



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Martinhago, Fernanda; Ferreira de Oliveira, Walter
(Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção
Psicossocial de Santa Catarina, Brasil
Saúde e Sociedade, vol. 24, núm. 4, outubro-diciembre, 2015, pp. 1273-1284
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263648014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

(Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil

(De)institutionalization: the perception of Psychosocial Care Enter professionals in Santa Catarina, Brazil

Fernanda Martinhago¹

Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. Florianópolis, SC, Brasil.
Universitat Rovira i Virgili. Programa de Doctorado en Antropología y Comunicación. Tarragona, Espanha.
E-mail: martinhagofernanda@gmail.com

Walter Ferreira de Oliveira

Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Florianópolis, SC, Brasil.
E-mail: walter.oliveira@ufsc.br

Resumo

Desinstitucionalizar é desafiar, criticar e desconstruir paradigmas. Na área da saúde, não se refere apenas a sujeitos hospitalizados, mas a diferentes atores, inclusive profissionais e familiares. Neste artigo, abordamos o tema de forma mais circunscrita, olhando a desinstitucionalização em sua relação direta, antitética, com o fenômeno da institucionalização de sujeitos acometidos de transtorno psíquico. Através de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo analisamos, com base no pensamento hermenêutico-dialético, a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Santa Catarina sobre desinstitucionalização. Foram entrevistados 12 coordenadores e aplicados questionários abertos a 24 técnicos graduados, que trabalhavam nos 12 CAPS do estado à época da pesquisa. A maioria destes profissionais conhece as propostas da desinstitucionalização, conforme apresentadas pela Política Nacional de Saúde Mental, com base no movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro, mas vê dificuldades em aplicá-las no dia a dia. Uma parte dos profissionais tem uma compreensão divergente da adotada com base na Reforma Psiquiátrica, alguns não creem em sua concretização nestas bases, e outros acreditam que estão reproduzindo o modelo manicomial. Muitos apontam que não são realizadas ações de desinstitucionalização em Santa Catarina ou o são de forma incipiente.

Palavras-chave: Desinstitucionalização; Institucionalização; Centro de Atenção Psicossocial; Reforma Psiquiátrica.

Correspondência

Fernanda Martinhago
Rua Itapiranga, 156, bloco 1, apto. 802, Itacorubi. Florianópolis, SC, Brasil. CEP 88034-480.

¹ Bolsista CAPES nº 4518/14-4.

Abstract

Deinstitutionalization implies to challenge, criticize and deconstruct paradigms. In the health field, not only refers to hospitalized patients but to other actors, including professionals and family members. In this article we discuss deinstitutionalization in its antithetical relationship with the phenomenon of institutionalization of individuals suffering from mental disorders. Through an exploratory and descriptive research study we analyzed, using an hermeneutic-dialectics approach, the perceptions of professionals working at Centers for Psychosocial Care (CAPS) in the State of Santa Catarina, southern Brazil regarding deinstitutionalization. Twelve CAPS coordinators were interviewed and an open questionnaire was applied to 24 professionals then working in the 12 state CAPS. The majority understand the idea of deinstitutionalization as presented by the National Mental Health Policy based upon the tenets of the Brazilian Psychiatric Reform movement but have difficulty in applying them in their daily practice. Some professionals use de-institutionalization and dehospitalization as synonyms and some believe that they are reproducing, in the Centers, the asylum model. Actions toward deinstitutionalization have not been taken in Santa Catarina or are feeble.

Keywords: Deinstitutionalization; Institutionalization; Center for Psychosocial Care; Psychiatric Reform.

Introdução

Na ótica da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPB), adotada pelo Ministério da Saúde em sua Política Nacional de Saúde Mental, o conceito de desinstitucionalização sustenta, epistemologicamente, um confronto entre as lógicas e éticas que fundamentam ações e saberes constitutivos, por um lado, do modelo psiquiátrico clássico e, por outro, do modo de atenção psicossocial (Oliveira, 2009). O conceito adotado pelo movimento de RPB e como proposto por Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), transcende a relação entre sujeitos internados e instituições, constituindo-se como crítica epistemológica e fundamentando a oposição a comportamentos que perpetuam relações institucionalizadas em diversos *loci*, entre eles família, comunidade, trabalho e lazer.

Desinstitucionalizar é desafiar, criticar e desconstruir paradigmas que sustentam relações viciadas. No contexto da RPB, não se refere apenas a sujeitos hospitalizados ou em situação asilar, mas a diversos atores, inclusive profissionais e familiares. Neste artigo abordamos o tema de forma mais circunscrita, olhando a desinstitucionalização em sua relação direta, antitética, com o fenômeno da institucionalização de sujeitos acometidos de transtorno psíquico.

A institucionalização da loucura

A institucionalização das pessoas acometidas de transtornos mentais marca-se, desde a Idade Média, na Europa, como processo de exclusão destes sujeitos do meio social. Datam daquele período relatos da expulsão de loucos das cidades, através de sua colocação em barcos, levados a alto mar e deixados à deriva. Surge, por esta época, o Hospital Geral, uma política social, administrando instituições destinadas a acolher, por caridade, desabrigados, pobres e doentes, a prestar assistência material e religiosa, evitar o contágio das doenças e a proteger a população das grandes epidemias. A instituição hospitalar era também o lugar para se ter os “últimos cuidados e o último sacramento”, passando por isso os hospitais a serem conhecidos como “morredouros” (Foucault, 2000).

