

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

**Concepções de Reforma Psiquiátrica presentes no discurso de profissionais
de um Centro de Atenção Psicossocial**

Cláudio Tosi Cavada

Pelotas, 2011

CLÁUDIO TOSI CAVADA

Concepções da Reforma Psiquiátrica presentes no discurso de
profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Valéria Cristina Christello Coimbra

Pelotas, 2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C376c Cavada, Cláudio Tosi

Concepções da reforma psiquiátrica presente no discurso de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial / Cláudio Tosi Cavada. Pelotas, 2011.
70f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2011. “Orientação: Valéria Cristina Christello Coimbra.”

1. Enfermagem. 2. Saúde mental. 3. Serviços de saúde. 4. Reforma dos serviços de saúde. I. Título.

CDD: 616.89

Folha de aprovação

Autor: Cláudio Tosi Cavada

Título: Concepções de Reforma Psiquiátrica presente nos discursos dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Ciências: Área de Concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Aprovado em: _____

Banca examinadora

Prof^a. Dr^a. Valéria Cristina Christello Coimbra (Presidente)

Instituição: Universidade Federal de Pelotas

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Michele Mandagará de Oliveira (Titular)

Instituição: Universidade Federal de Pelotas

Assinatura: _____

Prof^o. Dr^o. Leandro Barbosa de Pinho (Titular)

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Luciane Prado Kantorski (1^a Suplente)

Instituição: Universidade Federal de Pelotas

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Rita Maria Heck (2^a Suplente)

Instituição: Universidade Federal de Pelotas

Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico essa produção à Rosângela, ao Guilherme e ao Gustavo, fontes de amor e bem querer, razão do meu existir.

Agradecimentos

Este, como em todo o trabalho, é fruto de uma construção coletiva com a qual muitas pessoas e instituições contribuíram para que se pudesse chegar até aqui. Na impossibilidade de nomear todos que dela participaram, citarei alguns, na certeza de que, neles por certo, estarão, de uma forma ou de outra, representados todos os demais.

À orientadora, Dr^a Prof^a Enf^a Valéria C. Coimbra, pela sua paciência, competência, afeto que contribuiu muito para essa Dissertação.

Aos professores do curso de mestrado, pela oportunidade de aprendizado.

A Dr^a Prof^a Enf^a Luciane Prado Kantorski, pela sua disponibilidade de ajuda nos diferentes momentos do estudo.

Aos colegas, sujeitos deste estudo, profissionais de São Lourenço do Sul, mesmo conhecendo-os indiretamente, foram determinantes neste estudo.

À equipe de Estratégia de Saúde da Família de Cerrito Alegre-RS, que na minha ausência foi super competente, sem deixar lacuna.

Ao médico, meu amigo, Fernando Jaccottet que me entusiasmou o tempo todo do curso.

Às amigas, Arianne Guedes e Cris Kenes, pela ajuda determinante.

Aos meus familiares, à minha companheira Rosângela, pelo seu amor que me contagia o tempo inteiro.

E aqueles que foram vistos dançando, foram julgados insanos por aqueles que não podiam escutar a vida.

[Friedrich Nietzsche]

Resumo

CAVADA, Cláudio Tosi. **Concepções de Reforma Psiquiátrica presentes no discurso de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial**. 2011. 70f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A reforma psiquiátrica constitui-se em um marco revolucionário da assistência à saúde mental no Brasil. Através de um processo ideológico, doutrinário, técnico-científico, muda-se completamente o olhar sobre o indivíduo em sofrimento psíquico, possibilitando novas formas de atendimento em saúde mental. O movimento de reforma psiquiátrica foi alavancado por uma participação muito significativa de profissionais, usuários e familiares de pessoas que via de regra nunca foram ouvidas e tinham sobre si um peso considerável da estrutura manicomial. A retomada da constituição de um saber em torno da loucura e dos modos como foi se configurando as práticas de intervenção foram abordadas na literatura, permitindo se refletir sobre as concepções que orientam a relação e o fazer dos profissionais de saúde com o fenômeno da loucura. Sendo assim, para entender esse processo, destacam-se quatro campos (dimensões) fundamentais da reforma psiquiátrica, quais sejam: campo teórico-conceitual; campo técnico-assistencial; campo jurídico-político e campo sociocultural. O referencial teórico presente nesse estudo baseia-se nos quatro campos antes referenciados, propostos por Paulo Amarante (1995). Esta pesquisa objetivou analisar as concepções da reforma psiquiátrica presentes no discurso de profissionais de um CAPS, a partir da dimensão teórico-conceitual. O presente estudo integra a pesquisa de Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil (CAPSUL), realizada em 2006 e coordenada pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Trata-se de um estudo de caso, descritivo e analítico, com abordagem qualitativa dos dados. Foi realizado num CAPS I, localizado em um município ao sul do estado do Rio Grande do Sul. Utilizou-se o banco de dados qualitativo da pesquisa CAPSUL, elegendo-se o estudo de caso do município de São Lourenço do Sul/RS, compreendendo as entrevistas de 11 profissionais. Para a análise dos dados optou-se pela análise temática. Foi possível identificar a seguinte temática: Campo teórico-conceitual - reestruturando conceitos para mudar as práticas. Evidenciou-se que a concepção sobre a reforma psiquiátrica está relacionada ao rompimento do isolamento como forma de cuidado da loucura e transformação da prática. A reestruturação dos conceitos torna-se importante para a construção de novas formas de cuidar, e o cuidado em liberdade exige este movimento do profissional, esse desprendimento de estigmas e preconceitos. Ao final do estudo conclui-se que não adianta querer construir várias estratégias de cuidar em liberdade, se na concepção e nas atitudes dos profissionais de saúde mental ainda estão impregnadas idéias que remetem ao preconceito e ao estigma da loucura. Por isso, percebeu-se que é fundamental que os profissionais que lidam com o cuidado em liberdade tenham esta prerrogativa bem clara dentro de si próprios. Os resultados deste estudo dizem muito da história desse serviço, pioneiro no estado, que investiu numa proposta de participação da comunidade como parceira em busca de uma nova forma de cuidar.

Palavras-chave: Saúde Mental. Reforma dos Serviços de Saúde. Serviços de Saúde.

Abstract

CAVADA, Cláudio Tosi. **Conceptions of Psychiatric Reform present in the discourse of professionals from a Psychosocial Attention Center**. 2011. 70f. Thesis (Master) – Graduate Program Nursing Federal University of Pelotas, Pelotas.

The psychiatric reform is a landmark in the revolutionary mental health care in Brazil. Through a process of ideological, doctrinal, technical-scientific, completely changes the look on the individual psychological distress, enabling new forms of mental health care. The psychiatric reform movement has been driven by a very significant share of professionals, users and relatives of people who usually have never been heard about you and had a considerable weight of the structure asylum. The resumption of the constitution of knowledge about the madness and the ways it gave shape intervention practices were discussed in the literature, allowing you to reflect on the ideas that guide the relationship and to health professionals with the phenomenon of madness. Therefore, to understand this process, we highlight four fields (dimensions) of the reform of psychiatry, namely: a theoretical-conceptual, technical and field assistance, the legal-political and socio-cultural field. The theoretical framework that this study is based on four fields referenced earlier, suggested by Paulo Amarante (1995). This paper analyzes the concepts of present psychiatric reform in a speech CAPS professionals, from the theoretical-conceptual dimension. This study integrates research Evaluation of CAPS in southern Brazil (CAPSUL), held in 2006 and coordinated by the School of Nursing and Obstetrics of Federal University of Pelotas. It is a case study, descriptive and analytical approach to qualitative data. I was held in CAPS, a municipality located in the southern state of Rio Grande do Sul used the database CAPSUL qualitative research, and elect the case study in São Lourenço do Sul/RS, including interviews of 11 professionals. For data analysis, a thematic analysis. It was possible to identify the following themes: Field theoretical and conceptual - restructuring concepts to change the practices. It was evident that the concept about the psychiatric reform is related to the disruption of isolation to care practice madness and transformation. The restructuring of the concepts it is important for the construction of new forms of care and the care it requires free movement of professional detachment from the stigmas and prejudices. At the end of the study concludes that no use hoping to build on various strategies to care for freedom in the design and in the attitudes of mental health professionals are still imbued with ideas that lead to prejudice and stigma of madness. Therefore, it was realized that it essential that professionals dealing with the care of freedom are clearly within the prerogative of themselves. The results of this study say much of the history of that service, a pioneer in the state, which invested in a proposal for community participation as a partner in search of a new form of care.

Keywords: Mental Health. Health Care Reform. Health Services.

Resumen

CAVADA, Cláudio Tosi. **Las concepciones de la Reforma Psiquiátrica en el discurso de los profesionales de un Centro de Atención Psicosocial**. 2011. 70f. Tesis (Mestrado) -Programa de Pos-grado en Enfermería Universidad Federal de Pelotas, Pelotas.

La reforma psiquiátrica es un hito en la atención de la salud mental revolucionario en Brasil. Un proceso de doctrina ideológica, científico-técnico, cambia por completo el aspecto de la angustia psicológica individual, lo que permite nuevas formas de atención de salud mental. El movimiento de reforma psiquiátrica ha sido impulsado por una parte muy importante de profesionales, usuarios y familiares de personas que por lo general nunca han oído hablar de ti y tenía un peso considerable de la estructura de asilo. La reanudación de la constitución del conocimiento sobre la locura y las formas en que dio a las prácticas de la forma de intervención fueron discutidos en la literatura, lo que le permite reflexionar sobre las ideas que guían la relación y para profesionales de la salud con el fenómeno de la locura. Por lo tanto, para entender este proceso, se destacan cuatro áreas (dimensiones) de la reforma de la psiquiatría, a saber: a la asistencia teórico-conceptual, técnico y de campo, el campo jurídico-político y socio-culturales. El marco teórico que este estudio se basa en cuatro campos se hizo referencia anteriormente, sugerida por Paulo Amarante (1995). Este trabajo analiza los conceptos de la reforma psiquiátrica presente en un discurso de los profesionales de CAPS, de la dimensión teórico-conceptual. Este estudio integra la investigación de evaluación de CAPS en el sul de Brasil (CAPSUL), que tuvo lugar en 2006 y coordinado por la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Federal de Pelotas. Se trata de un estudio de caso, el enfoque descriptivo y analítico de los datos cualitativos. I se llevó a cabo en mayúsculas, un municipio situado en el estado sureño de Rio Grande do Sul usó la base de datos de la investigación cualitativa CAPSUL, y elegir el estudio de caso en São Lourenço do Sul/RS, incluyendo entrevistas a 11 profesionales. Para el análisis de datos, un análisis temático. Fue posible identificar los siguientes temas: campo teórico y conceptual - conceptos de reestructuración para cambiar las prácticas. Era evidente que el concepto acerca de la reforma psiquiátrica está relacionada con la ruptura del aislamiento a la locura de la práctica asistencial y la transformación. La reestructuración de los conceptos es importante para la construcción de nuevas formas de atención y el cuidado que requiere la libre circulación de la separación profesional de los estigmas y los prejuicios. Al final del estudio concluye que no se utilice la esperanza de construir en diversas estrategias para el cuidado de la libertad en el diseño y en las actitudes de los profesionales de la salud mental todavía están imbuidos de las ideas que conducen a prejuicios y el estigma de la locura. Por lo tanto, se dio cuenta de que es esencial que los profesionales que tratan con el cuidado de la libertad están claramente dentro de la prerrogativa de los mismos. Los resultados de este estudio dicen que gran parte de la historia de ese servicio, pionero en el estado, que invirtió en una propuesta de partición de la comunidad como un socio en la búsqueda de una nueva forma de atención.

Palabras-clave: Salud Mental. Reforma de la Atención de Salud. Servicios de Salud.

