UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CHRISTINE WETZEL

**Avaliação de serviço em saúde mental:
a construção de um processo participativo**

Ribeirão Preto

- 2005 -

CHRISTINE WETZEL

**Avaliação de serviço em saúde mental:
a construção de um processo participativo**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica
Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o
doente, a doença e as práticas terapêuticas

Orientadora: ***Prof^a Dr^a Luciane Prado Kantorski***

Ribeirão Preto

- 2005 -

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, para qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo ou pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Wetzel, Christine

Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo. Ribeirão Preto, 2005.

290 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Kantorski, Luciane Prado.

1. Avaliação de serviços. 2. Saúde mental. 3. Reforma Psiquiátrica.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Christine Wetzel

Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para a obtenção do título de
Doutora.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Aprovado em:

Banca Examinadora

Dra. Luciane Prado Kantorski (orientadora)

Instituição: _____ Assinatura: _____.

Dr. _____.

Instituição: _____ Assinatura: _____.

Dr. _____.

Instituição: _____ Assinatura: _____.

Dr. _____.

Instituição: _____ Assinatura: _____.

Dr. _____.

Instituição: _____ Assinatura: _____.

OFEREÇO este trabalho aos **trabalhadores, usuários e familiares do CAPS Castelo,** meus parceiros na trajetória dessa pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Luciane Prado Kantorski**, pelo acolhimento, amizade e paciência, respeitando o meu tempo de amadurecimento e produção. Superados os medos da transição de amiga à orientadora, teve a sensibilidade e generosidade de ser, o tempo inteiro, uma grande amiga/orientadora, mostrando que é possível constituir relações sem papéis estáticos e cristalizados.

Aos meus pais, **Winno e Gertrud**, pelo apoio e disponibilidade, cuidando de mim e do meu filho Gabriel sempre que foi necessário para que pudesse ter condições de realizar esse trabalho.

Ao meu filho **Gabriel**, que me acompanhou na trajetória do doutorado, sempre aberto às mudanças em nossa vida que se fizeram necessárias nessa caminhada.

Aos **professores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto** que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desse trabalho.

Aos **funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto** que sempre me apoiaram (mesmo de longe). Em especial à Adriana, que equilibra profissionalismo com aquela gentileza e carinho que tão bem fazem às “estrangeiras”.

Aos meus colegas de disciplina: **Adriana, Agnes, Baltasar, Eglê, Jorge e Regina** pelo incentivo para que eu procurasse a minha qualificação.

Às minhas amigas especiais do doutorado, **Ieda e Regina**, com quem compartilhei essa aventura que foi a nossa passagem em Ribeirão Preto.

À **Ana Paula, Valéria e Vera**, minhas queridas amigas pelotenses, com quem descobri o Jara e me tornei mais uma jarista. À **Cristina**, minha amiga e interlocutora, sempre me instigando a sair de uma certa acomodação “acadêmica”.

À **CAPES** pela bolsa PICDT.

Versos Íntimos

Vês?! Ninguém assistiu ao formidável

Enterro de tua última quimera.

Somente a Ingratidão - esta pantera –

Foi tua companheira inseparável!

Acostuma-te à lama que te espera!

O Homem, que, nesta terra miserável,

Mora, entre feras, sente inevitável

Necessidade de também ser fera.

Toma um fósforo

Acende teu cigarro!

O beijo, amigo, é a véspera do escarro,

A mão que afaga é a mesma que apedreja.

Se a alguém causa inda pena a tua chaga,

Apedreja essa mão vil que te afaga,

Escarra nessa boca que te beija!

Augusto dos Anjos

RESUMO

WETZEL, Christine. **Avaliação de serviço em saúde mental**: a construção de um processo participativo. 2005. 290 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

Este estudo trata da avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um serviço supostamente funcionando nos moldes apregoados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, a qual, atualmente, na sua vertente assistencial, é marcada pela implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. A proposta da avaliação centra-se no microespaço e no cotidiano do serviço e ocorre mediante a participação da equipe, usuários e familiares. Trata-se de uma avaliação qualitativa, mediante a qual se busca apreender a dinâmica do serviço, a forma como os atores interagem e os sentidos que constroem em relação à própria prática; uma avaliação que também possa ser dispositivo, permitindo, mediante um processo participativo, que grupos de interesse ampliem a possibilidade de intervir na realidade do serviço, e que possam ser sujeitos, uma vez que em metodologias tradicionais estão excluídos. A Avaliação de Quarta Geração, desenvolvida por Egon G. Guba e Yvona S Lincoln juntamente com o Método Paidéia, desenvolvido por Gastão Wagner de Sousa Campos, foram norteadores do processo teórico-metodológico da pesquisa. Os instrumentos de coleta de dados foram entrevistas com equipe, usuários e familiares e observação. As questões que emergiram no processo avaliativo foram agrupadas em três núcleos temáticos: dimensões do objeto de trabalho, equipe, práticas e os meios de trabalho. Foi constatado que, mesmo que o serviço pareça ser um substitutivo para o atendimento no hospital psiquiátrico, tanto fatores externos, relacionados às políticas locais de saúde mental, quanto fatores internos, relacionados ao cotidiano do serviço, impedem que isso se efetive.

ABSTRACT

WETZEL, Christine. **Evaluation of mental health service:** the construction of a participation process. 2005. 290 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

This study is about the evaluation of a Center of Psychosocial Care (CAPS), a service supposed to work according to the patterns divulged by the Brazilian Psychiatric Reform which, currently, in its assistance trend, is marked by the implantation of services intended to replace the psychiatric hospital. The evaluation proposal is centered in the micro space and in the day-to-day of the service and is performed by means of the participation of the team, the users and family members. It is about a qualitative evaluation, by means of which one searches to grasp the dynamics of the service, the way how the actors interact and the directions that they construct in relation to the practice itself; an evaluation that can also device, allowing, by means of a participation process, that interest groups broaden the possibility of intervening in the reality of the service and that they may become subjects, considering that in traditional methodologies, they are excluded. The Evaluation of Fourth Generation, developed by Egon G. Guba and Yvona S. Lincoln, together with the Paidéia Method, developed by Gastão Wagner de Sousa Campos, guided the theoretical-methodological process of the research. The instruments for the collection of data were interviews with the team, users and family members as well as observation. The issues that emerged over the evaluation process were grouped in three central themes: dimensions of the work object, the team, practices and the working means. It has been noticed that, even though the service seems to be a replacement for the attendance in the psychiatric hospital, both external factors, related to the local policies of mental health, and internal factors, related to the day-to-day of the service, prevents it from becoming effective.

RESUMEN

WETZEL, Christine. **Evaluación de servicio en salud mental:** la construcción de un proceso participativo. 2005. 290 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

Este estudio trata acerca de la evaluación de un Centro de Atención Psicosocial (CAPS), un servicio que se supone funciona en los moldes divulgados por la Reforma Siquiátrica Brasileña, la cual, actualmente, en su vertiente asistencial, es marcada por la implantación de servicios que sustituyen al hospital siquiátrico. La propuesta de la evaluación ciente en el microespacio y en el cotidiano del servicio y ocurre por medio de la participación del equipo, de los usuarios y familiares. Tratase de una evaluación cualitativa, mediante la cual uno busca aprehender la dinámica del servicio, la forma como los actores obran recíprocamente y los sentidos que construyen en relación a la propia práctica; una evaluación que también pueda ser uno dispositivo, permitiendo, al través de un proceso participativo, que grupos de interés amplíen la posibilidad de intervenir en la realidad del servicio y que puedan ser sujetos, una vez que en metodologías tradicionales ellos están excluidos. La Evaluación de Cuarta Generación, desarrollada por Egon G. Guba e Yvona S. Lincoln, junto con el Método Paidéia, desarrollado por Gastão Wagner de Sousa Campos, condujeron el proceso teórico-metodológico de la investigación. Los instrumentos de la colecta de los datos fueron entrevistas con el equipo, usuarios y familiares además de observación. Las cuestiones que emergieron en el proceso evaluativo fueron agrupadas en tres núcleos temáticos: dimensiones del objeto de trabajo, equipo, prácticas y los medios de trabajo. Fue constatado que, mismo que el servicio parezca ser un sustitutivo a la atención en el hospital siquiátrico, tanto factores externos, relacionados a las políticas locales de salud mental, como factores internos, relacionados al cotidiano del servicio, impiden que esto se efective.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	19
1.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A EMERGÊNCIA DOS NOVOS SERVIÇOS.....	23
1.2 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	40
1.3 CAMPO DA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS: ASPECTOS GERAIS.....	50
1.4 AVALIAÇÃO: QUESTÕES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS.....	52
2. CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	71
2.1. AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO.....	73
2.1.1. Enfoque responsivo.....	74
2.1.2. Metodologia construtivista.....	75
2.1.3. Processo hermenêutico-dialético.....	81
2.2. MÉTODO DA RODA.....	85
2.3. O CAMPO E SEUS INSTRUMENTOS.....	93
2.3.1. Local do estudo.....	93
2.3.2. Coleta de dados.....	100

2.3.3. Aplicação prática.....	109
2.3.3.1. Contato com o campo.....	110
2.3.3.2. Organização da avaliação.....	111
2.3.3.3. Identificando os grupos de interesse.....	113
2.3.3.4. Desenvolvendo construções conjuntas.....	115
2.3.3.5. Ampliando as construções conjuntas.....	116
2.3.3.6. Preparando a apresentação das questões para os grupos de interesse.....	118
2.3.3.7. Realizando os grupos.....	120
2.4. ANÁLISE DOS DADOS.....	122
2.4.1. Identificação de unidades de informação.....	123
2.4.2. Identificação dos núcleos temáticos.....	124
3. TRAJETÓRIA DO SERVIÇO.....	128
3.1. O INÍCIO.....	129
3.2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	136
3.3. A CONSTITUIÇÃO DA POLÍTICA MAIS AMPLA.....	137
3.4. NOVAS ESTRATÉGIAS NA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA E TECNOLOGIAS DE CUIDADO.....	139
3.5. A CRISE.....	153

