

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**  
**CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO**  
**PSICOSSOCIAL**

**RUMO A UM NOVO MODO DE PRÁTICAS PSICOSSOCIAIS PÓS REFORMA**  
**PSIQUIÁTRICA?: UMA ANÁLISE DA EXPÊRIENCIA DE UM**  
**CAPS II DO SUL DE SANTA CATARINA**

**Florianópolis**

**2014**

**GABRIELA LUÍZA CAMPOS**

**RUMO A UM NOVO MODO DE PRÁTICAS PSICOSSOCIAIS PÓS REFORMA  
PSIQUIÁTRICA?: UMA ANÁLISE DA EXPÊRIÊNCIA DE UM  
CAPS II DO SUL DE SANTA CATARINA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientador: prof. Lúcio Botelho, Dr.

**Florianópolis**

**2014**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**“RUMO A UM NOVO MODO DE PRÁTICAS PSICOSSOCIAIS PÓS  
REFORMA PSIQUIÁTRICA?: UMA ANÁLISE DA EXPÊRIÊNCIA DE UM  
CAPS II DO SUL DE SANTA CATARINA”.**

**Gabriela Luiza Campos**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE:  
**MESTRE PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Atenção e Reabilitação Psicossocial**

**Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira**  
Coordenador do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial

**Banca Examinadora:**

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Lucio Bótelho

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Charles D. Tesser

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Deise Maria do Nascimento

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira

## RESUMO

Esta dissertação analisa o funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial II do Sul de Santa Catarina, enquanto um serviço substitutivo. Procura identificar se este serviço substitutivo se constitui ou não em um dispositivo de promoção de mudança do modo asilar para o modo psicossocial, como propõem as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Para alcançar este objetivo, foram realizados os seguintes procedimentos metodológicos: 1) a revisão da literatura especializada que possibilitou conceituar teoricamente a concepção do processo saúde-doença e os meios teórico-técnicos da atenção psicossocial sustentados pelos princípios da Reforma; 2) a observação da rotina do serviço e suas ações; 3) entrevistas semi-estruturadas com oito profissionais de nível superior que compõem a equipe do serviço. Identificou-se na experiência as possibilidades e as dificuldades da transição para o novo modelo de atenção à saúde mental, as práticas realizadas pelos profissionais do CAPS como um esforço efetivo com base em formações teóricas apropriadas, mas cujas ações terapêuticas ainda mostram-se insuficientes para a completa adequação às diretrizes da Reforma Psiquiátrica e o efetivo rompimento do modelo hospitalocêntrico e segregacionista. Observou-se ainda que, nesse processo, as relações institucionais, numa ainda frágil Rede de Atenção Psicossocial, não permitem sua consolidação em curto prazo, pois a estruturação da rede depende de investimentos cuja decisão está na esfera municipal, também frágil em recursos. No entanto, nesta pesquisa destaca-se que o importante foi a possibilidade de abordar através do modelo analítico a complexidade sugerida por outros autores frente a uma transição que exige fortes relações entre agentes e instituições. Procurou-se identificar através de quatro campos de análise a efetividade dessas ações e relações no contexto de uma Rede de Atenção Psicossocial, ainda embrionária. Os resultados da pesquisa apontam que os CAPS ainda não têm um papel substitutivo conforme preconizado nas diretrizes da Reforma, uma unidade complementar aos hospitais psiquiátricos. Como unidade substitutiva no contexto de uma Rede de Atenção Psicossocial, o CAPS deveria criar condições mais efetivas para a circulação do sujeito no seu território.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica. Desinstitucionalização. Rede de Atenção Psicossocial. CAPS.

## ABSTRACT

This dissertation analyzes how the Center of Psychosocial Care II (Centro de Atenção Psicossocial II – CAPS II) from the Santa Catarina works as a substitute service. We try to identify whether the substitute service is a structure that can promote a change in perspective from the asylum mode to the psychosocial mode, as proposed by the guidelines of the Psychiatric Reform. To reach such goal, the following methodological procedures have been utilized: 1) A review of specialized literature that enabled the theoretical conceptualization of the notion of the health-illness process and the theoretical-technical means of the psychosocial care supported by the principles of the Reform; 2) the observation of the care routine and its actions; 3) semi-structured interviews with eight graduated professionals, members of the staff. The experiment helped to identify the possibilities and the difficulties of the transition to the new model of mental health care. The practices carried out by the professionals of CAPS are a collective effort based on appropriate theoretical formation, although the therapeutic actions remain insufficient for the total adequacy to the guidelines of the psychiatric Reform and the effective disengagement from the hospital-centric and segregationist model. We also observed that, in this process, the institutional relations, in a still fragile network of Psychosocial Care, do not allow its consolidation in the short term, because the network structuration depends on investments from the also fragile funding of the municipality. However, in this research we highlight the possibility of approaching, through the analytical model, the complexity suggested by other authors in relation to a transition that demands strong connections between agents and institutions. We tried to identify, through fields of analysis, the effectiveness of those actions and connections in the context of a yet embryonic network of Psychosocial Care. The results of the investigation show that CAPS still does not work adequately as a substitute service, as preconized in the guidelines of the Reform, as a complementary unit to the psychiatric hospitals. As a substitute unit in the context of a Psychosocial Care, CAPS should create more effective conditions for the circulation of the individual in its territory.

**Keywords:** Psychiatric Reform. Desinstitutionalization. Psychosocial Care network. CAPS.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Implantação dos CAPS em SC no período de 2001 a 2011, segundo modalidade.....	15
Tabela 2 – Os componentes da rede de atenção psicossocial e os dispositivos da rede do município onde encontra-se localizado o CAPS em estudo.....	18
Tabela 3 – Caracterização da população entrevistada.....	20
Tabela 4 – Campos, elementos e variáveis da análise.....	40

## SUMÁRIO

<b>1 O PROBLEMA, A HIPÓTESE, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA.....</b>	<b>9</b>
<b>2 REFERÊNCIAS PARA ANÁLISE DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL.....</b>	<b>22</b>
2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A CRIAÇÃO DOS CAPS NO BRASIL.....	22
2.2 OS NOVOS ENFOQUES CONCEITUAIS DA REFORMA: DO MODELO ASILAR PARA O MODELO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	29
2.3 OS PRINCIPAIS ELEMENTOS PARA UMA ANÁLISE DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	37
<b>3 POSSIBILIDADES E FRAGILIDADES NA MUDANÇA DO MODELO HEGEMÔNICO HOSPITALOCÊNTRICO PARA O MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....</b>	<b>41</b>
3.1 CONHECIMENTOS DOS CONCEITOS E DIRETRIZES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E A IMPORTÂNCIA DA SUA UTILIZAÇÃO NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL.....	42
3.2 CONCEPÇÕES DO “OBJETO” E DOS MEIOS TÉCNICO-ASSISTENCIAIS.....	47
3.3 A ORGANIZAÇÃO DAS RELAÇÕES INTRAINSTITUCIONAIS.....	52
3.4 AS RELAÇÕES ENTRE A INSTITUIÇÃO E SEUS AGENTES EXTERNOS: TRABALHO EM REDE E A AÇÃO NO TERRITÓRIO.....	53
<b>4 O CAPS: RUMO À CONSTITUIÇÃO DE UMA UNIDADE DE SERVIÇO SUBSTITUTIVO NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA?.....</b>	<b>60</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>74</b>

## **1 O PROBLEMA, A HIPÓTESE, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA**

Ao longo do tempo, em diferentes culturas e sociedades, o conceito de saúde passou por alterações. Atualmente, ter saúde implica em acesso universal aos direitos sociais, civis e políticos, traduzindo-se em melhores condições de moradia, transporte, educação, ou seja, implica que o cidadão aprenda a exercer plenamente sua cidadania por intermédio de uma participação mais efetiva no cenário social.

A promoção da saúde consiste em proporcionar ao sujeito os meios necessários para melhorar e manter sua saúde. Ter saúde é o melhor recurso para o progresso pessoal, econômico e social e é uma dimensão importante da qualidade de vida. Os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, de meio ambiente, de conduta e biológicos podem intervir a favor ou contra a saúde.

Com muita luta e empenho de gerações foi conseguido inserir a saúde entre os direitos humanos fundamentais. Entendeu-se ser essencial para o desenvolvimento social e econômico, direito garantido no Brasil, pela Constituição Federal, em seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Para que a saúde mental seja um direito, de fato, é necessário que os gestores públicos contemplem em seus planos e programas de governo as ações, os serviços e os equipamentos necessários à prestação de cuidados às pessoas com transtorno mental. Portanto, os serviços e atendimentos voltados a esse grupo devem ocorrer na rede criada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em regime de cooperação e descentralização com as secretarias de saúde de estados e municípios.

No Brasil, a Lei Federal n. 10.216/2001 garante o direito ao acesso gratuito aos serviços de atenção e auxílio à saúde mental. A Lei foi uma conquista do movimento social organizado e deu respaldo e legitimidade ao processo de Reforma Psiquiátrica e



dispõe sobre a proteção das pessoas com transtornos mentais, redirecionando todo o modelo assistencial na área. Foi reconhecido no texto da Lei, como direitos destes cidadãos, nos termos do Ministério Público Federal:

- ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades;
- ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, para alcançar sua recuperação pela inclusão na família, no trabalho e na comunidade;
- ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização sem sua concordância;
- ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Com base nestes pressupostos, pode-se constatar que o modelo de tratamento dos sujeitos acometidos por transtornos mentais vem passando por reformulações. As novas Políticas Públicas de Saúde Mental propõem uma reavaliação do Sistema Único de Saúde, buscando banir o tratamento pautado na perspectiva segregacionista. Afinal, foram décadas tratando o sofrimento psíquico através da retirada do sujeito adoecido do convívio social e familiar, ou seja, a exclusão era a estratégia utilizada.

Desde a década de 70, com a organização do Movimento da Reforma Psiquiátrica, o tratamento focalizado na internação em hospícios e asilos manicomial passou a ser fortemente questionado. Cabe ressaltar que este Movimento foi inicialmente formado por profissionais da área da saúde mental, visando a incorporar também as famílias dos pacientes e os próprios pacientes. O Movimento da Reforma Psiquiátrica ganhou força a partir dos avanços da Reforma Sanitária, consagrada na Constituição de 1988 e, posteriormente, com o advento do Sistema Único de Saúde – SUS, instituído com a lei 8.808, de 1990.

Esta reforma, que toma por objeto de crítica e intervenção a saúde mental, tem como proposta trazer o sujeito com transtorno mental de “volta ao convívio social, resgatar a cidadania dos que passaram anos de suas vidas trancafiados, sofrendo maus tratos e humilhações.” (MACHADO, p. 2005, p. 46). Ou seja, pretende transformar a relação da sociedade com o doente, transformar a instituição e o setor médico-psiquiátrico, transformar as próprias práticas, estabelecidas séculos antes, do lidar com as pessoas que apresentam transtornos mentais. (MACHADO, 2005). Além disso, pretende transformar a relação da sociedade com o doente, ponto entendido crucial, pois, afinal, é a sociedade que conceitua o limite entre o normal e o patológico. A Reforma Psiquiátrica focaliza suas ações na desinstitucionalização para a garantia dos direitos de cidadania dos doentes mentais.

Para alcançar esses objetivos, a Reforma tem como meta a desconstrução do modelo hospitalocêntrico e a expansão de uma nova proposta. Para tanto, foram criados os serviços substitutivos de atenção abertos, ou seja, ambulatórios, hospitais-dia, Centros de Atenção Psicossociais – CAPS, internação em hospitais gerais ou em CAPS 24 horas quando necessário, residências terapêuticas, centros de convivência, apoio financeiro e psicossocial às famílias.

Logo, para a efetivação do desenvolvimento de um modelo de atenção comunitário, descentralizando a assistência, é necessário que dois movimentos ocorram simultaneamente: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar psiquiátrica e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos existentes em hospitais psiquiátricos. As ações relativas à saúde mental devem estar preferencialmente localizadas na própria comunidade na qual o sujeito está inserido e devem buscar, além do tratamento e de propostas assistenciais e de reabilitação, medidas preventivas e educativas. Este modelo exige também a formação de uma rede de profissionais que possam desenvolver ações que resgatem e/ou desenvolvam a saúde mental da população.

A questão central no novo modelo de assistência no âmbito da saúde mental, o modo psicossocial, está relacionada à elevação do sujeito de sua condição de doente para a de cidadão. Este é o princípio que deve estar posto na orientação das práticas psicossociais. (AMARANTE, 2003).

Em termos concretos, no que diz respeito a esta pesquisa, este é o aspecto central do **problema de pesquisa**: até que ponto, efetivamente, essa reorientação das práticas de atenção psicossocial está presente nas formas de tratamento e nas práticas cotidianas

da rede pública. Procura-se, portando, captar a forma de absorção pela rede pública da nova perspectiva da Política Nacional de Saúde Mental, ou seja, como se operacionaliza o modo psicossocial nos dispositivos de desinstitucionalização.

Esta dissertação se propõe analisar essas questões para o caso brasileiro, mais especificamente a experiência do CAPS II, do sul de Santa Catarina, de maneira a identificar a experiência e as possibilidades da transição para um novo modelo de atenção à saúde mental. Outras pesquisas já observaram a semelhança das trajetórias na assistência à saúde mental do estado de Santa Catarina em relação ao Brasil. Foi somente no final da década de 80 que se implantou no estado esse processo de desinstitucionalização, representado pela criação dos CAPS. O número dessas unidades cresceu significativamente após o ano 2000, mas tanto em Santa Catarina como no Brasil persistem as dificuldades para a consolidação de um novo modelo de assistência à saúde mental segundo os parâmetros prescritos no debate sobre a Reforma Psiquiátrica.

Pergunta-se, neste trabalho, primeiramente, se as práticas realizadas pelos profissionais do CAPS são adequadas às diretrizes da Reforma Psiquiátrica para o rompimento do modelo hospitalocêntrico e segregacionista para o modelo de atenção psicossocial.

A segunda questão diz respeito à observação nesse processo de mudança da presença ou não de relações institucionais adequadas à construção do novo modelo preconizado pela Reforma Psiquiátrica.

Portanto, toma-se por hipótese central que o processo de desinstitucionalização e das práticas assistenciais à saúde mental parecem revelar na experiência brasileira as dificuldades e a timidez na implantação desse novo modelo. Toma-se, para esta análise, o caso específico do CAPS II do Sul de SC como forma de compreender tais dificuldades e possibilidades.

O **objetivo principal** do presente trabalho foi analisar o funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial II, enquanto um serviço substitutivo, identificando se constitui ou não em um dispositivo de promoção de mudança do modo asilar para o modo psicossocial, como propõem as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Portanto, se se trata de um estudo de caso que possui como objeto de análise a implantação de práticas num modelo de atenção psicossocial num dispositivo da Reforma Psiquiátrica, o CAPS II do Sul de Santa Catarina, torna-se necessário situar e

caracterizar esse dispositivo na Rede de Atenção Psicossocial na qual está inserido, como segue.

Em 1987 acontece o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru, SP, que adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro. O surgimento do primeiro CAPS no Brasil também ocorreu no ano de 1987, na cidade de São Paulo. Em 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país.

No ano de 1992, os movimentos sociais inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. A década de 90 é marcada pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental e a entrada em vigor, no país, das primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária e as primeiras normas para fiscalização dos hospitais psiquiátricos.

Neste período, o processo de expansão dos CAPS no Brasil é descontínuo. As novas normatizações do Ministério da Saúde, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento. Ao final deste período, em 1992, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos.

Em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A Lei Federal n. 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. A promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto de sua promulgação e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução

programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. Este processo caracteriza-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário.

É neste contexto nacional de desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica que o CAPS II objeto deste estudo é criado. Foi fundado em agosto de 2002 como uma unidade para prestar serviços substitutivos na Rede de Atenção Psicossocial na Região, na qual o município está inserido.

No estado de Santa Catarina, após a fundação do primeiro CAPS na capital do estado em 1995, o número dessas unidades chegou a 78 em 2011, conforme quadro abaixo. (SANTA CATARINA, 2011).

Tabela 1 – Implantação dos CAPS em SC no período de 2001 a 2011, segundo modalidade

ANO DE IMPLANTAÇÃO	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	TOTAL
2001	1					1
2002	10	9		1	2	22
2004	2	1			1	4
2005	11	1		3		15
2006	5	1		1	1	8
2007	3				2	5
2008	4			1	1	6
2009	5		1		1	7
2010	3		1		3	7
2011	3					3
TOTAL						78

Fonte: Santa Catarina, 2011.

No âmbito da Reforma, todos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm como objetivo oferecer atenção diária e intensiva às pessoas com sofrimento psíquico, proporcionando acolhimento, cuidado e suporte desde o momento mais grave da crise até a reconstrução dos laços com a vida; logo, com a sociedade. Portanto, estes serviços são espaços de tratamento e convívio que visa à realização de trocas, desconstruindo, em seu fazer cotidiano, um histórico de exclusão, invalidação e silenciamento dos ditos loucos ao possibilitar o “cuidado, a sociabilidade e o convívio da cidade com a loucura que a habita.” (CFP, 2013, p. 93). O CAPS é uma unidade da rede que busca para o tratamento dos sujeitos ir além do tratamento do espaço restrito de cuidado da loucura, ampliando-o para o território onde as relações são tecidas. Logo, tem como missão promover mobilização para a mudança no modo como a sociedade se relaciona com esta experiência, a loucura, arraigada de preconceitos e estigmatização. Os CAPS têm como diretriz cuidar em liberdade, já que, para a Reforma Psiquiátrica, este é o ponto de partida da clínica – nova prática de cuidado. Para esta clínica, a premissa é “tratar sem trancar, tratar dentro da cidade, buscando os laços sociais, o fortalecimento ou a reconstrução das redes que sustentam a vida de cada usuário.” (CFP, 2013, p. 95).

Para tanto, a referida instituição apresenta uma equipe interdisciplinar composta por um coordenador, três médicos psiquiatras, duas psicólogas, duas enfermeiras, duas assistentes sociais, duas pedagogas, uma técnica em enfermagem, duas auxiliares administrativas, uma auxiliar de serviços gerais, um motorista e um segurança.

A infra-estrutura do CAPS II – objeto deste estudo é modesta e está organizada da seguinte maneira: recepção, sala de espera, duas salas reservadas à realização de grupos terapêuticos, cinco consultórios (de Psiquiatria, Psicologia, Enfermagem e Serviço Social), uma sala destinada à medicação e outra à Associação dos Usuários, um refeitório, uma cozinha, uma sala para guardar materiais de limpeza, dois banheiros públicos e um banheiro para funcionários.