Sumário

Introdução.....	10
I Projeto de Pesquisa.....	11
II Relatório do Trabalho de Campo.....	45
III Artigo.....	51
IV Anexos.....	66

*Nunca me esquecerei de que normalidade é
uma ilusão imbecil e estéril.*

[Oscar Wilde]

Introdução

Este estudo foi desenvolvido como requisito para obtenção do Título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Este Programa tem como Área de Concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. O presente projeto foi elaborado na Linha de pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde. Trata-se de um recorte da Pesquisa CAPSUL – Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região sul do Brasil, o qual foi financiado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia, através do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) em parceria com o Ministério da Saúde. O curso de Mestrado foi realizado na cidade de Pelotas - RS Brasil, tendo sido iniciado no mês de abril de 2009 e concluído em junho de 2011. De acordo com o regimento do Programa, esta Dissertação de Mestrado é constituída das seguintes partes:

I Projeto de pesquisa: Defendido no mês de novembro de 2010. A versão aqui apresentada inclui as alterações sugeridas pela banca examinadora.

II Relatório do trabalho de campo: Descreve sucintamente a pesquisa CAPSUL, apresentando sua logística, metodologia e desenvolvimento. E por fim, refere o caminho delineado pelo mestrando desde a escolha da temática até a construção do artigo final.

III Artigo: “O campo teórico conceitual da Reforma Psiquiátrica no discurso de profissionais de um Centro de Atenção psicossocial”. Este artigo será submetido à publicação na Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental, após a Defesa do Mestrado, incluindo as sugestões elencadas pela banca examinadora.

I Projeto de Pesquisa

CLÁUDIO TOSI CAVADA

**Concepções de Reforma Psiquiátrica presentes no discurso de profissionais
de um Centro de Atenção Psicossocial**

Projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Valéria Cristina Christello Coimbra

Pelotas, 2010

Banca Examinadora

Valéria Cristina Christello Coimbra (Presidente)

Luciane Prado Kantorski (Titular)

Michele Mandagará de Oliveira (Titular)

Rita Maria Heck (1º Suplente)

Leandro Barbosa de Pinho (2º Suplente)

Lista de figuras

Figura 01 – Rede de Saúde Mental em São Lourenço do Sul	35
---	----

Lista de abreviaturas e siglas

Universidade Federal de Pelotas	UFPeI
Sistema Único de Saúde	SUS
Ministério da Saúde	MS
Centro de Atenção Psicossocial	CAPS
Serviço Residencial Terapêutico	SRT
Programa de Saúde da Família	PSF
Núcleo de Atenção Psicossocial	NAPS
Sistema Único e Descentralizado de Saúde	SUDS

Sumário

1 Apresentação	18
2 Construção do objeto de estudo	21
3 Objetivo	29
3.1 Objetivo geral	29
4 Referencial teórico	30
4.1 A reforma psiquiátrica e suas dimensões	30
5 Metodologia	33
5.1 Caracterização do estudo	33
5.2 Local do estudo	34
5.3 Delimitação do campo e da coleta	36
5.4 Trabalho de campo	37
5.5 Princípios éticos	37
5.6 Análise dos dados	38
6. Recursos do projeto	39
6.1 Recursos materiais e plano de despesas	39

7 Cronograma de execução	40
8 Divulgação dos resultados	41
Referências	42

1 Apresentação

A reforma psiquiátrica constitui-se em um marco revolucionário da assistência à saúde mental no Brasil. Através de um processo ideológico, doutrinário, técnico-científico, muda-se completamente o olhar sobre o indivíduo em sofrimento psíquico, possibilitando novas formas de atendimento em saúde mental.

O movimento de reforma psiquiátrica foi alavancado por uma participação muito significativa de profissionais, usuários e familiares de pessoas que via de regra nunca foram ouvidas e tinham sobre si um peso considerável da estrutura manicomial.

O movimento de trabalhadores de saúde mental forma a luta antimanicomial entendendo que este é um processo de reforma da sociedade brasileira como um todo. Reflete ações conjuntas de conselhos profissionais, universidades e sociedade civil organizada. Para que essa mudança de paradigmas na assistência ocorra de fato, é imprescindível o comprometimento dos profissionais que atuam na área da saúde mental com os ideais que norteiam a reforma.

A partir das ações políticas, técnicas, assistenciais e jurídicas, surgem serviços substitutivos ao modelo manicomial, quais sejam: Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais são estratégicos na reorganização da rede de atenção em saúde mental na comunidade, respaldando assim a atenção básica de saúde.

Portanto, os CAPS são imprescindíveis no processo de atenção a saúde mental, pois permite que os indivíduos com transtornos severos e persistentes possam ser assistidos em seu sofrimento psíquico dentro do seu território, partindo-se do princípio de que a liberdade é terapêutica.

Sendo assim, descreverei a seguir a minha trajetória nesse contexto e o meu interesse pela temática em questão, o qual foi de fundamental importância para que escolhesse pesquisar no âmbito da reformulação da assistência em saúde mental.

Dediquei em minha vida profissional vinte e dois anos à saúde pública na cidade de Pelotas-RS, através da participação na implantação da atenção básica no município, inicialmente no modelo do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) o qual se constituía numa preliminar à implementação do SUS (Sistema Único de Saúde). Nesse âmbito trabalhávamos de forma regionalizada, sendo que era responsável pela organização da atenção básica da região do bairro Fragata e três postos da zona rural.

Todavia, no contexto da saúde mental, trabalhei durante dez anos na implementação da Reforma Psiquiátrica no município de Pelotas, através da criação do primeiro CAPS, o qual é conhecido atualmente como CAPS Castelo, por estar inicialmente situado no conhecido Castelo Simões Lopes. Este serviço funcionava conjuntamente com outras instituições, como o Centro Literário Pelotense, a 26ª Região Tradicionalista e a Academia Pelotense de Letras, o que contribuiu para o início da desmistificação da loucura na sociedade, tendo como premissa que anteriormente as pessoas em sofrimento psíquico contavam apenas com as instituições manicomiais.

Caracterizaram-se de momentos de altos e baixos, pois apesar de não contarmos com uma equipe ideal, no sentido de que eram poucas pessoas e também algumas dificuldades materiais, havia um comprometimento e união da equipe, o que impulsionou o crescimento do serviço, o destacando como referência em saúde mental na cidade de Pelotas.

A instalação física do serviço era localizada em um antigo castelo de estilo medieval, com peças amplas ao ponto de começarmos o serviço em apenas um banheiro do castelo, chegando finalmente a ocupá-lo totalmente, devido ao apoio prestado pela administração pública do município. Este representou o local ideal para iniciarmos um trabalho voltado para a reabilitação psicossocial das pessoas portadoras de transtornos psíquicos, bem como a reinserção social e o resgate da cidadania do doente mental.

Aos mentaleiros¹ pioneiros desse processo ficou marcado que quando se acredita e luta pelo que se faz, podemos conquistar aquilo que sonhamos. A luta pela reforma psiquiátrica não está totalmente concluída, e nunca estará, na medida em que envolve questões dos trabalhadores e da sociedade brasileira, fazendo desta uma construção coletiva diária na superação do estigma e do preconceito com a loucura.

Portanto, diante disto pretendo pesquisar as concepções da reforma psiquiátrica presente nos discursos dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial, partindo-se do princípio de que quem está comprometido com os ideais da reforma torna-se engajado na luta por melhores dias de trabalho nos serviços de saúde.

Sendo assim, no capítulo a seguir, o leitor desse estudo terá entendimento sobre a temática que será explorada, no capítulo 2, caracterizado como *Construção do objeto de estudo* o qual elucida conceitos teóricos que permeiam a Reforma Psiquiátrica no contexto mundial e brasileiro, incluindo também aspectos que tratam do processo de trabalho dos profissionais, e também dos serviços substitutivos. Ainda assim, no Capítulo 3 – *Objetivos* – serão ratificados quais os objetivos e questionamentos que fazem parte desse estudo, e que resultam na questão de interesse e pesquisa. Continuando, no Capítulo 4 será evidenciado o *Referencial teórico*, o qual orienta os conceitos e fundamentos do desenvolvimento dessa dissertação, evidenciando *As dimensões da reforma psiquiátrica*. E a seguir será confirmada a *Metodologia*, no Capítulo 5, apresentando o caminho metodológico, explicando os métodos de pesquisa que concretizam esta dissertação enquanto trabalho científico. E para concluir este projeto de dissertação, trago as *Referências* que foram utilizadas para edificar esta pesquisa assim como a elaboração do artigo para defesa do mestrado, intitulado **“O campo teórico conceitual da Reforma Psiquiátrica no discurso de profissionais de um Centro de Atenção psicossocial”**

¹ Expressão utilizada para denominar pessoas comprometidas com a causa da reforma psiquiátrica.

2 Construção do objeto de estudo

A retomada da constituição de um saber em torno da loucura e dos modos como foi se configurando as práticas de intervenção foram abordadas na literatura, permitindo se refletir sobre as concepções que orientam a relação e o fazer dos profissionais de saúde com o fenômeno da loucura.

Michel Foucault em *a História da loucura na Idade Clássica* resgatou na história da loucura a organização das práticas de intervenção médica que produziram a redução do fenômeno da loucura em doença mental. O hospício que na idade clássica tinha como função principal servir de hospedaria passou a ser uma instituição de enclausuramento e internação que assumiu com o passar do tempo o papel do hospital moderno medicalizado, respondendo as exigências econômicas, políticas e sociais da modernidade (FOUCAULT, 1993).

Erving Goffman, em *Manicômios, prisões e conventos*, introduz o conceito de instituição total, que são instituições como os manicômios, onde as pessoas convivem, compartilhando o espaço, o trabalho, o cotidiano, as regras administrativas. Enfim, comem, dormem, trabalham, se relacionam dentro de um mesmo ambiente e submetidos às mesmas regras sociais. Uma instituição que totaliza a vida do indivíduo (GOFFMAN, 1990).

Contribuem assim para entendermos as concepções que sustentam a institucionalização da loucura e a ordenação do espaço asilar a partir do tratamento moral, inaugurado por Pinel. Desde a reforma pineliana até as propostas reformistas pós-segunda guerra a crítica recai sobre o manicômio modificando-se conforme cada época em que se apresentam historicamente (KANTORSKI; SILVA, 2001).

Após a Segunda Guerra Mundial o contexto econômico e social precário, as

denúncias de maus tratos, a explícita a impotência de cura da psiquiatria, os altos índices de cronificação das doenças mentais e de incapacitação social abrem espaço para dois grandes períodos de crítica e proposições reformistas: movimentos de crítica à estrutura asilar envolvendo reformas limitadas ao interior do hospício como a psicoterapia institucional, na França e as comunidades terapêuticas, na Inglaterra e Estados Unidos, e as terapias de família; e num segundo momento a psiquiatria de setor na França e a psiquiatria comunitária ou preventiva nos Estados Unidos, expandindo as reformas para além do espaço asilar e introduzindo a psiquiatria no espaço público com o seu novo objeto a saúde mental (BIRMAN e COSTA, 1994).

A antipsiquiatria surge na década de 60 na Inglaterra, como um movimento de um grupo de psiquiatras, entre eles Laing, Cooper e Esterson que criticam radicalmente o saber médico-psiquiátrico em relação à esquizofrenia. Para a antipsiquiatria a loucura é um fato social e político, uma experiência positiva de reação ao desequilíbrio familiar, não sendo uma doença passível de tratamento. Contribui para desconstrução do saber e prática médica sobre a loucura, indo ao encontro das experiências iniciadas na mesma época por Franco Basaglia apresentando-se como ruptura com as propostas de reforma apresentadas até então, por questionar todo aparato técnico, científico e terapêutico da psiquiatria (AMARANTE, 1995).

Basaglia (1991) em *A Instituição Negada* conta a experiência italiana que se inicia em 1961 sobre a transformação do hospital psiquiátrico de Gorizia e a busca de superação do manicômio. Posteriormente a experiência de Basaglia no desmonte do manicômio de Trieste foi fortalecendo as concepções da psiquiatria democrática italiana.

