



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA**

JORDANYA REGINALDO HENRIQUE

**TRABALHO EM REDE, SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM ESTUDO
COM TÉCNICOS DO CAPS III**

CAMPINA GRANDE – PB

2016

JORDANYA REGINALDO HENRIQUE

**TRABALHO EM REDE, SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM ESTUDO
COM TÉCNICOS DO CAPS III**

Trabalho de Conclusão de Curso, em formato de artigo, apresentado ao curso de graduação em Psicologia, da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau Bacharel e Licenciado em Psicologia.

Orientadora: Josevânia da Silva

CAMPINA GRANDE - PB
2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

H519t Henrique, Jordanya Reginaldo.

Trabalho em rede, saúde mental e reforma psiquiátrica [manuscrito] : um estudo com técnicos do CAPS III / Jordanya Reginaldo Henrique. - 2016.

30 p. : il.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.

"Orientação: Profa. Dra. Josevânia da Silva, Departamento de Psicologia".

1. Saúde mental. 2. Profissionais de saúde. 3. Reforma psiquiátrica. 4. Trabalho em rede. I. Título.

21. ed. CDD 362.2

JORDANYA REGINALDO HENRIQUE

**TRABALHO EM REDE, SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM ESTUDO
COM TÉCNICOS DO CAPS III**

Trabalho de Conclusão de Curso, em formato de artigo, apresentado ao curso de graduação em Psicologia, da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau Bacharel e Licenciado em Psicologia.

Aprovada em: 30/03/2016.



Prof.ª Dr.ª Josevânia da Silva- UEPB

Orientadora



Prof.ª Dr.ª Jailma Belarmino Souto – UEPB

Examinador



Prof. Dr. José Roniere Moraes- UEPB

Examinador

TRABALHO EM REDE, SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM ESTUDO COM TÉCNICOS DO CAPS III

Jordanya Reginaldo Henrique¹

RESUMO: É a partir da articulação entre os serviços de atenção básica e os de saúde mental que a atual política de saúde mental no Brasil, conformada aos pressupostos da reforma psiquiátrica, recomenda a progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos, o que demanda um trabalho em rede. Este estudo tem por objetivo analisar as concepções de técnicos de um Centro de Atenção Psicossocial CAPS-III acerca do trabalho em rede, saúde mental, adoecimento psíquico/loucura e reforma psiquiátrica. Trata-se de um estudo de campo, de caráter descritivo e exploratório que será desenvolvido através de um enfoque qualitativo. A pesquisa foi realizada no CAPS III, localizado na cidade de Campina Grande-PB. Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: a) Questionário sócio demográfico e de perfil profissional: com questões versando sobre idade, sexo, área de formação, nível de formação, se atua em outros serviços, tempo de atuação na área de saúde mental e na instituição; b) Entrevista semiestruturada com questões norteadoras sobre os objetivos deste estudo. A partir da análise das entrevistas, emergiram quatro categorias temáticas: 1) Concepção sobre o trabalho em rede; 2) Concepções sobre saúde mental; 3) Concepções sobre o adoecimento Psíquico/loucura; 4) Concepções sobre reforma psiquiátrica. Dentre outros resultados, os participantes ressaltam os aspectos positivos e as limitações da operacionalização do trabalho em rede envolvendo o CAPS III e a atenção básica. A saúde mental foi definida de forma ampla e englobou questões subjetivas, biológicas, culturais e sociais da vida do sujeito. Conclui-se que a percepção dos participantes é permeada tanto por crenças que estão em consonância com as diretrizes da reforma psiquiátrica quanto por crenças negativas acerca das pessoas em sofrimento psíquico, o que dificulta a humanização do tratamento em saúde mental. Destacam-se ainda as limitações estruturais dos serviços, que se apresentam como entraves no processo de operacionalização do trabalho em rede.

Palavras-Chave: Saúde Mental. Profissionais de saúde. Reforma Psiquiátrica.

¹Aluna de Graduação de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba-Campus I
Email: Jordanya.r.h@gmail.com

INTRODUÇÃO

O século XIX é um marco no que tange a história da loucura e especificamente ao momento em que o hospital se constitui como polo do saber psiquiátrico, “o lugar dos loucos”. Nesse contexto, a loucura é entendida como “doença mental” e herda todos os desdobramentos e estigmas daí decorrentes. Em seus aspectos orgânicos, concebe-se a loucura como distúrbio da razão e o louco como alguém incapaz de exercer a cidadania (AMARANTE, 2007).

Enquanto forma de tratamento, a internação em instituição disciplinar configurou-se como uma medida utilizada para retirar pessoas portadoras de doenças mentais do estado confuso e desordenado no qual viviam. Nesses locais, as pessoas eram submetidas ao denominado “tratamento moral”, caracterizado pelo uso de gaiolas, de camisas de força, camas e cadeiras giratórias, quartos escuros para isolamento, bem como da vigilância e disciplina (FOUCAULT, 2010).

Em meados do Século XX, surgem críticas a este modelo asilar de tratamento da loucura, culminando na organização de movimentos sociais que se denominavam por “antipsiquiátricos” (AMARANTE, 2007). Esses movimentos denunciavam e criticavam o lugar de exclusão destinado à loucura na sociedade, propondo a implantação do processo de desinstitucionalização que resultasse na ruptura do referido modelo. Destacam-se os países como: Inglaterra, Estados Unidos, França e Itália, no surgimento de novas práticas e perspectivas de transformação desta realidade, efetivando-se no movimento denominado de Reforma Psiquiátrica (DESVIAT, 2008).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica, tomando por modelos movimentos e trajetórias internacionais que questionavam os modelos manicômiais e excludentes de tratamento, incitou a transformação da assistência em saúde mental. A ocorrência desse processo foi complexa e requereu a interação de múltiplos atores e instituições, com um amplo esforço de movimentos sociais (BRASIL, 2005).

A referida proposta foi materializada na Lei de Reforma Psiquiátrica no Brasil (Lei 10.216/2001), na qual se ressaltam, entre outros aspectos: o resgate à liberdade e direito à cidadania das pessoas classificadas como loucas. Desse modo, seguindo, sobretudo a proposta da Psiquiatria Democrática Italiana, manicômios foram fechados, e novos espaços foram criados – o chamado modelo substitutivo, baseado na criação de centros de saúde (CAPS – Centro de Assistência Psicossocial) localizados próximos à comunidade, e que servem como referenciais nos momentos de crise.

Na expansão do movimento de Luta Antimanicomial, os Centros de Atenção Psicossocial são vistos como estratégicos para reformulação do modelo da assistência e a organização da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. Entre seus papéis, destacam-se a reinserção social e o suporte em saúde mental na atenção básica (BRASIL, 2010).

A rede de saúde mental se articula a partir dos diferentes tipos de CAPS: a) CAPS I e CAPS II, que dispõe de atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes; b) CAPS III com atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes; c) CAPSi que é destinado a infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais; e d) CAPSad que atende os usuários de álcool e drogas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2004).

Para contribuição ao avanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma das estratégias que vêm sendo direcionadas pelas políticas públicas é a proposição da articulação entre os serviços de atenção básica e os de saúde mental (RODRIGUES E MOREIRA, 2012). Esta tem por objetivo territorializar as ações de cuidado, considerando que é produtiva essa articulação, pois nesses dois espaços convergem princípios como o atendimento multiprofissional, a integralidade, o vínculo e a possibilidade de construção de redes em uma atuação interinstitucional (DALLA VECCHIA E MARTINS, 2009; BRASIL, 2005).