Os CAPS, de acordo com a Portaria GM/MS n. 336, de 19 de fevereiro de 2002, baseiam-se em três modalidades de atendimento relacionadas às particularidades e necessidades de cada usuário. O atendimento intensivo diz respeito ao usuário que necessita frequentar a instituição diariamente, cinco vezes por semana. Esse indivíduo encontra-se em intenso sofrimento mental ou com dificuldades nos âmbitos social e familiar. Já no atendimento semi-intensivo, o usuário deverá frequentar a instituição até 12 dias no mês, ou seja, de duas a três vezes por semana. Nessa modalidade, o indivíduo tem o sofrimento mental diminuído, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas ainda necessita de atenção dos profissionais para recuperar sua autonomia. E o atendimento não-intensivo diz respeito ao usuário que não necessita de suporte contínuo da equipe profissional, podendo frequentar o serviço até três dias no mês.

O CAPS II, em estudo atualmente atende 280 usuários que são os cadastrados no serviço. No período inicial de seu funcionamento, entre 2002 e 2004, atendia aproximadamente entre 150 e 170 usuários registrados. A partir de 2004 o serviço reduz a aceitação de novos usuários devido ao pequeno número de profissionais da saúde no seu quadro. A retomada da entrada de novos usuários de maneira mais significativa reinicia aproximadamente em 2008, quando são admitidos novos profissionais da saúde. Deve-se observar ainda que o número de entrada de usuários tem flutuado bastante e responde de certa forma às variações no tamanho da equipe e à rotatividade dos profissionais. Essas flutuações podem ser observadas no fato de que no período de junho de 2012 a fevereiro de 2013 o serviço não recebeu nenhum novo usuário e a lista de espera para ingressar no serviço chegou a 126. No entanto, atualmente os usuários chegam a 280 e foi eliminada a lista de espera. Outro fator que indica os resultados positivos recentes foram as altas do serviço concedidas recentemente a 53 usuários.

O regulamento dos CAPS II, segundo a Portaria GM/MS n° 189, de 20 de março de 2002, prevê que os mesmos podem receber recursos mensais para o atendimento de 220 usuários distribuídos da seguinte forma: 45 intensivos, 75 semi-intensivos e 100 não-intensivos. Estes números definidos pela Portaria sugerem que o número atual de

usuários do CAPS II em estudo é condizente com a capacidade de usuários prevista pelas normas dos CAPS.

A portaria GM/MS 3088, de 23 de dezembro de 2011, define os componentes e os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial que busca organizar o sistema de atendimento (seus componentes básicos e programas principais). Esses componentes podem ser órgãos do governo federal, estadual ou municipal que seguem as diretrizes emanadas do Ministério da Saúde. Nessa estrutura básica, os municípios têm a tarefa de implantar e manter alguns serviços, entre os quais o CAPS, além de outros dispositivos da Rede, conforme demonstrado no quadro abaixo.



Tabela 2 – Os componentes da rede de atenção psicossocial e os dispositivos da rede do município aonde o CAPS objeto deste estudo esta inserido.

COMPONENTES	PONTOS DE ATENÇÃO	DISPOSITIVOS DA REDE DE PALHOÇA
1-Atenção Básica	1.1 Unidade Básica de Saúde UBS 1.2 Equipes de Atenção Básica para situações específicas 1.2.1 Equipe de Consultório na Rua 1.2.2 Equipe de Apoio aos Serviços do Componente Residencial de Caráter Transitório 1.3 Centro de Convivência 1.4 Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF	20 Unidades Básicas de Saúde UBS Inexistente Inexistente Inexistente Inexistente 03 Equipes de NASF
2-Atenção Psicossocial Especializada	2.1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 2.1.1 – CAPS I  2.1.2 – CAPS II 2.1.3 – CAPS III 2.1.4 – CAPS AD 2.1.5 – CAPS AD III 2.1.6 – CAPS Infantil	Inexistente (Não se aplica ao Município) 01 CAPS II Inexistente 01 CAPS AD Inexistente 01 CAPS Infantil (em implantação)
3-Atenção de Urgência e Emergência	3.1 – SAMU 3.2 – Sala de Estabilização  3.3 – UPA 3.4 – Hospitais  3.5 – PA  3.6 – Unidades Básicas de Saúde 3.7-Centros de Atenção Psicossocial	02 equipes Inexistente (Não se aplica devido presença de UPA em implantação) 01 UPA (em implantação) Inexistente (Hospital de referência utilizado é estadual) 01 PA e 01 PA em fase de implantação (incluído no componente 1) (Incluído no componente 2)
4-Atenção Residencial de caráter transitório	4.1.Unidade de Acolhimento (Adulto e crianças e adolescentes) 4.2.Serviços de Atenção em Regime Residencial 4.2.1 Comunidades Terapêuticas	Inexistente Inexistente Inexistente
5- Atenção Hospitalar	5.1 Enfermaria em Hospital Geral  5.2.Serviço Hospitalar de Referência – Curta Permanência	Inexistente (Hospital de referencia utilizado é estadual) Inexistente (Hospital de referencia utilizado é estadual)
6- Estratégias de desinstitucionalização	6.1 – Serviços Residenciais Terapêuticos 6.2 – Programa de Volta para Casa	Inexistente Atualmente não contempla nenhum usuário
7-Reabilitação Psicossocial	7.1 – Iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/ cooperativas sociais.	Inexistente

Fonte: elaboração própria com base na Portaria GM 3088 e pesquisa de campo (2014)

Desta forma caracteriza-se uma rede de atenção psicossocial no âmbito do município em articulação com certos serviços estaduais e municipais. Este estudo, entretanto, é referente ao CAPS II do Sul de Santa Catarina, portanto, no âmbito da rede municipal, mas sem desprezar as articulações e o pacto entre os diversos órgãos estaduais e federais.

Para alcançar o objetivo proposto foram realizados os seguintes procedimentos metodológicos principais:

- 1) a revisão da literatura especializada que possibilitou conceituar teoricamente a concepção do processo saúde-doença e os meios teórico-técnicos da atenção psicossocial sustentados pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, além do debate teórico que balizou as mudanças;
- 2) observação da rotina do serviço e suas ações;
- 3) entrevistas semi-estruturadas com oito profissionais de nível superior que compõem a equipe do serviço;

Foram convidados a responder e participar da entrevista todos os doze profissionais de nível superior da unidade em análise, dos quais quatro declinaram por motivos pessoais. Como se pode observar pela tabela abaixo, participaram profissionais de diversas especializações e em sua maioria com significativo tempo de atuação profissional, porém apenas dois com tempo de atuação significativo na área da saúde mental.

O instrumento de coleta dos dados encontra-se anexado a esta dissertação e foi composto por 29 perguntas norteadoras referentes à identificação e formação dos entrevistados; características da formação na área da saúde mental; concepções a respeito da Reforma Psiquiátrica e sua articulação com a prática profissional; rotinas e ações de trabalho; as relações institucionais e o trabalho em equipe; o desenvolvimento do trabalho em Rede; e questões éticas nos processos de trabalho.

Tabela 3 – Caracterização da população entrevistada

<b>Função</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo de atuação profissional</b>	<b>Tempo de atuação CAPS</b>	<b>Grau escolaridade</b>
<b>Coordenador</b>	M		10 anos	01 ano	Graduação
<b>Enfermeiro</b>	M	37	12 anos	10 meses	Graduação
<b>Enfermeira</b>	F	31	8 anos	7 anos	Especialização
<b>Psicóloga</b>	F	40	17 anos	13 anos	Mestrado Saúde Pública
<b>Psicóloga</b>	F	25	18 meses	04 meses	Graduação
<b>Assistente Social</b>	F	36	06 meses	06 meses	Graduação
<b>Assistente Social</b>	F	26	01 ano	01 ano	Capacitação
<b>Pedagogo</b>	F	41	17 anos	10 meses	Graduação

Fonte: elaborada pela autora (2014)

Através destes procedimentos metodológicos foi possível obter dados que explicitam as práticas técnico-assistenciais e o modo como o serviço é conduzido. Ainda permite analisar a semelhança das práticas atualmente adotadas com aquelas preconizadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, bem como a qualidade dos esforços de formação dos agentes de saúde.

Para a análise da dinâmica técnica e assistencial atual deste CAPS II foram observadas as seguintes variáveis: 1) Concepção do objeto e dos meios de trabalho, 2) Organização das relações intrainstitucionais, 3) As relações da instituição e de seus agentes e 4) O conhecimento dos conceitos e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e a importância da sua utilização na atuação profissional.

Por tratar-se de um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, essa abordagem metodológica é do tipo qualitativa e descritiva. Quanto ao delineamento desta pesquisa, caracteriza-se como estudo de caso, afinal, conforme Gil (2002, p. 54), trata-se de um estudo “profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento.”

Após a coleta dos dados, realizou-se a organização, tratamento e análise, visando articular teoricamente as informações obtidas em conformidade com os objetivos e o problema de pesquisa. A análise dos dados ocorreu a partir da transcrição das

entrevistas e compilação dos dados registrados nos diários de campo obtidos por intermédio da observação.

Os resultados desta dissertação são apresentados de forma estruturada, nos seguintes capítulos, além deste que introduz o trabalho. No capítulo segundo será apresentada a fundamentação teórica que balizará a análise através da identificação, na literatura especializada, da concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos do modo psicossocial de atenção à saúde sustentados pelos princípios da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, no terceiro capítulo, apresenta-se a análise da dinâmica técnico-assistencial atual do CAPS II, verificando: 1) o conhecimento que os profissionais entrevistados têm a respeito dos conceitos e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e a importância em sua atuação profissional; 2) a concepção que os profissionais têm do objeto de seu trabalho e os meios técnico-assistenciais utilizados; 3) a organização das relações intrainstitucionais, entre profissionais, usuários e familiares, 4) As relações da instituição e seus agentes, na articulação do trabalho em Rede e suas dificuldades. Por fim, no último capítulo, as conclusões e sugestões para novos estudos no campo da saúde mental.

## **2 REFERÊNCIAS PARA ANÁLISE DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL**

A análise do Centro de Atenção Psicossocial II do Sul de Santa Catarina, como um serviço substitutivo e se o mesmo se constitui como um dispositivo de promoção de mudança do modo asilar para o modo psicossocial, implica na construção de um referencial analítico que considere as diretrizes da Reforma Psiquiátrica no Brasil e o sentido da criação dos CAPS neste contexto. Como exposto no item 2.1. No item 2.2, inclui-se nestas referências analíticas o debate sobre a necessidade de explicitação e efetividade da presença de novas práticas de atenção psicossocial preconizadas pelos novos enfoques usados na Reforma. Faz-se isso através de uma breve revisão do debate recente sobre a atenção psicossocial, a desinstitucionalização, as implicações para a atenção às pessoas em crise, a substituição do modelo hospitalocêntrico e as implicações para novas práticas relacionais e de inserção na comunidade local. No item 2.3, apresenta-se o modelo de análise utilizado na dissertação.

### **2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A CRIAÇÃO DOS CAPS NO BRASIL**

A Reforma Psiquiátrica (RP) é um movimento social complexo, caracterizado por um conjunto de iniciativas. Como um de seus objetivos, visa redirecionar a atenção à saúde mental de um modelo hospitalocêntrico para um modelo comunitário, extramural. Compreendido como um conjunto de transformações de práticas, saberes e valores culturais, é no cotidiano das instituições, dos serviços prestados e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica se desenvolve.

A Reforma Psiquiátrica não se reduz, entretanto, a uma simples reestruturação do modelo assistencial ou mera reorganização de serviços, buscando superar as características desumanas, violentas e perversas que normalmente caracterizam as instituições asilares. Trata-se de um processo em permanente movimento e que se configura na articulação de quatro dimensões: o campo epistemológico, o técnico-assistencial, o jurídico-político e o sociocultural. (AMARANTE, 2003). Devido a sua complexidade, este processo apresenta enormes impasses e desafios. Como pontua o respectivo autor, “trata-se portanto de uma inter-relação de reconstrução de conceitos; de espaços substitutivos de sociabilidade de possibilidades plurais e singulares concretas para sujeitos concretos; de direito ao trabalho, à família, aos amigos, ao

cotidiano da vida social e coletiva; de solidariedade e inclusão de sujeitos em desvantagem social.” (AMARANTE, p. 25, 2003).

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita em um contexto internacional de mudanças com vistas à superação da segregação asilar. A experiência de reforma italiana, cujo conceito central refere-se à desinstitucionalização e sua crítica ao hospital psiquiátrico é inspiradora e revela a possibilidade de ruptura do paradigma psiquiátrico rumo a um novo paradigma, o psicossocial. (ROTELLI, 1990).

Franco Basaglia, psiquiatra italiano que fundou o Movimento da Psiquiatria Democrática e liderou as mais importantes experiências de superação do modelo asilar-manicomial em Gorizia e Trieste, foi o primeiro a colocar em prática um processo social e político de extinção dos manicômios, criando uma nova rede de serviços e estratégias para lidar com as pessoas em sofrimento mental. A partir desta perspectiva, passou a cuidar destes sujeitos. O caráter revolucionário dessa nova forma de cuidado estava expresso não apenas no contexto dos novos serviços que substituíam os manicômios, mas a partir dos mais variados dispositivos de caráter social e cultural, que incluíam cooperativas de trabalho, oficinas, ateliês de arte e espaços de cultura e lazer.

No Brasil, os primeiros movimentos neste sentido ocorreram na década de 1970 através de denúncias da prática de violências nos manicômios, da mercantilização da loucura e da hegemonia de uma rede privada de assistência, que deram origem ao Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM. (AMARANTE, 2001). Em 1989, é apresentado o projeto de lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que incorporava as proposições do MTSM, com o propósito de formalizar os cânones da Reforma Psiquiátrica como lei nacional. O projeto de Lei propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com sofrimento psíquico e a extinção progressiva dos manicômios no país, tornando-se um marco das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica no campo legislativo. Mas somente no ano de 2001, após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado foi sancionada. Assim, a Lei Federal 10.216/01 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. A Lei propõe, ainda, a redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos, a opção preferencial por tratamentos em regime não asilar etc. Desta forma, a promulgação da Lei 10.216/01 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, mas o

processo de desinstitucionalização implícito não se coloca de forma peremptória, pois admite a continuidade de existência do hospital psiquiátrico, o que tem levado a discussões e controvérsias. (BRASIL, 2001).

Mais de dez anos se passaram desde que a lei da Reforma Psiquiátrica foi sancionada. Analisando o percurso deste intenso movimento social, político e ideológico, percebe-se conquistas e fragilidades. Embora se possa argumentar que já há outra lógica hegemonicamente atuante na estruturação dos serviços, não se pode afirmar que o manicômio foi superado como principal recurso de assistência, seja no terreno prático ou imaginário, que tenha deixado de ser uma realidade para muitos sujeitos em sofrimento intenso e persistente, para seus familiares e para a comunidade como um todo.

O campo da saúde mental tem se revelado como uma prioridade no sistema de saúde, como manifestado no Pacto pela Saúde e na Política Nacional da Atenção Básica. (BRASIL, 2006). Segundo dados obtidos pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS, 2001) e a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), estima-se que cerca de 450 milhões de pessoas no mundo possuem algum transtorno psiquiátrico, sendo que tais transtornos representam quatro entre as dez das principais causas de incapacitação em todo o mundo. Para o Brasil, até o ano de 2000, 12% da população sofriam de algum transtorno psiquiátrico, havendo uma probabilidade de crescimento desta proporção em média para 15% até o ano de 2020.

Segundo o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE, 2008), a estimativa da população residente no país até 2020 será de 207.143.243 milhões de habitantes, os 15% representados por aqueles que possuem transtornos psiquiátricos seriam mais de 31 milhões de pessoas. Assim, a OPAS/OMS (2001), baseando-se nos resultados de sua pesquisa, ressalta a importância de que os governos aprimorem cada vez mais suas políticas de saúde pública, priorizando a promoção da Saúde Mental com a prevenção e suporte adequados aos sujeitos com sofrimento psíquico, quanto ao tratamento e a reabilitação psicossocial.

A Declaração de Caracas, documento da Organização Mundial de Saúde, que trata da reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina, reconhece a ineficácia do hospital psiquiátrico (HP) como dispositivo terapêutico. (OMS, 1991). Desde seu surgimento no mundo ocidental, há mais de 300 anos, o hospital psiquiátrico tem-se voltado à atenção de demandas sociais, na perspectiva da exclusão da insanidade mental

e não primordialmente às ações terapêuticas. Daí, a decisão por sua extinção, a partir da década de 70 na Itália e, de forma modificada, a partir da Lei 10.216/01 no Brasil.

Vários profissionais são convocados a intervir nos processos de tratamento das pessoas com sofrimento psíquico. O trabalho em conjunto é mais eficaz, pois entende-se que o sujeito é um ser biopsicossocial.

Norteados pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, os profissionais da saúde mental entendem que o local de atenção assistencial é o bairro, a família e as comunidades. Assim, se inicia o trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92, definidos como:

[...] unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.12)

Os CAPS são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, e integram a rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo o Ministério da Saúde (2004), os CAPS são serviços de saúde aberto e comunitário do SUS, que tem atribuição de acolher, atender pessoas com problemas psíquicos, estimular integração social e familiar, e sustentar iniciativas que busquem autonomia. O CAPS se torna um lugar de referência e tratamento, sendo um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. De acordo com o Ministério da Saúde (2004, p. 09), a característica principal do CAPS em relação aos seus usuários é “buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu ‘território’, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares”. Sendo assim, o objetivo do CAPS é substituir o modelo hospitalocêntrico, impedindo as internações compulsórias e favorecer a inclusão social dos usuários e de suas famílias nos seus territórios.