A lei da reforma psiquiátrica italiana (Lei 180 de 1978) proíbe a recuperação de qualquer cidadão em hospital psiquiátrico, declara que o vínculo entre doença mental e periculosidade não tem sustentação científica e em substituição aos hospitais psiquiátricos prevê a construção de uma rede de serviços na comunidade. A Lei 180 revolucionou a legislação psiquiátrica que, desde 1838, na França, uniformizou a custódia e a privação dos direitos de cidadania do doente mental e promoveu uma reação nos países ocidentais que passaram a reformar seus sistemas psiquiátricos, constituindo serviços externos ao hospital psiquiátrico (ROTELLI, 1991).

Bezerra Jr.(1994) destaca algumas experiências isoladas de reforma, como o trabalho da Dra. Nise da Silveira, no Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, com o Museu de Imagens do Inconsciente, a experiência em saúde mental na unidade de internação do Murialdo no Rio Grande do Sul e o programa de setorização do atendimento no Hospital Psiquiátrico São Pedro em Porto Alegre. Também relata a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) do Ministério da Saúde, em 1978 quando mediante denúncias de tratamento precário nos hospitais psiquiátricos, na violência institucional, no descaso com os pacientes e em reivindicações trabalhistas, ocorre a demissão de centenas de profissionais do Ministério da Saúde, todos no Rio de Janeiro. Este fato contribuiu posteriormente para a organização do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) de luta contra o manicômio.

Bezerra Jr (1994) relata que o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (Camburiú/SC, 1978) também foi um marco importante no processo de reforma brasileira, pois acaba sendo imposto um teor político a um congresso tido historicamente como conservador e o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (Rio de Janeiro, 1978) que contou com a presença de Basaglia, Guatarri, Castel e Goffman também contribuiu para o avanço da luta pela reforma psiquiátrica no Brasil.

Em 1986, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, no Brasil que reuniu cerca de 4000 representantes de organizações sociais, trazendo o direito à saúde como algo a ser garantido mediante políticas sociais do Estado e trazendo o entendimento da saúde enquanto resultante das condições de existência determinadas por formas concretas de organização da produção. A 8ª Conferência Nacional de Saúde vem trazer conquistas estratégicas como a implementação das Ações Integradas de Saúde e um movimento pela reforma sanitária no país (BRASIL, 1987a).

No ano seguinte, 1987, é articulada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, sendo a discussão centrada no modo como as políticas de saúde vinham excluindo o doente mental da produção e do convívio social e que o serviço público não credencie, nem instale, novos leitos nas unidades psiquiátricas tradicionais, devendo esses serem reduzidos e substituídos por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos e/ou serviços inovadores na atenção ao doente mental (BRASIL, 1987b).

Particularmente, no processo de reforma psiquiátrica brasileira, no ano de 1989, evidenciam-se dois marcos importantes: a intervenção realizada pela Prefeitura de Santos na Casa de Saúde Anchieta, único hospital psiquiátrico privado da região e que representava o manicômio e a apresentação no Congresso Nacional do projeto de lei Nº 3.657/89 que previa a reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira com a substituição progressiva dos manicômios por dispositivos de tratamento na comunidade (BEZERRA JR., 1994).

No contexto do estado do Rio Grande do Sul, um marco nesta época, foi a criação da *Nossa Casa* em São Lourenço do Sul, a qual foi inaugurada em 1988 e consistia na criação de uma casa onde os usuários pudessem ficar durante o dia, onde recebessem orientação, atendimento, desenvolvessem atividades e onde a família tivesse participação e apoio. Com o passar do tempo a *Nossa Casa* passou a compor o Centro Comunitário de Saúde Mental que engloba outros serviços como ambulatório de psicologia e psiquiatria, oficinas integradas, unidade de saúde mental e o *Nosso Lar* (WETZEL, 1995).

Rotelli e Amarante (1992) relatam que se configura uma nova conjuntura psiquiátrica brasileira, a partir da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, com as novas experiências na área da assistência ao doente mental, do projeto de lei de reforma psiquiátrica e da Declaração de Caracas fortalecendo o movimento de luta antimanicomial.

A Declaração de Caracas foi proclamada em 14 de novembro de 1990 pela Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, convocada pela OPS e OMS e declarou a necessidade de reestruturação da atenção psiquiátrica na região com a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação dos serviços psiquiátricos. Na ocasião se propõe que os participantes se comprometam em criar programas que visem esta reestruturação, que com a atualização da legislação busquem assegurar os direitos humanos e civis dos doentes mentais e promovam a organização de serviços comunitários, recomendando-se que a internação psiquiátrica quando necessária seja feita em hospital geral (OMS, 1990).

Quinto Neto (1992) aborda a transformação da legislação em saúde mental no mundo discutindo a especificidade do projeto de lei Nº 9.716/92, do Rio Grande do Sul, que define a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental.

A regulamentação da reforma psiquiátrica brasileira tem se dado através de portarias do Ministério da Saúde como foi inicialmente as Portarias 189/1991 e a 224/1992 que viabilizaram a remuneração de novos procedimentos como consulta individual e em grupo por profissionais como enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais; atendimento em oficinas terapêuticas, centros de atenção psicossocial, hospital-dia, urgência e internação em hospital geral; regulamentaram e definiram padrões mínimos para o funcionamento dos serviços de saúde mental com vistas à construção de uma rede diversificada de assistência. Em 19 de fevereiro de 2002 a portaria 336/2002 classifica em ordem crescente por abrangência populacional e por complexidade os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), definindo a equipe mínima de profissionais e estabelecendo sua clientela alvo.

Segundo a portaria 336/2002 (BRASIL, 2004), um Centro de Atenção Psicossocial deve:

- Prestar atendimento prioritário a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sistema de atenção diária;
- Funcionar de acordo com a territorialidade;
- Possuir área física específica, independente de qualquer estrutura hospitalar;
- Responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental;
- Possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial;
- Constituir sua equipe de modo que esta possa supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental; e
- Realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamento especiais e excepcionais.

Os CAPS passam a ser classificados em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infância), CAPS ad (álcool e drogas) e a prestar atendimento em regime intensivo (usuário frequenta diariamente o serviço), semi-intensivo (usuário frequenta o serviço três vezes por semana) e não intensivo (usuário frequenta o serviço uma vez por mês) (BRASIL, 2004).

As diretrizes centrais da política de saúde mental no Brasil, apontada pelo Ministério da Saúde são a redução progressiva e gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos, a garantia de assistência aos pacientes egressos dos hospitais, a criação e sustentação da rede extra-hospitalar – CAPS, residências terapêuticas,

centros de convivência, ambulatorios, programas de suporte social e a defesa e promoção dos direitos humanos dos pacientes e familiares (BRASIL: 2007).

Assim, a reforma psiquiátrica brasileira reconhece, no CAPS, um serviço estratégico, e passa a reestruturar a atenção a partir de uma rede de serviços de saúde mental. Observa-se que na região sul do Brasil são cadastrados pelo Ministério da Saúde 201 CAPS (do total de 1011 CAPS cadastrados no Brasil), desde 2002 até 2006, sendo que destes 97 estão no Rio Grande do Sul, sendo o último o terceiro estado brasileiro em cobertura de CAPS por 100.000 habitantes (cobertura de 0,70). Na expansão da rede de serviços no Brasil até 2006 foram criados 475 serviços residenciais terapêuticos, 862 ambulatorios de saúde mental. Os leitos em hospitais psiquiátricos contratados pelo SUS, que em 1996 eram 72.514, diminuíram de 51.393 em 2002 para 39.567 em 2006, representando uma redução de 11.826 leitos contratados (BRASIL, 2007).

Compreende-se que o movimento da Reforma Psiquiátrica, que começou desde meados do século XX até os dias atuais, é de grande importância para o redirecionamento das ações de saúde mental, já que trouxe consigo o questionamento de como se deveria tratar a loucura. Neste processo, foram incluídos personagens atuantes nas sociedades, desde o fórum político, social e a participação fundamental dos profissionais que trabalham com os portadores de transtorno psíquico.

Segundo Tenório (2002), costuma-se entender que as expressões “reforma” e “psiquiatria” só se tornaram semelhantes recentemente. Entretanto, elas são parceiras desde o nascimento da psiquiatria em si. Sabe-se que os reformadores do contexto da revolução francesa delegaram a Pinel a meta de humanizar e dar sentido terapêutico aos hospitais gerais, local onde os loucos encontravam-se abrigados juntamente com outros marginalizados da sociedade.

A mudança do paradigma manicomial para a atenção psicossocial, através da reforma psiquiátrica, gerou um debate mundial, que culminou com questionamentos sobre os métodos de cuidado; as interpretações sobre a loucura; e o posicionamento frente à subjetividade do cidadão/sujeito.

Costa-Rosa (2000) trata da conformação de dois paradigmas básicos no contexto da saúde mental: o modo asilar e, em oposição a ele, o modo psicossocial. Para este autor, o modo psicossocial consiste no paradigma das práticas substitutivas ao manicomial, configurado no modo asilar. O modo psicossocial,

enquanto paradigma da reforma psiquiátrica tem como características a interdisciplinaridade; a relação com o usuário e suas implicações subjetivas e socioculturais; a consideração do usuário como o participante principal de seu tratamento; o incentivo a que a família e sociedade assumam seu compromisso na atenção e no apoio ao indivíduo em sofrimento psíquico; a ênfase à reinserção social do sujeito e à recuperação de sua cidadania. As formas de organização do trabalho no modo psicossocial baseiam-se num organograma horizontal com um fluxo em que o poder decisório se dá através de reuniões gerais e a coordenação procura administrar as ações conjuntas para fazer executar as decisões coletivas, propondo como metas de organização a participação, autogestão e interdisciplinaridade; estabelece um espaço de diálogo entre o usuário, a população, a equipe e a integralidade partindo da noção de territorialidade.

A reforma psiquiátrica tem por objetivo o resgate e o reconhecimento do sofrimento psíquico, bem como a importância da cidadania do sujeito. Houve também um resgate acerca da importância da subjetividade, contribuindo assim para a maior eficácia nos tratamentos e contextualizando o sofrimento a partir de algo mais amplo, ou seja, a partir das próprias vivências do indivíduo.

Conforme Amarante (1995), a desinstitucionalização é um processo não somente jurídico, administrativo, técnico, político ou legislativo, é, antes de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que solidifica novos sujeitos de direito e novos direitos para sujeitos. Sendo assim, uma prática que reconhece o direito de as pessoas em sofrimento psíquico terem um tratamento efetivo, assim como receberem um cuidado verdadeiro e uma terapêutica cidadã, não um cativeiro.

O modo de entender, compreender e agir frente ao portador de sofrimento psíquico na reforma psiquiátrica foi modificado. Viu-se que é possível tratá-los fora do hospital psiquiátrico, que a exclusão não é terapêutica, neste sentido foram criados serviços, instrumentos e equipamentos construídos pela estância política, técnica e social (gestores, profissionais e usuários). A atenção psicossocial, a qual a reforma defende, entende o sujeito não mais como doente, mas sim como cidadão, resgata o indivíduo daquela segregação e exclusão a que ele estava destinado.

O movimento atual da reforma psiquiátrica brasileira, nascida do reclame da cidadania do indivíduo em sofrimento psíquico, desdobrou-se em um amplo e diversificado escopo de saberes e práticas. A importância de analisar e localizar a cidadania como valor primordial e organizador deste processo está no fato de que a

reforma é, sobretudo um campo heterogêneo, que contempla a política, a clínica, o cultural, o social e as relações com o campo jurídico, sendo obra de diversos atores (TENÓRIO, 2002).

Mediante a construção até então apresentada tem-se como **pressuposto** neste estudo que: Entende-se que a reforma psiquiátrica consiste num processo de transformação amplo que passa por uma redefinição de conceitos, práticas assistenciais, políticas, jurídicas, sociais e culturais de uma dada sociedade e os modos como se relaciona com a loucura. Assim, também o CAPS como um serviço que integra a sociedade, produz no seu dia a dia concepções sobre a loucura que alicerçam o fazer dos seus profissionais e consolidam o processo de reforma psiquiátrica.