No final do século XVIII, o hospital passa a ser visto como instrumento terapêutico, e sua prática

passa a incluir visitas e observações sistemáticas. A disciplina, parte desta reorganização, foi confiada ao médico, que se torna corresponsável pela organização hospitalar (Foucault, 2000). O hospital torna-se então laboratório de pesquisas e espaço de exames, tratamento e ensino-aprendizagem da medicina e das doenças. Desenvolve-se o hospital psiquiátrico (HP), cujo princípio terapêutico passa a ser a hospitalização integral – o isolamento e a institucionalização (Amarante, 2008).

Uma das principais funções do HP era afastar o sujeito de todas as influências externas e observar a doença pura – sua natureza, suas características, seu desenvolvimento –, fazê-la aparecer na sua verdade, considerada, sem a intervenção institucional, como aprisionada e obstruída. A hospitalização trazia consigo o potencial de, com ajuda do poder dos psiquiatras, fazer a doença emergir de uma latência, torná-la uma realidade observável, cognoscível, tratável. O HP foi então se firmando como lugar de poder psiquiátrico, de manipulação da doença e como “instituição total” (Goffman, 2001).

A instituição total é “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada” (Goffman, 2001, p. 11). São ali passadas para os internados prescrições e proibições que determinam sua conduta, as “regras da casa”, a rotina diária. Nesta forma de institucionalização o sujeito é desamparado pela sociedade e perde vínculos com as pessoas que lhe estavam próximas. Na “instituição total”, acontece a “mortificação do eu”, o sujeito perde sua individualidade, é afastado de objetos que têm ligação a algum sentimento do “eu”, é designado a viver com coisas estranhas a si (Goffman, 2001).

O HP tornou-se a instituição total onde a sociedade passou a depositar os loucos, talvez por não saber ou não desejar conviver com a loucura. Ao afastá-los do meio social, com a legitimação da psiquiatria e da ciência, reifica-se a doença mental: uma vez diagnosticado, o sujeito não terá mais legitimada qualquer forma de manifestação, tudo será atribuído à doença. Assim desacreditado e, portanto, em certo grau, desumanizado, está fadado a sofrer todos os níveis de violência institucional, inclusive o total

desrespeito por seus hábitos e por suas maneiras de pensar e agir. A internação no HP significa, para Basaglia (1985, p. 273) “estar à mercê do controle, do julgamento e dos planos dos outros, sem que o interessado possa intervir para modificar o andamento e o sentido da instituição”. Para reformar este modelo de atenção, é necessário criar condições para a transformação dessa realidade. Para isso, a doença não pode ser vista como condição única do ser humano que está doente, não pode ser seu elemento identificador. As circunstâncias em que se encontra o doente são, nesta visão, produzidas pela sociedade que o rejeita e pela psiquiatria que o gere.

As mudanças têm sido anunciadas inclusive pela própria psiquiatria, que redescobre que o retorno ao convívio social, ou seja, a liberdade, alivia o transtorno psíquico; que a existência extramuros produz uma transformação gradual na relação da pessoa adoecida com o mundo e com seu sofrimento, propicia uma nova dimensão emocional. Longe do HP, afirma Basaglia (1985), o sujeito descobre o direito a viver uma vida digna de um ser humano.

As propostas da desinstitucionalização

O alvorecer do século XX testemunhou, internacionalmente, a eclosão de um conflito entre uma psiquiatria mais identificada com os avanços científicos e progressistas da época e as instituições psiquiátricas. Os psiquiatras americanos, por exemplo, se colocaram em geral em contraposição às funções essencialmente custodiais e asilares exercidas pelos HPs e que serviam primordialmente à segurança pública e à assistência social, clamando por uma atuação mais terapêutica, que os HPs muito pouco exerciam (Grob, 1983).

No pós-guerra, avançou nos meios profissionais americanos uma intensa discussão sobre a desinstitucionalização e, paralelamente, o movimento da Psiquiatria Comunitária. Neste sentido, em termos de políticas públicas, a ideia central era passar a responsabilidade pelos pacientes internados nos HPs para as comunidades. Houve uma contínua e pronunciada migração de pacientes dos HPs para serviços comunitários e, ao mesmo tempo, uma mudança de foco da profissão de psiquiatra e uma

complexa alteração nas relações entre pacientes, psiquiatras, HPs, comunidades e governos (Grob, 1991). Os psiquiatras buscavam livrar-se da acusação de terem se tornado agentes custodiais e, ao mesmo tempo, reconhecendo esta realidade, muitos buscavam referenciar-se teoricamente na psicodinâmica e na psicanálise, tidas como contra-hegemônicas face à alegada lógica manicomial. A opinião pública, em um crescente contexto de crítica ao *establishment* passa a adotar uma atitude de hostilidade às instituições psiquiátricas. Ao mesmo tempo, as comunidades pareciam demonstrar seu desconforto com a ideia de doentes mentais invadindo seus territórios. Sob estas pressões, aliadas a fatores diversos, inclusive econômicos e ideológicos, configurou-se nos EUA um processo de desinstitucionalização mediado pelas políticas públicas de suporte à Psiquiatria Comunitária, instaurada pelo Ato dos Centros Comunitários de Saúde Mental, promulgado pelo congresso americano em 1963 (Bachrach, 1976; Grob, 1991).