Os usuários do CAPS são pessoas que apresentam “transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais.” (BRASIL, 2006, p. 15). Os CAPS são divididos de acordo com suas peculiaridades:



- CAPS I: municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; funcionamento das 8h às 18h; de segunda a sexta-feira; 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental, 1 enfermeiro, 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), 4 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão);
- CAPS II: municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; funcionamento das 8h às 18h; de segunda a sexta-feira; podendo ter um terceiro período de funcionamento (até 21h); 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), 6 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão);
- CAPS III: municípios com população acima de 200.000 habitantes; funcionamento de 24 horas (diariamente, incluindo feriados e finais de semana); 2 médicos psiquiatras, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior), 8 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão);
- CAPSi: municípios com população acima de 200.000 habitantes; funcionamento das 8h às 18h; de segunda a sexta-feira; podendo ter um terceiro período de funcionamento (até 21h); 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), 5 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão);
- CAPSad: municípios com população acima de 100.000 habitantes; funcionamento das 8h às 18h; de segunda a sexta-feira; podendo ter um terceiro período de funcionamento (até 21h); 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 1 médico clínico (responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas), 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), 6 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão). (BRASIL, 2004)

O trabalho desenvolvido pelo CAPS pode ser realizado através de atendimentos individuais ou grupais, assim como a própria convivência com equipe e usuários do serviço, já sendo um recurso terapêutico. A construção do vínculo é realizada através do ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, com diversas modalidades de tratamento e atendimento. De acordo com a Portaria GM 336/02, três tipos de atendimento podem ser realizados de acordo com o sofrimento psíquico do usuário, ressaltando que todos os atendimentos têm possibilidade de serem realizados na residência do usuário:

- Atendimento Intensivo: atendimento diário para pessoas que se encontram em sofrimento grave psíquico, em crise ou dificuldade intensa no convívio social;
- Atendimento Semi-Intensivo: atendimento até 12 dias por mês para pessoas que o sofrimento e a desestruturação diminuíram, possibilitando relacionamentos e autonomia;
- Atendimento Não-Intensivo: atendimento até três dias por mês quando a pessoa não precisa de apoio contínuo da equipe para realizar suas atividades. (BRASIL, 2004)

Segundo o Ministério da Saúde (2004, p. 16), cada CAPS deve ter um projeto terapêutico do próprio serviço: “que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais dos CAPS, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional”. Com isso, é evidente o trabalho realizado pelo CAPS de clínica ampliada; trabalho que privilegia, para além do uso de consultas e medicamentos, diferentes atividades terapêuticas: psicoterapia (individual ou em grupo), oficinas terapêuticas, atividades artísticas, atividades comunitárias, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento aos familiares. As atividades terapêuticas são subdivididas nos diferentes tipos de atendimentos:

- Atendimento individual: medicamentos, psicoterapia e orientação;
- Atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, expressivas (plástica, corporal, verbal, musical), geradoras de renda (atividade igual ou diferente da profissão do usuário), de alfabetização, culturais, atividades esportivas, de suporte social, de leituras e debates;
- Atendimento para a família: nuclear e grupo de familiares, atendimento individual a familiares, visitas a residência, ensino e lazer;
- Atividades comunitárias: desenvolvidas em conjunto com associações e instituições dos bairros e comunidades com objetivo de trocas sociais, integrações entre serviços e usuários com família, comunidade e sociedade;
- Assembleias ou reuniões de organização do serviço: com objetivo do CAPS se tornar um lugar de convivência com atividades semanais onde reúne a comunidade técnica, usuários e familiares.

Cabe ressaltar que, de acordo com o Ministério da Saúde (2004), as oficinas terapêuticas são as principais formas de tratamento que o CAPS pode oferecer, pois são atividades realizadas em grupos com orientação de no mínimo um profissional, em que o usuário tem voz ativa para definir juntamente com a equipe as atividades, integrando socialmente usuário e família. Com isso, é possível desenvolver um espaço de escuta e troca das necessidades, sentimentos e problemas, sendo um exercício de cidadania.

Conclui-se que os CAPS têm como diretriz cuidar em liberdade, já que para a Reforma Psiquiátrica este é o ponto de partida da clínica – nova prática de cuidado. Para

esta clínica, a premissa é “tratar sem trancar, tratar dentro da cidade, buscando os laços sociais, o fortalecimento ou a reconstrução das redes que sustentam a vida de cada usuário.” (CFP, 2013, p. 95).

As práticas terapêuticas exercidas no serviço devem se orientar também pelo saber do usuário. É a partir desta perspectiva que se constrói o projeto terapêutico dos usuários. Logo, este projeto é singular, de acordo com a particularidade de cada experiência de sofrimento e do momento de vida de cada usuário. Cabe ao CAPS realizar novas práticas, oferecendo um espaço de expressão e de inscrição das soluções e estratégias criadas por cada um na reconstrução da sua história e de sua vida.

Assim, o trabalho desenvolvido no CAPS “agrega à psicoterapia e ao medicamento, a potência de outros recursos e intervenções. Tratar para esta clínica é construir as condições de liberdade e capacidade de se inserir na cidade, de fazer caber a diferença – sempre singular, no universo da cidadania, com cada usuário.” (CRP, 2013, p. 99). Nesse espaço, as intervenções visam à reconstrução de novos modos de viver de cada usuário, através do acesso ao campo dos direitos e o exercício protagonista dos sujeitos, formando junto, com o usuário, uma rede de suporte e sustentação em que o sujeito tenha a possibilidade de vivenciar seu sofrimento e encontrar caminhos para conduzir sua própria vida. Faz-se reconhecer, desta maneira, que existe um saber que extrapola os conhecimentos da ciência, dito noutros termos, os profissionais precisam reconhecer que “quase nada se sabe e que o outro, o louco, pode e deve nos orientar quanto as possibilidades de saída para sua dor.” (CRP, 2013, p.102). Portanto, quem tem o saber é o sujeito que experiencia determinado sofrimento, e as ações devem-se orientar pelo saber do usuário, baseando-se nele para planejar o projeto de tratamento a ser ofertado. “A criação e a invenção desta nova prática de trato e relação com a loucura sustenta-se em princípios éticos claros e definidos. O direito à liberdade, o consentimento com o tratamento, o respeito à cidadania e aos direitos humanos, a participação do usuário no serviço; articulam-se aos conceitos de território, desinstitucionalização, porta aberta, vínculo, trabalho em equipe e rede. Esse conjunto formam os pontos de orientação que organizam e dão sentido ao cuidado nestes lugares.” (CFP, 2013, p. 94).

Acreditava-se anteriormente que apenas o conhecimento produzido pela ciência seria plenamente suficiente. Desejava-se uma sociedade planejada e administrada de forma totalmente científica, ideais estes positivistas. Atualmente, houve uma modificação. Consideram-se os aspectos ideológicos, políticos, embora alheios à

ciência. E tais aspectos são entrecortados por questões religiosas, culturais e morais, conforme afirma Amarante (2011). Portanto, nestes serviços, pode-se dizer que ocorre uma prática inventiva, em que não se encontra referência em manuais e nem sempre se formaliza como saber teórico. Ou seja, a invenção é balizada pela ética da liberdade e respeito às diferenças, que se consolidam na construção diária de outro paradigma para o cuidado com a loucura, o da Atenção Psicossocial.

## 2.2 OS NOVOS ENFOQUES CONCEITUAIS DA REFORMA: DO MODELO ASILAR PARA O MODELO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Se a transição da experiência entre o modelo asilar e segregacionista ao modelo de atenção psicossocial é o eixo que norteia esta reflexão, especificamente a experiência do CAPS II do Sul de Santa Catarina, cabe entender quais parâmetros orientam as atuais práticas em saúde mental. Partindo desta orientação, faz-se necessário alguns apontamentos sobre a atenção psicossocial.

Na perspectiva da atenção psicossocial:

Busca-se tratar o sujeito em sua existência e em relação com as condições concretas de vida. Através da criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades. O sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz, torna-se sujeito, e não objeto de saber. Neste sentido compreende-se a RP como um processo complexo de desconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. Reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos. O sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais. (AMARANTE, p. 50, 2003).

A atenção psicossocial está inserida no campo da Reforma Psiquiátrica, e sustenta um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas de caráter inovador, norteadas pelo objetivo de substituir o modelo asilar. (ROSA; LUZIO; YASUI, 2003). Logo, a atenção psicossocial é entendida como um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico dominante.

Quando se pensa no campo da saúde mental e da atenção psicossocial é importante compreendê-los como um processo social e complexo em constante transformação. Duas frentes de acontecimentos foram importantes nesse contexto em direção ao rumo desse novo paradigma. Trata-se das transformações da prática médica e das transformações da prática psiquiátrica, mais especificamente.

Na prática médica, desde os anos 50, os modelos da Medicina Integral, Medicina Preventiva e Medicina Comunitária já se preocupavam em integrar a dimensão social na produção da enfermidade, algo que era excluído do ato médico tradicional. A Medicina Integral contrapõe o caráter fragmentado das ações médicas, compreendendo o indivíduo como totalidade bio-psico-social, requerendo uma organização de trabalho em equipe multiprofissional, em que vários saberes se fazem necessários para a compreensão e intervenção no processo de adoecimento. A Medicina Comunitária, por sua vez, agregando conhecimentos da Medicina Integral e da Medicina Preventiva, busca analisar o processo saúde-doença em suas dimensões ecológica e psicossocial, superando “o corte entre aspectos orgânicos e psicossociais, entre condutas curativas e preventivas, entre práticas que visam efeitos individuais e coletivos.” (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p.15).

Analisando o emprego do termo psicossocial, tão presente nas discussões da Medicina Comunitária, este vai se transbordar para o campo das práticas de Reforma Psiquiátrica, pela via da Psiquiatria Comunitária, movimento que influencia fortemente as práticas em saúde mental no contexto Brasileiro da década de 60.

No início do século XX, Inglaterra, França e EUA passavam por transformações no campo das práticas psiquiátricas devido à crise da psiquiatria. A psiquiatria nessa época estava sendo fortemente criticada por conta do alto grau de cronificação e do caráter iatrogênico da institucionalização do doente mental, fragilizando, deste modo, a sua cientificidade. Assim, ocorrem tentativas para exercer a psiquiatria fora do hospital e integrar os pacientes a pequenos grupos visando à ressocialização. Essas experiências foram denominadas como Psiquiatria de Setor, Psiquiatria Comunitária, Psiquiatria Institucional e Comunidade Terapêutica. Esses movimentos de crítica à psiquiatria abriram espaço e configuraram as bases para a construção de um novo paradigma das práticas em saúde mental que desejavam transpor o paradigma psiquiátrico. Cabe ressaltar aqui o movimento conhecido como Psiquiatria Democrática, que atravessa transformações mais profundas neste campo, mudando as concepções de “objeto”, os modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, principalmente, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas e implicações éticas radicalmente diferentes das práticas hospitalocêntricas. É a partir dessa crítica mais complexa à psiquiatria que se funda a ruptura com o paradigma psiquiátrico rumo ao novo paradigma da saúde mental.

Segundo Rosa, Luzio e Yasui (2003), a desinstitucionalização é uma estratégia de desconstruir e transformar as práticas assistenciais do modelo hospitalocêntrico, práticas que causavam danos no sujeito, devido à submissão do sujeito internado, da forma compulsória e tempo indeterminado da internação, do autoritarismo e da coerção do hospital e do próprio modelo da psiquiatria. Com a superação do modelo hospitalocêntrico, busca-se sempre focar no sujeito em sua existência e não na sua doença. De acordo com Amarante (2001), as novas práticas de atenção psicossocial estão pautadas na possibilidade de criação e invenção cotidiana. Pretende-se, assim, substituir a exclusão por práticas que enfatizem a produção e a reprodução do cotidiano dos usuários. Rompendo com as práticas concebidas pelo modelo hospitalocêntrico, consideradas como meios de “adaptar os indivíduos à aceitação de sua condição de objetos da violência”, a única realidade que lhes cabia é “serem objetos de violência se rejeitarem todas as modalidades de adaptação que lhes são oferecidas.” (ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 28).

Essa nova prática faz surgir uma clínica da escuta, ou do “olhar”, mas um olhar para além do sintoma, isto é, capaz de produzir senso, sentidos. Um olhar em que as identidades dos participantes já não estão predefinidas. Porém, mesmo com esse novo conceito de clínica, existem críticas alegando que a atenção psicossocial é uma prática mais complexa e articulada. Nesta crítica, entende-se que a atitude clínica tem seu foco tanto no sujeito em sofrimento quanto na postura de quem o acolhe, pois só assim haverá práticas eficazes. A partir dessa nova postura se torna possível ter uma clínica ampliada, que acredita que todo momento é passível de abrir novas perspectivas, de possibilitar mudanças, que o contato com o profissional é uma forma de estabelecer novas possibilidades de intervenção através desta escuta qualificada.

Dell-Acqua e Mezzina (1991), refletindo sobre a experiência italiana de atenção às pessoas em crise no contexto da Reforma Psiquiátrica Italiana, chamam atenção às novas formas de intervenção frente à crise na pessoa com sofrimento psíquico. Essa análise dos autores mencionados expõe com clareza os novos enfoques subjacentes à Reforma.

Primeiro ponto que os autores exploram é em relação ao novo modelo de atenção às pessoas em crise. Trata-se dos centros de atenção à crise, que substitui o hospital psiquiátrico tradicional e dos centros de internação de curta duração para paciente em situação de crise, com objetivo de reduzir as internações psiquiátricas. Entretanto, tal modelo, segundo os autores, ainda reproduziam o modelo asilar e

‘patologicêntrico’, no qual a crise do paciente em sofrimento psíquico era tratada como um circuito em que a institucionalização era o terminal.

Nesta lógica, a crise era reduzida à manifestação de uma patologia evidenciada nos sintomas num corpo, e expressando comportamentos classificados como desviantes ao convívio social. Com essa ideia enrustida nas práticas profissionais, esses espaços não davam conta da complexidade envolvida no fenômeno da crise, o que levava aos encaminhamentos a outros serviços da rede. Mas tal rede, pouco integrada no trabalho de compreensão, tratamento e reabilitação do indivíduo à sua rotina de vida, acabava não cumprindo seus pressupostos de atenção ao paciente em crise. Assim, evidenciava a crise existente também no próprio serviço de atenção.

Na proposta que Dell-Acqua e Mezzina (1991) trazem, está a compreensão sobre o momento de crise do paciente num movimento de complexidade. Neste sentido, se observa que o indivíduo em crise manifesta algo muito mais amplo do que sintomas diagnósticos, mas refere-se à complexidade que envolve esse sujeito numa trama de relações. Assim, é preciso observar e compreender a crise do paciente dentro de um contexto de relações, num espaço/território, num tempo e lugar, e atravessado por vários outros aspectos constituintes da vida do indivíduo.

Com essa proposta, busca-se fazer o caminho inverso ao da psiquiatria convencional, que reduz o fenômeno ao mínimo possível para intervir. Aqui, a intenção é partir da simplificação da crise evidenciada e ir ao encontro dos múltiplos aspectos que constituem a complexidade humana, trazendo a possibilidade de, além de intervir somente no momento da crise, também possa intervir na prevenção a essa crise, pois, tendo conhecimentos aprofundados sobre a vida do paciente, pode-se compreender o que o leva à crise.

Dentro desse serviço nos centros de acolhimento à crise, propõe-se um trabalho de intervenção que potencialize uma escuta eficiente aos sinais de sofrimento do paciente. Dell-Acqua e Mezzina (1991, p. 169) destacam na intervenção o contato entre profissional e paciente que contemple aspectos de reconhecimento dos “sintomas de crise”: a grave sintomatologia psiquiátrica aguda; grave ruptura de relações no plano familiar e/ou social; recusa dos tratamentos psiquiátricos; recusa obstinada do contato psiquiátrico; situações de alarme no contexto familiar e/ou social com incapacidade de afrontá-los. (DELL-ACQUA; MEZZINA, 1991, p. 169-170).

A identificação desses aspectos envolvidos nas situações de crise ganha outro significado no trabalho territorial. A atuação prática integrada à vida cotidiana do

paciente, no contexto que se desenvolvem suas relações sociais, facilitam na identificação dos aspectos de crise. Conhecer as condições de vida do paciente, seus familiares, vizinhos, comunidade e cenários em geral são fatores que contribuem no processo de prevenção à crise. Nesta intervenção apregoada pelos autores tem-se a importância dos familiares e pessoas significativas do ambiente para auxiliar nas dificuldades do paciente, dificuldades que o levam às situações de crise. Isso também possibilita ao próprio paciente criar estratégias de compreensão e identificação dos fatores que o conduzem à crise, promovendo a tomada de responsabilidade sobre sua vida.

O tipo de serviço de saúde mental territorial pressupõe a substituição da internação e redução da permanência nas instituições psiquiátricas. Tem a incumbência de proferir um trabalho de intervenção personalizado, no qual o paciente, em sua idiossincrasia, seja central no tratamento de recuperação da situação de crise, e reorganização e consolidação dos seus vínculos sociais. Para isso, Dell-Acqua e Mezzina (1998) ressaltam a importância da postura ativa no processo de intervenção ao paciente em sofrimento psíquico por parte do profissional.

Dell-Acqua e Mezzina (1998) também indicam que o profissional deve transpor os limites físicos da instituição em que atua e ir ao encontro desse paciente, conhecendo e vivenciando a realidade do contexto deste sujeito, disponibilizando auxílio de recursos e outros serviços, nas mais diversas ordens: jurídica, habitacional, econômica/trabalho, lazer, cuidados pessoais etc. Por outro lado, alertam para a possível confusão que se faz em relação a essa postura com o assistencialismo, o que tiraria certa autonomia do sujeito sobre sua vida.

Dell-Acqua e Mezzina (1998) também destacam as dificuldades que os centros de atenção à crise tem em sair da lógica tradicional da psiquiatria, isto é, de reduzir e patologizar os sofrimentos psíquicos e de flexibilizar suas ações dentro do território onde funcionam. Parece óbvio que se essa instituição está nesse território, ela precisa adentrar na cultura e contexto do local para compreender a complexidade envolvida nas relações ali constituídas. A possibilidade de mudança e rompimento com certos paradigmas ainda se mostram como os principais obstáculos da Reforma Psiquiátrica na Itália, e porque não no próprio Brasil.

Neto (2003) propõe analisar o que é a desinstitucionalização para a Reforma Psiquiátrica. Segundo o autor, a principal reivindicação deste Movimento é a cidadania



do dito louco, e para isso o grande objetivo da Reforma é questionar e elaborar propostas práticas e teóricas que possibilitem a transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. O autor afirma que para ocorrer a desejada transformação é necessário “remontar o problema”, pois ele acredita que a inclusão estaria sendo pensada exclusivamente pelo fato do sujeito ser um paciente psiquiátrico, pela nosologia da doença, e não pelo sujeito em si. Com esta perspectiva, o autor caracteriza a Reforma Psiquiátrica como conservadora, já que não foi pensado um novo entendimento para a loucura.