Então, a questão norteadora desta pesquisa é:

Quais as concepções de Reforma Psiquiátrica presentes nos discursos de profissionais de um CAPS?

3 Objetivo

3.1 Objetivo geral

Analisar as concepções de reforma psiquiátrica presentes no discurso de profissionais de um CAPS, a partir da dimensão teórico-conceitual.

4 Referencial teórico

4.1 A reforma psiquiátrica e suas dimensões

O processo de reforma psiquiátrica é complexo e envolve mudanças de sentidos e reações com a loucura através dos profissionais e sociedade; desconstrução e reconstrução de práticas e conceitos; adoção e investimento em políticas antimanicomiais. Por tratar-se de um movimento amplo e complexo, a reforma conta com várias faces que a impulsionam para que se fundamente de fato.

De acordo com Kantorski (2004), a reforma psiquiátrica constitui-se na transformação de saberes e práticas em relação à loucura, na percepção da complexidade do objeto de intervenção e também em recompreender o sofrimento psíquico, assim como em destruir manicômios externos e internos que têm sido coniventes com determinadas formas de agir e pensar. Sobretudo na reinvenção de maneiras de lidar com a realidade.

Nesse âmbito de transformações destaca-se a superação do modelo centrado na hegemonia médica por um saber edificado coletivamente. Portanto, o paradigma da atenção psicossocial manifesta-se ancorado à necessidade de inter-relação do sujeito com o seu âmbito social, os quais refletem o suporte para a construção do projeto de vida do indivíduo, incluindo assim a possibilidade deste trabalhar com os conflitos que se desenrolam em suas redes sociais (JARDIM, 2007).

Sendo assim, para entender esse processo, o processo de reforma psiquiátrica pode ser definido a partir de quatro dimensões (campos) fundamentais, definidos por Amarante (1995), que são: campo teórico-conceitual; campo técnico-assistencial; campo jurídico-político e campo sociocultural. Vale ressaltar que este

estudo procura analisar as concepções de reforma psiquiátrica presentes no discurso dos profissionais a partir da dimensão teórico-conceitual.

Campo teórico conceitual: esta dimensão da reforma psiquiátrica baseia-se na desconstrução e reconstrução de conceitos presentes na psiquiatria, como: doença mental, isolamento, alienação, cura, terapêutica, saúde mental, anormalidade e normalidade. Está relacionado às incursões no contexto da produção epistêmica do campo psiquiátrico-psicológico, ou seja, sobre quais bases conceituais e teóricas este definiu seus objetos de conhecimento e, consecutivamente, suas ferramentas que permitem compreender e conhecer a realidade.

Campo técnico-assistencial: inicial e simultaneamente à reconstrução dos conceitos expostos no campo anterior (por exemplo, da modificação do conceito de doença na noção de existência-sofrimento do indivíduo em sua relação com a sociedade, cuidados, acolhimento, emancipação, autonomia, possibilidade de praticar a diferença), a constituição de uma rede de novos serviços e de espaços de sociabilidade, de trocas e também de produção de subjetividades. Sendo assim, na medida em que se deixa de ocupar da doença e centraliza-se o foco nos sujeitos, o tratamento e as instituições de cuidado deixam de significar somente a aplicação de terapias, de prescrição de medicamento, para tornar-se um ocupar no cotidiano do espaço, do tempo, do trabalho, do lazer, do ócio, da casa, do prazer, do sair, do construir um projeto, uma atividade, entre outros. Portanto, trata-se de edificar possibilidades materiais para os indivíduos.

Campo jurídico-político: trata-se da revisão das legislações civil, penal e sanitária no que concerne aos conceitos de doença mental, loucos e psicopatia, e construção de novas possibilidades de trabalho, cidadania e ingresso social. Sendo assim, refere-se à cidadania real dos indivíduos na vida social: direito à família, ao trabalho, ao cotidiano da vida social e coletiva e aos amigos.

Campo sócio-cultural: sendo consequência, e simultâneo aos campos citados anteriormente, através de investimentos nos campos epistemológico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político, e por fim a partir de ações peculiares no campo sócio-cultural, objetiva-se uma transformação do imaginário social relacionado à doença mental, a loucura, a anormalidade e assim por diante. Relaciona-se ao conjunto de práticas sociais de fundamentam a solidariedade, a inclusão dos indivíduos em desvantagem social e dos diferentes.

Conforme Pelbart (1990), não basta apenas destruir os manicômios, nem ao menos relativizar a noção de loucura compreendendo o que diz respeito aos seus determinantes psicossociais, como se a loucura fosse apenas um distúrbio social, uma espécie de ruga no contexto social, que uma vez devidamente esticado, através de uma plástica sócio-política, se encarregaria de exterminar. Portanto, não basta se não vier acompanhado de uma transformação na mente dos seres humanos, as quais acorrentam os loucos a um outro tipo de manicômio, o mental, onde a desrazão está confinada.

Portanto, torna-se extremamente relevante o uso deste referencial teórico para fundamentar este estudo, pois permite compreender, nas entrevistas dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial de São Lourenço do Sul – RS, as dimensões da reforma psiquiátrica presentes em cada discurso, averiguando assim sua relação com as práticas no serviço no que se refere aos ideais da reforma.

5 Metodologia

5.1 Caracterização do estudo

Esta dissertação trata-se de um estudo de caso analítico e descritivo, com caráter metodológico qualitativo. Constitui-se em um recorte da pesquisa: Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região sul do Brasil (CAPSUL)². Portanto, para que fosse desenvolvida, contou com a autorização da coordenação da pesquisa para a utilização dos dados (ANEXO A).

De acordo com Minayo (2010), a pesquisa qualitativa caracteriza-se por ter seu foco no indivíduo e suas ações, bem como suas relações. Portanto, não objetiva quantificar o que apreende de realidade. Este tipo de pesquisa envolve não somente o sistema de relações que fundamenta o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações objetivas pelos atores sociais que lhes instituem significados.

Conforme Iervolino e Pelicioni (2001), os procedimentos que fundamentam a pesquisa qualitativa têm sido utilizados quando o investigador objetiva verificar como

² Trata-se de uma pesquisa de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná) do Brasil, considerando-se esses como serviços substitutivos estratégicos no processo de consolidação da reforma psiquiátrica. É financiado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia através do CNPq em parceria com o Ministério da Saúde. Esse projeto se desdobra em um estudo qualitativo e um estudo quantitativo. Propõem-se a investigar aspectos de estrutura, processo de trabalho e resultados dos CAPS, ouvindo usuários, familiares, trabalhadores e coordenadores dos serviços nos três estados. As diferentes abordagens metodológicas privilegiam diferentes dimensões do objeto da avaliação que, de forma complementar, oferecem diferentes eixos para os julgamentos. O Estudo de Avaliação Qualitativa de CAPS constitui-se em avaliação construtivista, responsiva e com abordagem hermenêutico-dialética. A proposta da avaliação qualitativa centra-se no cotidiano dos serviços e ocorre mediante a participação da equipe, usuários e familiares. Ela busca apreender a dinâmica do serviço, a forma como os atores interagem e os sentidos que constroem em relação à própria prática.

os indivíduos avaliam uma idéia, evento ou experiência e como definem um problema, ao mesmo tempo em que verificam quais os sentimentos, opiniões.

Os procedimentos qualitativos têm sido utilizados quando o objetivo do investigador é verificar como as pessoas avaliam uma experiência, idéia ou evento e como definem um problema, além de verificar quais opiniões, sentimentos e significados encontram-se associados a certos fenômenos.

Também se define por um caráter exploratório, pois permite ao pesquisador ampliar a sua experiência sobre um determinado problema, sendo assim, irá partir de uma hipótese e aprofundará sua pesquisa dentro dos limites de um contexto específico, e também passa a permitir ao pesquisador ampliar a sua persistência sobre um determinado problema (TRIVIÑOS, 1995).

5.2 Local do estudo

Contextualização do Município

São Lourenço do Sul, no Rio Grande do Sul, localiza-se no extremo sul do Brasil, as margens da Lagoa dos Patos. De colonização alemã, tem sua economia centrada na agropecuária, com produção leiteira, plantação de fumo, arroz, milho, soja, batata, feijão, criação de aves, suínos, além do turismo. A população total de São Lourenço do Sul é estimada em 43.691 mil habitantes, destes 23.463 mil residem na zona urbana e 20.228 mil na zona rural (BRASIL/IBGE, 2008).

O sistema de saúde municipal é estruturado em doze Unidades Básicas de Saúde, sendo cinco localizados em zona urbana e sete em zona rural (cinco equipes de Saúde da Família); uma Unidade Móvel; uma Unidade Sanitária; um Ambulatório Central e três Unidades de Saúde Mental. Há dois hospitais: a Santa Casa de Misericórdia com 93 leitos, e o Hospital Dr. Walter Thofehn com 60 leitos (KANTORSKI, 2007).

As ações de saúde mental em São Lourenço do Sul tiveram início em 1984, não se caracterizando como um serviço, pois realizavam palestras de cunho preventivo na comunidade. Em 11 de agosto de 1988, foi inaugurada a Nossa Casa, como espaço de cuidado em saúde mental. (WETZEL; ALMEIDA, 2001).

intensivo e não intensivo, com uma média diária de 25 a 30 usuários, totalizando cento e noventa usuários. O serviço disponibiliza três refeições para seus usuários: café da manhã, almoço e lanche da tarde (KANTORSKI, 2007).

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa CAPSUL. Sendo assim, foi desenvolvido no interior de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Nossa Casa) do município de São Lourenço do Sul-RS.

5.3 Delimitação do campo e da coleta

A coleta de dados dessa pesquisa se deu no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de São Lourenço do Sul - RS.

Este estudo é parte integrante da pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL), financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia através do CNPq, sendo contemplado no Edital 07/2005 e apoiado pelo Ministério da Saúde. O CAPSUL foi coordenado pela Faculdade de Enfermagem da UFPel, contou com a parceria da Escola de Enfermagem da UFRGS e o Curso de Enfermagem da UNIOESTE – Cascavel. O CAPSUL foi dividido em dois estudos de avaliação um quantitativo de abordagem epidemiológica a partir da Avaliação de Donabedian (1984) e outro qualitativo de abordagem construtivista responsiva através da avaliação de quarta geração de Guba e Lincoln (1985, 1989, 1998).

Portanto, o estudo quantitativo avaliou 30 CAPS I e II, nos estados de Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul, sendo que destes, apenas cinco foram avaliados qualitativamente. Estes foram escolhidos intencionalmente tendo como parâmetro à adequação as normas definidas pela Portaria 336/2002, considerando também o tempo de funcionamento e experiência do serviço, assim como a disponibilidade dos grupos de interesse em aderirem à proposta.

O estudo de caso integrante dessa dissertação, o CAPS Nossa Casa de São Lourenço do Sul, foi escolhido pelo autor desse estudo devido ao seu destaque no estado do RS no que concerne ao seu pioneirismo no âmbito da reforma psiquiátrica, reconhecido nacionalmente. Das 21 entrevistas coletadas foram utilizadas neste estudo 11 entrevistas (de profissionais de nível médio e superior da equipe de saúde do CAPS). Excluiu-se 10 entrevistas, destas 7 de trabalhadores de

serviços gerais e 3 de outros trabalhadores da equipe, pois estas não abordavam as dimensões da reforma psiquiátrica que é o propósito deste estudo.

5.4 Trabalho de campo

Para que esta pesquisa tivesse início, primeiramente este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, sob o ofício de número 074/2005 (ANEXO B).