É a partir desta articulação entre os serviços de atenção básica e os de saúde mental que a atual política de saúde mental no Brasil, conformada aos pressupostos da reforma psiquiátrica, recomenda a progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos. Para tanto, faz-se necessário a articulação do trabalho em rede de serviços de atenção em saúde mental composta por Centros de Atenção Psicossocial ambulatoriais de saúde mental, residências terapêuticas, centros de convivência e cultura e atendimento em saúde mental na rede básica de saúde por meio do matriciamento (BEZERRA E DIMENSTEIN, 2008).

O matriciamento é um arranjo institucional incorporado pelo Ministério da saúde como estratégia de gestão para a construção de uma rede ampla de cuidados em saúde mental, desviando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica da corresponsabilização (BRASIL, 2003; BRASIL, 2011). Essa lógica visa produzir maior resolubilidade à assistência em saúde mental na atenção primária. Para Franco (2006), o

cuidado em saúde deve se produzir em rede, evidenciando as articulações entre as unidades nos seus diversos níveis, abarcando as equipes, os saberes, as práticas e as subjetividades, remetendo à ideia de imanência e de interdependência.

Desde a implementação deste modelo de atenção em saúde mental em rede que os profissionais de saúde atuantes nestes espaços têm passado por um processo de reelaboração de suas práticas, em uma perspectiva que considere um atendimento psicossocial. Nesse sentido, apreender as representações sociais sobre o trabalho em rede, saúde mental, adoecimento psíquico/loucura e reforma psiquiátrica, elaboradas por técnicos que trabalham em UBS e em CAPS III, possibilita a identificação do conhecimento prático, o qual tem como uma de suas funções a orientação de condutas.

Ao se organizarem em rede, os serviços rompem com o modelo hierárquico tradicional fundamentado em níveis de complexidade. Esse modelo tradicional torna inviável a flexibilização e a articulação das ações, restringindo a assistência e organizando a demanda de acordo com as necessidades do sistema, e não conforme as necessidades dos usuários, principais protagonistas, aos quais os serviços devem centrar suas ações (SOUSA et al, 2011).

Deste modo, a atenção básica deve ser considerada como um espaço privilegiado para as ações de saúde mental, pois, pela proximidade com a comunidade, pode atuar não somente segundo o que chega às unidades de saúde, mas em uma interação com o que envolve a comunidade e a família. No entanto, muitos profissionais que estão atuando neste nível de intervenção não se sentem capacitados para atender os casos da “saúde mental”, e se restringem a se preocupar com a medicação que aquele usuário utiliza ou necessita (RODRIGUES E MOREIRA, 2012).

A reforma psiquiátrica, que coloca em funcionamento a desinstitucionalização, propõe forjar um novo conceito no lugar de doença, um novo objeto que reavalie o fenômeno da loucura sem escamotear sua complexidade, ao mesmo tempo que impeça ser ela, a loucura, capturada na doença (TORRE; AMARANTE, 2001). Propõe-se então, que o objeto, ao invés de ser “a doença”, seja a existência-sofrimento dos sujeitos, relacionada ao corpo social e busca colocar entre parênteses a doença, sem negar que existe algo que produz o sofrimento.

O modelo biomédico que enfatiza a cura da doença, segundo Costa e Bernardes (2012), não prioriza a saúde em si, mas os resultados de inúmeras estratégias, políticas e intervenções direcionadas à doença como um fato. Esse posicionamento acaba por agregar uma negatividade ao conceito de saúde, que por vezes é predominante no

pensamento moderno e anunciado pela ciência médica que corrobora para a ideia de que “saúde é ausência de doença”.

Conforme anunciado no relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, e pautado no discurso reformista, a concepção de saúde é compreendida como processo, e não meramente como ausência de doença (BRASIL, 2002). Costa e Bernardes (2012), corroborando com esse argumento, afirmam que a produção de saúde deve ir além do domínio da ciência, posicionando-se numa afirmação da vida. Nesse sentido, a promoção de saúde é da ordem do cotidiano, de estilos e formas de viver que instituem novas formas de vida.

Apesar das mudanças desencadeadas pela Reforma Psiquiátrica e provocadas pelo Movimento Antimanicomial, o aumento do número de CAPSs pelo País, não permite afirmar que houve nesse processo uma transformação paradigmática, sobretudo em relação à atuação dos profissionais de saúde. Nessas instituições, pode haver a repetição e a reprodução de uma lógica instituída. Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica não pode ser apenas um “aceite”, na medida em que é imprescindível um novo paradigma de atenção, que objetive rupturas permanentes, em face dos processos instituídos (PEREIRA E COSTA-ROSA, 2012).

Mediante o exposto, este estudo teve por objetivo analisar as concepções de técnicos de Centro de Atenção Psicossocial CAPS-III acerca do trabalho em rede, saúde mental, adoecimento psíquico/loucura e reforma psiquiátrica. A análise desses aspectos possibilita a identificação do conhecimento prático, o que contribui para compreender a atuação desses profissionais nesses espaços.

METODO

TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo de campo, transversal, exploratório e descritivo com abordagem qualitativa.

LOCUS

A pesquisa foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III, localizado no município de Campina Grande-PB.

PARTICIPANTES

Participaram, de forma não probabilística, cinco técnicos de diferentes áreas (Psicologia, Psiquiatria, Enfermagem e Educação Física) que atuavam em um CAPS III, sendo três do sexo feminino e dois do sexo masculino, cuja a idade variou de 30 a 51 anos, selecionados mediante o critério de conveniência e acessibilidade. Por ser um estudo de cunho qualitativo, não se buscou obter resultados quantitativos ou passíveis de generalizações. A inclusão de cada técnico na amostra obedeceu os seguintes requisitos: (i) ser maior de 18 anos, (ii) ter no mínimo 2 anos de tempo de atividade profissional na área de saúde mental e (iii) aceitar participar da pesquisa, conforme autorização registrada pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

INTRUMENTOS

Utilizou-se para a coleta de dados um questionário sociodemográfico com a finalidade de identificar as variáveis (idade, sexo, escolaridade) e incluirá questões referentes ao perfil profissional (área de formação, nível de formação, tempo de atuação na área e tempo de atuação da instituição pesquisada) e roteiro de entrevista semiestruturada, com questões abertas e pré-estabelecidas relacionadas ao: trabalho em rede, saúde mental, adoecimento psíquico/loucura e reforma psiquiátrica. A técnica de entrevista, conforme aponta Minayo (2010), permite ao pesquisador apreender e explorar os conteúdos de maneira a propiciar uma flexibilidade na condução da mesma, possibilitado aos participantes discorrerem de forma livre e espontânea. Neste sentido, as perguntas não precisam necessariamente seguir a ordem prevista no roteiro, o que permite a formulações de novas questões a partir dos relatos dos participantes.

PROCEDIMENTOS

A pesquisa foi iniciada mediante a autorização da Secretaria de Saúde do município de Campina Grande-PB, bem como após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP-UEPB). Por conseguinte, foram realizadas visitas ao CAPS III com fins de solicitar a autorização para a coleta dos dados, mediante apresentação do projeto de pesquisa a coordenadora do referido serviço. Após a autorização institucional, deu-se o contato com os profissionais do serviço, os quais foram convidados a participarem do estudo conforme a disponibilidade e aceitação dos mesmos.