Para melhor entendimento desta afirmação, Neto (2003) levanta dois pontos: a medicação neste contexto e as formas de psicoterapia. A medicação vem como uma maneira de moldar e padronizar o sujeito de acordo com a normatização socialmente aceita. E as psicoterapias buscam reinserir ou reconstruir os laços sociais do paciente, desta forma funcionam como micropolíticas, ou seja, fazer com que o sujeito se empodere em um grupo menor para que ele tenha possibilidades de se inserir num contexto maior. Neste sentido, o viés trabalhado é a tolerância e a negociação, articulando paciente/família/comunidade com Estado/sociedade. Porém, a tentativa aqui é de fazer com que família e comunidade tolerem e aceitem o paciente e a medicação, por sua vez, fazer com que este sujeito seja produtivo para o Estado e a sociedade. Ou seja, as duas intervenções terapêuticas visam à normatização do sujeito.

Com esta inquietação, o autor se posiciona frente a Reforma. Para Neto (2003), estamos paralisados diante da constante discussão sobre a saúde mental e estamos nos esquecendo de olhar para a prática e o impacto que ela tem na vida dos pacientes em sofrimento psíquico.

Outro ponto levantado pelo autor é a incansável busca pelo modelo utópico. Segundo Neto (2003), “desejar que o objeto seja tal qual o pensamos é limitador do pensamento”. O cenário atual da rede de saúde mental orienta para uma prática estereotipada dos princípios da antipsiquiatria. Até que ponto o serviço prestado nesse contexto não é do âmbito da compaixão? O profissional do serviço, como ser de razão e de saber, tido como “normal”, acredita ter o dever de salvar os ditos “loucos”, pois postula que esses não têm condições de fazer escolhas ou se encontram abandonados e isolados. Essa relação estabelecida entre equipe, serviço e paciente cria a dependência do serviço, fortalecendo a questão do conservadorismo do estigma da loucura na reforma psiquiátrica.

De acordo com Neto (2003), a Reforma, dentro desta perspectiva, corre o risco de desconsiderar a subjetividade do sujeito em sofrimento psíquico e a existência de uma desrazão. O discurso utilizado permite que os serviços substitutivos sejam utilizados como forma de adequar o “louco” à sociedade.

Dell’Acqua e Mezzina (1998) também problematizam o processo de desinstitucionalização proposto através do movimento da Reforma Psiquiátrica, afirmando que este apresenta dificuldades de se efetivar. Embora se tenha multiplicado os serviços substitutivos, o hospital psiquiátrico ainda segue como modelo de referência para demandas já anteriormente rotuladas de “psiquiátricas”, principalmente dentro do imaginário social; assim como dentro dos próprios serviços, especificamente nos momentos de manifestação intensa da crise.

Os serviços de saúde mental apresentam rigidez no cotidiano de trabalho, excessiva burocratização e a necessidade, muitas vezes apresentada pelos profissionais, de “dar nome”, classificar dentro dos sistemas de reconhecimento psiquiátrico aquilo que o sujeito apresenta. Isso acaba se tornando o foco da prática profissional e traz como consequência a não colocação do sujeito como prioridade, que pode acabar gerando problemas na concretização dos objetivos previstos nos serviços. Ou seja, a demasiada burocratização e a heteronomia (saber do profissional colocado como mais importante do que aquilo que o próprio sujeito em sofrimento psíquico traz) vão de encontro às ideias de autonomia e poder de contratualidade que deveriam ser efetivamente o ponto central no processo de trabalho dos serviços de saúde mental.

É preciso que o próprio serviço saia do seu “encarceramento” e se constitua como mais um ponto de vínculo e de apoio do sujeito, sempre tendo como objetivo a promoção de sua autonomia, da sua capacidade de gerir a própria vida e a sua reinserção social. Para tanto, o serviço deve buscar inserir-se no contexto da vida cotidiana do sujeito, ou seja, é necessário que não apenas o sujeito em sofrimento psíquico venha até o serviço, mas é muito mais preciso que o serviço seja capaz de ir até o sujeito.

É na inserção da realidade social dos sujeitos que os serviços de saúde são capazes de promover com maior eficiência e eficácia os princípios já descritos anteriormente, atingindo assim diretamente o contexto social, comunitário, no qual o sujeito se vincula. É através dessa aproximação com o sujeito em sofrimento, do reconhecimento dele enquanto um sujeito que vive em determinado lugar, rodeado por determinadas pessoas, que se pode auxiliar na construção de vínculos saudáveis de apoio na sua reabilitação, aproximando-se, concomitantemente, com maior precisão, do

âmbito comunitário e possibilitando a transformação na visão social atribuída à comumente dita “loucura”.

Para a efetivação desse processo de “contato” com o sujeito, com a sua realidade, do processo de “tomada de responsabilidade” dos serviços em compreender e atender de forma mais ampla e adequada às necessidades do sujeito em crise, destaca-se a importância do desenvolvimento de uma escuta organizada, que reconheça o sujeito muitas vezes ignorado por detrás do diagnóstico psiquiátrico, dando voz ao mesmo, valorizando o que ele expressa através dos mais diversos tipos de comunicação. Em suma, independente da forma como o sujeito se apresenta, nunca se deve perder de vista a compreensão de que ele não deve ser reduzido a um objeto ou a um diagnóstico, mas deve ser compreendido e valorizado em toda a complexidade que o constitui, que constitui sua existência.

Dell’Acqua e Mezzina (1998) apontam para a necessidade de se articular as atividades ofertadas pelo serviço com as demais atividades da vida cotidiana do usuário. É necessário que isto seja discutido juntamente com os sujeitos e, mais uma vez, ressalta: reconhecendo-o enquanto sujeito com possibilidade de gerir a própria vida, auxiliando na promoção de sua autonomia.

É importante que as atividades nas quais os sujeitos se vinculem não fiquem restritas ao espaço físico dos serviços de saúde, mas se ampliem para dentro de outros espaços comunitários, possibilitando uma maior reinserção social do sujeito. Assim, as atividades desenvolvidas dentro e pelo serviço não devem ser vistas como um fim em si mesmas, mas como instrumentos para uma finalidade mais ampla.

Cabe enfatizar que é fundamental que os próprios serviços se reorganizem de forma a desenvolver os meios necessários para atingir as finalidades para as quais foram criados. Pois, como afirmam Dell’Acqua e Mezzina (1998, p.152): “Não é possível efetuar este ‘trabalho com o sujeito’ se, simultaneamente, não se procede a um ‘trabalho sobre o serviço.’” É a partir da reflexão e criação-recriação da própria prática, baseadas nas necessidades dos sujeitos, que se poderá desenvolver uma assistência adequada e que seja a mais efetiva possível na promoção do bem-estar dos sujeitos atendidos.

### 2.3 OS PRINCIPAIS ELEMENTOS PARA UMA ANÁLISE DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Para o quadro analítico da presente dissertação, consideram-se os diversos elementos expostos no item anterior que caracterizam a atenção psicossocial e a configuram como um campo de práticas capazes de substituir o modelo manicomial que foi predominante

Esses elementos conceituais estão presentes no que consideramos aqui como parâmetros formadores do modelo de atenção psicossocial. Esses parâmetros definidos por Costa-Rosa (2000) e por ele chamados de concepções do modo psicossocial são os seguintes:

1. Concepções do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com ela;
2. Concepções da organização das relações intrainstitucionais, inclusive da divisão do trabalho interprofissional;
3. Concepção da forma das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral;
4. Concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos. (COSTA-ROSA, p. 143, 2000).

Em relação à concepção do “objeto” e dos meios teóricos-técnicos, o autor preconiza a implicação subjetiva do usuário. O objeto do modo psicossocial é a existência e o sofrimento que está em constante transformação. Os conflitos vivenciados pelo sujeito devem ser considerados tanto na perspectiva constitutiva quanto contingente à sua situação, logo, não são necessariamente removidos como efeito das ações terapêuticas. O tratamento é da demanda e não do sintoma. Uma clínica da escuta e da criação de si e não mero retorno ao estado anterior à crise. Trata-se de uma forma de reconhecer a pessoa na sua singularidade e complexidade, visando superar a noção de saúde como ausência de doença. Também se pressupõe que o processo saúde-doença deve ser entendido a partir de um contexto, respeitando as diferenças.

Para contextualizar este processo, é necessário compreender saúde numa concepção de sociedade capitalista e de interesses; envolver o imaginário social para a transformação da dimensão sociocultural e os processos de subjetivação; entender a noção de “crise” como um elemento constituinte da saúde mental, um certo modo de posicionamento subjetivo dos indivíduos. Para compreender saúde, é necessário

vincular este conceito, saúde, como um exercício de cidadania, ou seja, que o indivíduo tenha uma participação ativa na busca de melhores condições de vida, visando superar a concepção compartimentalizada de sujeito. Nestes termos, é possível pensar a pessoa com transtornos mentais em seu sofrimento e não apenas pelo seu diagnóstico, superando as técnicas padronizadas em saúde para pensar o sujeito na sua singularidade e no seu sofrimento, ultrapassando a noção de que um dia a normalidade será restabelecida. O processo terapêutico tem que estar voltado para o cuidado, para a reconstituição do indivíduo enquanto uma pessoa que sofre. É fazer com que transformem os modos de viver e sentir o sofrimento e ao mesmo tempo transforme sua vida cotidiana e concreta.

No que diz respeito às formas de organização das relações intrainstitucionais, preconiza-se a sua horizontalização, com a distinção obrigatória entre as esferas do poder decisório, de origem política, e as esferas do poder de coordenação, de natureza mais operativa. Esta reorientação das relações intrainstitucionais está na mesma direção das relações especificamente inter-profissionais e faz parte dos requisitos necessários para o exercício da subjetivação singularizada, que é meta do modo psicossocial. Preconiza-se, ao mesmo tempo, a horizontalização das relações inter-profissionais como condição básica para a horizontalização das relações com os usuários e a população da área. Valoriza a participação e não exclusão, livre trânsito do usuário e da população, inserção dos mesmos em forma de autogestão e cogestão. É de fundamental importância que se tenha proposto a atenção integral e a cidadania. Preconizar a democratização das instituições e de suas relações com os usuários e com a população, visando uma participação ativa em esferas da instituição relacionadas com o poder decisório.

Quanto à concepção das relações da instituição e seus agentes com a clientela e população em geral, Costa-Roza (2000) afirma que a forma como a instituição se situa no espaço geográfico e no imaginário social é um aspecto importante. E o modo psicossocial preconiza, antes de tudo, a integralidade das ações no território. A natureza da instituição como organização fica modificada e o local de execução de suas práticas desloca-se do antigo interior da instituição para tomar o próprio território como referência. As relações devem ser de interlocução, as ações territorializadas visam integralidade em extensão e em profundidade.

Por último, a concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos, o modo psicossocial preconiza a superação da ética da adaptação, que tem seu suporte nas ações de tratamento como reversibilidade dos problemas e na

adequação do indivíduo ao meio e do ego à realidade. Busca, portanto, o reposicionamento do sujeito, a ética da singularização, a recuperação dos direitos de cidadania, a recuperação do poder de contratualidade e não a supressão do sintoma e adaptação. (ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Mas, para ocorrer mudanças na dimensão técnica-assistencial tradicional, é preciso rever os modos de tratamento postulados pelo saber psiquiátrico. Assim como rever a divisão do trabalho segmentado em campos de saber e práticas em saúde mental (modo taylorizado). Para isso, preconiza-se a autonomia tanto dos usuários como dos trabalhadores da saúde mental e a singularização do tratamento, levando em consideração a subjetividade humana e não a destituição da subjetividade em prol da técnica. Tudo isso só pode ser almejado pela superação do modo asilar de adaptação do indivíduo ao meio.

São as transformações em cada um desses parâmetros que irão permitir as novas práticas designadas pela atenção psicossocial. E essas transformações serão sempre medidas na relação com o modelo asilar, buscando sempre substituir as práticas utilizadas nesse modelo, rompendo assim com o paradigma psiquiátrico.

O quadro abaixo resume as concepções, procurando identificar para cada uma delas os respectivos campos de análise, seus elementos e variáveis. O quadro possibilita organizar os parâmetros e variáveis a serem observadas na análise. Por exemplo: a concepção do processo saúde-doença pode ser analisada tendo em conta os elementos que aqui denominamos de cuidado e convívio observando as seguintes variáveis: o acolhimento do usuário, a elaboração do projeto terapêutico individual que singulariza o tratamento de cada paciente, os tipos de intervenções que podem ser individuais (que considera a medicamentosa, a psicoterapêutica e suas avaliações), em grupos, com familiares e as intervenções fora da unidade no âmbito do território e da comunidade. Outra variável de análise deste campo é o que denominamos de responsabilidade/consentimento para nos referirmos à participação do usuário no processo de tratamento. E a última variável deste campo refere-se às características do processo de alta. Portanto, como se pode observar, a seguir o quadro detalha as variáveis para cada um dos quatro campos de análise que são definidos pelas concepções/parâmetros de Costa-Rosa (2000).

Tabela 4 – Campos, elementos e variáveis da análise

CAMPOS DE ANÁLISE SEGUNDO AS CONCEPÇÕES/PARÂMETROS	ELEMENTOS BÁSICOS QUE COMPÕEM O CAMPO	VARIÁVEIS
Concepção do objeto e dos meios de trabalho	Cuidado Convívio	Acolhimento
		Projeto Terapêutico Individual Singularização do tratamento
		Intervenção Individual : 1 Medicamentos 2 Psicoterapia 3 Avaliação e Acompanhamento
		Intervenção em Grupo
		Intervenção Familiar
		Intervenção Social/Território
		Responsabilidade - consentimento
Organização das relações intrainstitucionais	Profissionais Usuários Famílias e População	Altado usuários
		Horizontalização entre profissionais
		Horizontalização usuário X população
		Auto-gestão e co-gestão do usuário
As relações das Instituições e seus agentes	Território Comunidade	Democratização das Instituições e suas relações
		Espaço geográfico
		Integralidade das ações no território
		Ações no território como referencia

Fonte: Costa-Rosa (2000)

Além dos campos e elementos mencionados no quadro acima é notória a importância da participação dos profissionais da saúde na implementação da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, nesta pesquisa, buscou-se informações através de um dos blocos de perguntas do questionário aplicado junto aos profissionais sobre a sua capacitação técnica, formação teórica e experiência profissional. Investigou-se o conhecimento dos mesmos a respeito da concepção, conceitos e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e de sua articulação com as práticas de atenção psicossocial que realizam no CAPS. Considerou-se relevante a análise desta dimensão, pois as bases conceituais e epistemológica da Reforma exigem um conjunto de novas práticas e a consequente adequada preparação teórico-técnica para sua efetiva implementação.

### **3 POSSIBILIDADES E FRAGILIDADES NA MUDANÇA DO MODELO HEGEMÔNICO HOSPITALOCÊNTRICO PARA O MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

O tratamento dispensado aos sujeitos que sofrem de algum transtorno mental está passando por grandes reformulações. Desde a década de 70, a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica, as teorizações e intervenções no campo da saúde mental apontam numa direção mais humanizada, rompendo com o paradigma psiquiátrico ainda hoje predominante.

Seja da perspectiva do entendimento do próprio sujeito que padece de algum transtorno, implicando em novas relações entre profissionais e usuários dos serviços de saúde; seja da perspectiva das relações entre órgãos e gestores de tais serviços, muitos aspectos, como mencionado na revisão de literatura, servem de objeto de crítica e reavaliação. Entretanto, mesmo que os avanços teóricos e práticos sejam visíveis, percebe-se que ainda há muito para se refletir. Neste capítulo, é justamente sobre as falas dos profissionais da saúde mental que as análises recairão. É sobre o cotidiano dos profissionais do CAPS II do Sul de SC, revelado pelas entrevistas realizadas na pesquisa, que esta dissertação pretende traçar um paralelo entre as diretrizes da Reforma e as práticas assistenciais, revelando abismos entre os conceitos e as intervenções, identificando possíveis aproximações no contexto da análise da transição do modelo tradicional de atenção à saúde mental ao modelo psicossocial.

Considerando as referências analíticas que orientam essa reflexão já expostas, este capítulo, com base nos “campos de análises” propostos na tabela resumo do capítulo anterior, apresentará os principais resultados da análise. A primeira seção deste capítulo trata do conhecimento dos profissionais do CAPS a sobre a concepção, conceitos e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e de sua articulação com as práticas de atenção psicossocial que realizam no CAPS. A segunda seção faz uma discussão específica sobre a visão do objeto de trabalho e as práticas de atenção psicossocial que esses profissionais realizam. Procura-se com isso analisar as possibilidades e dificuldades de implantação do novo modelo no que depende das habilidades e conhecimento dos envolvidos, questão fundamental na consolidação da transição em debate.

A terceira seção busca compreender as formas da organização institucional, ou seja, a possibilidade de superação da estratificação institucional presente no modelo



hegemônico, analisando com base nas respostas dos entrevistados as relações intrainstitucionais, as quais se referem àquelas que se dão dentro da instituição entre os profissionais, usuários, família e comunidade. Na quarta seção o que se estuda é o esforço dos profissionais do CAPS e as dificuldades da unidade no estabelecimento de relações entre as instituições que participam da rede e os agentes externos, como a população do local em que se situa a instituição, caracterizando hábitos e cultura num território.

### 3.1 CONHECIMENTOS DOS CONCEITOS E DIRETRIZES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E A IMPORTÂNCIA DA SUA UTILIZAÇÃO NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

A Reforma Psiquiátrica, política pública do Estado brasileiro de atenção às pessoas em sofrimento psíquico, vai além de uma reforma da assistência pública em saúde mental. Afinal, trata-se de um completo processo de transformação epistemológica, assistencial e cultural que rompe com o modo asilar, lugar este excludente, hegemônico e punitivo, caminhando ao modo psicossocial, lugar este aberto, territorializado, de tratamento e convívio, de realização de trocas que vislumbram a cidadania e o protagonismo social.

Sendo o CAPS um serviço substitutivo criado por esta política, cujo papel estratégico é oferecer acolhimento, cuidado e suporte na reconstrução dos laços com a vida, cabe à sua equipe implementar novas práticas. E, sobretudo, práticas inventivas, visando romper com uma lógica milenar, balizadas por uma ética da liberdade e do respeito às diferenças e por pressupostos técnico-científicos norteadores da Reforma Psiquiátrica. Desta forma, percebe-se a importância do conhecimento, por parte dos profissionais, dos conceitos e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e a necessidade do seu emprego na atuação profissional.

Dos oitos profissionais entrevistados, seis deles afirmaram conhecer as diretrizes das políticas de saúde mental embasados pela Reforma Psiquiátrica e dois disseram que as conhecem parcialmente, ou seja, todos afirmaram e reconheceram a importância deste conhecimento e sua orientação para o seu trabalho, afinal, segundo os profissionais, as diretrizes irão embasar e direcionar a assistência, sinalizando “o que é correto ou não na minha prática”, conforme pontuou um dos entrevistados.

Percebe-se que todos conhecem as diretrizes e sabem da importância do seu conhecimento para a sua prática, porém afirmaram também que há dificuldades em atuar conforme as diretrizes, pois “o ideal não é o real”, como disseram vários entrevistados: “todos tentam e fazem o máximo que podem, mas as condições não são favoráveis.” Os entrevistados afirmaram que uma mais eficaz articulação entre as instituições da saúde ampliariam as condições para uma prática adequada, seguindo as diretrizes conforme a política de Saúde Mental. Essa desarticulação se expressa para os profissionais na fragmentação dos serviços de saúde no município e conseqüentemente num prejuízo da atenção psicossocial integral.

Portanto, um primeiro aspecto a ser destacado é que existe uma autoavaliação positiva dos entrevistados sobre um relativo domínio dos conceitos e diretrizes da Reforma que é acompanhado por um sentimento de frustração quanto às condições para a realização do seu trabalho, que se deve, segundo os próprios profissionais, a uma fragmentação e relativa desarticulação entre as unidades da rede de saúde envolvida.

Mas além desta relativa desarticulação e fragmentação percebidas nas entrevistas, e que será discutida nas seções seguintes, esta realidade pode estar relacionada também ao reduzido investimento da Secretaria de Saúde no aperfeiçoamento destes profissionais para a intervenção frente às novas demandas em saúde mental colocadas pelas novas concepções da Reforma Psiquiátrica. Sabe-se que desde a instituição do SUS, os profissionais foram forçados a um redirecionamento no sentido de produzirem estratégias que respondam às diretrizes do SUS e, especificamente no caso da saúde mental, à política da Reforma Psiquiátrica. “O objeto deixa de ser a doença como processo natural e converte-se no conjunto de condições concretas de existência da população.” (CFP, 2013). Será que todos estão preparados para lidar com essa nova concepção? A saúde mental é um campo permeado por preconceitos e estigmas sociais, o que gera repulsa e afastamento, fato este comprovado pela história da constituição da loucura como doença mental.

Conforme os dados pesquisados, a Secretaria de Saúde do município de Palhoça não realizou, nos últimos sete anos, capacitação específica e relevante que contribuísse efetivamente para a atenção psicossocial e o trabalho em rede, redirecionando as estratégias para esse novo modelo. Levantou-se na pesquisa que os profissionais não passaram por capacitação específica em saúde mental relativa à Reforma. Suas competências são muito mais decorrentes do esforço pessoal de formação acadêmica. Observou-se, por exemplo, que dois profissionais possuem pós-graduação específica

nas suas áreas de atuação e que é completa a formação acadêmica de todos os profissionais da unidade, o que evidentemente contribui para o domínio de suas práticas.

Conforme assinala Costa-Rosa, Luzio e Yassui (2003), a compreensão do campo teórico-assistencial é essencial para referenciar o objeto de estudo e intervenção no campo da saúde mental, substituindo a referência da doença para a pessoa com grave sofrimento, ou seja, sujeitos concretos e singulares, tornando-se referência para a determinação psíquica e sociocultural dos problemas. Tem-se desconstruído conceitos e práticas sustentados por anos pelo modelo biomédico, em contrapartida, tem-se construído noções e conceitos pautados na atenção psicossocial e diretrizes da política de saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Logo, o conhecimento dessas questões é relevante e implica na atuação profissional.

Isso coloca a questão do treinamento como elemento fundamental da implantação e consolidação da Reforma Psiquiátrica

Este aspecto, referente à falta de treinamento que gera fragilidade no aperfeiçoamento dos conhecimentos dos profissionais do CAPS repercute em outro ponto fundamental para a consolidação dessa assistência de base territorial e comunitária, que se refere à formação permanente dos outros profissionais que também compõem a rede, não apenas dos profissionais que atuam no CAPS. Os profissionais entrevistados reconhecem que o CAPS deve contribuir na realização da formação permanente dos profissionais que compõem a rede de saúde do município. Conforme as diretrizes da política de saúde mental, preconizadas pelo Ministério da Saúde, é função e responsabilidade dos CAPS exercer a capacitação da rede básica de saúde, já que se trata de serviço de alta complexidade com maior qualificação e competência no cuidado ao sujeito com sofrimento psíquico. Cabe enfatizar, conforme o relato dos profissionais do CAPS, que nem mesmo eles possuem capacitação específica nesse campo de conhecimento, sendo que seis profissionais dos oitos entrevistados apresentam até ou menos de um ano de experiência no campo da saúde mental. O fato dos mesmos não terem condições de realizar esta atividade pode contribuir para a dificuldade apontada, quando mencionam que o município não realiza uma atenção psicossocial integrada, pois não há articulação suficiente entre os dispositivos da rede.

Conforme pontua o Ministério da Saúde, uma estratégia que contribui para o aperfeiçoamento das ações assistenciais é a supervisão clínica institucional. Esta estratégia visa discutir, planejar e analisar em conjunto as ações assistenciais realizadas

num determinado serviço, com o auxílio de um profissional com notório saber, o qual realiza a supervisão das ações. Ao serem questionados se realizam atividade de supervisão clínica-institucional, todos os profissionais responderam que não, ou seja, não apresentam a possibilidade de receberem orientação, trocarem experiências e discutirem com profissionais mais habilitados os desafios do cotidiano vivenciado por eles no serviço substitutivo. Esses dados novamente demonstram que as dificuldades para a execução do modo psicossocial têm origem institucional.

É importante considerar que a Secretaria Municipal de Saúde buscou timidamente contribuir no aperfeiçoamento dos profissionais através de uma ação que podemos considerar como formação informal. Sete profissionais entrevistados afirmaram ter passado por uma roda de conversa sobre saúde mental oferecida pelo município, onde os profissionais do CAPS tiveram a possibilidade de estabelecer contato e troca de experiência com outros profissionais deste campo da saúde mental. Essa iniciativa teve duração de aproximadamente seis encontros. Contudo, no entendimento destes entrevistados, insuficiente para o aprimoramento da prática. Nas suas avaliações, o objeto da roda de conversa – que poderia ser objeto de mais atividades formativas – poderia ser melhor articulado com os princípios e diretrizes preconizados pela Reforma Psiquiátrica. Este fato, segundo os profissionais, pode contribuir, se melhor estruturado, para o aperfeiçoamento do desempenho no cotidiano do seu trabalho.

Contudo, constata-se que os profissionais percebem que as dificuldades para a implantação do modo psicossocial têm origem institucional, a qual não se limita apenas à falta de capacitação teórica, e sim um sistema municipal de saúde que não está preparado, conforme pontuado anteriormente, para implementar no cotidiano de suas ações essa nova lógica condizente com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Uma das causas destas dificuldades de implementação pode estar nas próprias características das diretrizes, como ressaltou um dos entrevistados com experiência de dez anos no campo da saúde mental, sugerindo que “as diretrizes não acordam com a realidade.” Desta forma, parece existir uma experiência de implantação da Reforma cujos resultados são conhecidos pelos que executam o cotidiano das atividades, mas que não estão retornando aos órgãos competentes na forma de avaliação das práticas. A sequência de ações como a elaboração de diretrizes, a implantação e a revisão e reelaboração que poderia ter a contribuição dos profissionais não se completa num círculo virtuoso que aprimore os resultados das reformas.

A ausência desse círculo virtuoso pode ser resultado da própria política de pessoal dos órgãos responsáveis pela gerência do sistema.

O CAPS já passou por muitas mudanças de equipe. Os profissionais que ali trabalhavam eram na maioria contratados pelo regime CLT e permaneciam por um período de até dois anos. Concluído esse período, outro profissional assume o cargo. Este fato acarreta a grande rotatividade de profissionais no serviço. Frente a esta realidade, é evidente que aumentam as necessidades de qualificação e treinamento constante para o desenvolvimento das habilidades dos novos profissionais que ingressam no sistema. Os resultados desta pesquisa mostram que os mesmos não recebem capacitação específica e relevante para o desenvolvimento e o aprimoramento profissional que vá ao encontro desse novo modo de compreensão do fenômeno da loucura e das práticas inovadoras que este modo psicossocial requer. Portanto, o déficit de formação é potencializado por uma política de pessoal que não privilegia a estabilidade da equipe de profissionais numa atividade que deve ser de equipe e que a integração de práticas implica também na integração de saberes.

Essas dificuldades da implantação da Reforma parecem ir muito além do problema do domínio pelos profissionais das suas diretrizes. E aparentemente não se resolverá apenas com a intensificação de atividades de treinamento que evidentemente são necessárias. Pois além do fato de que há profissionais competentes nas atividades, existe, como foi observado, a ausência de retorno das experiências (*feedback*), a instabilidade na formação da equipe decorrente da alta rotatividade, e as dificuldades de treinamento frente a uma rede relativamente fragmentada sob o ponto de vista administrativo.

Nesta seção buscou-se compreender se os profissionais do CAPS II apresentam os conhecimentos sobre a concepção, conceito e diretrizes da Reforma e sua articulação com as práticas psicossociais. Os profissionais, na sua maioria, afirmaram na entrevista que conhecem em parte as diretrizes da política de saúde mental embasada nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Afirmaram os entrevistados, ainda, que apresentam dificuldades na realização das estratégias para execução desses princípios. Tais constatações indicam que os profissionais conhecem as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, porém, cabe aqui sinalizar que este conhecimento não se reduz à teorização de conteúdos, e sim a compreensão, a apropriação e o posicionamento frente à nova concepção do objeto, os quais irão embasar os novos meios técnico-assistenciais, indo ao encontro das diretrizes.

A intensificação do treinamento formal, a ampliação e melhoria das atividades que estimulam a troca de conhecimento em equipe e a garantia institucional de gestão de pessoal mais estável e mais voltada para a integração são ações que podem estimular a criação de relações virtuosas entre o domínio das diretrizes da Reforma e o exercício das práticas de mudança na sua implantação, combinada com o aperfeiçoamentos na sua consolidação

Avançando nessa análise pergunta-se: como este dispositivo irá viabilizar novas práticas, já que o município de Palhoça apresenta pouco investimento neste campo teórico-assistencial, pois não viabiliza capacitação e nem incentivo ao aperfeiçoamento da equipe de trabalho, assim como a falta de engendramento do sistema de saúde e das suas ações territoriais na promoção do trabalho em rede?

### 3.2 CONCEPÇÕES DO “OBJETO” E DOS MEIOS TÉCNICO-ASSISTENCIAIS

A implantação do modo psicossocial implica numa mudança de concepção acerca das pessoas em sofrimento psíquico e na construção de novas estratégias nos diversos campos que fazem conexão com o campo da saúde mental, “para fazer caber entre nós aquilo que muitos consideram não ter cabimento: a loucura.” (CREPOC, 2013, p. 68).

Frente aos dados coletados e analisados se percebe que os profissionais do CAPS, objeto deste estudo, compreendem o sofrimento do sujeito como o objeto da atenção psicossocial, considerando os fatores políticos e biopsicossociais como constituintes do processo de saúde e doença. Ou seja, a compreensão que estes profissionais têm deste complexo fenômeno, popularmente chamado de loucura, não é reduzido a determinações orgânicas, portanto os meios de trabalho não se restringem simplesmente ao tratamento medicamentoso. Costa-Rosa (2000, p. 155) afirma que o modo psicossocial tem como definição do contínuo saúde-doença psíquica “como certo modo do posicionamento do sujeito em relação aos conflitos e contradições que o atravessam”. Logo, o que se visa no modo psicossocial é um reposicionamento do sujeito, em vez de apenas sofrer os efeitos desses conflitos, reconhecer-se como um dos agentes implicados nesse sofrimento, assim como um agente da possibilidade de mudança. Será que os profissionais compreendem deste modo?

Segundo o relato de um dos profissionais, percebe-se que a compreensão do objeto está inclinada em direção a este modo: “não foco no diagnóstico e sim no

sofrimento do sujeito, nossa filosofia é diminuir a medicação, estabilizar e reintegração social.” (sic)

Os CAPS são serviços com dupla missão, lugar de tratamento e convívio, com foco na promoção do cuidado, da sociabilidade e da integração entre os iguais e diferentes. Cabe à equipe realizar “manejos criativos e singulares para fazer contorno à dor e assegurar ao sujeito os direitos de um cidadão.” (CREPOP, 2013, p. 94). Os recursos clínicos dessa nova prática devem incluir, além da medicação, o acolhimento, as psicoterapias, os atendimentos individuais e grupais da equipe interdisciplinar, intervenção familiar e intervenção social, as oficinas terapêuticas e de geração de renda, visitas domiciliares, entre outras. E estas ações devem ser planejadas através do projeto terapêutico individual, o que caracteriza a singularização do tratamento. O mesmo deverá ser avaliado e acompanhado continuamente. Todas essas ações devem ser balizadas por princípios éticos claros e definidos, sustentados pela liberdade e respeito às diferenças.

Porém, ao proceder à análise dos meios técnico-assistenciais realizados por estes profissionais do CAPS do Sul de Santa Catarina, tais meios se restringem aos atendimentos individuais e grupais aos usuários, não realizando atividades extra-mural e inter-setoriais que visem à integração e circulação do usuário no cenário social. Todos os profissionais realizam atendimento individual ao usuário e alguns profissionais realizam também atendimentos grupais, sendo eles o profissional da Psicologia, da Pedagogia e da Assistência Social. Cabe ressaltar que o profissional da Enfermagem anteriormente realizava grupo de relaxamento e caminhadas com os usuários, mas devido à sobrecarga de função, tais grupos foram cancelados por tempo indeterminado.

Analisando a concepção que os profissionais possuem do objeto, nota-se que os mesmos consideram o usuário como subjetividade desejante, que interfere e é interferido pelo contexto onde está inserido, não considerando o usuário como o único problema. Por outro lado, os meios de trabalho ficam restritos a ações direcionadas apenas aos usuários, não sendo ampliados para o grupo familiar e social mais amplo. Nota-se divergência entre os meios de trabalho e as concepções do objeto. Costa-Rosa (2000, p. 154) afirma que no modo psicossocial “os meios básicos de trabalho serão psicoterapias, laborterapia, socioterapia e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, com destaque para as cooperativas de trabalho, além da medicação.” As ações terapêuticas do CAPS do Sul de SC ficam restritas aos atendimentos individuais e grupais aos usuários no interior da instituição, com poucas

possibilidades de imersão no cenário social em que estes usuários residem. Conforme o mesmo autor, “no modo psicossocial dá-se ênfase às formas de recuperação da cidadania... Aqui a palavra e a ação do homem procuram ganhar a cena; o que se visa é que ele se administre.” (COSTA-ROSA, 2000, p. 155).

Considerando a importância de se incluir no tratamento a família e o grupo social, constatou-se que o CAPS apresenta fragilidades neste aspecto. Os profissionais relatam dificuldades de prestar assistência aos familiares. Todos realizam orientações através de atendimentos individuais, porém um pequeno número de familiares são atendidos, isto quando apresentam demanda espontânea. Portanto, são ações isoladas, não havendo um acompanhamento contínuo e integral.

O modo psicossocial de atenção em saúde mental enfatiza a necessidade de incluir no tratamento o familiar e eventualmente o grupo social em que este usuário está inserido, afinal, estes são agentes de mudança, pois compreende-se, conforme afirma Costa-Rosa (2000, p. 154), “que a loucura não é um fenômeno exclusivamente individual, mas social e como tal deve ser metabolizada.” Ou seja, o sofrimento psíquico não necessariamente precisa ser removido, eles são reintegrados como parte da existência, o que se visa é que o sujeito se administre. De acordo com o autor, os meios técnicos no modo psicossocial devem ter como meta o reposicionamento do sujeito no grupo social e nas relações ali estabelecidas, através da implicação subjetiva. Percebe-se que a importância que se atribui ao sujeito é fundamental no processo de tratamento, logo é necessário que os profissionais possibilitem que o usuário seja participante ativo do processo.

Constata-se que dentro deste serviço ocorreu avanço no conhecimento acerca da concepção do objeto em relação ao modo asilar, porém existem desafios ainda a se enfrentar, que é o reposicionamento do sujeito, mudança entendida fundamental. A implicação subjetiva do usuário “é uma das inversões básicas dos meios de tratamento do modo psicossocial em relação aos meios típicos do modo asilar.” (COSTA-ROSA, 2000, p. 155). Por outro lado, o autor sinaliza que muitas vezes os dispositivos chamados extra-asilares funcionam segundo a mesma lógica dos hospitais psiquiátricos, reproduzindo o paradigma do modo asilar.

Outro dado de análise refere-se ao modo como o CAPS vem norteando seus meios de trabalho, isto é, o manejo técnico dos profissionais frente à crise psíquica do usuário. Ao serem questionados a respeito de como é realizado o atendimento ao usuário em crise e quais os procedimentos adotados, três dos profissionais entrevistados



afirmaram que em algumas situações recorrem ao hospital psiquiátrico, como pode ser visto no seguinte depoimento: “como não tem médico diariamente, se a família liga e ele tá em surto, a orientação é ir ao Hospital Psiquiátrico. Se ele vem até aqui, se é crise emocional, a gente vê se vai conseguir acalma, mas infelizmente a gente precisa encaminhar para lá.” (sic). Outro profissional também relatou que quando não há médico no serviço, acaba sendo mais seguro encaminhar para o Hospital Psiquiátrico. E que 50% dos casos considerados pelos profissionais como graves, não ficam internados. Os dois primeiros profissionais fizeram referência à necessidade de avaliação médica nestes momentos de crise, sinalizando a importância da prescrição medicamentosa na contenção da crise. No modo psicossocial é fundamental entender a noção de “crise” como um elemento constituinte da saúde mental, um certo modo de posicionamento subjetivo dos indivíduos na conjectura conflitiva que os atravessa e são atravessados. Desta forma, os meios de trabalho visam à superação das técnicas padronizadas em saúde para pensar o sujeito na sua singularidade e no seu sofrimento, superando a noção de que um dia a normalidade será restabelecida. A partir destes dados, é importante indagar: qual o objetivo da internação? Não se trata, de alguma forma, a busca pelo restabelecimento da normalidade?