Sendo assim, após esta aprovação iniciou-se a coleta de dados no CAPS em estudo. Anteriormente as entrevistas eram expostos aos profissionais o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C), para que àqueles que se dispunham em participar assinassem, e assim tivessem garantido o anonimato de sua identidade, assim como o direito ao acesso aos dados e resultados da pesquisa, tendo a liberdade de poder retirar o consentimento em qualquer etapa do estudo.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, conforme um instrumento elaborado para esta finalidade (ANEXO D).

Durante a realização das entrevistas foi utilizado o gravador de voz, após a autorização dos sujeitos. Estas foram transcritas na íntegra pela equipe da pesquisa CAPSUL.

5.5 Princípios éticos

Os princípios éticos foram garantidos de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, através do Capítulo III³, artigos 89, 90 e 91, os quais expõem aspectos sobre as responsabilidades e deveres, e artigos 94 e 98 os quais tratam das proibições; assim como com a Resolução nº 196/96⁴ do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

³ Cap. III: Responsabilidades e deveres: art. 89 - Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação; art. 90 - Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Proibições: art. 94 - Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos; art. 98 - Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

⁴ Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde: são normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, incorporando sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro

Os sujeitos entrevistados serão identificados pela letra E seguido pela ordem em que foram entrevistados, como por exemplo, E1; E2; E3.

5.6 Análise dos dados

As entrevistas serão lidas exaustivamente na íntegra, sendo realizada após esse momento a separação do conteúdo em temáticas, conforme Minayo (2010).

A autora define essa análise como o descobrimento dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença signifique algo para o objeto de estudo. Este tipo de análise é dividido em três etapas, sendo elas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A pré-análise consiste na escolha dos dados e na retomada do objetivo da pesquisa, para encaminhar a interpretação. É realizada uma leitura flutuante dos dados; a constituição do corpus, que é a organização do material; delimitando-se os conceitos teóricos mais gerais para orientar a análise. Na fase de exploração do material, se realiza a agregação e a classificação dos dados, definindo-se os temas a serem discutidos. A última fase desta análise é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2010).

6 Recursos do projeto

6.1 Recursos materiais e plano de despesas

Material	Quantidade	Custo unitário	Custo total
Encadernação	10	1,50	15,00
Xerox	300	0,10	30,00
Folhas A4	300	3,00	9,00
Revisão de português	1	300,00	300,00
Capa brochura	10	25,00	250,00
Pen drive	1	30,00	30,00
Caneta	3	1,00	3,00
Lápis	2	0,50	1,00
Borracha	2	0,50	1,00
Apontador	2	1,00	2,00
TOTAL	-	-	641,00

7 Cronograma de execução

Tempo Atividade	1º semestre 2009	2º semestre 2009	1º semestre 2010	2º semestre 2010	1º semestre 2011
Definição do tema	X				
Realização das disciplinas	X	X	X		
Elaboração do projeto de Dissertação	X	X	X	X	
Encontros com o orientador	X	X	X	X	X
Revisão de Literatura	X	X	X	X	X
Qualificação				X	
Análise dos dados				X	X
Elaboração de artigos	X	X	X	X	X
Construção da dissertação			X	X	X
Defesa da dissertação					X

8 Divulgação dos resultados

Na finalização deste estudo, os dados serão divulgados na conclusão do Mestrado em Enfermagem, sob a forma de artigo científico, que será encaminhado a periódico indexado na área.

Referências

AMARANTE, P. O manicômio e a loucura no final do século e do milênio. In: M. I. Fernandes, I. R. Scarcelli, E. S. Costa (orgs.) **Fim de século: ainda manicômios?** p. 47-53) São Paulo: IPUSP, 1999.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

BASAGLIA, F. **A Instituição Negada** - relato de um hospital psiquiátrico. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BEZERRA JR., B. De médico, de louco e de todo mundo um pouco - o campo psiquiátrico no Brasil dos anos oitenta. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Org.). **Saúde e sociedade no Brasil:** anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

BIRMAN, J. e COSTA, J. F. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994 (p. 41-71).

BRASIL. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde** - 17 a 21 de março de 1986. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1987a (p. 381-389).

_____. **Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental**, Rio de Janeiro, 1987b.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006**. Brasília. 2007.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso 4 de janeiro de 2008

CÓDIGO de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Resolução COFEN 311/207**. - Rio de Janeiro, 2007.

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (org). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. Cap. 8. p. 141-168.

DONABEDIAN, Avedis. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. **Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana**, S.A. Ediciones Copilco, S.A. 1984. 194 p.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. 3 ed. São Paulo: Perspectiva, 1993.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 3 ed. São Paulo: Perspectiva, 1990.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Effective Evaluation. Improving the Usefulness of Evaluation Results Through Responsive Naturalistic Approaches**. San Francisco: Jossey-Bass Pub. 1985.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications. 1989. p.294.

IERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista Escola Enfermagem**. USP, v. 35, n.2, p.115-21, jun. 2001.

JARDIM, V. M. R. **Avaliação da política de atenção à saúde mental nos CAPS da região sul do Brasil**. 2007. 273f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

KANTORSKI L. P.; SILVA, G. B.. A Reforma Psiquiátrica em questão. In: KANTORSKI, L.P, SILVA, G.B. **Ensino de enfermagem e reforma psiquiátrica**. Pelotas: Editora UFPel; 2001. p.141-210.

KANTORSKI, L. P. O cuidado em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. In: VALLADARES, A. C. A. **Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental**. São Paulo: Vetor, 2004. p. 15-30.

_____. **CAPSUL – Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil**: relatório. Pelotas, 2007. 437p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina. 14 de novembro de 1990. Caracas, OMS/OPAS, 1990.

PELBART, P. P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: GUATTARI, F. et al. **Saúde loucura** 2. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 131-138.

ROTELLI, F. **A Lei 180 da Reforma Psiquiátrica**: os problemas na sua aplicação. *Divulgação em Saúde para Debate*. 4: 119-122, jun. 1991.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: Benilton Bezerra Jr. e Paulo Amarante (Org.). **Psiquiatria sem Hospício** - contribuições para o estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p. 41-55.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 80 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciência, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9, n.1, p.25-59, jan.-abr, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995.

WETZEL, C. ; ALMEIDA, M. C. P. . **A Construção da Diferença em Saúde Mental no Município**: a experiência de São Lourenço do Sul-RS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 77-87, 2001.

WETZEL, C. **Desinstitucionalização em Saúde Mental**: a experiência de São Lourenço do Sul - RS. Ribeirão Preto, 1995. 216 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

II Relatório do Trabalho de Campo

Relatório do trabalho de campo

O presente relatório foi elaborado como um dos requisitos para a conclusão do Mestrado Acadêmico em Enfermagem – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). O referido curso teve início em março de 2009, com previsão de ser desenvolvido, no máximo, em vinte e quatro meses.

O projeto de pesquisa que orientou o estudo foi elaborado no segundo semestre de 2009, sendo aprovado no exame de qualificação no segundo semestre de 2010.

Este estudo é parte integrante da pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL), financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia através do CNPq, sendo contemplado no Edital 07/2005 e apoiado pelo Ministério da Saúde. Para que esta pesquisa tivesse início, primeiramente este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, sob o ofício de número 074/2005.

Na etapa qualitativa da pesquisa CAPSUL através de uma escolha intencional, foram selecionados cinco CAPS, tendo como parâmetro os dados obtidos na etapa de avaliação quantitativa da pesquisa, referentes à estrutura, processo e sua adequação às normas definidas pela Portaria nº 336/2002. Foram também considerados o tempo de funcionamento e experiência do serviço e a disponibilidade dos grupos de interesse em aderirem à proposta. A etapa qualitativa do estudo de avaliação CAPSUL concentrou-se em Centros de Atenção Psicossocial I e II, de cinco municípios da região sul do país, desenvolvida na forma de estudo de

caso, são eles: Alegrete-RS, Joinville-SC, São Lourenço do Sul-RS, Porto Alegre-RS, e Foz do Iguaçu-PR. Os instrumentos de coleta de dados foram entrevistas com trabalhadores dos CAPS, usuários e familiares e observação de campo

Os dados utilizados no presente estudo emergiram de um dos estudos de caso da pesquisa CAPSUL, especificamente das entrevistas de trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial “Nossa Casa” de São Lourenço do Sul. Todos os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tiveram garantido o anonimato de sua identidade, assim como o direito ao acesso aos dados e resultados da pesquisa, tendo a liberdade de poder retirar o consentimento em qualquer etapa do estudo.

O CAPS - Nossa Casa tem uma equipe composta por três auxiliares de enfermagem, quatro acompanhantes terapêuticos, dois médicos psiquiatras, um médico clínico geral, três psicólogos, uma economista doméstica, um assistente social, um estagiário de assistente social, um funcionário de serviço geral, uma cozinheira, dois motoristas, duas secretárias, uma artista plástica cedida pela Prefeitura e uma professora de educação física, totalizando 23 profissionais. No estudo de caso de São Lourenço do Sul foram entrevistados 21 destes profissionais, que no período de coleta de dados não se encontravam em licença e aceitaram participar do estudo.

Foram realizadas entrevistas do tipo semi-estruturadas, conforme um instrumento elaborado para esta finalidade, englobando as seguintes questões: Fale sobre o atendimento no serviço; Fale sobre fatores que possam contribuir para o melhor funcionamento do serviço; Fale sobre a gestão da política municipal de saúde mental; Fale como o projeto terapêutico orienta o trabalho do CAPS.

Durante a realização das entrevistas foi utilizado o gravador de voz, após a autorização dos sujeitos. Estas foram feitas e transcritas na íntegra pela equipe da pesquisa CAPSUL. A coleta de dados ocorreu durante o mês de outubro de 2006.

O estudo de caso integrante dessa dissertação, o CAPS Nossa Casa de São Lourenço do Sul, foi escolhido como foco devido ao seu destaque no cenário de transformação das práticas de saúde mental no estado do Rio Grande do Sul, tendo em vista o seu pioneirismo no âmbito da reforma psiquiátrica, reconhecido nacionalmente. Das 21 entrevistas coletadas foram utilizadas neste estudo 11 entrevistas (de profissionais de nível médio e superior da equipe de saúde do CAPS).

As entrevistas foram lidas exaustivamente na íntegra, sendo realizada após esse momento a separação do conteúdo em temáticas, identificadas a partir da proposição teórica de Paulo Amarante (1995), que define quatro campos (dimensões) fundamentais da reforma psiquiátrica, quais sejam: campo teórico-conceitual; campo técnico-assistencial; campo jurídico-político e campo sociocultural.

No *Campo teórico conceitual* encontra-se a desconstrução e reconstrução de conceitos presentes na psiquiatria, como: doença mental, isolamento, alienação, cura, terapêutica, saúde mental, anormalidade e normalidade. Está relacionado às incursões no contexto da produção epistêmica do campo psiquiátrico-psicológico, ou seja, sobre quais bases conceituais e teóricas este definiu seus objetos de conhecimento e, consecutivamente, suas ferramentas que permitem compreender e conhecer a realidade. No *Campo técnico-assistencial* encontra-se a reconstrução dos conceitos expostos no campo anterior, a constituição de uma rede de novos serviços e de espaços de sociabilidade, de trocas e também de produção de subjetividades, edificadas em espaços de cuidado. No *Campo jurídico-político* encontra-se a revisão das legislações civil, penal e sanitária no que concerne aos conceitos de doença mental, loucos e psicopatia, e construção de novas possibilidades de trabalho, cidadania e ingresso social. No *Campo sócio-cultural* situa-se as ações peculiares no campo sócio-cultural que visam uma transformação do imaginário social relacionado à doença mental, a loucura, a anormalidade e assim por diante. (AMARANTE, 1995).

Inicialmente, as entrevistas foram agrupadas conforme estes campos, conforme exemplificado no quadro que segue:

CAMPOS	ENTREVISTAS (fragmentos das entrevistas)
Campo teórico conceitual	
Campo técnico-assistencial	
Campo jurídico-político	
Campo sócio-cultural	

Figura 01: Quadro para organização de entrevistas. Pelotas, RS, 2010.