Os participantes foram previamente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e sobre o processo de aplicação dos instrumentos utilizados. Os instrumentos foram aplicados de forma individual, sendo aplicado o questionário sociodemográfico e de perfil profissional e, posteriormente, o roteiro de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas em local reservado e gravadas mediante, a autorização prévia dos respondentes. O tempo médio de aplicação foi de 40 minutos.

ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos conteúdos manifestos pelas entrevistas semiestruturadas foram transcritas na íntegra e submetidas a análise de conteúdo temática, conforme proposto por Bardin (2012). Em acordo com esta proposta, a análise das narrativas dos técnicos seguiu algumas etapas: organização do material ou constituição do corpus; leitura flutuante; codificação; definição de categorias e, por último, a definição das unidades de análise. Cabe ressaltar que para preservar o anonimato dos participantes, foram utilizados “pseudônimos” para codificação utilizada nas nomeações dos mesmos.

ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa obedeceu aos critérios éticos recomendados pela Resolução N° 466/12 do CNS- Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Durante a coleta de dados, os participantes foram informados sobre a possibilidade de desistência por livre vontade em qualquer momento da pesquisa. Desta forma, com a devida autorização, os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam uma cópia dos mesmos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS E DE PERFIL PROFISSIONAL- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES:

De acordo com os resultados obtidos a partir dos questionários sociodemográficos e de perfil profissional, destacam-se os seguintes resultados sobre o perfil dos participantes: observou-se que a idade média dos participantes é de 43 anos (M= 43,4), sendo a idade mínima de 30 anos e a máxima de 51 anos. Do total de 5 entrevistados, 2 são do sexo masculino e 3 do sexo feminino. Quanto ao nível de formação, 3 participantes possuem nível superior, sendo dois destes com especialização em sua área de atuação e 2 possuem nível técnico. Em relação ao tempo de atuação, a média apresentada é de 15 anos (M=15,6), e o tempo médio em que os profissionais trabalham na instituição pesquisada é de 4 anos (M=4,7). Entre os participantes 2 possuem vínculo empregatício em outra instituição de saúde mental e 3 não possuem.

DADOS DAS ENTREVISTAS:

Utilizando-se dos resultados evidenciados nas entrevistas semiestruturadas, procurou-se, conforme o objetivo desta pesquisa: analisar as concepções de técnicos de um Centro de Atenção Psicossocial CAPS-III acerca do trabalho em rede, saúde mental, adoecimento psíquico/loucura e reforma psiquiátrica. Desta forma, a partir da análise das entrevistas, emergiram quatro categorias temáticas e seis subcategorias, conforme demonstradas na tabela abaixo:

Tabela 1: Síntese das categorias e subcategorias de análise

Categorias	Subcategorias
1) Trabalho em rede;	1.1) Caracterização do trabalho em rede 1.2) Dificuldades no trabalho em rede
2) Concepções sobre saúde mental;	2.1) Conceito ampliado 2.2) Inserção social
3) Concepções sobre o adoecimento Psíquico/loucura;	
4) Concepções sobre reforma psiquiátrica;	4.1) Tratamento antes da reforma; 4.2) Tratamento depois da reforma;

Concepções sobre o trabalho em rede

Na categoria Trabalho em Rede, os técnicos do CAPS III apontam diversas questões, incluindo aspectos positivos e negativos, que englobam os avanços e limites do funcionamento da rede. Nos relatos os entrevistados discorrem que existe uma dificuldade, mesmo entre os profissionais de saúde, (referindo-se aos técnicos de UBS) em compreender o trabalho realizado no CAPS III. Nesta categoria é destacado o preconceito presente na sociedade, relacionado tanto aos profissionais de saúde, bem como pela família do usuário.

A subcategoria **Caracterização do trabalho em rede** foi constituída por relatos, que apontam para o conceito de “Trabalho em Rede”, elaborado pelos técnicos do referido serviço substitutivo:

[...] É um modelo assistencial né.. onde na verdade o paciente deve ter a demanda dele de certa forma resolvida né.. a demanda do paciente ela deve se enquadrar né.. eu acho que rede serve pra isso pra encaminhar o paciente para o melhor serviço de acordo com a demanda que ele traz [...] Então eu acho que é uma iniciativa do SUS né, então é a gente dar o que o paciente necessita para resolver aquela demanda que ele nos traz, então a rede seria isso serviços oferecidos ao paciente. **(Paulo, atua há 5 anos no CAPS III)**

Trabalho em rede em saúde é todo o conjunto de profissionais onde eles se encontram em diferentes instituições e diferentes atendimentos né, onde existe a necessidade de fazer a ligação entre ambos pra que a gente possa dar continuidade ao tratamento do paciente. **(Roberta, atua há 10 anos no CAPSIII)**

[...] a gente tá começando a perceber os resultados que são extremamente positivos, a maneira com que eles recebem a gente profissionais, a curiosidade de tá perguntando e essa interação grande quando a gente vai, a gente leva realmente assim, falamos sobre os diversos transtornos pra que eles possam conhecer, de que maneira eles podem tá ajudando, podem tá acolhendo essas pessoas que chegam lá no posto. Então tem sido a análise que eu falo é extremamente positiva, a realidade que a gente tinha e o resultado que a gente tá tendo com essa estratégia que a gente tá usando tem sido muito positiva, muito positiva mesmo. **(Júlia, atua há 3 anos no CAPS III)**

Quando questionado sobre o que conhecia sobre o “trabalho em rede” em saúde mental, Paulo afirma que este seria um “modelo assistencial”, direcionado ao paciente e preconizado pelo SUS, que deve “enquadrar” a demanda do mesmo, e direcioná-la para o serviço mais adequado ao seu caso. Em seu relato, é perceptível que o técnico não se posiciona no lugar de quem tem propriedade sobre o assunto, ao utilizar-se dos termos “Eu acho que rede serve pra isso”.

Já no discurso de Roberta, o trabalho em rede é associado à necessidade da existência do diálogo entre diversos profissionais, mesmo atuando em áreas distintas. Nota-se, em seu relato, que a troca de saberes entre os profissionais constitui um fator de grande relevância na continuidade do tratamento do paciente. Em convergência com o discurso acima citado, Júlia, em trechos de sua fala, ressalta que começa a vislumbrar os resultados positivos desta articulação entre os diversos profissionais, provocado a partir do contato entre os técnicos do CAPS III com os das unidades básicas de saúde.

A construção de uma nova forma de atender as pessoas com sofrimento psíquico intenso demanda a integração do CAPS com a Atenção Básica de Saúde, viabilizando o trabalho em saúde mental no território. A proposta do Ministério da Saúde é possibilitar que o CAPS possa conhecer e interagir com as equipes de atenção básica, verificar os problemas e necessidades de saúde mental e adotar iniciativas em conjunto, realizar apoio matricial às equipes de atenção básica e desenvolver atividades de educação permanente sobre saúde mental em parceria com os profissionais da atenção básica (MARTINHAGO e OLIVEIRA, 2012).

Sobre esta questão, Bezerra e Dimenstein (2008), discorrem que a estratégia denominada por “apoio matricial (AM)” foi elaborada com o intuito de favorecer a co-responsabilização entre as equipes e a diversidade de ofertas terapêuticas. Busca-se, com tal estratégia, o acompanhamento sistemático nas UBS/USF com fins de permitir o conhecimento da demanda em saúde mental que chega à atenção básica, bem como sobre os usuários, as famílias e o território, propondo que os casos sejam responsabilidade mútua.