A atenção, na Psiquiatria Comunitária, orientava-se pelo território, com especificação de densidade populacional (um centro para cada 75 a 200.000 habitantes), oferecendo serviços de internamento, emergência 24 horas, consultoria à comunidade, programas de hospitalização parcial, acompanhamento pós-alta e uma vasta gama de serviços para pacientes ambulatoriais, além de pesquisa e educação. No início dos anos 80, mais de 800 Centros Comunitários de Saúde Mental estavam operando, cerca de metade em áreas urbanas, com um profundo impacto sobre a atenção e sobre as profissões ligadas à saúde mental. Os HPs, entretanto, continuavam a receber a maioria dos recursos destinados pelo Estado à saúde mental (Kaplan; Sadock; Grebb, 1997).

A redução de leitos psiquiátricos foi da ordem de 560.000 para cerca de 100.000 entre as décadas de 1950 e 1990. Apesar do reconhecimento por prestigiados autores da complexidade social do fenômeno, o foco, era essencialmente na desospitalização, não se efetivando, em termos práticos, muitas outras medidas consideradas essenciais como, por exemplo, serviços de suporte para acompanhamento pós-alta. Bachrach (1976) propõe, com base em uma análise funcionalista, que o papel custodial e asilar dos HPs não foi devidamente considerado no âmbito do movimento de desinstitucionalização, o que explica

vários de seus problemas. Muitos pacientes desospitalizados passaram a receber tratamento externo, outros foram “transinstitucionalizados” em asilos transitórios, lares de idosos, clínicas psiquiátricas particulares, e muitos, ao passar por diversas outras internações hospitalares, passaram a protagonizar o fenômeno que ficou conhecido como “porta giratória”. A transinstitucionalização foi responsável pelo aumento, no mesmo período, de cerca de 140.000 leitos nestas outras instituições (Kaplan; Sadock; Grebb, 1997).

O processo de desinstitucionalização demanda compromisso com a promoção de transformações nas relações sociais, de políticas públicas incisivas e financiamento adequado. Os HPs proviam cuidado, custódia e asilo para pessoas que se encontravam desabilitadas para manter sua própria sobrevivência. Para a desinstitucionalização, o sistema de atenção à saúde mental nas comunidades teria que dar conta não só dos pacientes com apoio familiar e social, mas também daqueles que não possuíam este apoio. Necessitava-se de uma rede para além do atendimento à demanda dos transtornos, uma rede integrada com diversos órgãos de governo e não governamentais, que pudesse acolher, no seio social, esta população. A Psiquiatria Comunitária voltou-se principalmente para os serviços psiquiátricos oferecidos à comunidade, mas não houve a instauração de uma rede que cuidasse da inserção mais ampla dos pacientes na vida cotidiana das cidades, no trabalho, no lazer e em outras funções da vida social.

Assim, nos EUA, o movimento pela transformação social via saúde mental não vingou e cisões inviabilizaram necessárias negociações. As políticas se mostraram insuficientes para estabelecer novas práticas que superassem efetivamente a lógica asilar e custodial; e o financiamento jamais atendeu às necessidades do processo. O fato levou Kaplan, Sadock e Grebb (1997, p. 201) a afirmarem categoricamente que “a menos que esta situação seja revertida, a desinstitucionalização continuará sendo um fracasso da política pública”. Este fracasso redundou, nos anos 90, no enfraquecimento do movimento da Psiquiatria Comunitária e na hegemonia de um discurso, no campo, que assume peremptoriamente o abandono dos esforços conjugados para a desinstitucionalização (Anthony et al, 2002).

A Europa, no período pós-guerra, viveu outras experiências ligadas à desinstitucionalização. Na França ocorreu o movimento da Psicoterapia Institucional, a partir das experiências de Tosquelles no Hospital San Alban. Este hospital, relata Amarante (1998), tornou-se um centro de resistência ao nazismo, concentrando profissionais liberais, marxistas, intelectuais e outros agentes da sociedade, além da *intelligentzia* da resistência francesa contra a opressão nazista. Tosquelles, neste contexto de luta contra a opressão, buscou potencializar as funções terapêuticas do HP, como preconizado por Pinel e Esquirol. Balizou seu trabalho com as críticas às instituições psiquiátricas, ao poder médico e à verticalidade que caracterizava as relações institucionais. Uma marca da Psicoterapia Institucional é a ideia de que as instituições também adoecem e como tal devem ser tratadas.

A Psiquiatria de Setor, que surge na década de 1960 na França, assume como necessidade o término da exclusão das pessoas doentes mentais e preconiza seu tratamento no meio social em que vivem, colocando a internação hospitalar, quando necessária, como transitória. Considera que muitos dos problemas destas pessoas advêm de relações patológicas nos âmbitos familiar, escolar, profissional, etc.

No esquema de tratamento da Psiquiatria de Setor, o paciente deve guardar uma relação constante com o meio geográfico, político e cultural com o qual se encontra vinculado. O HP é literalmente dividido de acordo com o setor regional do paciente, que deverá ser atendido no hospital e posteriormente na comunidade, pela mesma equipe. O cuidado na comunidade é considerado, em si, um fator terapêutico.

Eventualmente, a Psiquiatria de Setor foi absorvida como política oficial de Estado e se enfraqueceu, o que pode ter acontecido por não ter o Estado conseguido superar os obstáculos também apontados na desinstitucionalização americana, devido às resistências oferecidas por profissionais, pelas comunidades e outras.

Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) tratam a desinstitucionalização como fenômeno que visa a transformação da assistência em saúde mental por meio da desconstrução das práticas institucionais psiquiátricas e da (re)construção de novas realidades. Significa primeiro compreender a dinâmica da

instituição psiquiátrica, a complexidade de suas práticas, e os saberes em que se apoia, como estes produzem entendimentos, percepções e relações, em um contexto histórico e social. Implica não só a superação dos HPs, mas uma ruptura epistemológica, uma nova concepção do fenômeno da “loucura”.

Os primeiros passos para a desinstitucionalização residem na desconstrução do paradigma problema-solução que se traduz, no campo da psiquiatria, na utilização do diagnóstico como elemento definidor do sujeito. Basaglia (1985) questiona a relação causa-efeito na análise da constituição da loucura, nega que o saber assim produzido (o saber psiquiátrico clássico) seja ciência e propõe colocar a doença entre parênteses, ou seja, olhar primordialmente para o sujeito e não para a doença, não aceitar simplesmente o que se construiu como saber sobre o sujeito a partir do diagnóstico. A doença deixa de ser o foco principal e passa a ficar “suspensa” para que se possa olhar o sujeito. É a inversão dialética do saber psiquiátrico: até então o sujeito estava entre parênteses para a psiquiatria poder olhar primordialmente para a doença, estudá-la, codificá-la e medicá-la.

Colocar a doença entre parênteses permite observar o que não necessariamente faz parte da doença, o que foi construído em torno do sujeito internado em função da institucionalização: negação da subjetividade, perda da identidade, ser usado como objeto de estudo, ser estigmatizado como perigoso, incapaz, incurável, impossibilitado de viver em sociedade. Colocar a doença entre parênteses deixa emergir o sujeito, seus sentimentos e desejos, antes encobertos pelo diagnóstico. Desinstitucionalizar é, portanto, questionar saberes, buscar novas perspectivas para o sujeito doente, não olhar mais tão só para a doença.

Nestes termos, o movimento italiano da Psiquiatria Democrática (MPD) buscou desconstruir os manicômios e reconstruir a política psiquiátrica, um trabalho de transformação, de desmontagem da relação poder-saber e de invenção de novas relações. A preocupação maior não é com a etiologia, mas com a forma de existência e expressão do sujeito que, de paciente (posição limitada e estigmatizada) torna-se cidadão com plenos direitos. No centro deste processo encontra-se o conceito de desinstitucionalização.

Para Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), a desinstitucionalização tem três aspectos fundamentais: elaboração de uma nova política de saúde mental com base nas estruturas institucionais por meio da mobilização e participação dos atores envolvidos; foco do trabalho terapêutico no enriquecimento da atividade e da existência global, complexa e concreta dos sujeitos em sofrimento; e construção de estruturas substitutivas à internação nos HPs.

A lei n. 180, de 1978, provê o fechamento dos HPs e proíbe a implantação de novos manicômios na Itália. A criação de serviços substitutivos apon- tou, então, a possibilidade de uma sociedade sem manicômios. A rede de atenção passa a ser constituída por centros de saúde mental, leitos e plantão psiquiátrico no hospital geral, e serviço psiquiátrico territorial e no interior das instituições prisionais, integrados aos serviços gerais de saúde. Os espaços dos HPs podem se destinar a outras finalidades, como cooperativas e centros de tratamento para ex-internos e dependentes químicos.

As experiências exitosas na Itália inspiraram o movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira (RPB), que se iniciou ao fim da década de 1970. Este movimento fomentou a criação de serviços substitutivos ao HP com a finalidade de prestar assistência ao sujeito com transtorno psíquico sem excluí-lo do meio social. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram inicialmente designados a organizar a rede, prestar atendimento clínico e buscar a reinserção social dos sujeitos que apresentam sofrimento psíquico (Brasil, 2004).

Este panorama nos alerta para outra questão conceitual. É possível falar em desinstitucionalização de forma absoluta? Ou seja, o conceito de desinstitucionalização implicaria em uma completa desconstrução de ambientes ou contextos institucionais? Tomamos como princípio que viver em sociedade implica em organizações e consequentemente em formas institucionalizadas de relação. As instituições constituem o suporte social e, portanto, a existência humana é pautada por institucionalizações. Neste sentido, os movimentos de desinstitucionalização buscam mudar uma situação de institucionalização opressiva para uma condição mais condizente com uma sociedade plena de direitos, justa e equitativa. Desinstitucionalizar, nestes termos, é considerar

que há sempre a necessidade de melhorar, avançar, quebrar e reconstruir padrões de institucionalização, na direção de uma totalização para maior grau de liberdade e autonomia.

Ações de desinstitucionalização no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil

A RPB propõe a reformulação do sistema assistencial, formula críticas ao paradigma psiquiátrico, propõe novas práticas e elabora propostas de transformação do modelo clássico de atenção em saúde mental. Nesta trajetória, nos parecem particularmente interessantes, do ponto de vista das ações pró-desinstitucionalização, a experiência da cidade de Santos, na década de 1980, e a Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (MS).

A experiência de Santos ocorreu a partir da intervenção do governo municipal, que fechou o HP de referência local, de natureza privada, mas que atendia, por convênio, ao serviço público, denunciado por suas péssimas condições, dos pontos de vista técnico, humano e de infraestrutura. Sob a liderança do secretário de saúde David Capistrano, este hospital foi transformado em um centro aberto de saúde mental e serviços substitutivos para prevenção da internação psiquiátrica, passando a funcionar segundo os padrões da reforma italiana. Criou-se aí o NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), cooperativas de trabalho, movimentos artísticos nos quais se inseriam os usuários do sistema e os profissionais que aderiram às ideias da reforma. Esta experiência foi posteriormente desconstruída, com as mudanças de governo municipal, mas seu impacto foi vital para as ações subsequentes.