Segundo Minayo (2010) a leitura exaustiva permite a identificação dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença signifique algo para o objeto de estudo.

Assim, após o Exame de Qualificação foi definido que no espaço desta dissertação, o artigo final, como requisito para conclusão do mestrado, focalizaria a temática: *Campo Teórico Conceitual - reestruturando conceitos para mudar as práticas*. Deste modo, procedeu-se uma releitura das entrevistas e uma reorganização dos dados a partir do objetivo da pesquisa, conforme definido na qualificação.

Este tipo de análise é dividido em três etapas, sendo elas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A pré-análise consiste na escolha dos dados e na retomada do objetivo da pesquisa, para encaminhar a interpretação. É realizada uma leitura flutuante dos dados; a constituição do corpus, que é a organização do material; delimitando-se os conceitos teóricos mais gerais para orientar a análise. Na fase de exploração do material, se realiza a agregação e a classificação dos dados, definindo-se os temas a serem discutidos. A última fase desta análise é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2010).

Das 21 entrevistas iniciais, utilizou-se 11 entrevistas para esta dissertação, excluiu-se 10, sendo que 7 destas consistem em entrevistas de trabalhadores de serviços gerais e 3 de outros trabalhadores da equipe. A justificativa para a exclusão deveu-se ao fato destas entrevistas não abordarem a dimensão teórico-conceitual da reforma psiquiátrica que é o foco deste estudo.

Os dados passaram então a ser agrupados, da seguinte forma:

CAMPOS	ENTREVISTAS (fragmentos das entrevistas)
Campo teórico conceitual - reestruturando conceitos para mudar as práticas.	

Figura 02: Quadro para organização de entrevistas, de acordo com cada campo conceitual. Pelotas, RS, 2010.

As análises foram elaboradas a partir da definição conceitual de Amarante (1995) e do confronto com a bibliografia disponível para sustentação da discussão.

III Artigo

**O campo teórico conceitual da Reforma Psiquiátrica no discurso de profissionais de um
Centro de Atenção psicossocial**

**The theoretical concept of the Psychiatric Reform in vision professionals at the Center
for Psychosocial Care**

**El campo teórico-conceptual de la reforma psiquiátrica en el discurso de profesionales
de un Centro de Atención Psicosocial**

Cláudio Tosi Cavada: Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Católica de Pelotas e 3º Coordenadoria Regional de Saúde. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Endereço: Rua Lageado, 430 - Laranjal Pelotas/RS. Email: claudio.cavada@hotmail.com

Auxílio financeiro do Ministério da Ciência e Tecnologia através do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sendo contemplado no Edital 07/2005.

Este artigo foi elaborado a partir da Dissertação “Concepções de Reforma Psiquiátrica presentes no discurso de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial”, apresentada em junho de 2011, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS.

Resumo: Objetivo: analisar as concepções de reforma psiquiátrica presentes no discurso de profissionais de um CAPS, a partir do campo teórico-conceitual, previamente definido por Paulo Amarante. O presente estudo integra a pesquisa de Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil (CAPSUL), realizada em 2006. Métodos: Trata-se de um estudo de caso, descritivo e analítico, com abordagem qualitativa. Utilizou-se o banco de dados qualitativo da pesquisa CAPSUL, elegendo-se o estudo de caso do município de São Lourenço do Sul/RS, compreendendo as entrevistas de 11 profissionais. Resultados: Os dados foram agrupados no Campo Teórico Conceitual - reestruturando conceitos para mudar as práticas. A concepção sobre a reforma psiquiátrica está relacionada ao rompimento do isolamento como forma de cuidado da loucura e transformação da prática. Conclusão: A reestruturação dos conceitos torna-se importante para a construção de novas formas de cuidar. **Descritores:** Saúde Mental. Reforma dos Serviços de Saúde. Serviços de Saúde.

Abstract: Objective: To analyze the conceptions of psychiatric reform present in the discourse of professionals from a CAPS, from the theoretical-conceptual, pre-defined Paulo Amarante. This study integrates research Evaluation of CAPS in southern Brazil (CAPSUL), held in 2006. Methods: This is a case study descriptive and analytical, with a qualitative approach. We used the database of qualitative research CAPSUL, and elect the case study of São Lourenço do Sul / RS, including interviews with 11 professionals. Results: Data were grouped in Field Theoretical Concept - concepts for restructuring change practices. The design on the reform psychiatry is related to disruption of the insulation care as a way of madness and transformation of practice. Conclusion: The restructuring of the concepts it is important for the construction of new forms of care.

Descriptors: Mental Health. Health Care Reform. Health Services.

Resumen: Objetivo: Analizar los conceptos de la reforma psiquiátrica presente en el discurso de los profesionales de un CAPS, de lo teórico-conceptual, pre-definidos Paulo Amarante. Este estudio integra la investigación evaluación de los CAPS en el sur de Brasil (CAPSUL) celebrada en 2006. Métodos: Se realizó un estudio de caso descriptivo y analítico, con un enfoque cualitativo. Se utilizó la base de datos de la investigación cualitativa CAPSUL, y la elección del estudio de caso de São Lourenço do Sul / RS, que incluye entrevistas con 11 los profesionales. Resultados: Los datos se agrupan en Campo teórico conceptual - conceptos para la reestructuración cambiar las prácticas. El diseño de la reforma la psiquiatría tiene que ver con la interrupción del aislamiento atención como una forma de locura y de transformación de la práctica. Conclusión: La reestructuración de los conceptos que es importante para la construcción de nuevas formas de atención.

Descriptorios: Salud Mental. Reforma de la Atención de Salud. Servicios de Salud.

1) Introdução

A mudança do paradigma manicomial para a atenção psicossocial, através da reforma psiquiátrica, gerou um debate mundial, que culminou com questionamentos sobre os métodos de cuidado; as interpretações sobre a loucura; e o posicionamento frente à subjetividade do cidadão/sujeito.

Há dois paradigmas básicos no contexto da saúde mental, o modo asilar e, em oposição a ele, o modo psicossocial. Para este autor o modo psicossocial consiste no paradigma das práticas substitutivas ao manicomial, configurado no modo asilar.

O modo psicossocial, enquanto paradigma da reforma psiquiátrica, tem como características a interdisciplinaridade; a relação com o usuário e suas implicações subjetivas e socioculturais; a consideração do usuário como o participante principal de seu tratamento; o incentivo a que a família e sociedade assuma seu compromisso na atenção e no apoio ao indivíduo em sofrimento psíquico; a ênfase à reinserção social do sujeito e à recuperação de sua cidadania. As formas de organização do trabalho no modo psicossocial baseiam-se num organograma horizontal com um fluxo em que o poder decisório se dá através de reuniões gerais e a coordenação procura administrar as ações conjuntas para fazer executar as decisões coletivas, propondo como metas de organização a participação, autogestão e interdisciplinaridade; estabelece um espaço de diálogo entre o usuário, a população, a equipe e a integralidade partindo da noção de territorialidade.¹

A reforma psiquiátrica tem por objetivo o resgate e o reconhecimento do sofrimento psíquico, bem como a importância da cidadania aos portadores de transtorno psíquico. Houve também um resgate acerca da importância da subjetividade, contribuindo assim para a maior eficácia nos tratamentos destes transtornos contextualizando o sofrimento a partir de algo mais amplo, ou seja, a vida do indivíduo.

O processo de reforma psiquiátrica é complexo e envolve mudanças de sentidos e reações com a loucura através dos profissionais e sociedade; desconstrução e reconstrução de práticas e conceitos; adoção e investimento em políticas antimanicomiais. Por tratar-se de um movimento amplo e complexo, a reforma conta com várias faces que a impulsionam para que se fundamente de fato

O modo de entender, compreender e agir frente ao portador de sofrimento psíquico na reforma psiquiátrica foi modificado. Viu-se que é possível tratá-los fora do hospital psiquiátrico, que a exclusão não é terapêutica, neste sentido foram criados serviços, instrumentos e equipamentos construídos pela estância política, técnica e social (gestores, profissionais e usuários). A atenção psicossocial a qual a reforma defende

entende o sujeito não mais como doente, mas sim como cidadão, resgata o indivíduo daquela segregação e exclusão a que ele estava destinado.

O movimento atual da reforma psiquiátrica brasileira, nascida do reclame da cidadania do indivíduo em sofrimento psíquico, desdobrou-se em um amplo e diversificado escopo de saberes e práticas. A importância de analisar e localizar a cidadania como valor primordial e organizador deste processo está no fato de que a reforma é, sobretudo um campo heterogêneo, que contempla a política, a clínica, o cultural, o social e as relações com o campo jurídico, sendo obra de diversos atores.²

A reforma psiquiátrica constitui-se na transformação de saberes e práticas em relação à loucura, na percepção da complexidade do objeto de intervenção e também em recompreender o sofrimento psíquico, assim como em destruir manicômios externos e internos que têm sido coniventes com determinadas formas de agir e pensar. Sobretudo na reinvenção de maneiras de lidar com a realidade.³

Nesse âmbito de transformações destaca-se a superação do modelo centrado na hegemonia médica por um saber edificado coletivamente. Portanto, o paradigma da atenção psicossocial manifesta-se ancorado à necessidade de inter-relação do sujeito com o seu âmbito social, os quais refletem o suporte para a construção do projeto de vida do indivíduo, incluindo assim a possibilidade deste trabalhar com os conflitos que se desenrolam em suas redes sociais.⁴

A desinstitucionalização é um processo não somente jurídico, administrativo, técnico, político ou legislativo, é, antes de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que solidifica novos sujeitos de direito e novos direitos para sujeitos. Sendo assim, uma prática que reconhece o direito de as pessoas em sofrimento psíquico terem um tratamento efetivo, assim como receberem um cuidado verdadeiro e uma terapêutica cidadã, não um cativeiro.⁵

Entende-se que a reforma psiquiátrica consiste num processo de transformação amplo que passa por uma redefinição de conceitos, práticas assistenciais, políticas, jurídicas, sociais e culturais de uma dada sociedade e os modos como se relaciona com a loucura. Assim, também o CAPS como um serviço que integra a sociedade, produz no seu dia a dia concepções sobre a loucura que alicerçam o fazer dos seus profissionais e consolidam o processo de reforma psiquiátrica.

Sendo assim, para entender esse processo, destacam-se quatro campos (dimensões) fundamentais da reforma psiquiátrica, quais sejam: campo teórico-conceitual; campo técnico-assistencial; campo jurídico-político e campo sociocultural.

O referencial teórico presente nesse estudo baseia-se em um dos nos quatro campos referenciados, propostos por Paulo Amarante⁵, que é o:

Campo teórico conceitual: esta dimensão da reforma psiquiátrica baseia-se na desconstrução e reconstrução de conceitos presentes na psiquiatria, como: doença mental, isolamento, alienação, cura, terapêutica, saúde mental, anormalidade e normalidade. Está relacionado às incursões no contexto da produção epistêmica do campo psiquiátrico-psicológico, ou seja, sobre quais bases conceituais e teóricas este definiu seus objetos de conhecimento e, consecutivamente, suas ferramentas que permitem compreender e conhecer a realidade.

Portanto, não basta apenas destruir os manicômios, nem ao menos relativizar a noção de loucura compreendendo o que diz respeito aos seus determinantes psicossociais, como se a loucura fosse apenas um distúrbio social, uma espécie de ruga no contexto social, que uma vez devidamente esticado, através de uma plástica sócio-política, se encarregaria de exterminar. Portanto, não basta se não vier acompanhado de uma transformação na mente dos seres humanos, as quais acorrentam os loucos a um outro tipo de manicômio, o mental, onde a desrazão está confinada.⁶

2) Objetivo

Analisar as concepções de reforma psiquiátrica presentes no discurso de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial, a partir da dimensão teórico-conceitual.