3.6. O CORTE DAS HORAS EXTRAS.....	158
3.7. A RESISTÊNCIA: A IDA PARA O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	162
3.8. 11 DE SETEMBRO: DE VOLTA AO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.	169
4. RESULTADO DO PROCESSO AVALIATIVO.....	183
4.1 DIMENSÕES DO OBJETO DE TRABALHO.....	189
4.1.1. Integralidade.....	189
4.1.2. Velhos e novos crônicos – os enCAPSulados.....	192
4.1.3. A relação com o Hospital Psiquiátrico.....	199
4.1.4. Inserção da família.....	205
4.2. EQUIPE.....	209
4.2.1. Restrição ao núcleo como defesa.....	209
4.2.2. Funcionamento e organização da equipe – as divisões.....	218
4.2.2.1. Os técnicos e o pessoal de apoio.....	219
4.2.2.2. Técnicos da área da saúde e técnicos de outras áreas.....	225
4.2.2.3. Os antigos e os novos.....	230
4.2.3. Organização da equipe no sistema público de saúde: autonomia ou permissividade.....	236
4.2.4. Espaço de formação de núcleos identitários e de campos de formação de compromisso e de contratos.....	237
4.3. AS PRÁTICAS E OS MEIOS DE TRABALHO.....	242

4.3.1. Os encastelados.....	242
4.3.2. Atividades como espaços de constituição de sujeitos.....	247
4.3.3. Relação como técnica: escuta e acolhimento.....	251
4.3.4. Reprodução do manicômio: as regras, os maus tratos e o fechamento dos espaços.....	254
4.3.5. Acolhimento como estratégia de organização do serviço.....	259
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	264
REFERÊNCIAS.....	268
ANEXOS.....	276

APRESENTAÇÃO

O interesse no estudo de serviços de saúde mental tem as suas origens no que foi sempre a característica da trajetória profissional da pesquisadora: o envolvimento com a prática no campo da saúde mental. Uma prática difícil, contraditória, mas extremamente rica em sínteses provisórias. Essa prática deu-se em diferentes espaços, tendo como objetivo a assistência, o ensino e a pesquisa, possibilitando contato com diferentes serviços e equipamentos: comunidade terapêutica, unidade de internação psiquiátrica em hospital geral, ambulatório de psiquiatria, hospital psiquiátrico e Centros de Atenção Psicossocial. Essas experiências possibilitaram o contato tanto com o que existe de pior na assistência em saúde mental, como com a concretização de propostas que mostraram a Reforma Psiquiátrica como uma possibilidade concreta.

O mestrado possibilitou alguns *insights* e trouxe questões que foram amadurecendo no posterior retorno à prática: Os novos serviços propiciam uma maior adequação no atendimento às demandas dos usuários e suas famílias? Como se dá o convívio entre os atores envolvidos? Ocorreram mudanças na relação entre equipe e usuário? Para uma aproximação dessas questões, surge, como possibilidade, o campo da avaliação de serviços.

Na construção deste estudo, a diversidade existente no campo da avaliação levou a um caminho árduo: em um primeiro momento procura-se explorar o campo da avaliação como um todo, tanto através de publicações sobre as suas bases teórico-metodológicas como através de pesquisas avaliativas efetivamente realizadas. A abordagem quantitativa é predominante nos estudos avaliativos e, apesar de indicarem a necessidade do enfoque qualitativo, dão poucas contribuições concretas em relação a um caminho teórico- metodológico.

A proposta de um processo que pudesse, também, funcionar como um dispositivo de transformação, de potencialização e envolvimento dos atores, em uma abordagem compreensiva, parecia fugir dos parâmetros do que poderia ser considerada uma pesquisa avaliativa.

A primeira ‘luz no fim do túnel’ surgiu ao realizar-se uma disciplina com o Professor Gastão Wagner de Sousa Campos, que desenvolveu uma metodologia de gestão de coletivos, o Método da Roda, articulando teorias e práticas diversas: materialismo histórico, psicanálise, pedagogia, análise institucional, na busca de um método de gestão que criasse sínteses e que tivesse potencial de transformação, através da potencialização de grupos-sujeitos, tendo como ponto fundamental o seu caráter anti-Taylor¹. Essa disciplina possibilitou sair das abordagens tradicionais e lidar com uma certa heterodoxia de conceitos, sem a sensação de estar praticando uma heresia.

¹ Taylor cria um estilo de governar que, em seus princípios gerais, ainda não foi superada: a disciplina e o controle continuam sendo o eixo central dos métodos de gestão. “A racionalidade gerencial hegemônica produz sistemas de direção que se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria. Esses sistemas, mais do que comprar a força de trabalho, exigem que os trabalhadores renunciem a desejos e interesses, substituindo-os por objetivos, normas e objeto de trabalho alheio (estranhos) a eles” (CAMPOS, 2000a:23).

O segundo momento, complementar a esse, deu-se no contato com o artigo de Furtado (2001a) e, posteriormente, com sua tese de doutorado (FURTADO 2001b) em que, na avaliação de um serviço de atendimento domiciliar, utiliza a proposta de Avaliação de Quarta Geração, desenvolvida por Guba e Lincoln (1989) e o Método da Roda, favorecendo a utilização dos resultados do processo avaliativo e a capacitação e desenvolvimento dos grupos de interesse, integrando a avaliação responsiva ao paradigma construtivista.

A partir disso, constituiu-se a proposta deste estudo: uma avaliação em uma abordagem qualitativa, em que se busca apreender uma face dos serviços que não pode ser mensurada: o cotidiano de seus atores, seus dilemas, suas relações, enfim, a forma como constroem a prática e se constroem como seus sujeitos. Processo de avaliação este em que avaliador, trabalhadores, usuários, enfim, todos os envolvidos possam potencializar o seu poder de intervenção.

No primeiro capítulo, realiza-se uma delimitação do problema de pesquisa, abordando e discutindo a emergência dos novos serviços no contexto da Reforma Psiquiátrica e a avaliação de serviços dentro desse contexto. Apresenta também o campo da avaliação de serviços de uma forma mais ampla e questões conceituais e metodológicas a ele relacionadas.

No segundo capítulo, descreve-se o caminho teórico-metodológico percorrido neste estudo: a Avaliação de Quarta Geração e o Método da Roda, e a delimitação dos instrumentos da coleta e tratamento dos dados empíricos.

No terceiro capítulo, apresenta-se a trajetória do serviço desde a sua

criação, além de alguns aspectos relacionados ao contexto onde se insere.

No quarto capítulo, discute-se o resultado do processo avaliativo, no qual as questões que surgiram, a partir da pesquisa, encontram-se agrupadas em três núcleos temáticos mais amplos. No primeiro – dimensões do objeto de trabalho – discutem-se questões relacionadas à integralidade, aos velhos e novos crônicos, às crises e à inserção da família. No segundo núcleo temático – equipe – as questões são relacionadas ao papel profissional, ao funcionamento e organização da equipe e ao espaço de formação de núcleos identitários e de formação de compromissos e de contratos. No terceiro núcleo temático – as práticas e os meios de trabalho – têm-se as seguintes questões: os encastelados, atividades do cotidiano como espaço de constituição de sujeitos, relação como técnica, reprodução do manicômio e o acolhimento como estratégia de organização do serviço.

Tendo como referência os capítulos descritos acima, são apresentadas algumas considerações que encaminham para a reconstrução permanente da prática assistencial na saúde mental.

1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Toda investigação da realidade tem como ponto de partida um interesse de conhecimento, de saber. Nenhum interesse de conhecimento pode ser resolvido na forma como se manifestou espontaneamente à mente do investigador e formulado como tema de investigação. Qualquer interesse precisa ser delimitado, concretizado, para ser acessível à indagação científica.

O objeto de investigação é o fenômeno real, objetivo, que existe no universo de maneira independente do interesse de conhecimento, es una parcela (un espaço) de la realidad, en la cual se concentra nuestro interés de conocimiento y que no puede explicarse en forma inmediata o sin utilización de la teoría (DIETERICH, 1997, p.85).

Partindo-se dessa concepção, para fundamentar a construção do objeto desta investigação, entra-se em um campo complexo e heterogêneo: a avaliação de um serviço supostamente funcionando nos moldes apregoados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, a qual, atualmente, na sua vertente assistencial, é marcada pela implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e, entre eles, em destaque, os chamados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estas modalidades de atendimento, implantadas em vários municípios como proposta de mudança do foco de um sistema hospitalocêntrico para um sistema comunitário de saúde

mental, têm, como principal meta, a inclusão social do portador de sofrimento psíquico.

As diretrizes políticas oficiais estão em conformidade com os princípios mudancistas, porém, a sua concretização, via serviços, é heterogênea e não se pode, ainda, vislumbrar que elas tenham superado o sistema asilar. Mudanças como as que ocorreram na legislação, na construção do conhecimento, na conformação dos serviços e equipes, entre outras, ainda não operaram como substitutivos ao sistema asilar, ou porque convivem ‘pacificamente’ com as instituições psiquiátricas tradicionais, ou porque, mesmo sendo serviços abertos, a lógica de suas práticas não difere muito das anteriores.

Interesses em jogo, tanto no plano internacional quanto em ações locais, têm colocado várias dessas experiências ao sabor de governos nos quais a visão conservadora da psiquiatria domina. O interesse econômico dos donos de hospitais e da indústria farmacêutica mistura-se à indecisão das prefeituras em assumir, de fato, o poder local (CAMPOS F. C. B, 2000).

Apesar disso, essas transformações provocaram impacto, tanto no imaginário quanto no concreto da sociedade brasileira. Se o processo ainda não está completo, o retorno ao modo anterior também não será mais possível. Os ‘espaços de possibilidade’ têm que ser construídos e aperfeiçoados como estratégia para a mudança.

A proposta da avaliação deste estudo centra-se no microespaço e no cotidiano dos atores envolvidos. Por isso, precisa levar em conta a complexidade e a diversidade das práticas desenvolvidas pelos sujeitos, em que aspectos técnicos têm a sua relevância compartilhada com os

relacionais, políticos, econômicos, entre outros, e que sofrem influências do contexto onde estão inseridas.

Entende-se que o olhar para essas práticas cotidianas só é possível frente a todas as mudanças que ocorreram no Brasil e no mundo nas últimas décadas e que, no seu conjunto, criam possibilidade para sua transformação. Mas a transposição das transformações mais amplas às práticas não ocorre de forma espontânea, como mostram algumas experiências. Torna-se necessário que se criem mecanismos estratégicos que atuem como dispositivos e que possam potencializar essas mudanças.

Por outro lado, o desenvolvimento de novos espaços, dentro de outra lógica, dará força para transformações mais amplas e, ao se trabalhar com investigações que avaliem a operacionalização de novos equipamentos de atenção em saúde mental, constroem-se parâmetros para o (re)direcionamento das ações, constituindo-se, também, uma estratégia para influenciar as políticas públicas dessa área.

Mas, qual o objetivo da avaliação? Ela não visa apenas estabelecer-se como um julgamento para determinar a continuidade ou não de um programa ou buscar relações de causalidade, mas a proposta é introduzir esse processo no seu sentido formativo, como potencializador das práticas no serviço substitutivo, e, desta forma, como um dos possíveis dispositivos de mudança. Também não se buscam generalizações. Em um país tão extenso, com tantas diversidades, essa idéia não é possível a partir do enfoque proposto.

