as situações de crise gera aos próprios profissionais insegurança, medo e dificuldades para desenvolver seu trabalho dentro de uma instituição que é designada para atender um público que pode a qualquer momento desencadear uma crise. Esta problemática não envolve apenas o usuário que sofre intensamente com a falta do acolhimento à crise, mas também a saúde mental destes profissionais.

Considera-se que nestes moldes, os CAPS dão conta dos usuários que estão estabilizados, sendo a maioria medicados. Percebe-se que lidar com a crise exige mais do que muitos profissionais estão preparados, o que demonstra a necessidade de investimento tanto na capacitação dos recursos humanos já existentes, quanto na seleção de profissionais para trabalhar nos CAPS.

Plano Terapêutico e Profissional de Referência

O Plano Terapêutico é um plano de tratamento realizado pela equipe do CAPS especificamente para cada usuário. Na maioria dos CAPS foi relatado que existe um plano individual para cada usuário e o tratamento é discutido nas reuniões de equipe. Entretanto alguns CAPS ainda não conseguiram implantar o plano terapêutico conforme os moldes mencionados.

O profissional de referência em geral é aquele que está mais ‘próximo’ do usuário. Em cada CAPS esta prática acontece de forma relativamente diferente, conforme a dinâmica do serviço. Alguns CAPS estabelecem para cada usuário um profissional de referência; em outro o profissional de referência é quem o usuário se identifica mais,

independente da formação, pode ser a cozinheira, o jardineiro, a psicóloga, o médico; alguns CAPS estabelecem que qualquer profissional da equipe na qual o usuário participa das atividades é o profissional de referência; em um CAPS o profissional de referência é o que dá a alta para o usuário, em outro CAPS o trabalho com profissional de referência não obteve êxito no atendimento aos usuários, porque quando este profissional não estava presente no CAPS os outros profissionais se negavam a atender por considerarem que não era sua responsabilidade. Então, para facilitar o atendimento aos usuários foi extinto o trabalho com profissionais de referência. Em um CAPS a equipe não conseguiu implantar o profissional de referência.

O Plano Terapêutico e o Profissional de Referência são fundamentais para o acompanhamento do usuário durante a sua permanência no CAPS, pois é um indicativo que está sendo cuidado pela equipe e, além disso, há sempre uma pessoa (profissional de referência) que ele poderá contar a qualquer momento no CAPS. É lamentável que em alguns CAPS ainda não foi possível implantar este sistema de atendimento aos usuários.

Oficinas e Grupos

As oficinas e grupos terapêuticos são uma das principais formas de tratamento nos CAPS. Estas atividades são coordenadas por um ou mais profissionais, e podem ser definidas a partir das necessidades dos usuários e das disponibilidades de técnicos, com objetivo de promover a integração social e familiar, a expressão dos sentimentos e dificuldades, o desenvolvimento de habilidades pessoais e laborais e o exercício da cidadania (BRASIL, 2004a).

Segundo Barros (2009), o atendimento em grupos e oficinas é uma estratégia para promover uma nova assistência em saúde mental, por ser alternativa ao modelo tradicional da psiquiatria. Esta composição de sujeitos, que forma um conjunto, resulta em troca de experiências, formação de vínculos, aspectos que são fundamentais para a ressocialização e reabilitação social. Alguns profissionais salientam que os grupos produzem efeitos como: desconstrução de cristalizações, invenção de alternativas existenciais, oportunidade de compartilhar sofrimentos. Não se pode deixar de mencionar também que neste modelo de atendimento é possível atender maior número de pessoas ao mesmo momento, aspecto que para o Sistema de Saúde é bastante viável.

No decorrer das visitas aos CAPS de Santa Catarina observou-se que as práticas de grupos e oficinas, no formato aberto ou fechado, são realizadas diariamente com diversos objetivos: terapêuticos, desenvolver habilidades, melhorar a autoestima, promover autonomia, exercer a cidadania, autoconhecimento, reinserção social, lazer, educação em saúde, discutir questões relacionadas com a medicação, integração dos familiares ao tratamento, entre outros. Em cada CAPS há uma dinâmica diferente de trabalho, o que dificulta mencionar a diferença entre oficina e grupo. De forma geral, nos CAPS de Santa Catarina as oficinas estão mais relacionadas ao exercício da cidadania, com atividades voltadas para a produtividade, como a confecção de artesanatos, costura, tapeçaria, culinária e que envolvem a arte trabalhando a expressão, como teatro, dança, música, entre outras. Já os grupos têm um enfoque mais relacionado ao tratamento do sujeito conforme seu diagnóstico. Existem, por exemplo, grupos específicos para usuários com esquizofrenia, outros com depressão e alguns mais gerais como o grupo antitabagismo para reduzir o consumo de cigarro. Os profissionais relataram que alguns usuários gostam de participar, já outros nem tanto. As práticas de grupos e oficinas têm um efeito peculiar para cada usuário. Estas atividades fazem parte do cotidiano dos profissionais e usuários do CAPS.

Alguns profissionais mencionaram experiências exitosas em relação aos grupos. Contar o sucesso é expor as vitórias entre várias tentativas e muito trabalho. Algumas equipes dos CAPS junto aos usuários, com o apoio dos gestores e sociedade civil superaram as dificuldades financeiras, com um sistema de atividades autossustentáveis. A falta de recursos financeiros para a realização das oficinas é mencionada em alguns CAPS, o que resulta no empobrecimento desta atividade.

O engajamento dos usuários na construção das oficinas e grupos é fundamental para atingir os propósitos destes trabalhos, pois é através desta participação que eles vão se envolvendo no conjunto e superando suas dificuldades. Os problemas existentes, como a falta de recursos financeiros para as oficinas, demonstra que, em alguns municípios, não há investimento para as atividades voltadas para a saúde mental.

Articulação dos CAPS junto à Rede de Saúde

A articulação dos CAPS para a construção de uma rede de atenção à saúde mental de base territorial é fundamental para os

usuários, que necessitam dos recursos existentes na comunidade para sentirem-se inseridos e acolhidos.

Para a consolidação da atenção à saúde mental é essencial que os demais serviços de saúde possam atender e acolher os usuários dos CAPS, formando assim uma rede que ofereça cuidados às pessoas com sofrimento psíquico. Neste trabalho são citados os serviços mencionados nos CAPS e aqueles que são destinados pelo Ministério da Saúde para atuar junto ao CAPS.

Atenção Básica de Saúde

A construção de uma nova forma de atender as pessoas com sofrimento psíquico intenso requer que o CAPS e a Atenção Básica de Saúde estejam integrados, viabilizando o trabalho em saúde mental no território.

A proposta do Ministério da Saúde é que esta integração possibilite que o CAPS possa conhecer e interagir com as equipes de atenção básica do território; verificar os problemas e necessidades de saúde mental e adotar iniciativas em conjunto; realizar apoio matricial às equipes da atenção básica e desenvolver atividades de educação permanente sobre saúde mental em parceria com os profissionais da atenção básica. O apoio matricial ou matriciamento significa o suporte às equipes da atenção básica por meio de orientação e supervisão, atendimento em conjunto de situações complexas, visitas domiciliares, ou seja, a responsabilidade compartilhada dos casos. Vale ressaltar que este trabalho é diferente da lógica da referência e contra-referência, que ficam restritas aos encaminhamentos (BRASIL, 2004a).

Em nove CAPS visitados foi relatado que a atenção básica absorve uma parte da demanda de usuários com problemas relacionados à saúde mental, porém com algumas dificuldades, como a estigmatização do usuário do CAPS e a falta de preparo dos profissionais para trabalhar com este público, resultando na resistência do próprio usuário de ser atendido na atenção básica. Nos outros três CAPS, não há equipe ou profissional de saúde mental na atenção básica dos municípios.

Segundo os participantes, estas dificuldades dos profissionais da atenção básica em relação à saúde mental vêm sendo superadas através de capacitações e principalmente do matriciamento. Em cinco CAPS foi relatado que o matriciamento já está funcionando de forma efetiva, apresentando bons resultados. Nos demais CAPS foi mencionado que estão iniciando o processo para realizar o matriciamento, com exceção

de um CAPS em que o matriciamento ainda está muito distante da realidade do município.

Percebe-se através dos depoimentos que os CAPS de Santa Catarina vivem realidades bem distintas em relação ao suporte da atenção básica. Em alguns municípios, passa-se pela Unidade de Saúde antes de ir para o CAPS. Geralmente nos casos de internação os usuários são encaminhados direto para os CAPS. Já em alguns municípios o CAPS acaba sendo a porta de entrada, em função da dificuldade de manejo dos profissionais na Unidade de Saúde. Segundo um profissional em seu município: *chorou na Unidade de Saúde vai para o CAPS. Se falou que é cliente de CAPS, vem pra cá. A porta de entrada era pelo CAPS[...] estamos revendo isso, com o matriciamento deve dar uma melhorada* (Part.04).

O fato de ter o primeiro atendimento na atenção básica nem sempre é um facilitador para a assistência em Saúde Mental, pode se tornar um problema caso o CAPS seja uma instituição de portas fechadas, como é o exemplo de um município de SC:

Para ser atendido no CAPS é necessário passar pela unidade de saúde e depois é encaminhado para uma avaliação com o psiquiatra. Somente os casos de tentativa de suicídio e crise psicótica são encaminhados para o CAPS. O problema é que existe uma fila de 500 pessoas esperando para serem pacientes de CAPS. A atenção básica não tem equipe de saúde mental. O CAPS não atende demanda espontânea. Busca-se mudar este modelo de atendimento, mas há resistência (Part. 10).

Observa-se que a falta de flexibilidade na dinâmica do atendimento aumenta o risco das estruturas ficarem engessadas, de maneira que o usuário não consiga circular na rede de assistência à saúde e consequentemente seja prejudicado no que diz respeito a sua saúde mental e os seus direitos.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU

O SAMU é um serviço de saúde responsável pela parte de regulação dos atendimentos de urgência, pelo atendimento móvel de

urgência e pelas transferências de pacientes graves da região. É capaz de atender, dentro da região de abrangência, qualquer pessoa em situação de urgência ou emergência, e transportá-la com segurança e acompanhamento de profissionais da saúde até um hospital (SANTA CATARINA, 2011b).

O Ministério da Saúde em 2004 realizou a primeira Oficina de Atenção às Urgências e Saúde Mental, com o objetivo de promover o diálogo e a articulação entre a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Política Nacional de Saúde Mental. Esta oficina ocorreu devido à necessidade da articulação entre a rede de atenção à saúde mental e as equipes do SAMU, para o fortalecimento e ampliação das ações de saúde mental no SUS. O SAMU, a partir desta oficina, assumiu em conjunto com a área de saúde mental, a responsabilidade pelo atendimento às urgências psiquiátricas e pelo fomento à implantação de CAPS e de serviços de urgências em hospitais gerais nos municípios onde está implantado. Foi estabelecido também o compromisso de apoio da rede CAPS à rede SAMU, devendo ser realizado de forma matricial e incluir supervisão, capacitação continuada, atendimento compartilhado de casos e apoio à regulação (BRASIL, 2007).

No SAMU de Santa Catarina foi instituída a regulação da assistência, a qual prioriza as necessidades de saúde da população, buscando racionalizar os recursos existentes, propiciando o atendimento de acordo com a necessidade, seguindo o princípio doutrinário do SUS de equidade. Os atendimentos do SAMU são realizados mediante Protocolos de Regulação e dentre estes estão os Protocolos de Regulação da Atenção Pré-Hospitalar Móvel, que contemplam a ‘Regulação em Saúde Mental’ e ‘Tentativa de Suicídio’ e os Protocolos de Regulação das Transferências Inter-Hospitalares, responsáveis pelas ‘Emergências em Psiquiatria’ (SANTA CATARINA, 2011b).

Em relação aos serviços prestados pelo SAMU de atendimento às solicitações dos CAPS em Santa Catarina, foi mencionado em quatro CAPS que o SAMU não atende resgate de usuários do CAPS; em cinco CAPS a solicitação do atendimento ao SAMU, quando aceita, é com muita dificuldade; e apenas em três CAPS foi mencionado que o SAMU atende os chamados dos CAPS, alternando o resgate com a Central de Ambulância ou Bombeiro.

Na maioria dos relatos aparecem descaso e preconceito em relação ao atendimento do SAMU para com os usuários dos CAPS. Diante deste problema é necessário recorrer a outros recursos, conforme menciona um profissional: *Quando o paciente está agressivo, não tem jeito, é a polícia que vai. [...] A polícia só vai se tiver internação*

garantida. O SAMU para levar paciente em crise é muito difícil (Part. 02).

A resposta de um profissional do SAMU para uma solicitação do CAPS: *se é louco eu não vou* (Part. 10), é relatada por um participante da pesquisa, representando a dificuldade de estabelecer uma parceria com o serviço, em função da estigmatização sofrida pelos sujeitos com sofrimento psíquico intenso.

Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral

A proposta de implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais tem como objetivo oferecer acolhimento integral ao sujeito que está em crise. Este serviço deve estar articulado com os outros dispositivos da rede de saúde mental que cuidam desse usuário.

A falta de leitos psiquiátricos em hospitais gerais em Santa Catarina ilustra as dificuldades para implantação destes leitos nos hospitais. Os problemas envolvem também outros fatores, conforme revelam os profissionais do CAPS:

Há leitos em hospital geral, mas é muito difícil conseguir internação, uma vaga para estes supostos leitos. [...] Temos dois hospitais, pela lógica não deveríamos ter esta dificuldade [...], um deles com 8 leitos, mas a gente percebe que é mais no discurso do que na prática. Os leitos são cedidos para outras especialidades, internações de planos de saúde, outras situações. [...] O hospital coloca dificuldade da equipe deles de atendimento, dificuldade de não ter uma ala e ser leito em hospital geral, [...] sempre tem alguma desculpa (Part. 10).

Foi mencionado um hospital geral público em que os leitos foram fechados em função da cobrança de consulta médica antes da internação. Outros hospitais também foram mencionados com esta mesma prática: *Tem alguns lugares que os médicos psiquiatras vendem os leitos, só tem leito se pagar duzentos e oitenta Reais, aí nós não mandamos. [...] O médico cobra uma consulta para colocar no leito do SUS (Part.07).*

O profissional menciona que este hospital já foi denunciado pelo CAPS, no entanto, a resposta foi que devido a falta de psiquiatra no

interior do estado é muito difícil resolver esta situação e acrescenta: *O Estado deixa assim porque não tem o que fazer* (Part.07).

Percebe-se que os problemas vão muito além da resistência à implantação, pois em alguns municípios às dificuldades estão na implementação do serviço. Vale salientar que estes hospitais estão em diferentes regiões do estado, o que demonstra não ser um fato isolado.

No Dicionário de Política, a corrupção é definida como “o fenômeno pelo qual um funcionário público é levado a agir de modo diverso dos padrões normativos do sistema, favorecendo interesses particulares em troca de recompensa” (BOBBIO, 1998, p. 293).

Segundo Pinto (2008), a corrupção no Brasil apresenta um ponto crucial que é as hierarquias múltiplas no lugar do princípio da igualdade, aspecto que coloca o sujeito como subalterno e ao mesmo tempo superior a alguém, deste modo não se sente na obrigação de submeter-se ao tratamento igualitário conforme determina as leis.

A corrupção, apresentada nos depoimentos dos profissionais, parece ser legitimada, algumas vezes considerada normal, fazendo parte do contexto. Em alguns casos as autoridades parecem acuadas, impotentes ou coniventes com os fatos.

Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)

Os SRTs são casas situadas no espaço urbano, integradas na comunidade, com o objetivo de atender às necessidades de moradia dos sujeitos com ‘transtornos mentais graves’. São destinadas aos sujeitos que passaram por longas internações psiquiátricas, egressos de Hospitais de Custódia e usuários dos CAPS que são moradores de rua ou que a equipe identifica problema de moradia (BRASIL, 2004b). Nestas situações é avaliado se houve ruptura dos vínculos familiares ou sociais. Este serviço tem o intuito de oferecer melhores condições de vida, possibilidades de retorno ao convívio social e garantia dos direitos sociais a estes sujeitos.

Em 2011, foram implantados dois SRT em um município no norte do estado de Santa Catarina. Os outros três SRTs existentes em Santa Catarina estão localizados próximos ao Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina - IPq, numa região onde não existe CAPS. Os profissionais do IPq auxiliam os moradores dos SRTs, que anteriormente residiam no próprio hospital. Em função destas moradias estarem diretamente vinculadas a um hospital psiquiátrico questiona-se se realmente deveriam ser consideradas como SRTs.

A maioria dos profissionais mencionaram a necessidade da existência de SRTs em seus municípios, em função das pessoas que estão ainda morando em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e precisam ser desinstitucionalizadas. Assim como os usuários que são moradores de ruas, usuários que estão na rua por motivo de conflitos com os familiares e uma grande demanda de sujeitos com dependência de álcool e outras drogas.

Um profissional manifestou receio da implantação dos SRTs em seu município pelo entendimento dos gestores em relação a este serviço. Teme que as residências sejam utilizadas para outros objetivos e não para o que realmente foram destinadas pelo Ministério da Saúde, o que correria o risco de tornarem-se pequenos manicômios, abrigo para usuários que apresentam dificuldades de convivência com os familiares e dependentes de álcool e outras drogas.

Alguns municípios buscam formas alternativas aos SRTs para abrigar seus usuários que estão em situação de rua, como: asilos, projetos em que as famílias recebem um benefício para acolherem o usuário e instituições de abrigamento temporário como as Casas de Passagem.

Percebe-se que existe uma divergência dos objetivos dos SRTs de acordo com a proposta do Ministério da Saúde e isso dificulta a implantação para o propósito que seria a desinstitucionalização. A implantação dos SRTs em Santa Catarina caminha vagarosamente, pois apesar da necessidade deste tipo de moradia, ainda não é o foco principal dos gestores.

Atividades Intersetoriais no Território

Os CAPS devem atuar no território (geográfico, político, econômico e cultural) desenvolvendo parcerias com os diversos recursos existentes na comunidade trabalhando de forma intersetorial. Os dispositivos existentes no território abrangem a rede de atenção à saúde, secretaria de educação, de cultura, de ambiente, associações civis, instituições filantrópicas, empresas, enfim, parceiros que possam contribuir para a inclusão social dos sujeitos com sofrimento psíquico.

A intersetorialidade, segundo Junqueira (1997, p.37), é a "articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social".

Nas entrevistas e questionários foram mencionadas poucas ações de parcerias dos CAPS com organizações onde os usuários possam desenvolver atividades com periodicidade. Instituições mencionadas pelos profissionais como parceiras apenas aceitam encaminhamentos de usuários do CAPS para participação em cursos, grupos e agendamento de consultas.

Estes locais que proporcionam atividades e atendimento psicossocial para a comunidade, naturalmente deveriam aceitar qualquer pessoa, sem a necessidade de um encaminhamento específico. A realidade é que os CAPS precisam construir uma ‘parceria’ com estas instituições para que aceitem seus usuários. Provavelmente o fato de outras instituições não aceitarem os usuários, faz com que aquelas que atendem aos encaminhamentos sejam consideradas ‘parceiras’.

A partir do conceito de intersetorialidade de Junqueira (1997), acima mencionado, pode-se dizer que os CAPS em Santa Catarina de modo geral não atuam de forma intersetorial, o que dificulta bastante a inserção social dos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do cenário descrito pelos profissionais percebe-se que em alguns CAPS as dificuldades estão relacionadas à falta de apoio, investimento e principalmente de entendimento dos gestores em relação à atenção em saúde mental. No estado de Santa Catarina, praticamente não existem dispositivos (cooperativas, centros de convivência, SRTs, organizações) para a reinserção social dos sujeitos com sofrimento psíquico intenso. A deficiência da articulação entre os CAPS e os demais serviços de saúde em todos os níveis de atenção é uma questão crucial que tem como efeito o retrocesso no âmbito da saúde mental. Nesta circunstância, o papel do CAPS de organizador da rede de cuidados, conforme preconiza o Ministério da Saúde, fica totalmente comprometido.

A situação atual de Santa Catarina requer que os CAPS trabalhem no limiar da institucionalização, uma vez que os usuários não têm o suporte fora das instituições que prestam assistência à saúde mental. Portanto, considera-se que a intersetorialidade é imprescindível para a construção da rede de atenção à saúde mental, possibilitando assim a transformação do cenário catarinense.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.D.C. *Loucos pela Vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1998.

_____. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2008.

BOBBIO, N. *et al*; (Org.), *Dicionário de Política*, Brasília: Editora Universidade de Brasília, 11^a Ed, 1998. Vol I.

BARROS, R.B.B. Subjetividades contemporâneas, dispositivo grupal e saúde mental. In: CARVALHO, S. R. *et al* (Org.). *Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade*. São Paulo: Editora HUCITEC, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf> >

Acesso em: 10 jun. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº224/MS de 29 de janeiro de 1992. Disponível em:

<http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/PORTARIA_224.pdf> Acesso em: 10 jun. 2009.

_____. Presidência da República. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Brasília, 2001. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>

Acesso em: 10 jun. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e*

mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

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

CAMPOS, R. O. *et al* (Org). *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: Desenho Participativo e Efeitos da Narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P.D.C. (Org.). *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade*. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2000.

JUNQUEIRA, L.A.P. Novas formas de gestão na saúde: Descentralização e intersetorialidade. *Rev Saúde e sociedade*. 1997, 6(2) p.31-46.

KANTORSKI, L.P. (Coord.). *Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil – CAPSUL*. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, Ministério da Saúde. Pelotas, 2007.

NUNES, M.O. *et al*. A articulação da experiência dos usuários nas microculturas dos Centros de Atenção Psicossocial – uma proposta metodológica. **Estudos e Pesquisas em Psicologia** UERJ – RJ, Ano 10, N. 1, P. 204-220, 1º Quadrimestre de 2010. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a14.pdf>. > Acesso em 14 jun. 2010.

PINTO, C.R.J. ONG In: AVRITZER, L. *et al* (org.). *Corrupção: Ensaio e Críticas*, Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. *Saúde Mental – CAPS*. 2011^a. Disponível em:<http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=315&Itemid=163 > Acesso em: 18 jul. 2011.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. *Apostila do SAMU*. 2011b. Disponível em: <

http://samu.saude.sc.gov.br/arquivos/apostila_do_samu_santa_catarina.pdf > Acesso em: 04 abr. 2011.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. *Endereços CAPS*. 2009. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/enderecos_caps.htm> Acesso em: 08 dez. 2009.

YASUI, Silvio. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Vol 1, no1, jan-abr. 2009. Disponível em: <http://www.cbsm.org.br/artigos/artigos/11_Silvio_Yasui.pdf> Acesso em: 06 jun. 2011.