3) Métodos

Este estudo é parte integrante da pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL), financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia através do CNPq, sendo contemplado no Edital 07/2005 e apoiado pelo Ministério da Saúde. O CAPSUL foi coordenado pela Faculdade de Enfermagem da UFPel, contou com a parceria da Escola de Enfermagem da UFRGS e o Curso de Enfermagem da UNIOESTE - Cascavel. Portanto, para que fosse desenvolvida, contou com a autorização da coordenação da pesquisa para a utilização dos dados.

Na etapa qualitativa da pesquisa CAPSUL através de uma escolha intencional, foram selecionados cinco CAPS, tendo como parâmetro os dados obtidos na etapa de avaliação quantitativa da pesquisa, referentes à estrutura, processo e sua adequação às normas definidas pela Portaria nº 336/2002. Foram também considerados o tempo de funcionamento e experiência do serviço e a disponibilidade dos grupos de interesse em aderirem à proposta. A etapa qualitativa do estudo de avaliação CAPSUL concentrou-se em Centros de Atenção Psicossocial I e II, de cinco municípios da região sul do país, desenvolvida na forma de estudo de caso, são eles: Alegrete-RS, Joinville-SC, São Lourenço

do Sul-RS, Porto Alegre-RS, e Foz do Iguaçu-PR. Os instrumentos de coleta de dados foram entrevistas com trabalhadores dos CAPS, usuários e familiares e observação de campo

Os dados utilizados nesta dissertação emergiram de um dos estudos de caso da pesquisa CAPSUL, especificamente das entrevistas de trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial “Nossa Casa” de São Lourenço do Sul. Este caso foi escolhido devido ao seu destaque no estado do RS no que concerne ao seu pioneirismo no âmbito da reforma psiquiátrica, reconhecido nacionalmente.

O referido CAPS situa-se no município de São Lourenço do Sul, no Rio Grande do Sul, que se localiza no extremo sul do Brasil, as margens da Lagoa dos Patos. As ações de saúde mental em São Lourenço do Sul tiveram início em 1984, não se caracterizando como um serviço, pois realizavam palestras de cunho preventivo na comunidade. Em 11 de agosto de 1988, foi inaugurada a Nossa Casa, como espaço de cuidado em saúde mental.⁷

O CAPS - Nossa Casa é um dos serviços da rede de saúde mental de São Lourenço do Sul, junto a este funciona um ambulatório de psicologia e psiquiatria. Além destes em prédios independentes, mas próximos no centro da cidade funciona o CAPS Saci, para a população infantil e o CAPS Careta, para alcoolistas e outros dependentes químicos. Ainda, faz parte da rede a unidade psiquiátrica do Hospital de Caridade de São Lourenço do Sul. Todos estes serviços são cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS), atendem pacientes do meio urbano e rural de São Lourenço do Sul e servem de referência para os municípios próximos.⁸

O CAPS Nossa Casa mantém uma rotina no acompanhamento dos usuários que o freqüentam de segunda à sexta-feira, das 7h30min às 16h30min, alguns em regime integral e outros freqüentam o serviço algumas vezes por semana, ou seja, a modalidade de atendimento pode ser do tipo: intensivo, semi-intensivo e não intensivo, com uma média diária de 25 a 30 usuários, totalizando cento e noventa usuários. O serviço disponibiliza três refeições para seus usuários: café da manhã, almoço e lanche da tarde.

A equipe de trabalhadores do CAPS Nossa Casa é composta de três auxiliares de enfermagem, quatro acompanhantes terapêuticos, dois médicos psiquiatras, um médico clínico geral, três psicólogos, uma economista doméstica, um assistente social, um estagiário de assistente social, um funcionário de serviço geral, uma cozinheira, dois motoristas, duas secretárias, uma artista plástica cedida pela Prefeitura e uma professora de educação física, totalizando 23 profissionais.

A coleta de dados da pesquisa utilizou como instrumento a entrevista semi-estruturada com os profissionais do CAPS, as quais foram realizadas durante o mês de outubro de 2006. As entrevistas apresentavam as seguintes questões: Fale sobre o atendimento no serviço; Fale sobre fatores que possam contribuir para o melhor

funcionamento do serviço; Fale sobre a gestão da política municipal de saúde mental; Fale como o projeto terapêutico orienta o trabalho do CAPS.

Foram entrevistados 21 trabalhadores do CAPS Nossa Casa de São Lourenço do Sul. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Todos os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tiveram garantido o anonimato de sua identidade, assim como o direito ao acesso aos dados e resultados da pesquisa, tendo a liberdade de poder retirar o consentimento em qualquer etapa do estudo. Para que esta pesquisa tivesse início, primeiramente este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, sob o ofício de número 074/2005.

Das 21 entrevistas coletadas foram utilizadas neste estudo 11 entrevistas (de profissionais de nível médio e superior da equipe de saúde do CAPS). Excluiu-se 10, destas, 7 eram entrevistas de trabalhadores de serviços gerais e 3 de outros trabalhadores da equipe, pois estas não abordavam a dimensão teórico-conceitual da reforma psiquiátrica que é o propósito deste estudo. Os sujeitos entrevistados foram identificados pela letra E seguido pela ordem em que foram entrevistados, como por exemplo, E1; E2; E3.

Para a análise dos dados foi utilizada a análise temática⁹ e os dados foram agrupados no seguinte tema: Campo Teórico Conceitual - reestruturando conceitos para mudar as práticas.

4) Resultados e Discussão

O Campo Teórico Conceitual: reestruturando conceitos para mudar as práticas

Neste tema abordamos o campo teórico conceitual da reforma psiquiátrica, que se refere ao rompimento de conceitos e paradigmas, ou seja, a desconstrução e a reconstrução de conceitos presentes na psiquiatria (**da modificação do conceito de doença na noção de existência-sofrimento do indivíduo em sua relação com a sociedade, cuidado em liberdade, acolhimento, emancipação, autonomia, possibilidade de praticar a diferença**), para assim resignificar e constituir uma rede de novos serviços e de espaços de sociabilidade, de trocas e também de produção de subjetividades. Entende-se que é necessário que os profissionais construam e reconstruam esses conceitos, para assim conseguirem efetivar novas práticas e novas formas de cuidado em liberdade.

No depoimento a seguir, percebemos que o discurso dos profissionais do CAPS sobre a reforma psiquiátrica está relacionado ao rompimento do isolamento como forma de cuidado da loucura, também resignificar o espaço do serviço neste novo contexto de cuidado.

De poder mostrar pra fora um trabalho, desmistificando toda a história que a loucura tem que ta trancada, essas coisas, então isso é o que vai determinar o cuidado [...] o modelo de reforma ele pressupõe um outro olhar, são discursos que já ta muito impregnado na cultura, né? Mas o nosso outro olhar é um olhar de verdade, tu tem que disponibiliza muito mais do teu pessoal, do teu individual, do teu vínculo humano do que do que propriamente um conhecimento técnico, e principalmente tu tem que olhar, tu tem que ter sempre um olhar muito ampliado na situação da saúde (E2).

É na chegada a gente usa essa tática pra vê o que ele pensa da casa, porque tem os mitos da casa dos loucos, e também tenta desmistificar isso aí e orienta eles sobre, sobre alguns usuários do que a 1ª visão que a gente tem assim é um pouquinho diferente do que a gente está acostumado no nosso cotidiano e aí no momento que a gente conversa isso, ameniza isso e eles se tornam mais acessíveis também (E13).

Isso eu acho que é um diferencial, por a gente tratar como a nossa casa, por esse exercício de como seria se fosse à minha casa (E20).

A produção teórica do conceito da loucura pode ser analisada na perspectiva histórica da produção da atenção a saúde mental no Brasil. A reforma psiquiátrica, que tomou impulso na década de 80, provocou a discussão de novos conceitos. O cuidado em liberdade passou a ser entendido como algo possível de ser vivenciado.¹⁰

Neste processo, ocorrem mudanças conceituais que deslocam o foco da doença mental para a pessoa em sofrimento psíquico, que é vista e se vê em outro contexto. Um contexto inserido inicialmente no isolamento do manicômio, onde pessoas estranhas ao sujeito o tratam, sem ao menos conhecer sua história construída lá fora no mundo real. E que no contexto da reforma psiquiátrica se desloca para a vida em sociedade, construída pela participação em seus diferentes espaços.

Ressalta-se que o município onde foi realizado este estudo, em especial o serviço estudado, é parte desta construção histórica, sendo um dos primeiros serviços abertos do Brasil, e o primeiro serviço substitutivo do Rio Grande do Sul, um marco para a história da Reforma Psiquiátrica do estado.

É interessante observar no discurso que a transformação da prática também parece ter acompanhado e segue acompanhando a transformação teórica da Reforma Psiquiátrica.

A gente quer superar o manicômio, e isso dá trabalho né, o Basaglia dizia assim: “Paciente preso, psiquiatra solto. Paciente solto, psiquiatra preso”, ou seja, a equipe que trabalha com saúde mental, vai estar mais solta, quanto mais preso estiver o paciente, menos liberdade ele tiver né, agora cuidar em liberdade, alguém vai ter que estar sempre em ação (E12).

A reestruturação dos conceitos torna-se importante para a construção de novas formas de cuidar, e o cuidado em liberdade exige este movimento do profissional, esse desprendimento de estigmas e preconceitos.

O louco antes tido como perigoso, necessitando ser afastado, no interior desta reestruturação conceitual, passa a ser olhado, como alguém que “merece” participar da vida no território, ou seja, um sujeito de direitos. Uma reestruturação que pretende evitar os rótulos e pretende incluir os diferentes.

Sendo assim, é necessário que se inicie uma reelaboração de concepções, de dispositivos e das formas encontradas para que se possa relacionar com a loucura, justamente para não reproduzir as relações manicomiais dentro do cuidado em liberdade.¹⁰

Seguindo esta lógica é possível observar que houve também a mudança da concepção de cuidado que vê na pessoa em sofrimento psíquico um sujeito com voz e escolha como parte das estratégias de enfrentamento da Reforma Psiquiátrica.¹¹

Ele vai poder vir para conhecer a casa, conhecer as oficinas, ou naquele mesmo momento né, o técnico já vai mostrar, e na Sexta-feira, dia que acontece a nossa reunião de equipe, vai ser conversado sobre esse paciente, o técnico que atendeu vai falar sobre ele, o que ele vai frequentar, vai ser definida qual a modalidade, e aí, a partir do momento em que o paciente, que o usuário, se identificar com alguma oficina, aí vai se construir, então, o PTI dele (E9).

Nós estávamos propondo um eixo totalmente diferente, era o eixo do cuidado diário de um acompanhamento de reinserção desses pacientes numa comunidade, numa família, porque a gente entendia o seguinte, a princípio eram pacientes que estavam em alta, porque naquela época só tinha o tipo de modalidade de atendimento para pessoas portadoras de transtorno mental grave, a pessoa precisava muito mais de uma reorganização da sua vida, e dos seus familiares pra lidar com aquele transtorno que ele tinha, do que na verdade intervenções terapêuticas maciças (E12).

A forma manicomial de tratamento trouxe consigo a exclusão da pessoa portadora de sofrimento psíquico, com isolamento social e discriminação. Entretanto, a reforma

psiquiátrica na sua totalidade, luta pelo resgate da cidadania dos usuários, tenta garantir direitos e deveres, busca a inserção social, e todo este movimento começa a ser visto pela sociedade.

A reforma psiquiátrica foi um movimento social que iniciou de baixo para cima, partiu dos profissionais, dos usuários, dos familiares, na direção do respeito pela vida e dignidade humana.