O Ministério da Saúde (MS) promulga, ordena e regula as políticas psiquiátricas. A partir da metade da década de 1980, assumindo como objetivos a ideia da desinstitucionalização e a superação do modelo manicomial, o MS passou a privilegiar a construção de estruturas substitutivas ao HP. Desta forma, regulamentou o financiamento e a implantação de novos serviços, tendo em vista a construção de redes de atenção à saúde mental, compostas por: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços municipais com atendimento diário a pessoas com sofrimento

psíquico intenso e contínuo, com atendimento clínico e buscando a reinserção social; Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais, para o acolhimento ao sujeito em crise; Centros de Convivência e Cultura, espaços de sociabilidade e produção cultural, articuladores da cultura com o dia a dia dos sujeitos com sofrimento psíquico e sua comunidade; Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), moradias para egressos de HPs, hospitais de custódia ou outros em situação vulnerável. Estas redes devem atender às necessidades dos sujeitos com sofrimento psíquico possibilitando o convívio nos espaços urbanos e contribuindo para evitar internações. O trabalho em rede foi assumido pelo MS como padrão para o Sistema Único de Saúde e reafirmado, no campo da saúde mental, pela Portaria n. 3.088 de 2011 (Brasil, 2011), que estipula o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Além destes serviços, o MS instituiu, através da lei n. 10.708 de 2003 (Brasil, 2003), o Programa De Volta para Casa, definindo incentivos financeiros (auxílio-reabilitação) para os sujeitos que passaram por longo período internados em HPs, hospitais de custódia ou em tratamento psiquiátrico. Estabeleceu também o Atendimento à Saúde Mental na Atenção Básica – atendimento clínico e ações de promoção de saúde nas Unidades Básicas de Saúde com assessoria de Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental.

Nos diferentes níveis do poder público, as propostas ministeriais têm provocado de adesões entusiasmadas a morosidade, descaso ou resistência (Brasil, 2003). Em Santa Catarina, constituiu-se um Grupo de Trabalho (GT) de Desinstitucionalização, com participação do poder público, representantes do controle social e de vários setores. O GT apresentou ao Conselho Estadual de Saúde suas conclusões e recomendações em um relatório datado de 2011, mas o Conselho não respondeu ao Relatório e poucas ações recomendadas tiveram efetiva implementação.

O redirecionamento da assistência sacramentou-se pela lei federal n. 10.216 de 2001 (Brasil, 2001), mas a efetivação de ações favorecendo a desinstitucionalização, previstas na lei, demanda um contingente de profissionais informados e engajados no processo de

reformulação da assistência. Estas reflexões propiciaram o interesse em saber: o que os profissionais dos CAPS entendem por desinstitucionalização? Quais ações de desinstitucionalização estão, no entendimento destes profissionais, sendo de fato realizadas nos CAPS? – questões estas sobre as quais se debruçaram os autores da pesquisa relatada neste artigo.

A pesquisa sobre desinstitucionalização: procedimentos metodológicos²

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo e exploratório, considerando como campo o universo dos 12 CAPS II distribuídos em diferentes municípios de Santa Catarina, destinados à atenção psicossocial dos sujeitos diagnosticados com transtorno mental e egressos de HPs.

Realizaram-se entrevistas semiestruturadas com 12 coordenadores de CAPS e foram aplicados questionários abertos a 24 técnicos graduados, indicados pelos coordenadores dos CAPS. Considerou-se importante a participação de todas as categorias profissionais, assim como aqueles que exercem as funções de coordenador e técnico, uma vez que a interdisciplinaridade é fundamental na proposta da RPB. Os participantes são mencionados no texto como profissionais, identificados de Po1 a P35, resguardando-se sua identificação.

Os pesquisadores elaboraram como instrumento para a coleta de dados um roteiro com perguntas para a realização das entrevistas e aplicaram as mesmas questões, no formato de questionário aberto, aos técnicos. Algumas questões foram elaboradas com base no trabalho de pesquisa de Campos et al. (2008), desenvolvido nos CAPS da cidade de Campinas, São Paulo. Optou-se pelas duas técnicas – entrevista e questionário – para viabilizar a coleta de dados, uma vez que foi realizada uma visita em cada CAPS, devido à distância geográfica.

Os relatos apresentados são recortes das transcrições literais das entrevistas e das respostas dos questionários. Estes dados estão compilados de modo que não seja identificada sua origem de acordo

² Projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, processo n. 1004/367298, de acordo com a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

com a função – coordenador ou técnico –, pois este não era o objetivo da pesquisa, e sim obter um apanhado geral das percepções dos profissionais sobre a temática desinstitucionalização. Para a análise, os dados coletados foram disseminados em quatro categorias: Novos jeitos de lidar com a loucura; Divergências sobre desinstitucionalização; “EnCAPSulando”; e Supostas ações de desinstitucionalização.

Os dados foram analisados a partir da base teórica hermenêutico-dialética de Gadamer (2002), Habermas (2009) e Stein (1987), cujas propostas incluem compreender a realidade em transformação dentro de um contexto histórico. Nesta abordagem, utiliza-se a interpretação e a crítica para analisar os discursos apreendidos em sua expressividade, buscando-se também os significados dos silêncios, do não dito, tentando torná-los presentes.