Corroborando com esta discussão, Figueiredo e Campos (2009) afirmam que a responsabilização compartilhada dos casos, possibilita que o fluxo dos usuários nos serviços seja regulado. Considerando que através do apoio matricial torna-se viável a distinção das situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, que podem ser acolhidas pela equipe de referência e por outros recursos sociais do entorno, daquelas demandas que precisam de atenção especializada da Saúde Mental.

Em seus relatos, os entrevistados também discorrem sobre as dificuldades que envolvem a eficácia da realização do trabalho em rede. Assim, na subcategoria **Dificuldades no trabalho em rede**, destacam-se aspectos relativos ao preconceito que os profissionais de saúde apresentam em relação aos usuários dos serviços de saúde mental, bem como as dificuldades que emergem no trabalho com a família do usuário. Seguem os relatos:

[...] porque acaba a família vendo assim, o usuário, o portador de transtorno mental eles começam a ver assim como se fosse uma dicotomia do corpo não existe uma junção entre corpo e a cabeça vamos colocar dessa forma né... E cuidam apenas da cabeça, eles acham que o usuário que fazer parte do centro de atenção psicossocial só precisam da medicação psicotrópica, não tem um corpo que funcionam, fisiologicamente precisam de atenção[...] **(Júlia, atua há 3 anos no CAPS III)**

Aqui a dificuldade é grande até dos próprios familiares, muitos não são preparados pra tratar eles, pra entender o problema de cada um. Aqui nós temos o trabalho de fazer com o usuário o trabalho e fazemos com a família também outro trabalho, mas tem toda família quer vir e nem toda família aceita nós do CAPS ir lá, tem aquela defesa deles aquela dificuldade de aceitar o problema.. **(Pedro, atua há 14 anos no CAPS III)**

Os entrevistados sinalizam que a família, por vezes, apresenta-se como um fator que dificulta o encaminhamento do usuário à rede de atenção básica, quando o mesmo necessita de cuidados que não se reduzem ao transtorno que o acomete. Deste modo, verifica-se, no discurso de Júlia, que a família acaba por enfatizar a “cabeça”, referindo-se ao transtorno como se existisse uma “dicotomia do corpo e da mente”. No relato de Pedro, argumenta-se que o serviço (CAPS III) realiza um trabalho junto à família dos usuários, porém, destacam que há uma resistência de alguns familiares em participar desta atividade. Existe então, de acordo com este discurso, um “despreparo” das famílias em “tratar” do problema do usuário, o que acaba por dificultar o tratamento do mesmo.

Nesta perspectiva, pode-se constatar que os familiares têm dificuldades em perceber o exercício de outra postura frente à assistência dos serviços de saúde, geralmente se mantendo no lugar de incapazes por não possuírem títulos e saber técnico-científico. Esse posicionamento acaba por assegurar certa passividade frente a este processo (PIMENTA e ROMAGNOLI, 2008). Pesquisa realizada por Borba et al (2011) na Associação de pessoas com transtorno mental e familiares, no município de Curitiba-PR, apontou que o cuidado da pessoa com transtorno mental representa, para a família, um desafio que envolve sentimentos intrínsecos à vivência de um acontecimento imprevisto, o que inclui ter que lidar com seus próprios preconceitos em relação à doença.

Outra dificuldade verificada nos relatos dos participantes foi em relação ao preconceito de alguns profissionais das unidades básicas de saúde, conforme demonstrado nas falas a seguir:

[...] tem relatos que existe uma dificuldade muito grande dos ACs que são os agentes comunitários e até mesmo da equipe que trabalha na atenção básica em geral em se aproximar do usuário quando fala sou usuário CAPS, é como se dissesse não chegue perto de mim..é uma resistência muito grande de atender esse usuário. Existem relatos que eles tem medo de chegar perto desse usuário de escutar, de uma simples escuta com esses usuários. Então assim, infelizmente, infelizmente esse elo que precisa ser fortalecido ele precisa ser enxergado de uma forma mais humana, que a gente vem trabalhando desde a reforma psiquiátrica, a forma humanitária de enxergar o usuário de vê-lo como uma pessoa e tratar ele como uma pessoa normal né. **(Júlia, atua há 3 anos no CAPS III)**

Porque quando diz que é um usuário que vem de atendimento em CAPS a sociedade e os profissionais não olham com o olhar clínico e sim com olhar de rejeição. Isso acontece, pra gente não é fácil porque a gente está segurando uma bandeira pra cuidar do outro né.. **Roberta, atua há 10 anos no CAPS III)**

Em acordo com o trecho da fala de Júlia, os agentes comunitários de saúde (ACs) apresentam uma “resistência” em cuidar do paciente que é usuário do CAPS III. Essa dificuldade é provocada pelo “medo” de aproximar-se ou até mesmo de realizar uma escuta com o mesmo. Em sua fala, a entrevistada reforça a importância de fortalecer o elo entre os técnicos do CAPS III e os ACs, de modo a favorecer que a proposta do atendimento humanizado ao usuário seja efetivado, conforme vem sendo implantada desde a Reforma Psiquiátrica.

A participante Roberta acrescenta que, ao reconhecer que o paciente é “usuário que vem de atendimento em CAPS”, os profissionais e a sociedade já apresentam um olhar de “rejeição”, não vislumbrando a situação pelo viés clínico. Desta forma, o preconceito apresenta-se como uma dificuldade ao trabalho em saúde mental, pois vai de encontro aos esforços da Reforma em mudar a concepção de cuidado em saúde mental. Achados nesta direção foram verificados em pesquisa realizada por Waideman e Paiano (2012) com profissionais integrantes de uma equipe de saúde da família. O estudo demonstrou que o grupo de agentes comunitários de saúde, apresentou uma visão preconceituosa em relação ao portador de transtorno mental. Os autores destacaram que os profissionais descreveram a pessoa com transtorno mental como um ser dependente, incapaz, agressivo, perigoso e desprovido de autonomia para gerir sua própria vida e tomar decisões.

Dimenstein (2009) ressalta que a constituição da rede de serviços substitutivos integrada entre si e com outros equipamentos sociais presentes nas comunidades é algo imprescindível para o avanço da reforma. Porém, identificam-se muitos serviços isolados, que não se comunicam, fechados em suas rotinas.

Deste modo, a referida autora acrescenta que há uma articulação precária entre os CAPS e a rede de atenção básica, que não há clareza acerca da proposta de Apoio Matricial, além da forte resistência por parte das equipes de dar esse tipo de retaguarda, compreendida como mais uma tarefa a ser inserida na rotina do CAPS. Por outro lado, existe uma forte demanda cotidiana de saúde mental não acolhida na atenção básica, pois os técnicos não se sentem capacitados para tal e indicam a necessidade de apoio e instrumentalização nesse campo.

Concepções sobre Saúde Mental

Nesta categoria emergiram duas subcategorias: Conceito ampliado e Inserção social. A subcategoria, **Conceito Ampliado**, foi formada a partir de relatos que versavam sobre saúde mental numa dimensão psicossocial, incluindo aspectos como “trabalho humanizado”, “cuidado” e “bem estar”. Assim, nesta subcategoria, os argumentos convergem para uma definição ampla, englobando questões subjetivas, biológicas, culturais e sociais da vida do sujeito. Seguem abaixo os relatos:

Saúde mental na verdade é a gente tentar colocar em prática o que a gente entende como um trabalho humanizado pela questão da gente fazer com que o usuário se sinta bem diante do transtorno que ele apresenta. **(Júlia, atua há 3 anos no CAPS III)**

Esse termo que foi criado, uma tentativa de amplificar mais o conceito que a gente tinha né, de querer um pouco, vamos dizer.. deslocar um pouco da psiquiátrica né, deslocar um pouco do discurso médico né do tratamento desses pacientes e colocar vamos dizer no sentido mais amplo né de cuidado.. **(Paulo, atua há 5 anos no CAPS III)**

Em sua narrativa, Júlia expõe que o termo “saúde mental” está relacionado à realização, por parte dos profissionais de saúde, de um atendimento “humanizado” ao usuário. Destaca-se, em sua fala, que a entrevistada atribui uma responsabilidade envolta neste trabalho, como se pode observar no trecho: “pela questão da gente fazer com que o usuário se sinta bem diante do transtorno que apresenta”. Desta forma, o sucesso do tratamento do usuário, também estaria relacionado à realização ou não do trabalho humanizado. Para Paulo o termo referido foi construído com o intuito de “amplificar” o conceito que até então se tinha sobre saúde. De modo que o conceito foi deslocado do “discurso médico” e “psiquiátrico”, onde o tratamento medicamentoso era o foco, para o “sentido mais amplo” de cuidado.

Em acordo com o exposto, Dimenstein (2004) afirma que a ideia de humanização está relacionada diretamente com a de desinstitucionalização, considerando que esta pressupõe a desmontagem do dispositivo psiquiátrico, da cultura manicomial da lógica e da dinâmica que regem as rotinas dos serviços de atenção e as relações entre profissionais, usuários, e familiares.

Por sua vez, na subcategoria **Reinserção Social**, verificou-se que as concepções sobre saúde mental estiveram relacionadas com o trabalho de inclusão do usuário na sociedade e com preconceito como fator que dificulta esse processo:

Pra mim saúde mental é até.. dificuldade de ser expressar porque saúde já tá dizendo tem que ter um nível de bem estar... saúde normal e saúde mental é que você tem uma estabilidade para viver em uma sociedade porque as vezes o estresse, ai tá com problema mental, tá estressado e muitos deles tem problema de um trauma. A maioria dos usuários aqui sofreram alguns traumas e o que nós fazemos aqui pra saúde deles, nós estamos tentando melhorar o bem estar deles pra que eles voltem a sociedade **(Pedro, atua há 14 anos no CAPS III)**

Eu acho que pra mim o conceito de saúde mental é assim a gente tentar englobar eles na sociedade, eu acho que é importante porque muita gente tem medo, ai bota de lado o usuário né, só porque é usuário só pelo fato de dizer que faz tratamento aqui no CAPS, mas como o CAPS tá tirando isso da maioria da cabeça do pessoal..eu acho bom né..porque eles são “gente como a gente” né **(Sara, atua há 9 anos no CAPS III)**

Dos fatores da cultura antiga da rejeição das pessoas, e até hoje ainda tem essa cultura.. ah.. tá tomando medicação controlada as pessoas são marginalizadas na sociedade e isso eles se tornam pessoas rejeitadas. Se chega no mercado pra encontrar um trabalho se respirar uma medicação eles já não conseguem mais o trabalho, porque tomam apenas um diazepam e rivotril ai eles já tem essa rejeição. Então, isso é saúde mental, isso faz parte da doença mental. Às vezes você não tá doente e você se sente psicologicamente afetado e você se retrai e termina achando que você é um ser doente.. **(Roberta, atua há 10 anos no CAPS III)**.

O participante Pedro inicia seu discurso expondo a dificuldade que possui em expressar e formular um conceito em torno no termo “saúde mental”. Afirma que “saúde” relaciona-se ao nível de “bem estar”, onde para se ter “saúde normal” e “saúde mental” é preciso encontrar uma estabilidade e uma boa convivência social, ou seja, inclusão. Considera que a maioria dos usuários que faz tratamento no CAPS III enfrenta situações como: “estresse”, “problema mental” ou “problema de trauma”. Para esse participante, essas vivências acabaram por comprometer os vínculos sociais do usuário, cabendo ao serviço oferecido pela instituição citada o papel de “reinserção do usuário CAPS III na sociedade”.

Em sua narrativa, Sara utiliza os termos “englobar eles na sociedade” para enfatizar, assim como no discurso anterior, que a questão da saúde mental possui relação ao trabalho de fortalecer o vínculo do usuário do CAPS com a sociedade. Já em seu discurso, Roberta traz a questão da “rejeição” ao portador de transtorno mental, culturalmente disseminada no meio social desde épocas mais remotas. Acrescenta que o fato dos usuários fazerem uso de medicamentos como “Diazepam” e “rivotril” é um fator que dificulta as oportunidades de trabalho. Em acordo com sua fala, a questão da “saúde mental” está relacionada com a “doença mental”, considerando que diante da rejeição e preconceito social o usuário acaba por se apropriar do lugar de “doente mental” que a sociedade, por vezes, o coloca.

Corroborando com esta discussão, ressalta-se que as diretrizes das políticas públicas de saúde mental brasileira preconizam a inclusão social das pessoas com transtorno mental buscando, desta forma, superar o modelo hospitalocêntrico de tratamento e inseri-lo no contexto social. Deste modo, a família e os profissionais de saúde, bem como a sociedade em geral, são incentivados a adotarem uma concepção humanizada sobre loucura e o sofrimento psíquico, favorecendo a descoberta de modos de conviver com a diferença, procurando anular os estigmas e preconceitos em relação à figura do louco (MACIEL et al, 2011).

Nesta perspectiva, Maciel et al. (2011) acrescentam que ainda existem sérios entraves sociais, emocionais e/ou culturais. Tais entraves dificultam a implantação e aceitação dessa nova política de assistência. Ao se considerar que a representação do doente mental na sociedade é negativa, pois ele é considerado como um ser sem razão/sem juízo, constrói-se a representação de um ser perigoso e incapaz de viver em sociedade, precisando ser excluído da família e mantido em instituições psiquiátricas.

Concepções sobre adoecimento psíquico/loucura

A loucura foi transformada pelos saberes médicos em patologia, alienação, desajuste, irracionalidade e perversão. São várias as nomeações que contribuíram para o estigma e a exclusão social a que ela foi submetida, influenciando um conjunto de práticas, concepções e saberes. Tais saberes são, muitas vezes, ancorados em uma moralidade ditada pela ordem e pelo trabalho produtivo, o que faz anular, de forma explicitamente violenta, os diferentes laços de construção e pertencimento humanos (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007).

Com o intuito de conhecer essas definições, foi perguntado aos técnicos do CAPS III: “O que é loucura”? Nos discursos construídos sobre a loucura, alguns entrevistados utilizaram o parâmetro da razão e da normalidade para diferenciar e nomear com diferentes termos o comportamento do louco. Deste modo, destacam-se as seguintes nomeações sobre a loucura: É o “transtorno mais agressivo”, aquele que “não tem medo, bate, agride e faz coisas absurdas”. Em outros discursos a palavra “loucura” foi criticada, por carregar em sua compreensão todo um estigma social e preconceito, conforme demonstrado abaixo:

[...] Eu acho que o transtorno em si, seria assim aqueles usuários mais antigos, mais graves, que passaram pelo [...], eu acho que eles têm com um transtorno mais agressivo. Seria loucura. **(Sara, atua há 9 anos no CAPS III).**

A loucura em si é quando o indivíduo não responde por ele, quando ele mesmo não se reconhece mais, ele perde sua autoestima, ele não tem limites [...] A falta de limites dele, a pessoa que tem loucura ele não tem medo. Ele bate, agride, ele diz o que ele quer dizer, ele faz coisas absurdas, bizarras, ele não reconhece uma comida, o que é comer, ele não sabe o que é comida e o que é fezes. Ele como lixo porque ele não sabe que aquilo é lixo, isso é loucura. Então não é todas as pessoas que estão no CAPS que são loucos, entendeu? Tem, o distúrbio mental que é diferente da loucura.. **(Roberta, atua há 10 anos no CAPS III)**

‘[...] Nós trabalhamos com o conceito de normalidade, nós trabalhamos com o que se distancia do que se é esperado para alguém né, então assim, o que se distancia nós colocamos assim como esse adoecimento mental. Mas não é assim não é qualquer distanciamento de uma norma.. mas principalmente ver se esse distanciamento tá prejudicando o paciente no sistema de relação dele social.. a loucura não é só o diagnóstico, não é só o fato de você ter o adoecimento mental, mas, é toda outra questão de perda de contato realidade[...] não se usa mais o termo loucura nos diagnósticos, não existe mais esse termo, prescreveu porque é um termo muito carregado de significados, e de certa forma pode prejudicar [...] **(Paulo, atua há 5 anos no CAPS III).**

Essa palavra loucura pra mim assim ela tá fora do meu dicionário entendeu, pra mim a loucura não existe, a loucura em si não existe. Existe sim o transtorno mental ou as pessoas que são usuárias CAPS III, vou falar usuário CAPS III que acabam desenvolvendo né de alguma forma, pelo contexto de vida, por uma questão de carga genética como eu falei, que passam algum sufoco na família **(Júlia, atua há 3 anos no CAPS III).**

Como eu te falei, tem vários fatores que podem levar isso, tem eu vejo como os traumas, de adolescentes, infâncias, não o CAPS que já é o setor adulto, e o ambiente onde foi criado, tem algumas partes também hereditárias.. as vezes não é trabalhado uma família X e vai gerando outras Y com outros sintomas. E antigamente era dado um diagnóstico só, hoje tá mudando, os diagnósticos estão mudando. Antigamente dizia, louco, achava só um fatos, hoje não tem transtorno x, y, não ele tá só com uma síndrome traumática, pânico, são diferentes, são sintomas que são causas diferentes **(Pedro, atua há 14 anos no CAPS III)**

Ao falar de loucura, Sara faz referência aos “usuários mais antigos” e mais “graves” que estiveram internos em um hospital psiquiátrico. Em suas palavras, loucura é sinônimo de agressividade: “eu acho que eles tão com um transtorno mais agressivo”. Essa percepção do louco como agressivo, também é evidenciada no discurso de Sara: “Ele bate, agride, ele diz o que ele quer dizer, ele faz coisas absurdas, bizarras”. Para ela, a loucura é: “a falta de limites, quando o indivíduo não se responde por ele, não se reconhece mais”.

Nota-se, a partir das falas dos participantes, que o louco não tem voz, precisa se submeter a alguém que possa “falar por ele”. Ao louco é imposto o caráter de alienação, considerando que seus atos constituem-se em uma transgressão ao padrão de “normalidade” instituído socialmente. A participante diferencia loucura de transtorno mental, ressaltando que no CAPS existem casos de loucura, mas não são todos, há também os usuários acometidos por algum “distúrbio mental”, que seria diferente da loucura em si. Ao falar sobre alienação, Torre e Amarante (2001) expõem que este conceito surge quando a medicina se apropria da loucura, o qual teve o papel estratégico, pois se torna sinônimo de erro; algo não mais da ordem do sobrenatural, de uma natureza estranha à razão, e sim uma desordem. O alienado é o que está fora de si, fora da realidade, é o que tem alterada a sua possibilidade de juízo. Deste modo, se o alienado é incapaz do juízo, incapaz da verdade, é, por extensão, perigoso, para si e para os demais.

De outro modo, o participante Paulo, concebe a loucura a partir do conceito de normalidade. Para ele, o “adoecimento mental” é configurado quando se identifica um “distanciamento da norma”, e o mesmo afeta o paciente em suas relações sociais. Esclarece que o diagnóstico da loucura implica questões relacionadas a “perca de contato com a realidade”, e faz uma crítica ao uso do termo “loucura” ressaltando que o mesmo é carregado de significados negativos, e por isso pode implicar algum prejuízo ao paciente.

A discussão sobre a normalidade na obra “História da Loucura”, de Michael Foucault (2010), aborda que a psiquiatria, no século XVIII, apropria-se da loucura como objeto de saber. Desta forma, o poder psiquiátrico, por sua vez, funcionou como controle dos comportamentos da sociedade, fixando uma norma de comportamento “normal” para enquadrar os desviantes do modelo e adequá-los ao padrão ou excluí-los nas instituições de controle e correção.

No trecho da fala de Júlia também é evidenciado a crítica ao uso da palavra “loucura”, quando ela afirma enfaticamente que: “a loucura em si não existe”. É utilizado o termo “transtorno mental” para referir-se aos usuários do CAPS III, transtorno cujo desenvolvimento engloba fatores biopsicossociais. Considerando, que teria questões do “contexto de vida”, da “carga genética” e do “contexto familiar” relacionadas ao transtorno. Em concordância com o discurso acima citado, Pedro aponta uma pluralidade de fatores envolvidos no diagnóstico da “loucura”, quais sejam “hereditárias”, “ambientais” e no núcleo familiar. Aborda a questão do surgimento de novas nomeações e classificações diagnósticas para o que antes era denominado apenas de “louco”. Na atualidade a palavra loucura tornou-se ampla, considerando que teriam os “transtornos x, y” e diferentes síndromes e sintomas delas decorrentes.

Concepções sobre Reforma Psiquiátrica

No tocante à Reforma Psiquiátrica, os relatos dos participantes abordaram a questão do tratamento, os quais foram agrupados em duas subcategorias: Tratamento antes da reforma e Tratamento depois da reforma.

Nos discursos que seguem na subcategoria **Tratamento antes da reforma psiquiátrica**, os participantes abordaram questões relacionadas ao “tratamento manicomial” dado a loucura e aos pacientes, conforme demonstrado abaixo:

Porque eu visitava manicômios e vi o quanto era o tratamento dos usuários antes da reforma psiquiátrica o quanto era desumano, o quanto era sofrido até a gente tem aí residências terapêuticas, inclusive vem pra cá usuários das residências pra gente ter um momento de distração, de terapia, mas, eles são tão sequelados dessa época de 20 anos de manicômios de 25 anos de manicômios, de eletrochoques né [...] E automaticamente a gente se coloca no lugar desse usuário que está passando por uma crise de um transtorno e é tratado dessa forma, sem contar que antes eles nas celas, que eles viviam em celas, onde muitas vezes viviam sem roupas, cheguei a ver celas com muitos usuários dentro e eles sem roupas né, celas que eram separadas femininas e masculinas mas o tratamento era um só, de muito espancamento né, onde a gente vi que aquelas pessoas que estavam com uma crise mais intensa, mais forte, elas eram espancadas por pessoas que trabalham no manicômio. **(Júlia, atua há 3 anos no CAPS III)**

A reforma psiquiátrica foi muito importante, porque digamos, a sociedade tinha um problema e jogava dentro do tapete, foi acumulando, acumulando e virou o estopim..que foi [...] que era o principal que não tinha uma visão de tratamento era só de depósito do ser humano, ser humano lá não era tratado como ser humano.. existem muitos aqui que vieram do João Ribeiro que até hoje lembram a alimentação como é que davam que era por debaixo da grade, pouquíssima alimentação, como era a higiene dele era em grupo, da maneira

que era de não poder ter visita de tá sempre isolados, de não poder tomar um banho de sol.. **(Pedro, atua há 14 anos no CAPS III)**

A importância é essa, a reinserção social e a importância do paciente viver dentro do seu próprio lar.. eram colocados pessoas em cárceres dentro de sua própria casas e trancados e escondidos da sociedade, da própria família se envergonhar de ter essa pessoa.. **(Roberta, atua há 10 anos no CAPS III)**

Partindo da sua própria experiência de “visitar manicômios”, o relato da participante Júlia descreve o tratamento “desumano” e “sofrido” dado aos usuários em um contexto anterior a Reforma Psiquiátrica. Comenta que mesmo os usuários que hoje se encontram em “residências terapêuticas” e fora das “celas”, possuem “sequelas” dos muitos anos de internamento ao qual eram submetidos a tratamentos abusivos como eletrochoques, espancamentos e descaso. Pedro também atribui importância à reforma psiquiátrica, por considerar que a essa proposta foi uma iniciativa que fez a sociedade olhar para um “problema que antes era jogado dentro do tapete”. Pedro usa uma expressão popular para explicitar o quanto a sociedade era indiferente às precárias condições com a qual viviam os internos dos hospitais psiquiátricos.

O isolamento passou a ser um recurso necessário para retirá-lo de um estado confuso e desordenado e interná-lo numa instituição disciplinar, onde era submetido ao denominado tratamento moral (as gaiolas, as camisas de força, as camas e as cadeiras giratórias, os quartos escuros para isolamento e vigilância e o trabalho como meio disciplinar) (FOUCAULT, 2010).

Roberta, enfatiza a importância da Reforma Psiquiátrica no processo de “reinserção social”, ressaltando a afirmação do direito do usuário de conviver “dentro do seu próprio lar”. Em sua narrativa, a participante destaca que a família contribuía para esse isolamento, por ter vergonha do usuário, o que contribuiu para a existência de “cárcere dentro de sua própria casa”.

Já na subcategoria **Tratamento depois da Reforma Psiquiátrica**, os relatos dos participantes destacaram as mudanças que o novo modelo significou em termos de tratamentos e de ruptura com a estrutura hospitalocêntrica, apontando seus avanços e limites.

A reforma, reforma psiquiátrica, reforma na saúde mental.. é justamente a mudança desse modelo né.. de atenção que é de uma visão hospitalocêntrica para uma visão mais ligada ao tratamento do paciente na sua comunidade, ou seja, fundamentada no CAPS. **(Paulo, atua há 5 anos no CAPS III)**

A proposta da reforma é de não ter mais os manicômios, de retirar todo o pessoal que estavam presos nos manicômios e trazer tratamento pra eles viver junto da sociedade, pra que eles retornem pra sociedade. A reforma é isso,

devolver os direitos que foram tirados deles. **(Pedro, atua há 14 anos no CAPS III)**

A reforma psiquiátrica dentro do CAPS, pra gente ela não é só dentro do CAPS, nós procuramos leva-la pra rua onde andamos...a gente procura reinserir eles dentro da sociedade, nós procuramos mostrar pra eles que eles são seres humanos como todos.. nós já tivemos pessoas aqui que voltaram para o mercado de trabalho, e são pessoas que vieram aqui pra fazer o tratamento, que chegaram aqui desesperadas e hoje encontro elas no comercio, trabalhando em fábricas, restaurantes.. então é trazer para esse individuo o valor dele, do seu reconhecimento do eu, para que ele a ter sua autoestima **(Roberta, atua há 10 anos no CAPS III)**.

O participante Paulo considera que o termo “Reforma Psiquiátrica” refere-se a mudanças na assistência e atenção dada ao paciente. Reformou-se então, a compreensão do que seria “saúde mental”, o modo de tratar a “loucura”. Em suas palavras, a atenção dada ao paciente, que antes se pautava em uma visão “hospitalocêntrica”, mudou para uma visão mais “ligada ao tratamento do paciente na sua comunidade”, ou seja, o centro não é mais o hospital, e sim o CAPS como modelo substitutivo.

Pedro também ressalta a questão da ruptura do modelo manicomial, onde os usuários estavam “presos” e isolados da sociedade. Nesta configuração, a proposta da reforma implica em afirmar o direito do usuário à convivência em sociedade, o qual havia sido retirado com a implantação do modelo de assistência pautado na lógica manicomial. Por sua vez, a participante Roberta acrescenta que a reforma psiquiátrica investe na “reinserção social” dos usuários através da entrada dos mesmos no “mercado de trabalho”. Para ela, essa conquista possibilita algo além da afirmação dos seus direitos como cidadão, mas mostra para o usuário “o valor dele, do seu reconhecimento”, “favorecendo sua “autoestima”.

Corroborando os resultados do presente estudo, Simões et al (2013) afirmaram que a Reforma Psiquiátrica pode ser identificada como um movimento que busca questionar o modelo de atendimento centrado no hospital psiquiátrico, tanto na sua concretização em práticas assistenciais quanto nas suas configurações teóricas-conceituais, designáveis como campo do saber psiquiátrico. Busca, além disso, superar preconceitos historicamente construídos a respeito da loucura, cristalizados no imaginário social e cultural.

Nesta perspectiva, o CAPS, como estratégia de reestruturação da atenção psiquiátrica, tem demonstrado outra via de tratamento, disponibilizando atividades com finalidades terapêuticas diversificadas, com o intuito de focar a integração do usuário na comunidade e sua inserção familiar e social (BARRETO e GAUDÊNCIO,2010). No

discurso que segue, o entrevistado aborda sobre os limites da Reforma Psiquiátrica, bem como do modelo de atendimento centrado nos centros de assistência psicossocial (CAPS III):

A discussão tem que ser essa, que outros modelos poderiam ser implantados né, será que apenas o CAPS consegue resolver todas as demandas dos pacientes, então a gente tem que discutir isso. [...] Houve ganhos, houve realmente, mas, eu acho assim que o paciente tem demandas, e eu acho que na verdade, não é a gente pensar na criação de manicômios, mas a gente tem que pensar em lugares onde os pacientes que tem crises agudas dos seus transtornos mentais possam ser tratados, será que esse lugar é o CAPS [...] pensar que tem outras formas de tratamento que deve ser considerada e a gente não pode ficar apenas centrado no modelo “capstocêntrico”, porque a centralização é a mesma, a forma de centralização, agora o conteúdo é que logicamente um seria do hospital outro do CAPS **(Paulo, atua há 5 anos no CAPS III)**.

Paulo tece questionamentos em relação à adoção, na atualidade, do CAPS como modelo central na assistência a demandas em saúde mental. Argumenta que ainda é preciso discutir a questão: “será que apenas o CAPS consegue resolver todas as demandas dos pacientes?”. Ressalta que houve ganhos com a implantação do referido modelo, porém, aponta que os pacientes teriam demandas como “crises agudas”, questionando se a referida instituição seria o lugar adequado para estas situações. Em sua opinião, não seria o caso de voltar ao “modelo manicomial”, mas pensar em outros dispositivos e não centralizar o atendimento apenas em um modelo “capstocêntrico”.

A reforma psiquiátrica está articulada à produção de novos modos de subjetivação, pressupondo práticas de cuidado diversas das predominantes no modelo asilar, bem como a ruptura da lógica tutelar a ele associada. Entretanto, observa-se que as propostas de ampliação da rede têm ficado concentradas no aumento do número de CAPS, tornando-se esse o principal indicador de avanço da reforma. Esses serviços têm sido implantados sem a devida problematização acerca dos seus limites, da impregnação da burocracia, da trama das pequenas relações do cotidiano que dificultam a transformação/avanço das práticas em saúde mental (DIMENSTEIN, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi analisar as concepções de técnicos de Centro de Atenção Psicossocial CAPS-III acerca do trabalho em rede, saúde mental, adoecimento psíquico/loucura e reforma psiquiátrica. A partir dos resultados apresentados, considera-se que o objetivo foi alcançado, uma vez que a partir dos discursos anunciados foi possível destacar que os técnicos do serviço substitutivo reconhecem a importância da realização do trabalho em rede realizado entre a Atenção Básica e os serviços de saúde mental, porém discorrem sobre os entraves que dificultam a operacionalização dos encaminhamentos. Dentre os entraves, destacam-se a falta de compreensão, por parte dos profissionais das UBS, sobre as nuances relacionadas ao adoecimento psíquico, o que contribui para o preconceito e a resistência no atendimento ao usuário de saúde mental.

Em relação às construções sobre o termo “saúde mental”, em seus relatos, os técnicos apontam para uma compreensão ampla deste termo. Ressaltando que a saúde mental dos sujeitos é atravessada por aspectos subjetivos, sociais e biológicos. Os discursos apresentam afinidade com o discurso reformista, enfatizando a promoção de saúde, relacionando-se com “trabalho humanizado”, “cuidado”, “bem-estar” e “reinserção social”.

No que se refere às nomeações dadas a palavra “loucura”, os participantes criticam o uso deste termo, destacando o preconceito associado ao mesmo. Em alguns relatos, a loucura é identificada como “transtorno mais agressivo”, e o louco o que “faz coisas absurdas” transgredindo o que é instituído como “normal” pela sociedade.

Sobre a proposta da “Reforma Psiquiátrica”, é enfatizado as mudanças desencadeadas com a descentralização do modelo biomédico e organicista, que priorizava o hospital como unidade de tratamento da loucura. Em contrapartida, destaca que o modelo de atenção psicossocial centrado no CAPS enfatiza a “reinserção social” do usuário, assegurando ao mesmo o direito a integração familiar e comunitária.

Enquanto limitação do estudo destaca-se o fato da amostra ser constituída por profissionais de um único CAPS III e de um município específico, o que não permite a generalização dos resultados. Sugere-se que em estudos futuros possam ser incluídos a participação de profissionais e outros serviços ou mesmo de municípios diferentes, incluindo os de pequeno porte. Assim, ressalta-se a importância da realização de outros estudos relacionados a esta temática e público, que possa contribuir para a discussão e

aprofundamento das questões que permeiam o contexto da Reforma Psiquiátrica e a política de saúde mental.

NETWORKING, MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC REFORM: A STUDY WITH THE TECHNICAL CAPS III

Jordanya Reginaldo Henrique

ABSTRACT: It is from the articulation between primary health care and mental health than the current mental health policy in Brazil, conformed to the psychiatric reform, recommended the progressive replacement of psychiatric hospitals, which requires a network. This study aims to analyze the technical concepts of a Psychosocial Care Center CAPS-III about networking, mental health, mental illness / madness and psychiatric reform. This is a field of study, descriptive and exploratory character that will be developed through a qualitative approach. The survey was conducted in CAPS III, located in the city of Campina Grande-PB. For data collection it was used two instruments: a) sociodemographic and occupational profile questionnaire: with dealing questions about age, gender, training area, training level, if operates in other services, operating time in the mental health and the institution; b) semi-structured interview with guiding questions about the objectives of this study. From the analysis of the interviews, four thematic categories emerged: 1) development of networking; 2) Concepts of mental health; 3) Conceptions of the illness Psychic / madness; 4) Conceptions of psychiatric reform. Among other results, the participants emphasize the positive aspects and limitations of operation of networking involving CAPS III and primary care. Mental health has been defined broadly and encompassed subjective, biological, cultural and social issues of life of the subject. We conclude that the participants' perception is permeated by both beliefs that are in line with the guidelines of psychiatric reform and by negative beliefs about people in psychological distress, which makes the humanization of mental health treatment. Note also the structural limitations of the services that stand as barriers to networking operationalization process.

Keywords: Mental Health. Health Professionals. Psychiatric Reform.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMARANTE, P. (Org) **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BEZERRA, E. DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. **Revista: Psicologia Ciência e Profissão**. 28(3). p. 632-645.2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2012.

BARRETO, H. A.; GAUDÊNCIO, M. M. P. **Convivendo com a diferença**: sobre as relações interpessoais entre familiar cuidador e o portador de transtorno psíquico. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)–Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2010.

BORBA, L. de. O.; PAES, M. R.; GUIMARÃES, A. N; LABRONICI, L. M; MAFTUM. M. A. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev. Esc Enferm, USP**. V 45, p. 442-9. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica – o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília (DF); 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília-DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: OPAS, Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 236p. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de atenção básica. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica-Brasília. 110p. 2012.

BEZERRA, E. DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. **Revista: Psicologia Ciência e Profissão**. 28(3). p. 632-645.2008.

COSTA, M.L.; BERNARDES, A. G. Produção de Saúde como Afirmação de Vida. *Rev. Saúde Soc. São Paulo*, V.21, n.4, p. 822-835. 2012.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, SP, v. 13, n. 28, p. 151-64, mar. 2009.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. 1. ed., 2. Reimpressão, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

DIMENSTEIN, M. A reorientação da Atenção em Saúde Mental: Sobre a qualidade e Humanização da Assistência. **Rev. Psicologia Ciência e Profissão**, V. 24 (4), p. 112-117. 2004.

DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saúde Mental**, V.1, nº 1.2009.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Rev. Ciência e saúde coletiva**. V. 14, p. 129-138. 2009.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 9. ed. São Paulo, Perspectiva, 2010.

MACIEL, S. C.; BARROS, D. R.; CAMINO, L. F.; MELO, J. R. F. de. Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. *Rev. Temas em Psicologia*. V. 19, n. 1. P- 193-204. 2011.

MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W. F. de. A prática profissional nos Centros de Atenção psicossocial (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. *Rev. Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, V. 36, n. 95, p. 583-594, out/dez. 2012.

MINAYO, M. C. S. de. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

PEREIRA, Erica Cristina; COSTA-ROSA, Abilio. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.4, 2012.

PIMENTA, E. de S.; ROMAGNOLI, R. C. A relação com as famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Pesquisas e Práticas Psicossociais**. V. 3 (1), São João del-Rei, Ag. 2008.

RODRIGUES, E. S. da. MOREIRA, M. I. B. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.21, n-3, p.599-611. 2012.

SIMÕES, C. H. D.; FERNANDES, R. A.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O profissional de saúde mental na reforma psiquiátrica. **Rev. Estudos de Psicologia, Campinas**. V. 30 (2), p. 275- 282. 2013.

SOUSA, F. S. P de. JORGE, M. S. B. VASCONCELOS, M. G. F. BARROS, M. M. M. de. QUINDERÉ, P. H. D. GONDIM, L. G. F. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. *Physis*: **Revista de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, 21(4). p. 1579-1599, 2011.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 6, n. 1, p.73-85, jan./jun. 2001.

WAIMAN, M. A. P.; COSTA. B. da.; PAIANO, M. Percepções e atuações do agente comunitário de saúde em saúde mental. **Rev. Esc Enferm. USP**, V. 45 (5).p. 1170-1177. 2012.