O cuidar em liberdade se traduz em um desafio para a equipe de saúde, pois exige troca de valores. Anteriormente as ações eram respaldadas no preconceito, descaso e segregação, não se tinha a preocupação em valorizar a subjetividade do 'doente mental'. Entretanto, hoje, é imprescindível que os profissionais estejam comprometidos com a subjetividade do usuário para que se dê, no âmbito dos serviços substitutivos e de toda comunidade, a reabilitação psicossocial e a reinserção social dos sujeitos.¹²

O cuidado em liberdade na saúde mental, na perspectiva da reforma psiquiátrica, pressupõe uma nova maneira de tratar a loucura no seio social. E para isso a criação do vínculo e da solidariedade passa a ser condição necessária para o desenvolvimento de um cuidado em liberdade com qualidade. Interessante ainda observar que alguns profissionais têm essa concepção muito clara na sua fala.⁵

Como a clínica de cuidado que é o primeiro momento de vínculo, o primeiro momento de procura, as pessoas muitas vezes têm dificuldade de procurar por si um serviço de saúde mental que criam todas aquelas fantasias, né? Em relação ao serviço de saúde mental, então ela passa a, a ter um vínculo primeiro que é um momento extremamente importante, inclusive pra determinação do plano terapêutico, construção do plano terapêutico dela e continuidade a adesão de tratamento posterior (E2).

Do Projeto Terapêutico... Porque muda, muda as oficinas, muda as coisas que... daí tu lê e tu vê as necessidades, do que tu precisa, às refazer né. Tempos atrás priorizavam uma coisa, hoje tem que priorizar outras, talvez a tempos atrás tu tinha mais usuários não-intensivos, hoje tu tem mais intensivos, então tem que priorizar outras coisas, às vezes até o tipo de usuário necessita de outras coisas (E10).

O compromisso do cuidado mobiliza o cuidador no sentido de uma responsabilização para com a promoção da pessoa, respeitando e promovendo a sua autonomia, cidadania, dignidade e saúde.¹³

Esta concepção de responsabilização do cuidado permeia as falas dos trabalhadores sendo evidenciada desde o processo de acolhimento do usuário no CAPS, conforme evidenciado a seguir:

No acolhimento... eles vem, qualquer pessoa da comunidade que tiver com algum problema, não precisa ter um encaminhamento, sistema de referência não. A pessoa que não tá se sentindo bem chega ali, é acolhida... Todos que tã ali vão ajudar, mas tem pelo menos um que esteja mais comprometido em fazer essa acolhida naquele dia (E18).

Horizontalidade, eu acho assim no sentido de, a no respeito ao conhecimento da outra pessoa, né também no sentido do usuário não vê aquele doutor que dá receita, que dá, aquela pessoa humana que pode ajudar no momento que precisar, né acho que é isso, não sei se eu respondi [...] um processo muito bom de engajamento de equipe, da rede, do serviço eu não consigo imaginar alguma coisa melhor do que está (E3).

A observação desses aspectos do cuidado requer dos profissionais conhecimento técnico e comprometimento sócio-político, habilidade em lidar com a diferença e responsabilidade com a vida de cada pessoa que o busca. Essas qualidades articulam-se com o compartilhamento dos ideais da reforma psiquiátrica e com uma prática cotidiana crítica, reflexiva e criativa.¹⁴

A gente atende, mas não é o que o paciente, que o usuário tenha que fazer aquela oficina né, vai depender do que ele espera daquela oficina, né, se ele se identificar, se ele gosta, a gente entende que não adianta o usuário tá fazendo uma oficina que ele não vai gostar, não vai produzir, né, não vai ser bom para ele, não vai ser terapêutico pra ele (E3).

Isso é importante também, eu vejo isso como uma coisa boa, é não só centraliza as oficinas dentro do CAPS as oficinas, é a gente ter a oportunidade de leva o nosso paciente, o nosso usuário pra fora do CAPS, né? É interagindo com a comunidade, né? Fazendo com isso todo o vínculo, né? Podendo, né? Dá cidadania e tudo mais, né? Um resgate dessas coisas todas. Então a gente tem, tem o coral, o grupo de dança, né? A oficina de rádio, a, a função do acesso a economia solidária também, é uma coisa super legal que a gente tem fora também que é, é uma oficina fora que deu certo, provavelmente a gente só tem a ganha com esse, com essa, essa nossa, essa, essa nossa troca com a, com a economia solidária, né? Em todos os sentidos assim (E1).

Sendo assim, no espaço de cuidados, a criação e a manutenção do ambiente terapêutico e da interação profissional-doente fazem-se constantes sendo de responsabilidade da equipe interdisciplinar que atende nos serviços extra-hospitalares. Portanto, fica evidente a preocupação com a individualidade do ser humano, o contexto de saúde e doença em que ele está inserido, o relacionamento interpessoal, permeando a coparticipação no processo da reabilitação.¹⁵

Acho eu dentro de cada área assim específica as pessoas conseguem fazer muita coisa né é como eu vou te explicar cada um trabalhando na sua área, por exemplo, eu na minha né o que eu posso fazer pra melhorar daí até em relação assim posso te dizer em relação a cardápio, posso te dizer os usuários sugerem algumas coisas algum prato que eles não gostam na preparação a gente respeita (E21).

Ah... a gente não pode criar uma oficina sem que essa oficina beneficie o usuário né, que ele é o principal interessado, né. Então dentro disso aí que a gente cria. O coral a gente criou em função achando que é importante, é bom e faz bem, para a saúde cantar. Grupo de dança também é uma forma de demonstrar habilidades e até ensinar muitas vezes, muitos nunca tiveram possibilidade de participar de um grupo assim. E eu acho muito importante quando a gente está se apresentando e assim, se não fosse nós, Nossa Casa, proporcionar isso a eles, eles jamais iam sair de São Lourenço do Sul, eles jamais iam conhecer outra cidade né, isso aí que eu acho muito importante (E15).

A sensibilidade dos profissionais sobre o cuidado em liberdade observada nos relatos parece remeter à idéia de comprometimento com o processo de Reforma, sendo que é possível aferir que os usuários parecem ter suas necessidades compreendidas, trazendo inclusive os usuários para o papel de co-participe do seu cuidado.

No contexto da discussão do cuidado, é urgente a desconstrução do manicômio (o manicômio mental) aquele que é silencioso, mas que destrói essas novas formas de pensar.⁶⁻¹²

Não adianta querer construir várias estratégias de cuidar em liberdade, se na mente e nas atitudes dos profissionais de saúde mental ainda estão impregnadas idéias que remetem ao preconceito e ao estigma da loucura. Por isso, percebemos que é fundamental que tantos outros profissionais que lidam com o cuidado em liberdade tenham esta prerrogativa bem clara dentro de si próprios, assim como muitos dos profissionais que participaram deste estudo.

5) Considerações finais

Os depoimentos recolhidos revelam que os profissionais reconstruíram os conceitos da Reforma Psiquiátrica, rompendo conceitos de loucura e das práticas de cuidado em liberdade. Com isso, é possível dizer que o objetivo do estudo foi alcançado, pois por meio da análise dos dados observou-se que as práticas são arquitetadas através da agregação dos diversos campos de saberes e compartilhado com os usuários, estando a relação da equipe baseada no respeito ao outro, considerando sua participação na produção do cuidado.

Identificou-se que os profissionais estão engajados na construção e reconstrução de novas formas de cuidado que valorizam o sujeito em sofrimento, no momento em que se reconstitui as concepções teóricas conceituais da Reforma psiquiátrica torna o compromisso com a mudança das práticas de cuidado legítimo.

A discussão sobre a concepção teórico conceitual não se esgota nesta pesquisa, mesmo porque a desconstrução e reconstrução dos conceitos se dão na prática cotidiana, e também são pela militância dos profissionais por uma assistência de qualidade e em liberdade. Além disso, são nas práticas cotidianas dentro desse serviço que se observa a constante transformação e renovação da reforma, tendo com isso uma reforma do próprio cotidiano. Para viabilizar a reconstrução dos conceitos é preciso que exista a busca da adequação das relações entre trabalhadores e usuários, diversificando-se as formas de cuidar e dispondo-se a uma nova proposta de trabalho.

Referências

1. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (org). Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p. 141-168.
2. Tenório, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 80 aos dias atuais: história e conceito. História, Ciência, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro. 2002; 9(1):25-59.
3. Kantorski LP. O cuidado em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. In: Valladares ACA. Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental. São Paulo: Vetor; 2004. p. 15-30.
4. Jardim VMR. Avaliação da política de atenção à saúde mental nos CAPS da região sul do Brasil [tese doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
5. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP; 1995.
6. Pelbart PP. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: Guattari F. et al. Saúde loucura 2. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 131-138.
7. Wetzell, C. Desinstitucionalização em Saúde Mental: a experiência de São Lourenço do Sul - RS [dissertação mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1995.
8. Kantorski LP. CAPSUL - Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil: relatório. Pelotas, 2007. 437p.

9. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
10. Silveira LC, Braga VAB. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. Rev Latino-am Enfermagem. 2005;13(4):591-5.
11. Amarante P. O manicômio e a loucura no final do século e do milênio. In: Ml Fernandes IR Scarcelli ES Costa (orgs.) Fim de século: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP; 1999. p. 47-53.
12. Guedes AC, Kantorski LP, Pereira PM, Clasen BN, Lange C, Muniz RM. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. Rev. Eletr. Enf. 2010;12(3):547-53.
13. Coelho RMA. Cuidar - uma conduta ética. Disponível em <<http://www.nursingportuguesa.com>>. Acesso em 23 de maio de 2011.
14. Nunes M, Torrenté M, Moraes Neto OV, Santana M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008;24(1):188-196, jan.
15. Villela SC, Scatena MCM. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. Rev Bras Enferm. 2004; 57(6):738-41.

IV Anexos

ANEXO A - Carta de autorização do coordenador da pesquisa**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS****FACULDADE DE ENFERMAGEM****DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

Pelotas, 01 de junho de 2010.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **Cláudio Tosi Cavada**, pós-graduando do curso de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas está autorizado a utilizar parte dos dados coletados na pesquisa Avaliação dos CAPS da região sul do Brasil – CAPSUL, para elaborar a sua dissertação de mestrado intitulada “**Concepções da Reforma Psiquiátrica presente nos discursos de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial**”. Ressalto que esta dissertação faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que o aluno está ciente do compromisso de publicação de resultados em parceria com o coordenador do projeto.

Coordenador do Projeto de Pesquisa

ANEXO B – Ofício de aprovação do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

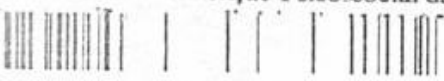
OF. 074/05

Pelotas, 11 de Novembro de 2005.

Ilmo. Sr.
LUCIANE KANTORSKI

Prezada Pesquisadora;

Vimos através deste informá-lo que seu projeto de pesquisa intitulado "Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil" foi aprovado por este comitê,



Prof. José Augusto A. Crespo Ribeiro
Coordenador do CEP/FM/UFPEL



ANEXO C – Consentimento Livre e Esclarecido

	Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Departamento de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Escola de Enfermagem Departamento de Assistência e Orientação Profissional Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Campus Cascavel) Curso de Enfermagem
	

**CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA
 (Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)**

Estamos apresentando ao Sr. (a) o presente termo de consentimento livre e informado caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada **"AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL"**, autorizando a observação, a entrevista, e aplicação de questionários referentes às etapas de coleta de dados do estudo. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: avaliar Centros de Atenção Psicossocial (I, II, III) da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná).

Garantimos o sigilo e anonimato dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem como a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

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

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

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

OBS: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com:
 Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas
 Profa. Luciane Prado Kantorski. Av. Duque de Caxias 250. Bairro Fragata. Pelotas. RS.
 CEP: 96030-002.
 Telefone/Fax: 53-32713031. E mail: capsul@ufpel.edu.br
 HomePage: <http://ufpel.edu.br/feo/capsul>

ANEXO D – Instrumento de coleta dos dados

	<i>Universidade Federal de Pelotas</i> Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Departamento de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Escola de Enfermagem Departamento de Assistência e Orientação Profissional Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Campus Cascavel) Curso de Enfermagem
---	---

INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS

- Fale sobre o atendimento no serviço: - Fale sobre fatores que possam contribuir para o melhor funcionamento do serviço: - Fale sobre a gestão da política municipal de saúde mental: - Fale como o projeto terapêutico orienta o trabalho do CAPS:
