

PESQUISA

THE THEORETICAL CONCEPT OF THE PSYCHIATRIC REFORM IN VISION PROFESSIONALS AT THE CENTER FOR PSYCHOSOCIAL CARE

O CAMPO TEÓRICO CONCEITUAL DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO DISCURSO DE PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

EL CAMPO TEÓRICO-CONCEPTUAL DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA EN EL DISCURSO DE PROFESIONALES DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSSOCIAL

Cláudio Tosi Cavada¹, Valéria Cristina Christello Coimbra², Luciane Prado Kantorski³, Michele Mandagará de Oliveira⁴ Leandro Barbosa de Pinho⁵, Ariane da Cruz Guedes⁶

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 (capsule), 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.

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.

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. **Descritores:** Salud mental, Reforma de la atención de salud, Servicios de salud.

¹ Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas/UFP. E-mail: claudio.cavada@hotmail.com. ² Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica/USP. Docente da Faculdade de Enfermagem/UFP. E-mail: valeriacoimbra@hotmail.com. ³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica/USP. Docente da Faculdade de Enfermagem/UFP. E-mail: kantorski@uol.com.br. ⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem Saúde Coletiva/USP. Docente da Faculdade de Enfermagem/UFP. E-mail: mandagara@hotmail.com. ⁵ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem Psiquiátrica/USP. Docente da Escola de Enfermagem/UFRGS. E-mail: lbpinho@uol.com.br. ⁶ Enfermeira. Mestre em Enfermagem/UFP. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRGS. Bolsista CAPES. E-mail: arianeccguedes@gmail.com. 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. Auxílio financeiro do CNPq.

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 territorialidade¹.

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 atores².

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 realidade³.

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 sociais⁴.

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 cativeiro⁵.

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 confinada⁶.

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

METODOLOGIA

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 mental⁷.

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 próximos⁸.

O CAPS Nossa Casa mantém uma rotina no acompanhamento dos usuários que o frequentam de segunda à sexta-feira, das 7h30min às 16h30min, alguns em regime integral e outros frequentam 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 semiestruturada 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.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

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 vivenciado¹⁰.

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 despreendimento 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 liberdade¹⁰.

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 Psiquiátrica¹¹.

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 sujeitos¹².

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 fala⁵.

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 saúde¹³.

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 tão 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 criativa¹⁴.

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 reabilitação¹⁵.

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 ideia 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 coparticipe 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 pensar⁶⁻¹².

Não adianta querer construir várias estratégias de cuidar em liberdade, se na mente e nas atitudes dos profissionais de saúde mental ainda estão impregnadas ideias 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.

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 teórica 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

- Costa-Rosa A. 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. p. 141-168.
- 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.
- 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.
- 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.
- Amarante P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP; 1995.
- Pelbart PP. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: Guattari F. et al. *Saúde loucura 2*. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 131-138.
- Wetzel, 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.
- Kantorski LP. *CAPSUL - Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil: relatório*. Pelotas, 2007. 437p.
- Minayo, MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010.
- 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.
- Amarante P. O manicômio e a loucura no final do século e do milênio. In: MI Fernandes IR Scarcelli ES Costa (orgs.) *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP; 1999. p. 47-53.
- 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.
- Coelho RMA. *Cuidar - uma conduta ética*. Disponível em <<http://www.nursingportuguesa.com>>. Acesso em 23 de maio de 2011.
- 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.

Recebido em: 06/11/2011

Aprovado em: 05/03/2012