Uma pesquisa realizada nos hospitais de Minas Gerais na década de 70, pelo psiquiatra Francisco Paes Barreto, que apresentou os resultados de sua investigação na *Mesa Redonda sobre Psiquiatria Social*, do *II Congresso Brasileiro de Psiquiatria*, em Belo Horizonte, em outubro de 1972, teve grande importância em certo momento da história da psiquiatria em nosso meio e mantém-se como leitura oportuna devido à relevância de seus resultados. Os dados apontam algumas das motivações que poderiam conduzir uma família a internar num hospital psiquiátrico um de seus membros. Uma delas é a terapêutica:

[...] consiste em considerar a crise à semelhança de corpo estranho, que o médico deve remover. Outra concepção compreende a doença como liberação caótica e despropositada de certos conteúdos da vida mental. É o indivíduo ‘desparafusado’, para o qual o remédio é um ‘parafuso’, ou seja, a supressão de tais vivências emergentes. (BARRETO, 1972, p. 09).

É possível fazer uma análise cruzando estes dados? Afinal, percebe-se que o CAPS e os familiares ainda recorrem, nos momentos de crise, à internação, alijando o sujeito. Dados mostram que o serviço permaneceu sem realizar internações pelo período máximo de 99 dias, o recorde que o serviço conseguiu impedir internações. Cabe

ênfatizar o relato de um dos profissionais que vem acompanhando o desenvolvimento do serviço há sete anos: “O CAPS está em funcionamento há aproximadamente 12 anos e eu percebo que nos últimos três meses vem se efetivando algumas mudanças que sinalizam progresso, como aumento do número de altas, novas inserções, não há mais lista de espera e diminuição significativa das internações, afinal, hoje a equipe desenvolve um trabalho de prevenção à crise.”

Outro aspecto a ser destacado na análise se refere às novas práticas que os profissionais desenvolvem no serviço. Trata-se das práticas alinhadas ao modo psicossocial, força oposta ao modo asilar. Os profissionais reconhecem como nova prática as visitas domiciliares, os grupos abertos de psicoterapia, atividade artística, grupo de reciclagem e a assessoria prestada à associação de usuários. Relatam também que a postura do profissional dentro dessa nova perspectiva de trabalho deve ser acolhedora e humanizada, orientando o usuário quanto aos seus direitos, desenvolvendo a sua independência na instituição, possibilitando a autonomia e a inserção social. Porém, ao se analisar o relato de dois profissionais, constata-se dificuldades de concretizar essas novas práticas, conforme as seguintes afirmações: “realizar novas práticas como eu gostaria não acontece. Eu gostaria de trabalhar com o usuário na comunidade dele.” (sic). Outro profissional afirma: “hoje infelizmente o CAPS ao meu ver segue o modelo hospitalocêntrico, mas com portas abertas.” (sic)

O meio de trabalho característico do modo psicossocial, segundo Costa-Rosa (2000), é a equipe inter-profissional, fato presente na instituição objeto de análise do presente trabalho. O CAPS objeto deste estudo conta com profissionais de diferentes áreas de atuação e que estão integrados visando realizar meios de trabalho do modo psicossocial. Mas os autores consideram que a equipe que realiza novas práticas do modo psicossocial devem se constituir superando aspectos de um grupo comum de especialistas, incluindo nos seus meios de trabalho uma série de dispositivos, preconizando alternativas em relação ao modo asilar e superando, desta forma, “o modelo da ‘linha de montagem’, fundado na estratificação do saber dos especialismos.” (COSTA-ROSA, 2000, p. 156).

No modo psicossocial é necessária uma ação integral que vise ao sujeito como existência-sofrimento. “Pode-se dizer que o anterior ato de tratamento sobre a doença-objeto está, no modo psicossocial, transmutando-se em um verdadeiro exercício estético em que o que é visado é a experimentação de novas possibilidades de ser...”, conforme pontua Lancetti (1990), e novas maneiras de sociabilidade indo contra a produção em

série dos manicômios. Desospitalização, desmedicalização e implicação subjetiva e sociocultural são metas radicais no modo psicossocial.

Ao analisar os dados coletados, identifica-se que o CAPS do Sul de SC busca aprimorar suas ações, porém encontra fatores impeditivos. Conforme o relato dos entrevistados, as ações estão centradas nos atendimentos individuais com a equipe de profissionais, atendimento medicamentoso, psicoterapia e oficinas de trabalhos manuais. Ocorrem, ainda, algumas ações isoladas e com pouca efetividade junto a alguns familiares e intervenções sociais – ainda insuficientes. Cabe enfatizar que as atividades terapêuticas têm sua importância, contudo, as relações estabelecidas nesses espaços entre os iguais e diferentes é papel crucial no processo de tratamento, afinal o convívio e o manejo dos profissionais nessas relações irá repercutir na promoção de saúde e na reconstrução dos laços com a vida, ponto importante de análise.

### 3.3 A ORGANIZAÇÃO DAS RELAÇÕES INTRAINSTITUCIONAIS

A organização institucional no modo psicossocial está pautada na participação, autogestão e interdisciplinaridade. Estas são as metas deste novo modelo, indo contra a estratificação institucional, a heterogestão e a disciplina das especialidades que operam no modo asilar.

Analisando a realidade do CAPS do Sul de SC, percebe-se que os profissionais estão buscando ampliar as relações entre a unidade e as outras instituições, principalmente as de gestão, porém a passos lentos, o que parece indicar a pouca relevância na consideração desses parâmetros componentes do novo paradigma.

Sabe-se que a equipe está em formação e apenas dois dos profissionais atuam há mais de um ano no serviço, portanto, ainda com pouco conhecimento do modo operante da atenção psicossocial em sua complexidade. E a equipe do órgão gestor que opera no campo da atenção psicossocial no município de Palhoça ainda encontra-se no papel centralizador do poder decisório.

Nota-se que a equipe de profissionais que atua no CAPS busca romper com esta forma de organização, porém sente-se excluída deste processo. Conforme relato dos profissionais, “a gestão de saúde mental da prefeitura apoia parcialmente nosso trabalho, eles prezam pelo número de atendimento.” (sic). Outro profissional afirma: “já me ofereci para auxiliar na capacitação em saúde mental da rede, mas a gestão não apoia essa nossa iniciativa.” (sic). Mais um profissional traz descontentamento com a

forma de gestão ao afirmar: “um dos desafios que enfrentamos no nosso cotidiano de trabalho é a falta de autonomia dos profissionais, somos dependentes da gestão.” (sic). Pode-se perceber que a maioria dos profissionais aponta esta dificuldade da gestão. Tem-se o relato de mais um profissional que também sinaliza para a centralização das decisões: “as dificuldades que enfrentamos no processo de desinstitucionalização estão articuladas às burocracias e falta de entendimento do município sobre saúde mental.” (sic). Outro profissional afirma: “a coordenação do CAPS é fluída, conseguimos chegar a um consenso. Mas o difícil é a gestão municipal.” (sic).

Percebe-se poucas iniciativas para mudanças na introdução de transformações na estrutura dos micropoderes, sobretudo quanto a introdução de formas de gestão horizontalizadas. Contudo, a forma como a equipe estabelece as relações entre si e com os usuários têm estimulado, ainda que de forma embrionária, as possibilidades de ampliar a participação e a autogestão através das reuniões de equipe que ocorrem semanalmente. Sobre as reuniões, todos os profissionais afirmam ser um momento de troca de ideias, elaboração conjunta de estratégias de trabalho, compreensão do fenômeno de forma ampliada através da agregação de saberes, padronização de procedimentos, aperfeiçoamento das ações e avaliação e planejamento da rotina de trabalho.

Outro ponto que merece ser mencionado é que a instituição inseriu em suas ações a assembleia geral, em que usuários, familiares e profissionais têm a possibilidade de participar da organização, planejamento e avaliação do serviço, assim como a participação de duas profissionais na associação dos usuários, prestando assessoria. Conforme pontuado por uma das profissionais que assessora estas ações, “nossa prática visa fazer com que eles vão atrás dos seus direitos” (sic), reconhecendo-os como sujeitos de direitos e saberes. Esta afirmação é contrária ao modo asilar, em que as estratificações de poder e saber estão vigorosamente presentes, excluindo o usuário de “qualquer participação que não seja a de objeto inerte e mudo.” (COSTA-ROSA, 2000, p. 159).

#### 3.4 AS RELAÇÕES ENTRE A INSTITUIÇÃO E SEUS AGENTES EXTERNOS: TRABALHO EM REDE E A AÇÃO NO TERRITÓRIO

A relação da instituição com a clientela e a população no modo psicossocial se caracteriza pela interlocução, livre trânsito do usuário e da população, e territorialização

com integralidade. Essas são as metas no modo psicossocial. Ao deslocar o cuidado do sujeito em sofrimento psíquico do espaço asilar para a cidade, através dos dispositivos extramurais de atenção psicossocial, os chamados serviços substitutivos, provoca-se mudanças no modo como a sociedade se relaciona com esta experiência, afinal são “lugares de tratamento e convívio entre os diferentes, de realização de trocas simbólicas e culturais”, possibilitando desconstruir uma cultura de exclusão, invalidação e silenciamento dos considerados loucos, através de ações assentadas no território, mobilizando a sociedade no contato com o cidadão e não mais o sujeito reduzido à doença mental.

Nesta seção, busca-se identificar se o CAPS do Sul de SC realiza ações territorializadas e quais as dificuldades da unidade no estabelecimento de relações entre as instituições que participam da rede, ou seja, seus agentes externos. Estes aspectos contribuem para o processo de desinstitucionalização. Esta análise requer cuidado devido à sua complexidade, pois se trata de um processo social em que é necessária a articulação das instituições e da sociedade. Não basta desospitalizar indivíduos ou evitar a hospitalização de alguns; é preciso desinstitucionalizar os modos de lidar com a loucura.

Uma das mais complexas dificuldades vivenciadas pelos serviços substitutivos é a desinstitucionalização dos sujeitos. E para auxiliar neste complexo processo de desinstitucionalização, existem os Centros de Atenção Psicossocial, que são serviços substitutivos que realizam atendimento integral e intensivo aos sujeitos em sofrimento psíquico grave, com o intuito de inseri-los na sociedade. Este objetivo, quando alcançado, possibilita que os sujeitos circulem livremente na sua comunidade, promovendo trocas sociais. Portanto, para o avanço do processo de desinstitucionalização, tornam-se necessária as ações territorializadas e a integração de diversos dispositivos, e que estes se corresponsabilizem no tratamento desses sujeitos. Por este motivo que a rede de atenção psicossocial deve ser composta por um conjunto de equipamentos e serviços de atendimentos integrais e humanizados, rompendo desta forma com mais de trezentos anos de psiquiatria centrada no hospital psiquiátrico.

Ponto delicado e crítico apontado por um dos entrevistados é a dificuldade da rede básica prestar atendimento ao sujeito em sofrimento psíquico, remetendo sempre ao CAPS os casos de saúde mental, não respeitando os critérios de inclusão do usuário no serviço. Este fato pode ser reflexo da falta de conhecimento, como, também, devido ao imaginário social da loucura, que reconhece o dito louco como perigoso e que,

portanto, necessita ser institucionalizado. Logo, a articulação entre os dispositivos e seus agentes externos tornam-se necessárias para que o CAPS alcance seu objetivo, afinal, nenhum dos dispositivos ou ponto de cuidado funciona fechado em si mesmo. É fundamental que se articule em rede, aumentando assim sua potência através da criação de possibilidades nesses espaços de referência ao usuário, superando a totalização e a exclusão do manicômio.

A práxis da Saúde Mental Coletiva é um processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer políticas, ciências e administrações no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo-as e substituindo-as por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de vida. (FAGUNDES, 2001). A equipe que compõe o CAPS do Sul de Sc vem transformando seus modos de pensar através da ampliação do conhecimento teórico-assistencial, ainda que este conhecimento seja insuficiente para o planejamento e execução de novas práxis, conforme afirmado por seis dos oito entrevistados.

Tratar em liberdade é uma diretriz da Reforma Psiquiátrica e o ponto de partida da clínica do modo psicossocial. Logo, é necessário que o cuidado ocorra dentro da cidade, buscando os laços sociais, o fortalecimento ou a reconstrução das redes que sustentam a vida dos usuários. Portanto, o modo de organizar os serviços é através da ideia de rede, ou seja, estações de cuidado com pontos de referência horizontais e abertos, que contribuam na construção de laços sociais. “Mais que um conjunto de serviços, a rede é, de modo sutil e sensível, aquilo que anima, a pulsão do desejo de cada um dos sujeitos, protagonistas das cenas da desinstitucionalização.” (CFP, 2013). Reconhecendo a função dessa articulação do CAPS com os outros dispositivos que compõem a rede, é fundamental compreender como vem ocorrendo esses laços no município.

Dos oito profissionais entrevistados, dois afirmam que o CAPS está articulado com o território onde está inserido, porém, quando questionados com quais dispositivos se articula, esses profissionais responderam que o CAPS faz vínculo com as Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família nos casos de alta do serviço, com o SAMU, nos casos de crise de usuários, e com o hospital psiquiátrico localizado na região, nos casos de pacientes internados. Sendo a articulação restrita a estes serviços de saúde, portanto o CAPS não desenvolve outras atividades intersetoriais no território. Segundo os profissionais, quando há a inserção do CAPS no território, é tímida, sendo insuficiente para alcançar os objetivos preconizados pelas diretrizes da Reforma

Psiquiátrica, pautada na inserção social, desenvolvimento do poder contratual, empoderamento, projeto e autonomia de sua vida.

Um profissional reforçou que existe certa articulação do serviço com o território, porém enfatizou que é restrito, não atendendo à necessidade real da população e aos objetivos do programa. Cinco dos entrevistados afirmaram que o CAPS não se articula com o território. Um profissional relatou que o CAPS tem vínculo com as Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família, porém é frágil, pois o que ocorre é a troca de informações entre os serviços sobre a população atendida, não caracterizando um trabalho em rede. A respeito da relação institucional com o hospital, o mesmo profissional afirma que não há discussão ou contato entre as equipes de forma efetiva, afinal a relação ocorre via encaminhados e comunicação por documentos. Isso sinaliza a relação precária entre os profissionais que compõem a rede de saúde.

Outro profissional relata que a articulação do CAPS com o território é “difícil, para articular, pois é necessário estar entrelaçados. E os profissionais da unidade básica não querem tratar os pacientes psiquiátricos. Daí fica muito difícil realizar um trabalho em rede. A rede não funciona.” E prossegue: “tem paciente que não necessita de CAPS, pois não se trata de um caso com transtorno severo e persiste, mas vamos encaminhar para onde?”, afirmou uma entrevistada. Fato de relevante gravidade, afinal as Unidades Básicas de Saúde são pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial e tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado do sujeito que apresenta algum transtorno mental, compartilhando, sempre que necessário com os demais pontos da rede. (CFP, 2013). Um dos profissionais afirmou que “hoje se entende que se não se articular aos outros dispositivos de saúde do território, não será possível ocorrer as altas e nem a inserção de novos usuários, nós sozinhos não iremos dar conta da demanda de saúde mental do município.” (sic).

Identifica-se que o CAPS apresenta grande dificuldade em desenvolver ações interinstitucionais travadas no território, que por outra via vem buscando desenvolver um trabalho em rede ainda que de forma embrionária, afinal esta articulação se restringe aos serviços de saúde, e com entraves.

Os profissionais do CAPS durante a entrevista enfatizaram que apresentam dificuldades em realizar ações que ultrapassem os limites da instituição, não conseguindo atuar diretamente na sociedade. Contudo, cabe enfatizar que este dispositivo está inserido no território, fator que possibilita os usuários circularem neste espaço social, não ficando mais à margem desta sociedade, trancafiados nos asilos.

Sabe-se que o serviço tem a função de oferecer acolhimento, cuidado e suporte desde o momento mais grave de crise até a reconstrução dos laços sociais, caso contrário estará reproduzindo a lógica manicomial, institucionalizando o sujeito neste serviço substitutivo, tornando-se complementar e não um substituto ao hospital psiquiátrico.

Sabendo da importância da realização de ações de inserção do usuário no território, os profissionais do CAPS buscam nesse momento parcerias com projetos como PRONATEC, escola profissional, SENAI e SEJA, conforme citado por dois profissionais. Porém, estes mesmos profissionais salientam que são poucos os usuários que se beneficiam destes programas, pois o encaminhamento é realizado quando se identificam demandas, contudo não é realizado acompanhamento, fato que dificulta o alcance de resultados mais efetivos.

Cabe enfatizar que os profissionais apresentaram explicações para as poucas ações de inserção no território e reconheceram a importância desse vínculo com os dispositivos presentes no município, porém afirmaram não apresentarem condições para exercer tais articulações devido a própria organização do serviço, falta de profissionais, sobrecarga de função, falta de capacitação dos profissionais e falta de apoio da gestão de saúde mental municipal. Segundo um dos profissionais, “a gestão preza pela receita médica e número de atendimentos realizados no mês. A impressão que se tem é que considera-se a quantidade principalmente. Junta isso com a demanda da população de querer ser medicalizada.” (sic).

Este relato implica na seguinte reflexão: o CAPS consegue, dentro destas condições, desenvolver a atenção psicossocial aos seus usuários, nos moldes de um serviço de cuidados intensivos e diários ou segue a lógica ambulatorial, medicalizante e biomédica?

Segundo Amarante (2003), um dos desafios dos serviços substitutivos é que eles não se tornem complementares ao hospital psiquiátrico, e sim que consigam substituir as internações por ações pautadas na promoção, prevenção e reabilitação de sua autonomia e protagonismo social, através do rompimento da hegemonia da psiquiatria e do reducionismo do fenômeno doença e saúde.

Cabe afirmar que os CAPS são novos lugares de tratamento, que se “constituem como espaços de convívio, sociabilidade e cuidado e ferramentas de mudanças da percepção social sobre a experiência da loucura e o cidadão em sofrimento mental.” (CFP, 2013). Cabe ao CAPS essa delicada e incansável tarefa de colher e resgatar a subjetividade de cada um e, ao mesmo tempo, possibilitar a construção de redes



relacionais e de convivência social. Mas será que o CAPS objeto deste estudo atualmente apresenta condições para ultrapassar as barreiras e se inserir nesse espaço político, ideológico e social? Conforme o relato dos profissionais, o CAPS apresenta muitas fragilidades. A experiência da transição para o modelo psicossocial dos profissionais caminha para esta finalidade, porém ainda encontra suas ações centradas e restritas aos muros da instituição, com pequenas inserções sociais. Conforme descrito no Manual de Referências Técnicas para atuação nos CAPS:

[...] há municípios e estados que ainda encontram fortes resistências e gestões que insistem em retomar e fortalecer antigos modelos e perspectivas, fazendo, por exemplo, coexistir o hospital psiquiátrico, sucateando a rede substitutiva, ou (re)investindo em modelos ambulatoriais.” (CPF, 2013, p. 68).

Devido a este movimento contrário, é com grande fragilidade que a atenção psicossocial constrói dispositivos e redes que superem o modelo asilar através de intervenções complexas e individualizadas, que respondam à necessidade de cada caso e se orientem para as redes de relação e circulação dos indivíduos. Essa perspectiva de cuidados para pessoas com sofrimento psíquico é pautada numa transformação importante das profissões no campo da assistência, marcada tradicionalmente por uma forte vocação ambulatorial.

No modo psicossocial, o que se visa é o reposicionamento do sujeito, considerando a dimensão subjetiva e a sociocultural. “Esse reposicionamento deve ser pensado na perspectiva de uma ética que se abra para a singularização, horizontalização e interlocução”, em oposição à adaptação e alienação que caracterizam a ética do modo asilar. (COSTA-ROSA, 2000, p. 166). Segundo Costa-Rosa (2000) existe uma disparidade entre o grau de desenvolvimento da tecnologia à disposição no campo e o grau de desenvolvimento do domínio técnico dessa tecnologia.

E é a partir desta afirmação que é possível se perceber, levando-se em consideração o objetivo desta pesquisa, a saber, a análise da transição do modelo hospitalocêntrico ao modelo psicossocial de atendimento aos sujeitos acometidos por algum transtorno mental no CAPS II do município de SC, que, embora as intervenções singulares de alguns profissionais apontem na direção daquilo que é preconizado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, em muitos casos e situações ainda há muito que se fazer. Não raro, como vimos na análise das falas coletadas nas entrevistas destes profissionais da saúde mental, o próprio poder público não dá conta do aperfeiçoamento

da prestação de serviços, coisa que parte da própria formação – ou a falta de formação – dos profissionais e recai sobre os seus maiores interessados, os próprios sujeitos que utilizam tais serviços. Contudo, conforme Lemke e Gonçalves (2008), é imprescindível que os trabalhadores de saúde possam acreditar nas próprias experiências e que, a partir delas, construam os modos de organização no cotidiano dos seus serviços e implementando desta forma novas práticas orientadas pelos conceitos e princípios deste novo paradigma, o psicossocial, sustentado pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

#### **4 O CAPS: RUMO À CONSTITUIÇÃO DE UMA UNIDADE DE SERVIÇO SUBSTITUTIVO NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA?**

Por que encontramos tantas dificuldades na desconstrução dos hospitais psiquiátricos e na efetivação de dispositivos de base comunitária destinados a acolher os sujeitos com sofrimento psíquico? Esta questão é crucial na análise da trajetória da saúde mental em direção ao novo paradigma da atenção psicossocial.

Essa reestruturação no modelo de assistência tem como eixo a reintegração dos usuários ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, através de novas práticas pautadas no modelo psicossocial, orientadas pelos conceitos e diretrizes da Reforma Psiquiátrica. As novas práticas são estratégias de cuidados para pessoas com sofrimento psíquico intenso, que visam desenvolver a habilidade do sujeito de gerenciar sua vida com maior autonomia e capacidade de escolha, possibilitando o processo de trocas sociais, a restituição de direitos, vantagens e posições que essas pessoas tinham ou poderiam vir a ter, se as barreiras fossem minimizadas ou desaparecessem. (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003). Desta forma necessita-se analisar as práticas realizadas nos serviços substitutivos, compreendendo seu sentido estratégico e abrangente, identificando que estes apresentam condições de romper com o sentido reducionista do modo asilar.

Para compor esse debate, o presente trabalho buscou analisar o funcionamento do CAPS II do sul de SC enquanto um serviço substitutivo, identificando se constitui ou não em um dispositivo de promoção de mudança do modo asilar para o modo psicossocial, como propõe as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Através de levantamento documental, de observação participante pela autora e com forte apoio nas entrevistas realizadas com oito profissionais do serviço no CAPS do sul de SC foi possível obter dados que explicitam as práticas técnico-assistenciais e o modo como o serviço vem conduzindo suas ações. Isso nos permitiu analisar as práticas adotadas e sua comparação com o modelo preconizado pelo movimento de reforma psiquiátrica. Essa pesquisa observou também as relações institucionais próprias de trabalho em rede, por ser este um aspecto fundamental do novo modelo psicossocial e analisou os esforços institucionais na implantação da Reforma Psiquiátrica.

Identificou-se desta forma as dificuldades e as possibilidades desse complexo processo. A partir da análise dos dados coletados confirma-se a hipótese levantada neste trabalho, de que as práticas assistenciais à saúde mental apresentam dificuldades e

timidez na implantação deste novo modelo, o da atenção psicossocial, fato que prejudica o processo de desinstitucionalização. A confirmação dessa hipótese se deu a partir da análise dos seguintes campos e elementos:

Conhecimentos dos conceitos e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e a importância da sua utilização na atuação profissional. Os profissionais entrevistados afirmam que possuem formação acadêmica que lhes proporciona base teórica para o exercício das práticas preconizadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica. Ao mesmo tempo sabem que são insuficientes para realizar práticas inovadoras conforme orientam os conceitos deste novo paradigma da atenção psicossocial, que busca desenvolver o poder de contratualidade do usuário e o protagonismo social. Não basta apenas compreender o papel e a função do serviço, pois é necessário se apoiar nas diretrizes da Reforma, lembrando que no novo modelo há uma mudança epistemológica frente à concepção do objeto de trabalho. “Saber que quase nada se sabe e que o outro, o louco, que deve nos orientar quanto as possibilidades de saída para sua dor” (CFP, 2013, p. 102) é a premissa de trabalho frente à nova clínica de cuidado, ou seja, as demandas apresentadas pelos usuários neste molde de serviço são complexas diante da formação dos profissionais.

Será que a formação acadêmica expressa nas grades curriculares forma profissionais da saúde aptos para o exercício de práticas nesta nova perspectiva? Sabe-se que as grades curriculares ainda reforçam a dimensão teórica da formação do profissional. Esse novo espaço de cuidado, exigidos pelos serviços substitutivos, necessitam agora de uma formação acadêmica à altura dessa complexidade. Exemplo disso é a necessidade do desenvolvimento nos cursos de graduação da aprendizagem de uma ética orientada para a liberdade, ao contrario da ética da adaptação como sempre ocorreu. A ética da liberdade, a qual orienta essa nova prática, obriga os atuais profissionais à busca contínua por novas estratégias de cuidado que abandonem a posição de tutores e agentes da ordem, e caminhe em direção de uma “nova função o de parceiros da loucura.” (CFP, 2013, p. 96). Muda-se a relação estabelecida e o usuário, percebendo-se nesse novo lugar, torna-se novo sujeito, este agora cidadão livre, de direitos e de deveres. Essas práticas conduzidas pela ética da liberdade não estão nos manuais acadêmicos. Esse exemplo procura destacar a complexidade dessas novas diretrizes terapêuticas, e constata-se que não há formação destes profissionais para essa finalidade. Lança-se novas direções de tratamentos e diretrizes preconizadas, porém

não há esforços de preparação adequados para o preparo de profissionais para execução desta nova lógica.

Como se procurou destacar a mudança de práticas estabelecidas, isso exige profissionais preparados, cuja formação implica também em mudanças curriculares. Mudanças que nem sempre são devidamente codificadas em manuais, portanto essas mudanças passam também pela construção de espaços coletivos, que possibilitem discussões sobre o cotidiano de trabalho, as estratégias a serem utilizadas, as facilidades e dificuldades da execução destas e os próprios resultados alcançados. E desta forma possibilita-se a produção de novos saberes e compreensão dos conceitos do novo paradigma, o da atenção psicossocial, criando bases sólidas para as novas práticas.

A importância da preparação profissional, dada a complexidade de práticas efetivamente novas, se amplia, considerada a construção não apenas de novas práticas, mas de novos saberes. Dessa forma a necessidade de treinamento adequado para o desenvolvimento dessas novas habilidades e competências é evidente e torna-se um instrumento valioso se combinado com estímulos de rotinas de trabalho que socializem o saber, permitindo ainda a construção desse novo saber e a consolidação do novo paradigma. Não é o que se observou na pesquisa mesmo com a existência de algumas práticas embrionárias, como as reuniões de equipe e as assembleias gerais de planejamento que muito podem auxiliar nesse processo, ainda mais se combinado com treinamento sistemático e regular ainda inexistente.

Sobre o segundo campo de análise, referente às concepções do objeto e dos meios técnicos utilizados pelos profissionais, a pesquisa constatou que os profissionais compreendem o objeto do seu trabalho como preconiza a Reforma Psiquiátrica. O que antes era estigmatizado como loucura, hoje, pós-Reforma, é compreendido como um sofrimento psíquico do sujeito, fenômeno complexo, que integra aspectos biológicos, psíquicos e sociais. Porém, em relação aos meios técnico-assistenciais, observou-se uma grande defasagem entre as práticas assistenciais e a compreensão do fenômeno. Pois mesmo os profissionais compreendendo o fenômeno de forma ampliada, na execução das atividades terapêuticas apresentam dificuldades em romper com o modelo biomédico e ambulatorial.

Como já mencionado, no modo psicossocial o processo de tratamento é pautado no cuidado e convívio dos usuários. Constatou-se no CAPS onde a pesquisa foi realizada que os profissionais planejam suas ações terapêuticas com ênfase no cuidado, através dos atendimentos individuais e grupais. Os mesmos parecem dar pouca

relevância para o convívio, pois não estimulam e nem proporcionam de maneira significativa este aspecto no processo de tratamento, o que sugere que não ocorre o estabelecimento de relações diferenciadas que promovam um novo lugar ao dito louco, antes sem voz e excluído, para o de cidadão participativo, sujeito de desejo e com possibilidades de escolha.

Essa dificuldade em mudar as práticas de acordo com os novos conceitos (que parecem assimilados pelos profissionais) pode ser observada, por exemplo, quando mesmo com a elaboração de projetos terapêuticos individuais feitos pelos profissionais conforme preconiza a Reforma, parece que os mesmos não cumprem seu verdadeiro papel. Os projetos terapêuticos individuais devem contemplar intervenções específicas a cada usuário, ou seja, que defina ações em resposta às demandas do usuário, que considere as condições de cada território, que objetive o estabelecimento de laços sociais com o usuário, que permita o fortalecimento e a reconstrução das redes que apoiam a vida de cada usuário.

Isto por que os projetos terapêuticos observados na pesquisa se limitavam a listar atividades terapêuticas a serem desenvolvidas com os usuários sem as considerações acima destacadas. Também a ausência de avaliação sistemática da execução do projeto fez com que esse instrumento (no caso observado) se reduzisse a mero registro de ações que podem ou não serem efetivas para a promoção da saúde e reabilitação psicossocial do usuário.

Entretanto, mais do que isso, esta constatação levanta a questão de como realizar um projeto terapêutico adequado, se o serviço não consegue tomar a fala do usuário como orientador da intervenção; não consegue realizar ações no território e não apresenta condições de articular os recursos da instituição e do território com aqueles que cada usuário traz, e com os seus familiares.

Para uma maior e efetiva implantação da Reforma, no que se refere à questão que o exemplo tomado como objeto desta pesquisa levantou, ou seja, a definição de um projeto terapêutico eficaz, é importante esclarecer que a ênfase dada pelos profissionais às atividades de cuidado/tratamento (atendimento e oficinas) acabam por tirar relevância das atividades que estimulam o convívio como as assembleias, a mediação das relações entre os usuários e família, e o estabelecimento de referências e redes que possuem valor terapêutico.

No que se refere às relações intrainstitucionais, que tem um papel fundamental no processo de atenção psicossocial, o usuário tem a possibilidade de ser participativo

no modelo implantado pela Reforma Psiquiátrica, porém observou-se que na unidade pesquisada sua participação não é significativa, o que acaba por reduzir a eficácia terapêutica.

No caso estudado existe a verticalização das relações entre usuários, profissionais e população, mas é frágil a participação do usuário na cogestão que acabou por fortalecer o poder dos profissionais. Todavia é importante reconhecer que existe também democratização nas relações entre profissionais, usuários e família, fator que contribui para o desenvolvimento de direitos e responsabilidades do usuário.

No âmbito das relações intrainstitucionais, no que se refere às relações entre os profissionais, um aspecto relevante é a horizontalização dessas relações, conforme reconheceram os entrevistados. Esse tipo de relação permite a autogestão que também está presente no cotidiano deste serviço, mas essa prática ainda que condizente com a Reforma não foi incentivada pela gestão municipal, o que segundo os profissionais inviabilizou o processo.

Nesta pesquisa observou-se que é precária a relação entre as instituições que compõem a rede presente no território. O CAPS apresenta relações frouxas com as outras instituições, não caracterizando um efetivo trabalho em rede. Os profissionais afirmam que existem tentativas, porém a resposta nem sempre é eficaz, sendo ainda que os vínculos ocorrem apenas com os serviços de saúde. As relações com os demais serviços são inexistentes. Esse fator revela que o sujeito que ali recebe cuidado é percebido por essa equipe como um sujeito em que prevalecem as necessidades clínicas, o que remete à questão da importância que nessas condições é dada ao aspecto social. O objetivo maior dos serviços substitutivos não seria o de inserção social, via aumento de poder contratual e desenvolvimento de protagonismo? Essa premissa acaba sendo tamponada, quando a preocupação da equipe fica restrita ao restabelecimento da saúde enquanto estabilização do quadro clínico. Paralelamente, entretanto, essa mesma equipe faz esforços para romper com essa concepção fortemente estabelecida pelo saber predominante, quando busca prevalecer o direito dos usuários no atendimento nas demais unidades de saúde, estimulando os usuários a autonomia e recuperação de poder contratual.

Porém este procedimento não consegue configurar na prática uma rede como exige o modo psicossocial, ou seja, aquela que permite a trajetória do usuário num conjunto de unidades e serviços nos quais existam projetos para seus cuidados e para

seu convívio, e a articulação com outras equipes e instituições que poderão compor os itinerários de cuidado e convívio do usuário.

Sob o ponto de vista metodológico esse esforço de pesquisa concentrou-se em questões que observadas no CAPS do Sul de SC podem fornecer algumas contribuições para o debate sobre a implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com ênfase nas possibilidades e dificuldades da construção do novo modelo de atenção psicossocial. Essa questão central esteve configurada por um conjunto de questões como: as práticas assistenciais ofertadas no serviço vão ao encontro desse novo modelo de atenção psicossocial? As intensidades das relações são suficientes para se formar um novo espaço com novas diretrizes? A articulação institucional está configurando uma Rede de Atenção Psicossocial?

Por outro lado, o modelo analítico que elaborado para o presente estudo (com base na literatura sobre o tema, conforme apresentado no capítulo 2), se aplicado a outros CAPS, permitirá conclusões mais seguras que podem ampliar esse debate. A análise abrangeu os seguintes campos: a) o processo de saúde e doença e os meios técnicos (convívio e cuidado); b) as relações intrainstitucionais (profissionais, usuários e famílias), c) as relações entre instituições e seus agentes (território e comunidade) e; d) efeitos e resultado dos processos terapêuticos. Estes campos aglutinam concepções e parâmetros para o novo modelo preconizado pela Reforma Psiquiátrica no Brasil e permitiram estudar a transição e as possibilidades de consolidação deste novo modelo considerando seus processos e o sistema em seu conjunto (a rede e as relações dentro da mesma). A ênfase da análise, sem descuidar da observação das instituições, ou seja, da rede e de suas relações, recaiu sobre as ações dos profissionais envolvidos, suas concepções e procedimentos nessa fase de construção do novo modelo de atenção psicossocial.

A pesquisa sugere que os Centros de Atenção Psicossocial ainda não têm um papel substitutivo conforme preconizado nas diretrizes da Reforma. O que se percebeu no serviço onde ocorreu a pesquisa foi um número pouco significativo de encaminhamentos para outras unidades de saúde, por exemplo, sugerindo que o CAPS está se transformando em unidade complementar aos hospitais psiquiátricos, e não em uma unidade substitutiva, fato este devido a falta de apoio da gestão e articulação desta com os dispositivos, visando organização efetiva da rede. Como unidade substitutiva no contexto de uma Rede de Atenção Psicossocial, o CAPS deveria criar condições mais



efetivas para a circulação do sujeito no seu território. No entanto, parece que ao não realizar ações terapêuticas de socialização ou de integração, acaba por mantê-lo, mesmo que de outras formas, enclausurado e institucionalizando nos moldes do antigo modelo hospitalocêntrico.

Percebe-se a necessidade de ter clareza do significado do papel do CAPS na implantação do processo de Reforma Psiquiátrica, assim como a formação de um sistema que esteja em condições de viabilizar tais mudanças. Inúmeros problemas persistem mesmo após mais de 15 anos de Reforma Psiquiátrica: a) parece que a política nacional de saúde ainda é uma política de governo e não de Estado; b) a existência de diferentes concepções técnicas e teóricas dos trabalhadores do sistema; c) a falta efetiva de investimentos na consolidação do sistema, restringindo o acesso a população; d) a falta de incentivo por parte da gestão em melhorias nas condições de trabalho; e) a falta de qualificação dos profissionais de saúde e principalmente dos gestores municipais para atuação no sistema; f) pouco controle e fiscalização dos serviços.

Frente a esta realidade constatam-se os impedimentos no progresso e efetivação de serviços na realização de novas práticas que superem e rompam com o modelo milenar de maneira efetiva, todavia constata-se e se reconhece que estamos debatendo sobre um campo complexo, “que se configura na e pela articulação de quatro dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas: a dimensão epistemológica, a técnico-assistencial, a jurídico-político e a sociocultural” (AMARANTE, 2003), conforme discutido neste trabalho. Os avanços serão significativos e eficazes na medida em que os quatro campos, conforme pontuado por Paulo Amarante, estiverem em consonância, interlocução e engajados rumo ao novo paradigma.

## BIBLIOGRAFIA

ALVES, D. S., 2001. Integralidade nas políticas de Saúde Mental. In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde (R. Pinheiro & R. Mattos, org.), pp. 167-176, Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO.

AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: \_\_\_\_\_ Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

AMARANTE, P. & TORRES, E. H. G., 2001. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. Saúde em Debate, 25(58):26-34.