Campos (1999) afirma que, em programas mais objetivos, com pouca influência da subjetividade e do contexto histórico e social, o resultado da

avaliação pode representar um julgamento próximo da verdade, citando, como exemplo, a avaliação da eficácia de uma vacina. Quando o método avalia aspectos nos quais a subjetividade e a política estão muito envolvidas, tende a produzir verdades relativas e situadas, devendo-se, portanto, ter cuidado ao generalizar os resultados da avaliação de programas sociais. O autor cita o exemplo de estudos que atestaram a ineficiência dos serviços públicos, perguntando se, em diferentes circunstâncias, esses não teriam potencial para garantir a eqüidade e justiça social. Ressalta que os contextos devem ser comparados, as variáveis cruzadas e que se deve tentar novos arranjos e não generalizações, como se tornou freqüente no discurso globalizado, em que sucessivas avaliações negativas de programas sociais são usadas politicamente contra o desenvolvimento social.

O estudo de processos sociais singulares, que sofrem grande influência de variáveis subjetivas e políticas, apesar de não servir ao princípio da generalização, pode atender a outro importante princípio: o da utilização. Uma avaliação formativa, incluindo os diversos atores envolvidos no serviço, pretende superar as limitações das avaliações tradicionais ao agirem sobre as práticas de saúde.

A questão da utilização emergiu na interface entre ciência e ação, entre conhecer e fazer. Levanta questões fundamentais sobre a racionalidade humana, a tomada de decisões e o conhecimento aplicado para construir um mundo melhor. O homem desenvolveu uma grande capacidade de gerar, armazenar, recuperar, transmitir e comunicar instantaneamente a informação. A capacidade tecnológica de arrecadar informações excede de longe a habilidade humana de processar e dar sentido a todas elas. Embora

o problema do uso da informação seja central, construíram-se alguns caminhos para superar a resistência humana ao novo conhecimento e às mudanças e, nas últimas duas décadas da prática profissional da avaliação, foram aprendidas formas para aumentar o seu uso (PATTON, 1997).

A partir do exposto, delimita-se o objeto deste estudo: a avaliação de um serviço de saúde mental mediante o comprometimento dos atores envolvidos e com o objetivo simultâneo de gerar conhecimentos e transformação. Para isso se faz necessária a aproximação de dois universos complexos: o contexto da Reforma Psiquiátrica, os seus desdobramentos teóricos e práticos, e a pesquisa avaliativa de programas e serviços. A seguir caracterizam-se esses dois contextos fundamentais.

1.1. A reforma psiquiátrica e a emergência dos novos serviços

Estudar um serviço de saúde mental exige a contextualização tanto dos seus conceitos quanto das suas práticas, pois cada instituição particular se relaciona com o contexto social em que está inserida. A questão, aqui, atém-se às transformações teóricas e práticas no campo da saúde mental que ocorreram no Brasil e que, no seu conjunto, conformaram o movimento da Reforma Psiquiátrica, contra-hegemônico ao sistema asilar, hospitalocêntrico. Vários estudos comprovam que o hospital psiquiátrico e o modelo asilar de atenção à loucura, sua incapacidade de ser um espaço de tratamento e, além disso, seu mandato como espaço de exclusão, aniquilam as subjetividades e geram violência (SZAJS, 1984; CASTEL, 1991, FOUCAUT, 1992;1993; GOFFMAN, 1999). Apesar das críticas e de o

movimento social questionar essa forma de assistência no mundo todo, ela permanece hegemônica e a sua lógica entranhada nas práticas, mesmo em instituições ‘abertas’.

O sistema asilar não é o foco deste estudo, mas é preciso reportar-se aos seus fundamentos e práticas, em muitos momentos, ao apresentar o contexto das ‘novas práticas’, entendendo-se que, como coloca Costa-Rosa (2000:152),

vamos operar de modo a alinhar pares de opostos, mesmo sabendo que estes pares são apenas os pontos extremos formal-abstratos de materialidades que supõem, em sua singularidade, a convivência com os intermediários - no espírito da lei dialética (...) de unidade e luta de contrários.

A compreensão mais ampla de sua complexidade exige a incursão por vários campos teóricos: teoria da análise política de instituições, teoria da análise institucional, teoria da constituição subjetiva e elementos da análise da história dos principais movimentos internacionais no campo da saúde mental e suas repercussões no contexto brasileiro.

Nos últimos anos testemunham-se importantes modificações tanto nos conceitos quanto nos papéis da saúde mental, psiquiatria e reabilitação, provocando uma alteração substancial no modo de olhar para essas questões. Saraceno et al. (1993) apontam três conseqüências dessas modificações:

1. O fenômeno de desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos que ocorreu em vários países, mesmo se de diferentes e, com freqüência, contraditórias formas. A massiva redução nos pacientes institucionalizados deve sofrer diferentes leituras, de acordo com as diferenças culturais, legais, administrativas e de modelos clínicos que a causaram. Apontam o fenômeno

da ‘nova cronicidade’, isto é, o crescimento do número de pacientes crônicos que não necessariamente sofreram institucionalização psiquiátrica, que ocorre em todos os lugares. Somando-se à população de pacientes psiquiátricos dos velhos asilos, um outro grupo emergiu, constituído pelos novos pacientes psiquiátricos não mais fadados à institucionalização. Esta população combinada – agora vivendo na comunidade – é muito maior do que a antiga população dos hospitais psiquiátricos.

2. A aceitação de que cuidado psiquiátrico pode ser propiciado na comunidade em vez de em grandes instituições – em parte derivada de achados epidemiológicos de estudos *follow-up*, mostrando que o resultado natural da esquizofrenia (e psicoses em geral) não é necessariamente a cronicidade severa e, em parte, do desenvolvimento de novos, mais eficientes métodos de tratamento. Isso resulta em uma demanda para o desenvolvimento de serviços psiquiátricos comunitários, diferentes do hospital em muitos aspectos, entre eles, os políticos, o estilo de trabalho e a relação com outras agências de saúde e sociais.

3. O crescimento da consciência dos direitos dos usuários que estimulou pacientes, famílias, profissionais psiquiátricos e políticos a demandar mais e mais exigências em consideração às condições de vida e cuidados oferecidos aos pacientes psiquiátricos. O advento de grupos de direitos, associações de usuários e familiares, e grupos de auto-ajuda era inimaginável no tempo da psiquiatria orientada exclusivamente para o asilo. Sob esse olhar, deve-se dar relevância às implicações conceituais e práticas do direito à saúde para todos no campo da saúde mental. A proteção à saúde individual e coletiva em todos os níveis representa a maior mudança na

passagem de um modelo médico de saúde baseado no paciente como um objeto passivo para um modelo no qual o cidadão exercita os seus direitos.

Essas transformações tiveram maior visibilidade no Brasil a partir da década de 1980, tendo como ator principal o denominado Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira que, no cenário de um país em processo de democratização e de reformulação de seu sistema de saúde, questiona os saberes e práticas psiquiátricos e o espaço do hospital psiquiátrico como o *locus* do tratamento. Esse movimento foi protagonizado por diferentes atores: usuários, famílias, trabalhadores de saúde mental, políticos, donos de hospitais psiquiátricos, artistas, entre outros, e o tema que até então vinha sendo discutido por *experts*, principalmente na sua dimensão teórico-técnica, passou a introduzir questões da esfera político-ideológica, como cidadania, direitos, ética, entre outras. Essa polifonia cheia de tensões, conflitos e até paradoxos trouxe várias mudanças nas políticas, na legislação e na organização da atenção em saúde mental, preconizando a necessidade de equipamentos múltiplos para atender a complexidade do sofrimento psíquico.

Entretanto, os serviços substitutivos ainda não se consolidaram como tais, uma vez que o são sobretudo em termos potenciais do que em termos efetivos, pois não lograram a substituição do sistema asilar no país. Isso não diminui a sua importância, principalmente como possibilidades alternativas concretas ao modelo manicomial, o que todos os movimentos anteriores não conseguiram construir. A reforma não preconiza apenas a criação de equipamentos extra-hospitalares, muitas vezes complementares ao hospital

e operando dentro de uma mesma lógica, o que apenas reforçaria as bases do sistema asilar, ao qual, aparentemente, se opõe.

Tendo como meta a inserção social do doente mental, a mudança deve englobar a relação que se estabelece entre usuário, equipe e família, e entre esses e a comunidade. A mudança de papéis, a democratização das instituições e o envolvimento e responsabilização da comunidade devem-se somar aos objetivos técnicos do atendimento. O objeto de intervenção torna-se mais complexo, interdisciplinar, e as práticas e saberes tradicionais necessitam ser reconstruídos para responder a essa transformação. Espera-se que todos os envolvidos na assistência em saúde mental possam se construir como sujeitos no processo de assistência, com os poderes sendo negociados de forma que a construção de identidades possa substituir o processo de despersonalização que atinge a todos os envolvidos no sistema asilar.

Esse conjunto de forças sociais em jogo tem-se refletido no contexto particular das práticas de saúde mental, possibilitando a conformação de dois paradigmas básicos: o modo asilar e, em oposição a ele, o modo psicossocial (COSTA-ROSA, 2000). O modo psicossocial contrapõe-se ao asilar e vai surgindo por diferenciações operadas nas práticas desse último, por meio das críticas à sua dimensão ideológica e teórico-técnica e por meio do exercício de outras possibilidades práticas. O paradigma das práticas em saúde mental pode especificar-se com base nos parâmetros essenciais capazes de compor uma unidade jurídico-ideológica e teórico-técnica de ação sobre a demanda, propondo-se a sua composição através de quatro parâmetros fundamentais: concepções do objeto e dos meios de trabalho,

formas da organização institucional, formas do relacionamento com a clientela e concepção dos efeitos típicos em termos éticos e terapêuticos (COSTA-ROSA, 2000). A seguir ver-se-á de que modo cada um dos dois modos se configura dentro de cada parâmetro, conforme exposto pelo autor:

1. Concepções do 'objeto' e dos 'meios de trabalho'

O modo asilar dá ênfase à consideração das determinações orgânicas dos problemas (paradigma doença-cura). O tratamento básico é o medicamentoso, com pouca ou nenhuma consideração quanto à existência do sujeito. O indivíduo é o doente e a intervenção é nele centrada. O trabalho, quando inclui recursos multiprofissionais, não ultrapassa o modelo da divisão do trabalho, fragmentado, o psiquiatra é o principal ator, e sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado, apesar de ser, às vezes, acompanhado de dispositivos extra-asilares que funcionam dentro da mesma lógica do hospital psiquiátrico.