O percurso analítico implicou a busca da compreensão, do consenso, das contradições, da superação dialética e aporta na interpretação, constituindo um circuito de análise, no qual surgem reflexões, críticas e sínteses, que compõem o “filtro” da pesquisa. Chega-se, portanto, a um resultado inacabado, uma conclusão momentânea, reconhecedores da constante transformação do contexto pesquisado. A partir deste processo de análise, delineou-se a categorização sob cuja ótica os resultados serão apresentados.

Resultados e discussão

Novos jeitos de lidar com a loucura

Desinstitucionalização, na visão de Basaglia (1985), significa a desconstrução do modelo hegemônico clássico e a construção de novas práticas, novos jeitos de olhar, acolher e conviver com o sujeito acometido de transtorno psíquico. Os relatos desta pesquisa revelam que profissionais dos CAPS adotam este conceito, explicitando desinstitucionalização como:

A concepção de novos saberes, rever práticas diárias de atendimento, novo conceito do tratamento psiquiátrico (P25).

Proporcionar à pessoa a possibilidade de reinserção no espaço coletivo ao qual esta pessoa pertence ou possa pertencer (P24).

A articulação de movimentos e políticas públicas que recuperem e garantam a reintegração do sujeito portador de transtorno mental na sociedade em geral, garantindo a estes seus direitos como ser humano (P23).

Possibilidade de fazer um atendimento na comunidade, mais próximo da família, onde ela possa participar do atendimento do usuário do CAPS, [...] atendimento no território (P10).

O acesso ao tratamento ambulatorial, a promoção da autonomia, a reinserção social e familiar, o desempenho das funções sociais (P20).

Atender o usuário nas suas necessidades, trabalhando a autonomia, fortalecendo as redes comunitárias (P19).

Estes depoimentos sugerem que o grau de compreensão, destes profissionais participantes da pesquisa, sobre a desinstitucionalização são congruentes com os olhares do Movimento da Psiquiatria Democrática na Itália e com o da RPB. Os profissionais parecem acreditar na construção de novas práticas em saúde, de novos jeitos de lidar com a loucura, mas dados coletados nesta mesma pesquisa mostram que esta concepção acaba ficando mais na teoria, pois a prática cotidiana dos CAPS, de modo geral, fica distante desta proposta de desinstitucionalização (Martinhago; Oliveira, 2012).

Divergências sobre desinstitucionalização

Uma situação comum é compreender a desinstitucionalização como simples desospitalização, ou seja, desinternação, o processo de retirar e tratar os sujeitos com sofrimento psíquico fora dos HPs, sem considerar a complexidade, a totalidade dimensional do processo. Este olhar pode ser, em alguns casos, bastante simplificado:

É o processo de desvinculação, (retirada) de pacientes de instituições totais tais como asilos ou manicômios, locais de internação de longa data com caráter asilar, fechado, que impedem a socialização do indivíduo (P26).

Um risco da simples desospitalização é a descontinuidade do tratamento, caso não se estabeleça

um trabalho em rede para os cuidados necessários à pessoa que estava internada. O benefício visado, nesta situação, é estar livre do manicômio, mas isso pode se revelar ilusório sem o suporte do trabalho em rede, facilitando a volta à internação, o conhecido fenômeno da “porta giratória”. Outro problema provocado pela sinonímia entre desinstitucionalização e desospitalização é a “transinstitucionalização”, a transferência dos internos dos manicômios para – ou sua vinculação inadequada com – asilos, albergues e outras instituições, inclusive hospitais gerais. Um dos profissionais pesquisados ilustra esta situação, ao explicar que desinstitucionalização significa:

A não mais internação do paciente em hospitais psiquiátricos, seria a internação em hospitais gerais (P02).

Alguns profissionais não acreditam na desinstitucionalização. A ideia de que os leitos em hospitais gerais precisam dar conta da demanda existente nos HPs torna inviável, para eles, o fim destas instituições. Reitera-se aí uma divergência de concepção, ao pensar nos leitos de hospitais gerais como simples opção de transferência dos internos, mas na mesma lógica de manutenção da internação, ou seja, nos mesmos termos manicomial, de exclusão e institucionalização total. Os leitos psiquiátricos em hospitais gerais constituem um recurso para auxiliar no tratamento, caso se precise de internação breve, a qual deve ser vista como recurso terapêutico último. Desinstitucionalizar é buscar o cuidado preferencialmente fora de qualquer hospital e somente em situações de crise severa lançar mão da internação, aí considerando o hospital geral como primeira opção.

Um profissional relata que no seu CAPS a demanda é muito grande, a equipe está aprendendo o que é desinstitucionalização e, mesmo com todas as dificuldades, evitam ao máximo enviar os usuários para internação no HP:

Nós estamos aprendendo com o IPq [Instituto de Psiquiatria de SC, HP do Estado], não podemos mandar qualquer coisa, na marra, [...] o IPq aperta o cerco, nós nos obrigamos ao máximo evitar esta ida, porque senão o IPq manda de volta (P11).

Aparece neste relato uma contradição, o HP ensinando o CAPS sobre desinstitucionalização, o que pode ser, por um lado, explicado pela participação deste hospital em iniciativas de desinstitucionalização, como no GT de Desinstitucionalização de Santa Catarina, e em eventos em que o tema vem sendo efetivamente tratado. É digno de nota, por outro lado, o despreparo dos profissionais de saúde mental, denunciando falta de formação, de capacitação e de qualificação para o exercício das funções esperadas no CAPS.

A pesquisa nos revelou que o processo de desinstitucionalização enfrenta sérios problemas éticos. Uma participante relatou que, em seu município, o Conselho Municipal de Saúde articulava para que um hospital geral que se encontrava em dificuldades financeiras se tornasse “referência” para transtornos psiquiátricos. Não usavam, entretanto, esta terminologia, para não caracterizar a instituição como para fins psiquiátricos. E afirma:

Aqui tem quase que uma contracultura à desinstitucionalização (P10).

Os discursos vão mostrando articulações para a continuidade do modelo psiquiátrico tradicional, um fortalecimento da resistência, da “contracultura à desinstitucionalização”. Profissionais que, em tese, trabalham para tornar mais efetivo um novo modelo de cuidado e assistência, nos moldes psicossociais, revelam-se céticos ou francamente desfavoráveis as ações de desinstitucionalização, ou simplesmente não acolhem o conceito conforme proposto pelo movimento pela RPB. Na perspectiva deste movimento, o ceticismo, o despreparo, as articulações impróprias, fazem com que a política de saúde mental se distancie, prejudique sua integração com o movimento pela saúde como um todo, exacerba uma tendência ao isolamento, restringe o movimento de RPB a núcleos envolvidos unicamente com a atenção em saúde mental.

“EnCAPSulando”

Uma das perguntas de nosso questionário e de nosso roteiro de entrevista, “O que você entende por desinstitucionalização?”, provocou respostas relacionadas diretamente e imediatamente às relações dos CAPS com os serviços ou com processos de trabalho nos

HPs. O termo “enCAPSulando” apareceu no relato de um profissional para expressar a transinstitucionalização dos usuários no CAPS:

Parece que a gente agora está “enCAPSulando”, queriam tirar a desinstitucionalização dos manicômios, passou para o CAPS e daí a gente estava muito fechado em CAPS, tanto que agora a gente está buscando outras formas de atendimento [...] o trabalho do CAPS para estar colocando estas pessoas nas ruas, para que elas consigam viver sem o estigma [...] de ter passado por um manicômio (Po4).

A expressão usada, “tirar a desinstitucionalização dos manicômios”, revela uma confusão terminológica e conceitual, talvez um ato falho, traduzindo uma transferência da realidade manicomial ou parte dela para o CAPS. Antes, falava-se apenas em ações de desinstitucionalização incidindo sobre os manicômios, atualmente é manifestada a necessidade de que essas ações incidam também sobre os CAPS. Aparece no relato de outros profissionais, como um grande desafio, a ideia de desinstitucionalizar os usuários nos CAPS. O que implica reconhecer que a lógica manicomial atinge o funcionamento dos CAPS, favorecendo a institucionalização dos usuários.

Eu encontrei o CAPS num modelo cronificante, num modelo em que as pessoas eram mantidas aqui desde que elas ingressavam, elas iam ficando, não tinha uma sistemática de avaliação do quadro daquele usuário, se houve evolução, se houve retrocesso. A evolução e o retrocesso eram percebidos mais na consulta médica, retirando ou colocando medicamento ou indo para internação (Po7).

Alguns relatos sobre o cotidiano dos usuários deste CAPS lembram as histórias dos HPs:

Eles ficavam no pátio, fumando, fumando, os cinzeiros eram umas latas que viviam cheias de ponta de cigarro. [...] Dava impressão que o CAPS virou uma lixeira, o que não presta lá fora se coloca aqui dentro, e vai ficando (Po7).

Nesta ótica, o CAPS não conseguiu, ainda, deixar de ser mais um serviço estigmatizante:

O fulano frequenta CAPS, ele é louco, ele é doente mental, ele perdeu a autonomia [...]. Então, CAPS também rotula, nós precisamos manter eles aqui o mínimo de tempo possível, 10 anos é institucionalizado (Po7).

Aparece outra contradição: práticas e histórias nestes CAPS se assemelham às dos manicômios. Estes CAPS também institucionalizam, embora seu projeto fundamental seja o da desinstitucionalização. São dispositivos com função substitutiva aos manicômios, criados justamente para desinstitucionalizar.

A percepção da necessidade de desinstitucionalizar os usuários dos CAPS acopla-se com a consciência de que práticas desenvolvidas nestes CAPS institucionalizam os usuários. Este reconhecimento da realidade é um indicativo de que é oportuno e necessário resgatar e aprofundar a discussão sobre o inventar, o transformar, buscar novos jeitos de intervenção.

Supostas ações de desinstitucionalização

As questões desta pesquisa relacionadas a ações de desinstitucionalização provocaram reflexões sobre o acompanhamento da equipe do CAPS ao usuário que necessita de internação, ou àquele que está há longo tempo interno no HP e precisa ser reinserido no contexto familiar e social; sobre o suporte e o acompanhamento, pela equipe, aos familiares e outras pessoas significativas ligadas aos usuários; sobre a relação entre as equipes dos CAPS e dos hospitais onde os usuários são internados; e sobre outros projetos, desenvolvidos nos municípios, voltados para a desinstitucionalização.