AMARANTE, P., 1996. O homem e a serpente: outras histórias sobre a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

\_\_\_\_\_ (org.), 1995. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Panorama ENSP.

\_\_\_\_\_ (org.), 1994. Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: 70, 1977.

BARROS, D. D., 1994. Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Editora EDUSP/Lemos Editorial.

BASAGLIA, F., 1985. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Editora Graal.

BECKER, H., 1993. Métodos de pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Hucitec.

BERCHERIE, P. 1989. Os fundamentos da clínica: história do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Editora Zahar.

BEZERRA, B. & AMARANTE, P. (org), 1992. Psiquiatria sem hospícios: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Reluma-Dumará.

BIRMAN, J. & COSTA, J. F., 1994. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica (P. Amarante, org.), pp. 41-72, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

BIRMAN, J., 1978. A psiquiatria como discurso da moralidade. Rio de Janeiro: Editora Graal.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Política nacional de saúde mental Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: < [http://www.cresspa.org.br/files/u4/11\\_Pol\\_SaudeMental.pdf](http://www.cresspa.org.br/files/u4/11_Pol_SaudeMental.pdf)>. Acesso em: 25 maio de 2012.

\_\_\_\_\_. . Lei nº 3088, de 23 de Dezembro de 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial Brasília: Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1663](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1663). Acesso em: 25 maio de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. De Volta para Casa: Manual do Programa Brasília, 2003a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Número de Beneficiários do Programa de Volta para Casa por UF. Brasil, jun. 2009b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 25 maio de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes. Brasil, out. 2009c. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 25 abril de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002a. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39\\_Portaria\\_336\\_de\\_19\\_02\\_2002.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf)>. Acesso em: 25 maio de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Disponível em :<[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27\\_Portaria\\_106\\_de\\_11\\_02\\_2000.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf)>. Acesso em 27 maio de 2012

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, DF, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 27 maio de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde mental e atenção básica o vínculo e o diálogo necessários: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, jan. 2003c. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 27 maio de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília – DF, 2004. Disponível em:  
<[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/SM\\_Sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf)>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Serviços residenciais terapêuticos implantados e em processo de implantação, por UF. Brasil, 4 jun. 2009d . Disponível em:  
<<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 27 maio de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2002. Legislação em Saúde Mental 1990-2001. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2002. Portaria n. 189/2002, de 22/03/2002. Brasília:Ministério da Saúde. Disponível em  
:<<http://drt2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2002/PT - 189.htm>>169

BRASIL. Ministério da Saúde, 2002. Portaria n. 336/2002, de 19/02/2002. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em  
:<<http://drt2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2002/PT 336.htm>>  
Campos, G. W. S (1997). Reforma da Reforma: repensando a saúde. 2.ed. São Paulo: Hucitec.

CANGUILHEM, G., 1990. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária.

Capistrano Filho, D. (2000). Os ritmos da Reforma: histórico, avaliação e diagnóstico. Em Conselho Federal de Psicologia (org.) Como anda a reforma psiquiátrica?Avaliação, perspectiva e prioridades. Brasília: CFP, p. 23-8.

CARVALHO, A. L. & AMARANTE, P., 1996. Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. Saúde em Debate, 52;74-82.

CARVALHO, M., 1999. A poética da casa - a tessitura dos espaços de habitar. Comunicação oral, realizada no Lar Abrigado do Hospital Philipe Pinel, agosto 1999 (mimeo).

CARVALHO, M., 1999. Arquitetura e Reforma Psiquiátrica: epistemologia e poética do espaço. Um estudo comparado de registros e expressões do espaço na pintura. In: VII

Costa-Rosa, A., Luzio, C. A. & Yasui, S. (2003). Atenção Psicossocial- rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In P. Amarante (coord.), Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau, p. 13-44.

CASTEL, R., 1991. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro:Editora Graal.

\_\_\_\_\_, 1987. A gestão dos riscos - da antipsiquiatria à pós psicanálise. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves.

CAVALCANTI, M. T., 1997. A trama do tear – sobre o tratar em psiquiatria. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

\_\_\_\_\_. 1992. O tear das cinzas: um estudo poético sobre as relações da psicose com a instituição. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Conselho Federal de Psicologia. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Brasília, 2013.

CHIORO, S., 1998. Da desconstrução do manicômio à construção de um novo modelo de atenção em Saúde Mental – município de Santos-SP, no período de 1989 a 1996. Dissertação (Mestrado) - São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

COSTA, J. F., 1980. História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Editora Campus.

COSTA-ROSA, A., 2000. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental e Sociedade (P. Amarante, org.), pp. 141-168, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

DELGADO, P. G., 1999. Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. Cadernos do IPUB, 14:113-121

\_\_\_\_\_. 1997. Papel estratégico das unidades psiquiátricas em hospital geral na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Cadernos do IPUB, 6:9-20.

\_\_\_\_\_. 1992. As razões da tutela. Rio de Janeiro: Te Corá Editora.

DELL' ACQUA, G. & MEZZINA, R., 1991. Resposta à crise. In: Loucura na sala de jantar. (J. Delgado, org.), pp. 53-79, Santos: Resenha Ltda.

DESVIAT, M., 1999. A Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

FIGUEIREDO, A. C. & SILVA FILHO, J. F. (org.), 1996. Ética e Saúde Mental. Rio de Janeiro: Editora Topbooks.

FOUCAULT, M., 1999. A História da Loucura na idade clássica. São Paulo: Editora Perspectiva.

\_\_\_\_\_. 1998. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Editora Graal.

\_\_\_\_\_. 1994. Doença Mental e Psicologia: Rio de Janeiro: Editora Tempo Brasileiro.

\_\_\_\_\_. 1994. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária.

GOFFMAN, E., 1987. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Editora Perspectiva.

GOLDBERG, J., 1998. Cotidiano e instituição / Revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituições públicas. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo

\_\_\_\_\_. 1992. A doença mental e as instituições – a perspectiva de novas práticas. 1992. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

\_\_\_\_\_. 1989. Centro de Atenção Psicossocial – uma estratégia. Cadernos do NUPSO, 3:37-40. . 171

HAGUETTE, T. M., 1995. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Editora Vozes.

KINOSHITA, R. T., 1996. Em busca da cidadania. In: Contra Maré à beira-mar. A experiência do SUS em Santos (F.C.B. Campos, & C. M. P. Henriques, org.), pp. 67-77, São Paulo: Página Aberta.

KODA, M. Y., 2002. Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em Saúde Mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um Núcleo de Atenção Psicossocial. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo de. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LANCETTI, A. (org.), 1991. Saúde e loucura. São Paulo: Hucitec.

MACHADO, R., 1988. Ciência e saber: a trajetória arqueológica de Foucault. Rio de Janeiro: Editora Graal.

MACHADO, K. Como anda a reforma Psiquiátrica. Revista Radis 38. Pág 11-19. Outubro, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.

MINAYO, M. C. S. (org), 1996. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes.

\_\_\_\_\_. 1992. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde- São Paulo e Rio de Janeiro: Editora Hucitec-Abrasco, 1992

NABUCO, Edvaldo. A Luta Antimanicomial como instrumento de denúncia à violação dos direitos humanos. Disponível em: <[http://www.crprj.org.br/documentos/2006-palestra-edvaldo\\_nabuco.pdf](http://www.crprj.org.br/documentos/2006-palestra-edvaldo_nabuco.pdf)>. Acesso em: 23 abril de 2012.

NICÁCIO, F., 1996. O desafio do viver fora: construindo a cooperativa para todos. In: *Contra Maré à beira-mar. A experiência do SUS em Santos*(F.C.B. Campos, & C. M. P. Henriques, org.), pp. 167-177, São Paulo: Página Aberta.

\_\_\_\_\_. 1994. O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

\_\_\_\_\_. 1989. Da instituição negada à Instituição inventada. *Saúde e Loucura*, 1:91-108.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001. *Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança*. In: *Relatório sobre a Saúde no Mundo*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

PESSOTTI, I., 1996. *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34.

PITTA, A.(org.), 1996. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec.

\_\_\_\_\_. 1994. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43(12):647-654.

Relatório de Gestão 2011. Da Divisão de Políticas de Saúde Mental. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. 2011.

REVERBEL, Carmem Maria Fernandes. Desinstitucionalização: a construção de cidadania e a produção de singularidade. *Psicologia ciência e profissão*. Brasília, v.16, n.1, , p.4-11, mar. 1996. Disponível: <[http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98931996000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931996000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 de abril de 2012.

RODRIGUES, Jeferson; BROGNOLI, Felipe Faria; SPRICIGO, Jonas Salomão. Associação dos usuários de um centro de atenção psicossocial: desvelando sua significação. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=438999&indexSearch=ID>. Acesso em 23 de abril de 2012.

ROTELLI, Franco; MAURI, Diana. Desinstitucionalização: uma outra via. In: ROTELLI, Franco et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucietec, 1990. cap. 2, p.17-59.

ROTELLI, F., 2001a. A instituição inventada. In: *Desinstitucionalização* (F. Nicácio, org.), pp. 89-99, São Paulo: Hucitec.

SANTOS, Núbia; ALMEIDA, Patty Fidelis de; VENANCIO, Ana Teresa; DELGADO, Pedro Gabriel. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Psicologia ciência e profissão*. Brasília, v.20, 2000. Disponível: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932000000400006&lng=es&nrm=](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400006&lng=es&nrm=). Acesso em: 23 de abril de 2012. .

SANTOS, A. W. G., 1997. Avaliação crítica dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial no Nordeste: perfil organizacional dos serviços instalados até 31 de dezembro de 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.

SARACENO, B., 1999. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte / Rio de Janeiro: Editora Te Corá / Instituto Franco Basaglia.

\_\_\_\_\_. et al., 1997. Manual de Saúde Mental. São Paulo: Hucitec.

\_\_\_\_\_. 1996. A clínica, seu contexto e a psiquiatria no Brasil. *Cadernos do IPUB*, 4:100-108.

\_\_\_\_\_. & RUSSO, J. A. (org.), 1993. Duzentos anos de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará / UFRJ.

SILVA FILHO, J. F., 1997. Semiologia, seu saber e a psiquiatria. *Cadernos do IPUB*, 5:155-163.

STENGERS, I., 1990. Quem tem medo da ciência? Ciência e Poderes. São Paulo: Editora Siciliano.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. O papel das Políticas Públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. Salvador, 2002. Disponível em <[http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/atr2/a\\_pdf/03\\_atr\\_pp\\_papel.pdf](http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/atr2/a_pdf/03_atr_pp_papel.pdf)>. Acesso em 16 ago. 2004

TEIXEIRA, C. F., 2000. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. *Cadernos da XI Conferência Nacional de Saúde*, 261-281.

TEIXEIRA, M. O., 1996. Algumas reflexões sobre o conceito de cura em Psiquiatria. *Cadernos do IPUB*, 3:67-76.

TUNDIS, S. A. & COSTA, N. R.(org.), 2000. Cidadania e loucura - políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes / Abrasco.

VASCONCELOS, E., 1997. Desinstitucionalização e interdisciplinaridade em Saúde mental. *Cadernos do IPUB*, 7:19-43. 173

\_\_\_\_\_. 1992. Do hospício à comunidade. Belo Horizonte: Editora Segrac.

VELHO, G., 1981. Relações entre a antropologia e a psiquiatria. *Individualismo e Cultura*(G. Velho), pp. 93-102, Rio de Janeiro: Editora Zahar.



YASUI, S., 1999. A construção da Reforma Psiquiátrica e seu histórico.  
Dissertação(Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade do Estado de São Paulo, Assis.

## **ANEXO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL  
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL**

DISSERTAÇÃO: RUMO A UM NOVO MODELO DE PRÁTICAS PSICOSSOCIAIS  
PÓS REFORMA PSIQUIÁTRICA? : UMA ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DO CAPS  
II DO SUL DE SANTA CATARINA

AUTORA: GABRIELA LUIZA CAMPOS

### **IMSTRUMENTO PARA PESQUISA DA DISSERTAÇÃO**

Estimada (o) Profissional:

Solicitamos sua colaboração para a realização dessa pesquisa que servirá de base para a minha dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação Em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da UFSC.

Nesse trabalho procuramos analisar as novas práticas psicossociais realizadas nos serviços substitutivos ao modelo manicomial. O objeto dessa pesquisa é a experiência do CAPS II do SUL DE SC

Para que possamos realizar essa reflexão e contribuir para o processo de Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização, solicitamos sua especial colaboração respondendo este questionário.

Esclarecemos que sua contribuição será considerada sigilosa e nos comprometemos a não divulgar os autores das opiniões aqui expostas, que serão usadas exclusivamente para a elaboração deste trabalho científico.

Ressaltamos a importância da sua contribuição pela qual muito agradecemos.

Gabriela Luiza Campos

#### **1. Identificação e formação**

- 1.1 Sexo\_\_\_\_\_
- 1.2 Idade\_\_\_\_\_
- 1.3 Profissão\_\_\_\_\_
- 1.4 Tempo de atuação profissional\_\_\_\_\_
- 1.5 Experiência profissional anterior (locais de trabalhos)\_\_\_\_\_
- 1.6 Tempo de atuação no CAPS\_\_\_\_\_

2. **Características da formação** na área da saúde mental:

- 2.1.1 Graduação( )
- 2.1.2 Especialização( )
- 2.1.3 Mestrado( )
- 2.1.4 Doutorado( )
- 2.1.5 Outros cursos de capacitação( )
- 2.1.6 Capacitação específica sobre reforma e atenção psicossocial( )
- Cite a instituição, quando ocorreu e o tempo de duração:

---

---

3. **Concepções a respeito da Reforma Psiquiátrica e sua prática**

3.1. Você conhece as diretrizes da política de saúde mental embasados na Reforma Psiquiátrica? Qual a importância que vc dá para a utilização destas em seu trabalho?

---

---

---

---

---

3.2. Na sua avaliação a sua atuação profissional esta articulado aos princípios da reforma psiquiátrica? Como?

---

---

---

---

3.3. Você realiza atividades de Formação permanente para os profissionais da rede? Quais?

---

---

---

3.4. Você realiza atividades de inclusão social? Quais?

---

---

3.5. Você realiza atividade de supervisão clinica/institucional? Onde?

---



---

3.6. Você realiza atividades de prevenção no campo da saúde mental? Quais?

---



---

3.7. Quais destas atividades você realiza e qual a frequência?

(1) Frequentemente (2) Ocasionalmente (3) Raramente (4) Nunca

Arteterapia( )

Atendimento a pessoas em crise( )

Atividades dirigidas diretamente a reinserção social( )

Discussão de casos com a equipe( )

Discussão de casos com outros profissionais( )

Elaboração de laudos ( )

Elaboração de material educativo/informativo ( )

Elaboração de plano individual de cuidados( )

Elaboração de projeto terapêutico-institucional( )

Acolhimento( )

Grupos/oficinas de adesão ao tratamento( )

Grupos/oficinas de prevenção ( )

Outros Grupos/oficinas ( ) quais? \_\_\_\_\_

Orientação à familiar/cuidador de pessoa com transtorno mental( )

Palestras em oficinas de Capacitação de profissionais de saúde/agentes multiplicadores( )

Palestras sobre saúde mental na comunidade( )

Participação em comissões de Reforma Psiquiátrica no âmbito Municipal / Estadual /Distrital( )

Atendimento em grupo( ) Quais? \_\_\_\_\_

Atendimento ao familiar( )

Atendimento individual com usuário(a) ( )

Visitas domiciliares( )

Reuniões com a coordenação do serviço em que atua( )

Reuniões com a direção/secretaria de saúde ( )

Reuniões com profissionais da rede de atendimento do Município/Estado( )

Outras \_\_\_\_\_

3.8. Quais os recursos e instrumentos você utiliza no seu trabalho?

Testes ( )

Exames( )

Entrevistas ( )

Dinâmicas de grupos( )

Audiovisuais (filmes, CDs, fotografias) ( )

Lúdicos (jogos, brinquedos)( )

Artísticos (obras de arte, literatura, poesia) ( )

Tecnológicos (computadores, filmadoras, máquinas fotográficas)( )

Outros \_\_\_\_\_

3.9. Como é o atendimento aos usuários que chegam em crise?

---

---

---

3.10. Existe a elaboração de projeto terapêutico individual? Como é feito?

Sim ( ) Não ( )

---

---

3.11. Há profissional de referência para o usuário? Sim ( ) Não ( )

3.12. O projeto terapêutico individual é elaborado e acompanhado pela equipe ou somente pelo profissional de referência? Como ocorre este processo?

---

---

---

3.13. Existe relação institucional com as equipes dos hospitais psiquiátricos? Em que momentos? O que é discutido entre as equipes? \_\_\_\_\_

---

---

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

---

---

---

3.15. É realizado o acompanhamento de outros projetos fora do CAPS? Quais? Especifique o projeto.

---

---

---

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

---

---

---

3.17. Você considera que o CAPS articula-se com o território?

Sim( ) Não ( )

3.18. Você considera que trabalha em equipe? Quais as facilidades e dificuldades encontradas na realização do trabalho em equipe?

---

---

---

3.19. Sobre as reuniões de equipe no serviço. Com que frequência ocorrem? Quais as ações/estratégias ocorrem nestas reuniões? Qual a sua participação?

---

---

---

3.20. Você acredita que haja convergência ou divergência entre os profissionais que compõe a equipe do CAPS? Quais?

---

---

---

3.21. Você enfrentou dificuldades éticas no seu trabalho e quais os princípios éticos que norteiam o seu trabalho? (Código de ética do profissional, leis da RP, Mov. Luta antimanicomial, outros)

---

---

---

3.22. Descreva sucintamente uma semana típica de trabalho no caps.

---

---

---

3.23. Quais são os desafios específicos que você enfrenta no cotidiano de seu trabalho?

---

---

---

3.24. Quais são as novas praticas que você tem desenvolvido e que considera estar atendendo aos princípios da reforma psiquiatra?

---

---

---

3.25. Como você avalia os resultados das novas práticas realizadas no serviço? Elas estão indo ao encontro dos princípios da RP? Por quê?

---

---

---

3.26. O que você entende sobre desinstitucionalização? Você acredita que o seu serviço contribui para este processo? De que forma? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

3.27. Caso você não acredite que o serviço oferecido contribua para o processo de desinstitucionalização. Aponte as dificuldades e os motivos atribuídos por você.

---

---

---

---

---

Obrigado pela participação e disponibilidade!