O modo psicossocial considera fatores políticos e biopsicossocioculturais como determinantes, e seus meios básicos são psicoterapias, laborterapias, socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação. A consideração de que a loucura não é um fenômeno exclusivamente individual leva à inclusão da família e do grupo ampliado. O tratamento visa a um reposicionamento do sujeito de tal modo que ele, em vez de apenas sofrer os efeitos dos conflitos e contradições que o atravessam, passe a reconhecer-se como um dos agentes implicados nesse 'sofrimento' e como um agente da possibilidade de mudanças. O meio de trabalho característico é a equipe interprofissional, superando, em muitos aspectos, o grupo comum

dos especialistas, incluindo uma série de dispositivos (teatro, música artesanato, entre outros), buscando encontrar formas de intercâmbio das suas visões teórico-práticas e de suas práticas. Não basta que se estratifiquem as ações em prevenção primária, secundária e terciária, mas é necessária uma ação integral que vise ao sujeito como existência-sofrimento. As modalidades de atendimento típicas do modo psicossocial são o Centro de Atenção Psicossocial, o Núcleo de Atenção Psicossocial, o Hospital-Dia, Ambulatórios de Saúde Mental, equipes multiprofissionais de saúde mental inseridas em Centros de Saúde e Setores para Tratamento de Saúde Mental inseridos em hospitais gerais.

Desospitalização, desmedicalização e implicação subjetiva e sociocultural são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à hospitalização, medicalização e objetificação, que são elementos componentes desse parâmetro no paradigma asilar.

2. Formas da Organização Institucional

A instituição, como um intermediário necessário nos tratamentos psíquicos em saúde coletiva, é onde estão incluídos a caracterização dos fluxos decisórios e de execução e o modo da divisão do trabalho interprofissional, como elementos determinantes das formas dos vínculos entre instituições e usuários.

No modo asilar, os organogramas típicos são piramidais ou verticais, nos quais o fluxo do poder tem apenas um sentido (do ápice para a base), fornecendo uma das condições fundamentais para que se imprima a mesma configuração às práticas terapêuticas e às relações mais amplas com a população. O poder decisório (esfera política) e o poder de coordenação

(esfera teórico-técnica) são indiferenciados, e uma dimensão pode fazer-se passar pela outra. O fundamento das posições de mando é relacionado a atributos de competência técnica, setorial ou pessoal, sendo, em realidade, argumentos velados para disputas corporativas.

No modo psicossocial o organograma deverá ser horizontal: as transformações desse parâmetro têm sido respaldadas pelos pressupostos da reforma sanitária, a partir de 1988, sobretudo pelos princípios da descentralização e pelas propostas de participação popular. Em razão da natureza das operações a serem realizadas no campo da saúde mental e da ética, que as práticas da Reforma Psiquiátrica têm imprimido às suas ações, foram introduzidas transformações também na estrutura dos micropoderes, sobretudo na horizontalização das relações entre os trabalhadores e entre estes e os usuários. O poder decisório será dado pela reunião geral da instituição, conforme o âmbito em que se esteja, valorizando a participação da clientela efetiva e da população, em que o poder de coordenação é dado em representação, sendo suas funções essenciais coordenar as ações conjuntas e fazer executar, em suas dimensões particulares, as decisões tomadas pelo coletivo.

Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais do modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais, à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

3. Formas do Relacionamento com a Clientela

A relação com a clientela no modo asilar pode ser descrita como relação entre loucos e sãos ou entre doentes e sãos. A clientela potencial são todos os problemáticos que sejam tratados e, em alguns casos, excluídos do

convívio social. A interdição institucional dos espaços reproduz-se na relação com a população sob a forma de interdição do diálogo, produzindo um discurso que fixa o usuário à imobilidade e ao mutismo. No espaço asilar estão dadas as condições ótimas para a reprodução de relações intersubjetivas verticais, típicas do modo capitalista de produção.

No modo psicossocial, as instituições, por meio de seus agentes, adquirem o caráter de espaços de interlocução, mediante a qual é possível colocar em cena a subjetividade e as práticas de intersubjetividade horizontal. A instituição é capaz de superar o seu caráter depositário, funcionando como ponto de fala e de escuta da população.

A instituição e seus agentes devem apresentar-se e funcionar como espaço de interlocução e instância de 'suposto-saber'; sustentar desde o primeiro encontro com a clientela, a oferta de um tipo de possibilidade transferencial compatível com a ética da singularização (Costa-Rosa, 2000:162).

A organização programática, no modo psicossocial, deve ocorrer em forma de equipamentos integrais, tanto em relação ao território quanto em relação ao ato terapêutico. A instituição é um foco onde se entrecruzam as diferentes linhas de ação presentes no território e para onde podem convergir as primeiras pulsações da Demanda Social.

Interlocução, livre trânsito do usuário e da população, e territorialização com integralidade são metas radicais do modo psicossocial quanto à forma de relação da instituição com a clientela e a população, por oposição à imobilidade, mutismo e estratificação da atenção por níveis (primário, secundário e terciário), que caracterizam o modo asilar.

4. Concepção dos Efeitos Típicos em Termos Terapêuticos e Éticos

No modo asilar, observa-se uma hipertrofia dos ‘defeitos de tratamento’ (como cronificação asilar e benzodiazepinização). A remoção ou tamponamento dos sintomas podem ser alinhados na perspectiva de uma ética de duplo eixo: dimensão ego-realidade e carência-suprimento, cujo desdobramento mais amplo talvez seja a adaptação.

No modo psicossocial não se deixa de alcançar a suspensão sintomática, mas ela não é visada diretamente nem é a meta final. O que se visa é o ‘reposicionamento subjetivo’ do homem em questão, ou seja, leva-se em conta a dimensão subjetiva e sociocultural. O ‘reposicionamento’ deve ser pensado na perspectiva de uma ética que se abra para a singularização, que tome como duplo eixo as dimensões sujeito-desejo e carecimento-ideais¹. Em uma sociedade liberal, em que se está atravessado por uma ideologia individualizante e por um modo de produção que obstaculiza relações intersubjetivas horizontais, pois, afirma uma ideologia da mobilidade, mas funciona sobre um real de imobilidade. É um desafio que a singularização tanto do trabalhador quanto do usuário ultrapasse as barreiras de uma quimera individualista. Implicação subjetiva e sociocultural e singularização são metas radicais quanto à ética das práticas no modo psicossocial, por oposição à adaptação que caracteriza a ética do modo asilar.

Frente ao exposto, apesar de essas diferenciações práticas em saúde mental em relação ao modo asilar terem ocorrido, em um primeiro momento, por inspiração direta de experiências em outros países (modelo comunitário americano, modelo da comunidade terapêutica, modelo de setor francês,

¹ O conceito de carecimento opõe-se ao de carência ou de necessidade, abarcando a dimensão do homem que inclui o desejo e toda a abertura para os ideais, possíveis ou não de imediato. Abrange também a abertura para a produção e usufruto de todos os bens da produção social, muito além do preenchimento de necessidades. Pode-se considerar aqui incluídas as criações da filosofia, da arte, da ciência e até da religião, mas não sem passar pela aspiração pertinente ao usufruto das comodidades socialmente produzidas no mais alto grau de sua evolução histórica (COSTA-ROSA, 2000).

modelo italiano), da última década para cá, pode-se perceber uma pequena tendência à pregnância de certas características locais e conjunturais, que tende a imprimir a essas práticas algumas características próprias em relação à composição das equipes interprofissionais, às concepções e seu objeto de intervenção, às formas de organização institucional e às formas de relacionar-se com os seus usuários (COSTA-ROSA, 2000).

Assim sendo, o aparecimento dos 'novos serviços' , em consequência de um amplo processo de transformações, traz, sob essa categoria empírica, novo significado para um conjunto de ações e iniciativas que ocorrem em diversas áreas, e, simultaneamente, nos planos teórico, técnico, assistencial, jurídico, político e cultural, na forma de lidar com a loucura. Os novos serviços procuram, assim, operar uma construção teórica e técnica, mas também social e política no lidar com o sofrimento psíquico, a diferença, a doença mental, diversa daquela da psiquiatria clássica (CARVALHO & AMARANTE, 1996:75).

Esses novos aparatos propõem tirar o foco da doença, passando o objeto a ser a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social (ROTELLI et al., 2001:30). O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira busca a transformação do modelo hospitalocêntrico de atenção, substituindo-o por uma rede de atenção integral à saúde mental, conferindo maior resolutividade, reduzindo a necessidade de internação, intervindo nas situações que produzem exclusão, promovendo a inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico e qualificando a sua existência.

O novo enfoque não busca meramente modernizar as tecnologias de atenção psiquiátrica e difundi-las, mas busca "redescrever, reconstruir as relações

entre a sociedade e seus loucos. Não se trata de secundarizar a questão técnica, assistencial, mas de redefinir seu lugar numa estratégia mais ampla de ação" (BEZERRA, 1994:181).

O conceito de desinstitucionalização que está presente nesse movimento não é o da desospitalização ou do questionamento de determinadas práticas terapêuticas de forma isolada, mas, sim, o de mudança de todo um modelo de atenção à loucura e do 'modo de olhar' para esta. A palavra desinstitucionalização, inspirada na Psiquiatria Democrática Italiana e em seus teóricos, passa a ter um novo significado:

Desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, ao começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução - cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e imediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento (ROTTELI et al., 2001:29).

A desinstitucionalização é um processo prático de desconstrução e, simultaneamente, um processo de invenção de novas realidades. A 'instituição negada' e a 'instituição inventada', tal como entendidas na tradição basagliana, são as faces de um mesmo processo construtivista, e não negativo ou negativista como tem sido entendido muitas vezes (AMARANTE, 1996).

O processo de desinstitucionalização implica a reconstrução da complexidade do fenômeno loucura, que significa a superação das antigas instituições, com a ruptura do seu paradigma fundante, isto é, a ruptura da relação mecânica causa-efeito na análise da constituição da loucura (Amarante, 1996:102).

O autor afirma que as estratégias de negação/superação da instituição psiquiátrica e de invenção de um saber-fazer complexo podem ser

consideradas' constituintes de 'ruptura' no campo psiquiátrico, dando origem a um novo dispositivo². A ruptura dá origem, em relação à psiquiatria tradicional, ao dispositivo da alienação, e em relação às psiquiatrias reformadas, ao dispositivo da saúde mental ou da desinstitucionalização.

No Brasil, apesar de o modelo assistencial ainda permanecer concentrado no hospital psiquiátrico, o Ministério da Saúde procura utilizar tanto o financiamento federal quanto sua capacidade normativa para modificar esse cenário. A sua equipe, tendo experiência numa militância política em partidos de esquerda, na luta contra a ditadura, com grande habilidade para conciliar posturas em torno de pontos fundamentais – desinstitucionalização, alternativas, defesa dos direitos dos pacientes, aprimoramento da técnica -, e tendo o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde, conseguiu materializar as bases para uma reforma (DESVIAT, 1999).

No decorrer da década de 1990, a partir do contexto enunciado, ocorrem a modificação das bases do financiamento, a diversificação na alocação de recursos, o estabelecimento de critérios para o financiamento dos serviços, a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, a criação do Grupo de Acompanhamento da Assistência Psiquiátrica Hospitalar, criando mecanismos de avaliação, controle e fiscalização e a modificação da legislação específica (DESVIAT, 1999).

Na experiência de reforma de diversos países, as vias escolhidas foram a legislativa, no âmbito dos parlamentares, ou a normativa, praticada pelos respectivos Ministérios da Saúde. O principal documento norteador das

²Amarante (1996) utiliza o conceito de dispositivo no sentido empregado por FOUCAULT (1992:246): de natureza essencialmente estratégica, tratando-se de uma certa manipulação de relações de força, seja para desenvolvê-las em determinada direção, seja para bloqueá-las, para estabilizá-las, utilizá-las, etc...O dispositivo, portanto, está sempre inscrito em um jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a uma ou mais configurações de saber que dele nascem, mas que igualmente o condicionam.

políticas adotadas na área da Saúde Mental pelos governos da América Latina foi a **Declaração de Caracas** (Organização Mundial de Saúde, 1990), que resultou da Conferência para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, organizada pela Organização Pan-Americana da Saúde em novembro de 1990, na qual, entre outros países, o Brasil compromete-se a reestruturar a atenção psiquiátrica, contemplando os direitos dos doentes mentais.

No Brasil, os princípios que direcionam as ações rumo à desinstitucionalização estão sistematizados em um conjunto de atos legais que norteiam o processo, elaborados a partir do início da década de 1990, e que têm tido grande influência na implementação das políticas públicas no campo da saúde mental. Esses documentos foram uma conquista de todo o movimento social de luta antimanicomial que se instalou no país, num campo de interesses divergentes, em que a sua aprovação implicou uma luta e negociação árduas. Prova disso é que a nova legislação nacional só foi aprovada recentemente.

A **Lei Federal sobre a Reforma Psiquiátrica** (Lei nº 10.216, 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. Esse texto, aprovado em última instância no plenário da Câmara Federal, reflete o consenso possível sobre uma lei para a reforma no Brasil. A lei redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta o cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária, arbitrária e/ou desnecessária (BRASIL, 2004).

Desde 1992 existem oito leis estaduais em vigor, inspiradas no Projeto da Lei Federal de autoria do deputado Paulo Delgado. Mesmo antes da aprovação da norma federal, as leis estaduais possibilitaram importantes transformações na jurisdição dos estados e seus respectivos municípios. No caso do Rio Grande do Sul, a sua **Lei da Reforma Psiquiátrica** (Lei nº 9.716 de 07/08/1992) foi a pioneira, propondo a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por uma rede de atenção integral à saúde mental e a regulamentação da internação compulsória (BRASIL, 2004).

Uma série de portarias³ do Ministério da Saúde foram elaboradas a partir do início da década de 1990, as quais são instrumentos fundamentais para o processo em curso de reestruturação da assistência em saúde mental, ampliando as possibilidades de oferta da rede de atenção comunitária em saúde mental. Essas portarias, definindo o financiamento de ações e serviços substitutivos, foram cruciais, além de estabelecerem as normas básicas para o funcionamento dos serviços de saúde mental e determinarem mecanismos de fiscalização. Apesar disso, ainda está longe a reversão do financiamento do hospital para serviços comunitários, o que reafirma a sua hegemonia. A própria criação de leitos em hospitais gerais é ainda incipiente em relação à necessidade demandada, e a maior parte dos usuários, em um quadro agudo, continua sendo internada nos hospitais psiquiátricos.

Nesse contexto, surgem os Centros de Atenção Psicossocial como proposta de espaços de cuidado mais adequados aos princípios e diretrizes

³ Portaria/SNAS nº189, de 19 de novembro de 1991; Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992; Portaria/SAS nº 407, de 30 de junho de 1992; Portaria SAS nº 408, de 30 de dezembro de 1992; Portaria/SAS nº 088, de 21 de julho de 1993; Portaria/SAS nº 145, de 25 de agosto de 1994; Portaria/SAS nº 147, de 25 de agosto de 1994; Portaria/GM nº 1.077, de 24 de agosto de 1999; Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000; Portaria/GM nº 799, de 19 de julho de 2000; Portaria/GM nº1.220, de 7 de novembro de 2000; Portaria/GM nº 175, de 7 de fevereiro de 2001; Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002; Portaria/SAS nº 189, de 20 de março de 2002; Portaria/GM nº 816, de 30 de abril de 2002; Portaria/GM nº 817, de 30 de abril de 2002; Portaria/SAS nº 305, de 3 de maio de 2002 (Brasil, 2004).

explicitados. Essas estruturas surgem no Brasil, a partir de 1986, tendo como fontes inspiradoras universais as estruturas de hospital-dia, desde os anos 1940, na França; as experiências das comunidades terapêuticas de Maxwell Jones, na Escócia; os Centros de Saúde Mental, nos anos 1960, nos Estados Unidos; os Centros de Saúde Mental da Itália, nos anos 1970/1980. A denominação Centro de Atenção Psicossocial - CAPS surgiu na Manágua revolucionária de 1986, onde, apesar das dificuldades materiais em uma economia de guerra, cuidava-se das pessoas com problemas psiquiátricos, utilizando líderes comunitários, materiais improvisados e sucatas, sendo desenvolvida uma criativa experiência de reabilitação (PITTA, 1994).

Os Centros de Atenção Psicossocial são, inicialmente, formalmente definidos pela Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992, do Ministério da Saúde, como unidades locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (BRASIL, 2004). Considerando a necessidade de atualização das normas constantes na Portaria nº 224, a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, acrescenta novos parâmetros para seu funcionamento. Entre eles, estabelece que os CAPS passam a ser definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, constituindo-se em CAPS I, CAPS II e CAPS III, modalidades que deverão estar capacitadas para realizar, prioritariamente, o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial. Define também as características de cada modalidade em termos de

capacidade operacional, funções, horários de funcionamento, atividades e recursos humanos; direciona novos serviços específicos para a área de álcool e outras drogas (CAPSad) e infância e adolescência (CAPSi). Cria, ainda, mecanismo de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais, para a rede CAPS (BRASIL, 2004).

Quadro 1 – Descrição dos tipos de CAPS segundo a Portaria 336/02

Características	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i II	CAPS ad II
Abrangência populacional	20.000 a 17.000 hab	70.000 a 200.000 hab	Acima de 200.000 hab	200.000 hab ou a depender do gestor local	Acima de 70.000 hab
Horário de funcionamento	8h às 18h, nos 5 dias úteis	8h às 18h, nos 5 dias úteis, podendo comportar um 3º turno (18h às 21h)	24h, incluindo feriados e finais de semana	8h às 18h, nos 5 dias úteis, podendo comportar um 3º turno (18h às 21h)	8h às 18h, nos 5 dias úteis, podendo comportar um 3º turno (18h às 21h)
Equipe	1 médico com formação em saúde mental 1 enfermeiro 3 profissionais de nível superior 4 profissionais de nível médio	1 médico psiquiatra 1 enfermeiro com formação em saúde mental 4 profissionais de nível superior 6 profissionais de nível médio	2 médicos psiquiatras 1 enfermeiro com formação em saúde mental 5 profissionais de nível superior 8 profissionais de nível médio	1 médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental 1 enfermeiro 4 profissionais de nível superior 5 profissionais de nível médio	1 médico psiquiatra 1 enfermeiro com formação em saúde mental 4 profissionais de nível superior 6 profissionais de nível médio

Fonte:MS, Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 (Extraído de Freire, 2004:85)

A Portaria/SAS nº 189, de 20 de março de 2002 (BRASIL, 2004), altera a forma de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial, considerando os seus usuários pacientes que demandam cuidados intensivos em saúde mental, o que leva a um maior aporte de recursos para esses equipamentos. O financiamento que, até então, era por procedimentos realizados, passa a

ser feito mediante o pagamento de um valor por usuário atendido pelo serviço, via autorização para procedimento de alta complexidade (APAC), emitida a partir de um laudo técnico.

Esses serviços encontram-se incorporados como política pública de saúde mental de referência para todo o país e inscrevem-se em um contexto que pretende desenvolver novas tecnologias em saúde mental que respeitem o usuário no seu direito de cidadania e que se diferenciem do modelo manicomial excludente dominante (CARVALHO; AMARANTE, 1996).

Mais do que desconstruir os muros do manicômio e substituí-los por uma rede de serviços alternativos, é necessário fazer uma rede de relações sociais que realmente desconstrua tudo aquilo que representa a tecnologia manicomial e sua ética de exclusão e não-reconhecimento da diferença (CARVALHO; AMARANTE, 1996:79).

Os autores citados pontuam que o que se preconiza, hoje, como novos serviços de saúde mental representa desafios que não podem deixar de articular essa rede de relações sociais, integrando o sujeito à cidade e a cidade a outras formas de viver. Dessa forma, os limites do que está dentro e do que está fora do serviço passam a não fazer mais sentido.

1.2. Avaliação de serviços no contexto da reforma psiquiátrica

O aparecimento de novos serviços como consequência da Reforma Psiquiátrica, com princípios e tecnologias distintos das práticas psiquiátricas anteriores, trouxe ao debate da saúde mental a questão da necessidade de novos instrumentos de avaliação de qualidade, que não apenas os indicadores clássicos que se têm mostrado insuficientes ou inadequados (CARVALHO; AMARANTE; 1996).

Os autores dizem que as avaliações tradicionais em saúde mental estão relacionadas aos parâmetros epidemiológicos clássicos e às auditorias externas, mediante a utilização do modelo estrutura-processo-resultado elaborado por Donabedian. Nas avaliações do Ministério da Saúde no período de Co-Gestão, baseado no projeto de desospitalização, os indicadores para monitorar a assistência hospitalar e ambulatorial eram exclusivamente quantitativos, entre eles: número de admissões e saídas hospitalares, número de leitos, índice de giro, intervalo de substituição, taxa de reinternação, tempo médio de permanência hospitalar e número de consultas por especialidades. Esses indicadores não conseguiram revelar os novos instrumentos cronificadores, como o fenômeno do *revolving-door*, sendo que o modelo proposto se afirmou como substitutivo no período analisado, mas continuou a produzir os mesmos resultados anteriores (CARVALHO; AMARANTE, 1996).

Carvalho e Amarante (1996) criticam os estudos de avaliação dos novos serviços, citando, como exemplo, o trabalho de Pitta (1992) de avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial, no qual os resultados referentes à análise do perfil socioeconômico e dados do funcionamento da instituição são apresentados sob a forma de fotografia. Afirmam que, se, por um lado, a fotografia representa um mapeamento importante da instituição, não dá conta das relações que constituem as atividades institucionais.

As críticas realizadas pelos autores são importantes, mas deve-se ressaltar que a avaliação de serviços de saúde mental no Brasil, mesmo nos moldes tradicionais, é incipiente. Os limites dos poucos trabalhos desenvolvidos são inerentes a qualquer processo avaliativo e uma opção

teórico-metodológica sempre oferece respostas parciais e incompletas frente à complexidade do campo da assistência em saúde e aos possíveis objetos de estudo.

Giordano Jr. e Pereira (2000) afirmam que, apesar da tendência internacional de incorporação da avaliação ao campo da Saúde Mental, relacionada principalmente à questão de redução de custos, de maneira geral, não constituiu uma tradição em avaliação. Em comparação com outras áreas da atenção à saúde, mesmo os procedimentos clássicos de avaliação, baseados em análise de eficácia, efetividade e eficiência, são pouco utilizados.

Lancman (1997) declara que há uma carência de indicadores na saúde mental devido a pouca utilização da epidemiologia e a dificuldade de transposição dos seus instrumentos para essa área, além da dificuldade de definir e precisar vários aspectos das doenças mentais. Vai além, afirmando que os parâmetros utilizados na assistência médica não se adaptam à realidade dos serviços de saúde mental. Aponta algumas especificidades do campo que determinariam essa lacuna: a dificuldade de definir e precisar vários aspectos das doenças mentais; os diagnósticos de baixa confiabilidade; um universo extremamente amplo e detalhado de diagnósticos para uma gama muito reduzida de terapêuticas; a complexidade em estabelecer a prevalência de doenças mentais pela dificuldade de definir o seu início e fim, além da medicalização excessiva da população, expressa pela manutenção em atendimento de pacientes que poderiam ser gradativamente desligados dos serviços.

Desde o seu nascimento a psiquiatria tenta adequar-se aos parâmetros clássicos da ciência médica. Isso gerou uma série de teorias sobre a doença mental que pouco impacto tem na assistência, pois, no hospício, continuava a vigorar o abandono, a violência e outros mecanismos medievais de tortura (SZASZ, 1984; CASTEL, 1991, FOUCAULT, 1992;1993; GOFFMAN, 1999). Considera-se que é necessária a ampliação do campo de saberes e práticas, entendendo que a complexidade do fenômeno exige bem mais do que conhecimentos científicos, parâmetros e indicadores tradicionais.

Mas, mesmo os conhecimentos já disponíveis não são automaticamente transpostos para a assistência, e o que vigora nos hospitais psiquiátricos (e também em alguns novos serviços) é o que Campos (1997a) denomina de clínica deteriorada, em que a postura medicalizante e intervencionista é substituída pela omissão, e , além do aniquilamento do sujeito, este não tem acesso nem sequer à clínica tradicional, que tem como objeto a doença e como procedimentos o diagnóstico e o tratamento, mesmo que, primordialmente, medicamentoso.

O direito do paciente deve comportar, também, o direito a uma clínica competente. A referência, aqui, é em relação ao que Campos (1997a) denomina de clínica do sujeito, ampliada e revisada, que realize uma crítica à fragmentação decorrente da especialização progressiva, sem cair em um obscurantismo que negue os saberes e tecnologias, cujo objeto inclui a doença, o contexto e o próprio sujeito.

Paralelamente à ampliação do uso da epidemiologia e de indicadores clássicos, é necessária a produção de espaços avaliativos que busquem olhar esse objeto ampliado, naquilo que é fundamental – o aspecto relacional,

ético, político, junto com a busca de mecanismos de participação que promovam e capacitem os sujeitos ou grupos de interesse. De acordo com Campos (2000a), buscar a co-produção de sujeitos e coletivos.

Lancman (1997) chama a atenção para o fato de que a mudança de enfoque da atenção psiquiátrica, baseada na internação para serviços ambulatoriais, fez com que a incidência de internações se constituísse num parâmetro importante nos trabalhos de avaliação de qualidade, mas que essa incidência, se analisada de forma isolada, não tem qualquer valor preditivo de boa ou má qualidade da assistência.

Em relação às internações, é inegável que é fundamental diminuí-las. Campos (2001) afirma que a maioria dos serviços de atenção à saúde mental revelam, com maior ou menor ênfase, a necessidade de eles serem substitutivos à internação psiquiátrica. Apesar de, em muitos serviços, essa função ser cumprida, nunca o é com taxa zero de internações. Frente a uma crise, aparece a fragilidade dos serviços em lidarem com essa situação, levando à internação e ruptura no processo de vinculação do sujeito com o serviço. No momento de maior sofrimento e fragilidade, o paciente é exposto a uma quebra extra de seus referenciais e vínculos, indo parar em um espaço que desconhece, junto com pessoas que nunca viu, sendo tratado por uma equipe que não conhece sua história. A necessidade de capacitar esses novos serviços para lidarem com o surto pode não aparecer nesses indicadores, além de outras características que conformam uma 'boa prática'.

A posição em relação às internações psiquiátricas é que elas continuam sendo necessárias, mas fora dos hospitais psiquiátricos. Deve-se

construir espaços alternativos, tais como unidades psiquiátricas em hospitais gerais, leitos em hospitais gerais, leitos de observação em CAPS III e setor de emergência ligados a uma rede de saúde mental, de forma que a internação seja um momento, o mais breve possível, do tratamento. Espera-se que os serviços sejam substitutivos não das internações, mas, sim, do modelo manicomial e hospitalocêntrico.

Em busca da superação dos limites da avaliação tradicional, Carvalho e Amarante (1996) propõem a articulação entre tecnologia, ética e modelo assistencial para a construção de possibilidades de avaliação em saúde mental que destaquem a complexidade do objeto como ponto de partida. O conceito de tecnologia não se refere a um conjunto de técnicas fundamentadas em determinada teoria, mas à ação desse conjunto na realidade; ética pode ser definida como modos de existir que guiam a ação humana e, finalmente, o modelo assistencial pretende ressaltar, além do conjunto de recursos, as relações como níveis fundamentais de análise.

Carvalho e Amarante (1996) enfatizam a importância de desenhos de avaliação dos novos serviços de saúde mental elaborados a partir do estudo do seu cotidiano, privilegiando análises qualitativas que considerem a complexidade do objeto.

A questão não é só a de definir os parâmetros de qualidade a serem alcançados pelos serviços, seja através de métodos quantitativos ou qualitativos ou ambos, mas mapear as relações e acontecimentos que ocorrem nesses serviços, não considerando seus processos (...) como algo dado, único, verdadeiro e natural (CARVALHO; AMARANTE, 1996:81).

É importante ressaltar que o que se expõe aqui não é a oposição entre o método quantitativo e qualitativo, mas a crítica em relação à posição hegemônica na ciência, a que considera o método quantitativo o único que

pode oferecer fidedignidade suficiente na avaliação das políticas e planejamentos na área da saúde.

Os estudos de avaliação da qualidade da assistência em saúde têm sido desenvolvidos em uma perspectiva quantitativa, que Saraceno et al. (1993) denominam de *hard indicators*. Assinalam que, nos últimos quinze anos, a epidemiologia psiquiátrica revelou a importância de algumas variáveis internas referentes à integração e interação dos serviços com a comunidade, que eram anteriormente negligenciadas: as variáveis *soft*. O termo utilizado - *soft* não parte da suposição de que são pobres porque não se baseiam nas variáveis quantitativas, tradicionalmente consideradas variáveis *hard*, mas porque são pouco passíveis de serem medidas por escalas numéricas e são baseadas, algumas vezes, em características que os autores denominam inefáveis.

Saraceno et al. (1993) exemplificam duas variáveis passíveis de serem avaliadas qualitativamente: as características afetivas do meio e os recursos, que serão discutidas na seqüência.

As características afetivas do meio (*environmental affective characteristics*) referem-se a características *soft* de facilidades, nas quais o cuidado é oferecido. Essas não descrevem a precisão técnica do tratamento, mas constroem um contexto de importância primária.

Nesse sentido, poder-se-ia pensar em características dos serviços que são preconizadas como fundamentais e que nem sempre são passíveis de serem medidas: acolhimento, vínculo, responsabilização, plasticidade. A relação com a família e a comunidade também envolve, de forma muito intensa, as características afetivas.

Indicadores de recursos também podem ser vistos em uma perspectiva diferente. O conceito de recurso é usualmente confinado ao seu aspecto quantitativo, o qual pode ser ampliado ao se incluir a dimensão qualitativa. Uma intervenção efetiva, com enfoque comunitário, deve buscar mobilizar todos os recursos potenciais, os da saúde especificamente e os da rede social onde se encontra (*resource multipliers*). Durante a Reforma na Saúde da Nicarágua em 1984 – 1988 era possível observar um visível fator multiplicador de recursos na solidariedade do grupo social dos pacientes e do serviço, na alta ética da equipe e sociedade e na alta expectativa de sucesso do cuidado. Em oposição, os recursos existentes podem diminuir, tanto por alto nível de conflitos entre equipe e comunidade, quanto pela baixa motivação e expectativa de sucesso.

Outra categoria que os autores citam é a dos recursos ocultos (*hidden resources*). O cuidado em saúde mental que leve em conta os temas direitos dos pacientes, qualidade de vida, oportunidades de trabalho deve ser desenvolvido junto à comunidade. O cuidado comunitário está apto a identificar recursos que de outra maneira permaneceriam ocultos, ou não seriam apropriadamente ativados. Esses recursos têm a vantagem de prevenir que a família não equipada abandone seu encargo de cuidar do paciente, com as conhecidas conseqüências psicossociais negativas para ambos. Do contrário, a ativação desses recursos leva a um grau de controle completamente diferente sobre o peso social e familiar, tradicionalmente garantido pelo controle institucional.

Certamente não é novidade que o fechamento de hospitais psiquiátricos pode criar novos problemas de controle social e sobrecarga

para a família. Em muitas instâncias, de fato, o processo de desinstitucionalização foi dirigido mais para questões racionalizadoras que levaram a conseqüências em termos de pacientes abandonados, peso para a família, etc. A experiência do movimento de desinstitucionalização nos Estados Unidos é um exemplo. Nasceu, originalmente, por uma genuína consideração à justiça social e à proteção dos direitos humanos e terminou transferindo pacientes do asilo para outras instituições fechadas e, eventualmente, abandonando-os em um ambiente negligente (SARACENO et al. 1993).

É importante observar que não se nega a questão do peso dos pacientes para a família ou para pessoas com as quais convivem, tanto no sentido material quanto no emocional e social. O que se nega é que o controle desse peso seja estabelecido a partir de mecanismos da exclusão do doente. Entende-se que esse controle deva propiciar e facilitar a inserção social do indivíduo em sofrimento, pela ativação de todos os recursos que possam servir para esse fim.

É necessário haver uma maior integração na avaliação de serviços em saúde mental, que leve em conta uma série de indicadores, de indicadores políticos a indicadores de satisfação, de indicadores de recursos a indicadores de custos. O modelo estrutura-processo-resultado usado correntemente na avaliação de serviços de saúde não propicia a flexibilidade ao se considerar avaliação de qualidade em serviços de saúde mental. Ele não cobre e descreve o que ocorre na complexa relação entre serviços, usuários e comunidade, e seus recursos visíveis e ocultos.

Saraceno et al. (1993) apontam para o fato de que, quando um sistema em que valores éticos se sobrepõem a modelos e critérios referentes a valores técnicos, mesmo que isso ainda não tenha sido provado experimentalmente, esse sistema consiste num modo de atenção altamente desejável. Variáveis e indicadores *soft* têm um lugar definido no mencionado modelo e são úteis para melhor identificar a freqüente mistura entre ‘prática boa’ e ‘prática ética’ de um lado, e ‘imperícia psiquiátrica’ de outro (SARACENO, et. al., 1993).

De acordo com os mesmos autores, a defasagem parcial do hospital psiquiátrico, a diminuição da população asilar, o crescimento do número de pacientes psiquiátricos fora do asilo e o sucesso de experiências de cuidado psiquiátrico comunitário determinam a necessidade de considerar a psiquiatria em termos mais largos e complexos, tanto no que se refere ao seu objeto, quanto às estratégias e práticas, seus papéis e significados

Para a avaliação dos componentes e paradigmas do modelo assistencial proposto pela reforma, a questão da qualidade toma relevância e permite que, nesse contexto, se possa introduzir a proposta de métodos que enfatizem esse plano ao se olhar a realidade.

O presente estudo justifica-se, principalmente, pela premência de olhar para essas novas modalidades públicas de atenção, que estão sendo abertas no país, buscando-se monitorar essas ações. Estudar um Centro de Atenção Psicossocial implica acompanhar a construção de um serviço que se proponha a atender a inserção do usuário, com maior resolutividade, com uma intervenção pautada na diversidade de saberes de uma equipe multiprofissional e na utilização de múltiplos recursos. Há carência de

avaliações dessas experiências e, ao entender que os espaços da pesquisa têm a função social de introduzir tecnologias e parâmetros segundo as orientações das políticas públicas na área da saúde, pode-se pensar neste estudo como mais um espaço para o desenvolvimento de pesquisas dessa natureza.

1.3. Campo da avaliação de serviços: aspectos gerais

Há uma certa relação histórica entre o desenvolvimento da avaliação enquanto campo de investigação científica e o desenvolvimento das políticas públicas de saúde, educação e bem-estar social que surgiram nos Estados Unidos, logo após a Segunda Guerra Mundial. Naquele contexto surgiu o conceito de ‘avaliação dos programas públicos’ que, de certa forma, foi corolário do papel que o Estado começou a desempenhar nas áreas da educação, do social, do emprego, da saúde, etc. O Estado, que passava a substituir o mercado, devia encontrar meios para que a atribuição de recursos fosse o mais eficaz possível. O governo norte-americano precisava prestar contas ao contribuinte, aos administradores locais e aos legisladores, demonstrando que aqueles programas funcionavam. Assim, pesquisadores dedicaram-se à tarefa de comprovar o sucesso dos programas públicos, geralmente ao final desses ou quando sua renovação precisava ser justificada. A avaliação passou, então, a ser considerada ‘uma função em si e para si mesma’, separada das funções de planejamento e implantação de programas (STENZEL, 1996; PATTON, 1997; CONTANDRIOPOULOS et al., 2000).

Patton (1997) declara que a avaliação de programas nasceu de duas lições desse período de experimentação social em larga escala e com intervenção governamental: primeiro, que não havia dinheiro suficiente para realizar tudo o que era necessário; e segundo, mesmo que houvesse, era necessário mais do que dinheiro para resolver problemas humanos e sociais complexos. Como nem tudo podia ser feito, era necessário que existisse uma base sobre a qual se decidisse o que seria mais importante realizar. Entra, assim, a avaliação.

Nos países da América Latina existe pouca produção e no Brasil há uma relativa pobreza na literatura referente à análise de programas e políticas sociais, quando comparada com a literatura anglo-saxônica, existindo pouca tradição institucional de avaliação dos serviços de saúde. Além disso, não se acumulou experiência com a avaliação qualitativa e a pequena experiência remete-se, em sua quase totalidade, à avaliação quantitativa (STENZEL, 1996; MICHELONI, 1999).

Stenzel (1996) apresenta duas ordens de determinações para essa carência no campo da avaliação:

1. A natureza autoritária e clientelista do Estado brasileiro em contrapartida a uma sociedade civil pouco organizada e com uma noção de cidadania ainda frágil: somente na Constituição Federal de 1988, com a instituição dos direitos sociais, estabeleceu-se a responsabilidade objetiva do Estado nesse campo. Obviamente, não havendo políticas e programas sociais constituídos para funcionarem, de fato, não existiria o objeto primário sobre o qual constituiu-se o campo da avaliação na América do Norte e na Europa.

A tradição é autoritária, clientelista e corporativa, não existindo tradição de *accountability* (prestação de contas do Estado à sociedade civil);

2. A influência do pensamento marxista nas Ciências Sociais latino-americanas que, em sua vertente ortodoxa, adotou, durante certo tempo, uma postura cética em relação às políticas de bem-estar social, ocorrendo uma desqualificação das políticas e programas públicos como objeto da avaliação nas Ciências Sociais, a partir de uma visão de Estado como representante da burguesia. Além disso, os aspectos teórico-metodológicos das Ciências Sociais na América Latina incorporaram os conceitos macroanalíticos e estabeleceram uma crítica aos modelos teórico-conceituais derivados do funcionalismo. A lógica dialética não é uma lógica adequada para a análise de processos lineares, o que dificulta a sua aplicação na avaliação dos efeitos das intervenções sobre os estados de saúde, cujo pressuposto é a demonstração de uma relação causa-efeito.

1.4. Avaliação: questões conceituais e metodológicas

Guba e Lincoln (1989) fazem um esboço dos diferentes significados da avaliação nos últimos 100 anos, refletindo o contexto histórico existente, os propósitos que as pessoas tinham em mente ao realizarem avaliações, e os princípios filosóficos da época, dividindo a avaliação em quatro gerações.

1ª GERAÇÃO: Mensurações: entre as primeiras influências estão as mensurações dos vários atributos de escolares. Testes escolares têm sido utilizados durante centenas de anos para determinar se os estudantes dominavam o conteúdo dos vários cursos ou assuntos aos quais foram

expostos. O conteúdo apropriado era definido por referência à autoridade, se Aristóteles, a Bíblia, ou, mais recentemente, às descobertas da ciência. O maior propósito da escola era ensinar às crianças o que era conhecido como verdade; as crianças demonstravam o conhecimento sobre os fatos regurgitando-os através de testes essencialmente de memória. O papel do avaliador era de um técnico que tinha que saber construir e usar os instrumentos, de modo que qualquer variável a ser investigada pudesse ser medida. É muito importante notar que a primeira geração, ou o sentido técnico da avaliação persiste até hoje, como é evidenciado pela freqüente prática de realizar testes como requisito para a graduação ou procedimentos de admissão, no uso de testes para classificar estudantes e professores em termos de efetividade, e pela publicação freqüente de textos que usam as palavras medidas e avaliação como sinônimos.

2ª GERAÇÃO - Descrição: a segunda geração da avaliação foi produzida devido a uma séria deficiência na primeira geração: seu foco em estudantes como objetos da avaliação. Logo após a Primeira Guerra Mundial, tornou-se evidente que o currículo escolar necessitava passar por uma dramática revisão, e uma abordagem de avaliação que não pudesse prover outros dados além dos relacionados com os estudantes não serviria aos propósitos da avaliação então contemplados. A mudança de currículo levava à necessidade de verificar onde esses novos currículos estavam sendo praticados. Nasceu, assim, a avaliação de programa.

Dessa maneira, emergiu o que se denomina segunda geração da avaliação, uma abordagem caracterizada pela descrição de padrões de forças e limitações dos objetivos estabelecidos. O papel do avaliador era o de um

descriptor, apesar de os aspectos técnicos anteriores terem sido mantidos. A medição não era mais tratada como equivalente à avaliação, mas redefinida como um instrumento que poderia ser usado a seu serviço.

3ª GERAÇÃO – Julgamento: a abordagem descritiva orientada para os objetivos teve sérios problemas, embora não fossem muito perceptíveis até meados de 1957, período pós-Sputnik. Então, seus estudos provaram ser inadequados para a tarefa de avaliar a responsabilidade do governo federal nas supostas deficiências da educação americana, o que teria levado a Rússia a ganhar a corrida da exploração espacial.

Mas o que era, nessa época, o modo aceito de avaliar teve outra crítica: sendo essencialmente descritiva, a segunda geração negligenciou a outra face da avaliação: o julgamento. A inclusão do julgamento no ato de avaliar marcou a emergência da terceira geração, na qual avaliadores eram caracterizados por seus esforços em realizar julgamentos, e o avaliador assumia o papel de juiz, apesar de reter a função técnica e descritiva anterior.