Apareceram relatos de profissionais dizendo que não é possível colaborar no acompanhamento dos usuários durante o período de internação nos hospitais, em virtude das limitações da estrutura dos CAPS, inclusive falta de transporte e número insuficiente de profissionais, e da dificuldade de acesso dos profissionais do CAPS aos hospitais. Outro fator que impede o acompanhamento é a falta de entrosamento das equipes de CAPS com as de HPs e gerais. O contato limita-se a telefonemas para solicitar internação, encaminhamento do hospital para o CAPS e informações quando ocorre alta da internação.

Quanto aos familiares ou pessoas próximas, os CAPS costumam buscar alternativas para que estes apoiem o tratamento dos usuários. Tarefa difícil, segundo os profissionais, pois muitas famílias estão cansadas de enfrentar as situações propiciadas pela vivência cotidiana com o usuário com transtorno psíquico grave e acabam deixando a totalidade do tratamento por conta do CAPS. Quando buscam ajuda no CAPS, em função da internação ou das dificuldades de lidar com o sujeito em crise, os familiares podem ser atendidos no próprio serviço. Os trabalhos com grupos de familiares são mencionados como atividades que possibilitam o contato dos profissionais com as famílias, no entanto, há muita rotatividade nestes grupos, o que dificulta atingir o objetivo de aproximar a família do tratamento.

Muitas pessoas, devido ao longo período de internação, tornaram-se moradores de HPs, realidade bem conhecida pelos profissionais dos CAPS. Os projetos de desinstitucionalização, em geral, buscam a responsabilização dos municípios pelo retorno destas pessoas a seus lugares originais de moradia, o que, na visão da maioria dos profissionais pesquisados, não é possível. Os municípios quase sempre não se dispõem a realizar ações visando o retorno destas pessoas, dizem os profissionais, por vários motivos, entre eles: falta de vínculo dos internos com os familiares, a maioria das famílias não é encontrada, os municípios não possuem Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e não apresentam outra estrutura para possibilitar a desinstitucionalização destes sujeitos. Em apenas um município visitado durante a pesquisa estava prevista a implantação de SRT. Quanto aos outros dispositivos para compor a rede de atenção à saúde mental, alegam os profissionais, o Estado não oferece recursos ou incentivos, o que resulta na ausência de centros de convivência, cooperativas, espaços que contribuam para o desenvolvimento da autonomia e reinserção social.

A percepção por parte dos profissionais é de que não há ações para propiciar a desinstitucionalização dos internados em HPs, nem para os egressos ou outros usuários dos serviços de saúde mental. O investimento em dispositivos necessários para que ocorra a desinstitucionalização é percebido como distante da realidade da maioria dos municípios.

Considerações finais

A maioria dos profissionais pesquisados conhece a ideia de desinstitucionalização como proposta pelo movimento da RPB, e nenhum se manifestou contra suas propostas, mas no cotidiano dos CAPS encontram muitas dificuldades para colocá-las em prática. Há profissionais com uma compreensão divergente sobre desinstitucionalização, entendendo-a como mera desospitalização. Alguns não acreditam que esta estratégia possa se realizar. Estas constatações, inclusive no que tange à falta de confiança na condução dos processos políticos e administrativos e à falta de motivação para nele participar ativamente, são preocupantes para o progresso da atenção psicossocial em Santa Catarina.

A revelação de que a desinstitucionalização nos CAPS é um grande desafio para os profissionais mostra uma contradição fundamental, uma vez que estes serviços foram criados na perspectiva da RPB sobre a desinstitucionalização. Os próprios profissionais relataram que se sentem reproduzindo o modelo manicomial.

Ações de desinstitucionalização em Santa Catarina não são realizadas ou o são de forma incipiente. As perspectivas dos sujeitos ainda internados em HPs de chegarem a viver fora das dependências da instituição psiquiátrica são, no momento, ínfimas.

Referências

- AMARANTE, P. D. C. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ensp, Fiocruz, 1998.
- AMARANTE, P. D. C. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- ANTHONY, W. et al. *Psychiatric rehabilitation*. 2. ed. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, 2002.
- BACHRACH, L. L. *Deinstitutionalization: an analytical review and sociological perspectives: report no. DHEW-ADM-76 -351*. Rockville: National Institute of Mental Health: DHEW, 1976.
- BASAGLIA, F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e

os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, de 9 abr. 2001. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, de 8 ago. 2003. Seção 1, p. 3.

BRASIL. *Legislação em saúde mental 1990-2004*. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de dezembro de 2011. Estipula o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, de 26 dez. 2011. Seção 1, p. 230-232.

CAMPOS, R. O. et al. (Org.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

GADAMER, H. G. *Verdade e método II: complementos e índice*. Petrópolis: Vozes, 2002.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2001.

GROB, G. N. *Mental illness and American society 1875-1940*. Princeton: Princeton University, 1983.

GROB, G. N. *From asylum to community: mental health policy in modern America*. Princeton: Princeton University Press, 1991.

HABERMAS, J. *A lógica das ciências sociais*. Petrópolis: Vozes, 2009.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

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

OLIVEIRA, W. F. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 48-61, 2009.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-58.

STEIN, E. Dialética e hermenêutica: uma controvérsia sobre método em filosofia. In: HABERMAS, J. *Dialética e hermenêutica: para crítica da hermenêutica de Gadamer*. Porto Alegre: L&PM, 1987. p. 21-48.

Contribuição dos autores

Martinago realizou a pesquisa e trabalhou em todas as etapas da elaboração do artigo. Oliveira orientou a pesquisa, trabalhou na elaboração e revisão do texto.

Recebido: 23/06/2014

Reapresentado: 08/10/2014

Aprovado: 13/11/2014