Guba e Lincoln (1989) afirmam que as três gerações representaram avanços: a coleta de dados em indivíduos não era sistematicamente possível até o desenvolvimento de instrumentos apropriados, que caracterizou a primeira geração. Mas, a avaliação teria estagnado nesse ponto se a segunda geração não mostrasse formas de avaliar aspectos não-humanos, tais como programas, materiais, estratégias de ensino, padrões organizacionais e ‘tratamentos’ em geral. A terceira geração exigiu que a avaliação julgasse tanto o mérito do objeto de avaliação (seu valor interno ou intrínseco) como a sua importância (seu valor extrínseco ou contextual). Mas, as três gerações,

como um grupo, sofreram e continuam sofrendo certos problemas e limitações. Segundo os autores, existem pelo menos três falhas:

1. A tendência à supremacia da visão gerencial: o contrato do avaliador é usualmente com o gerente, ao qual submete os parâmetros do estudo, e a quem se reporta. Essa relação tradicional entre gerentes e avaliadores é raramente desafiada e trouxe um número alto de consequências indesejáveis:

- nesse arranjo o gerente fica fora do processo avaliativo, e as suas qualidades e práticas não podem ser colocadas em questão, sendo que o gerente não pode ser responsabilizado pelos resultados da avaliação;

- o gerente tem a última palavra para determinar quais serão as questões da avaliação, como deverá ser a coleta e interpretação dos dados, e para quem os resultados devem ser disseminados. Essa forma de avaliação desautoriza os *stakeholders*⁴, que podem ter outras questões a serem respondidas, outras formas de respondê-las, e outras interpretações para elas. É difícil, se não impossível, conduzir uma avaliação em uma das três primeiras gerações aberta a demandas de outros *stakeholders*. O processo é injusto para todos os grupos cujas demandas potenciais nunca são solicitadas nem honradas, e em que o gerente é elevado à posição de grande poder;

- com freqüência, o gerente retém o poder de decidir se os resultados da avaliação serão divulgados e para quem;

⁴ A literatura utiliza o termo em inglês “*stakeholders*”, para designar organizações, grupos ou indivíduos potencialmente vítimas ou beneficiários do processo avaliativo (GREENE, 1994; GUBA; LINCOLN, 1988, 1989; LINCOLN; GUBA, 1985; MERCIER, 1997; PATTON, 1987, 1997). Esses grupos são formados por pessoas com características comuns que têm algum interesse na performance, no produto ou no impacto do objeto da avaliação, ou seja, estão de alguma maneira envolvidos ou potencialmente afetados pelo programa e eventuais consequências do processo avaliativo. Nesse estudo utilizaremos além do termo original, a tradução *grupos de interesse*, proposta por Furtado (2001a; 2001b).

- conceder ao gerente o direito de determinar a forma da avaliação é, na realidade, entrar em conluio com ele.

2. Incapacidade de acomodar o pluralismo de valores: é comum a crença de que a sociedade compartilha valores e que alguns deles caracterizam os seus membros e todos são aculturados e submetidos. Apenas durante os últimos vinte anos começou-se a entender que nossa sociedade é essencialmente pluralista. O julgamento na avaliação emergiu ao mesmo tempo em que emergiu a apreciação ao pluralismo de valores. É claro que valores estavam implícitos desde a primeira geração; o termo avaliação é lingüisticamente enraizado no termo valor. Mas a questão de quais valores irão dominar em uma avaliação, ou como as diferenças de valores podem ser negociadas, emerge como o maior problema. Durante muito tempo foi usado o argumento de que, apesar da existência de diferentes valores, os achados de uma avaliação podem ser confiáveis porque a metodologia usada é científica e a ciência é livre de valores. Porém, essa afirmação pode ser seriamente questionada. Se a ciência não é livre de valores, então não apenas os achados são submetidos a diferentes interpretações, como também os próprios fatos são determinados em interação com o sistema de valores que o avaliador carrega. Então, todo o ato de avaliar torna-se um ato político.

A questão dos valores é completamente coerente com a tendência gerencial: se valores não fazem diferença, então os achados de uma avaliação representam o estado das coisas como elas realmente são; eles devem ser aceitos como verdades objetivas. Nesse prisma, o fato de o gerente

definir os parâmetros para o estudo não tem conseqüências, assim como o fato de ele controlar as questões, a metodologia e os resultados.

3. Hegemonia do paradigma positivista: a extrema dependência dos métodos da ciência produziu algumas conseqüências: a desconsideração com o contexto; a grande dependência de medições quantitativas; a avaliação dizendo como as coisas realmente são e o avaliador, como um mensageiro, não sendo responsável pelo que a natureza decretou; o uso do método científico das ciências naturais eliminando caminhos alternativos para pensar o objeto da avaliação, caracterizando-os como não-científicos; a aderência ao paradigma científico, que, sendo livre de valores, exime o avaliador de qualquer responsabilidade moral sobre as suas ações, ou seja, nenhuma das três primeiras gerações torna o avaliador moralmente responsável pelo que emerge da avaliação ou pelo uso dos seus resultados.

A partir de tais críticas, os autores propõem uma nova construção, que caracterizam como Avaliação de Quarta Geração, alternativa aos referenciais anteriores, e tendo por base uma avaliação inclusiva e participativa. Não existe consenso sobre essa forma de avaliação, do mesmo modo que não existia em relação às formas anteriores, mas oferecem-na como uma construção que aperfeiçoa algumas limitações, vazios e ingenuidades das formulações anteriores. Uma aproximação com a Avaliação de Quarta Geração é a abordagem do presente estudo, que será caracterizada com mais detalhes na exposição do referencial teórico-metodológico.

Stenzel (1996), em um estudo bibliográfico, observou que a maior parte da literatura disponível poderia ser enquadrada no terceiro estágio da avaliação – a avaliação como julgamento –, estando fundamentada na

concepção sistêmica da avaliação, baseada na Teoria de Sistemas⁵. A autora adota como principais limites da visão sistêmica o fato de não trabalhar com a questão dos valores e com a contradição e o conflito, enfatizando a funcionalidade, a busca de harmonia.

Ao nuclear o conceito de avaliação em torno da noção de 'juízo de valor', os estudiosos do campo aparentemente estariam indicando uma concepção mais consoante com o aspecto 'subjetivo' da palavra. Porém, a literatura que consultamos é pobre no tratamento teórico da questão dos valores sociais. Ao invés disso, o enfoque principal são os procedimentos metodológicos, onde a subjetividade, que é admitida teoricamente ao formular o conceito, cede lugar à busca de objetividade. Na descrição do 'processo avaliativo', os aspectos centrais são a construção de indicadores que possam ser traduzidos em números, a definição de critérios e parâmetros para comparar 'objetivamente' estes indicadores e a validação de instrumentos de medida das variáveis que compõe os indicadores (STENZEL, 1996:20).

O cientificismo e o objetivismo nos moldes positivistas, que priorizam as regularidades e a ordem, desdobram-se em uma avaliação normativa ou 'normalizadora', que trabalha sobre o pressuposto de uma ordem não-questionada. Isso está no cerne das relações entre poder e valor, sendo a avaliação interiorizada como mecanismo de reprodução social.

A corrente de avaliação de serviços assistenciais de saúde mais conhecida é a da avaliação e garantia de qualidade, representada, principalmente, pelos trabalhos clássicos de Donabedian, que trata principalmente da avaliação do trabalho médico, num enfoque clínico (DONABEDIAN, 1984). Ao discutirem a relação entre avaliação e trabalho em saúde, Schraiber et al. (1999) declaram que mecanismos mais tradicionais de garantia e avaliação da qualidade técnica do cuidado são considerados constrangedores, quando não como persecutórios e punitivos. O abandono do

⁵ Apresentando os conceitos básicos do campo da avaliação, Stenzel (1996) apresenta três tríades: estrutura-processo-resultado, que define as abordagens mais gerais, ou enfoques metodológicos; eficácia-efetividade-eficiência, que constitui a conceituação mais geral, de onde são definidos os indicadores; e indicador-critério-padrão, que tem caráter essencialmente operacional.

caráter punitivo desses mecanismos, a assunção de que falhas são inevitáveis e que ninguém erra por prazer são as bases da lealdade da organização para com seus funcionários, e são o ponto de partida para uma forma de avaliação que se pretenda dialógica. A implementação de mecanismos de avaliação e controle da qualidade técnica do cuidado, a partir de definições de qualidade de fato negociadas entre os profissionais e a gerência, pode ser um mecanismo de resgate da profissionalização e da valorização do trabalho.

O simples estabelecimento de critérios, padrões e normas não será suficiente, frente à especificidade tecnológica da atenção e às dificuldades metodológicas que implicam os processos de garantia e avaliação da qualidade. Para além dos problemas comuns agregam-se outros, destacando-se a complexidade da articulação de finalidades diversas como a atenção à demanda espontânea e as condições epidemiologicamente importantes, ou a da qualidade do cuidado individual e a cobertura adequada da população adscrita. Esta última questão parece ser a que mais tensiona, em nível tecnológico, o processo avaliativo: enfrentar a cruel oposição entre princípios ético-normativos como o da universalização *versus* qualidade (SCHRAIBER et al, 1999).

As autoras afirmam que avaliações derivadas da corrente da qualidade envolvem, principalmente, as atividades individuais, em particular o cuidado médico. Mas, os serviços de saúde complexos envolvem processos de trabalho diversos e a avaliação precisa 'dar conta' do conjunto, o que não significa somente a soma da verificação das características desejáveis de cada processo de trabalho. Na avaliação, o trabalho pode ser apreendido apenas pelos padrões construídos a partir de uma redução sucessiva:

escolha do objeto, seu recorte e o estabelecimento de padrões de operação e julgamento. Na operação concreta do trabalho, todos esses momentos são simultâneos, ocorrendo uma reconstrução totalizadora daqueles níveis. Com isso, as práticas de avaliação apenas detectam contrastes entre os padrões explicitamente esperados e os operados, sem analisar a rede de reconstruções que estão sofrendo as escolhas, as normas e os padrões no trabalho como um todo. Isso porque a dinâmica do trabalho, ao implicar uma totalização, põe à prova aquelas reduções.

Schraiber et al (1999) chamam a atenção para a necessidade de o trabalho integral superar as avaliações instrumentais referidas nas normas fixas da clínica e da epidemiologia, muito embora essas também possam ter papel importante em arranjos específicos do trabalho. Defrontar-se com padrões diversos, fundados em outras normatizações, implicará conflitos de competência e de legitimação, incertezas éticas e técnicas, dilemas individuais e profissionais para os agentes que serão revelados na avaliação. Torná-los claros e submetê-los à discussão pública pode ser o papel mais interativo da avaliação.

Mas, o que aconteceu para que a teoria e a prática da avaliação de programas sociais se transformassem tão drasticamente nas últimas quatro décadas? Segundo Greene (1994), dois aspectos contribuíram para a mudança:

a) Aspectos contextuais e políticos da avaliação: o fracasso da avaliação experimental de programas incluiu o reconhecimento da falta de um ‘encaixe’ entre os requerimentos do modelo experimental e as exigências no contexto dos programas sociais: questões éticas, políticas;

b) Aspectos filosóficos e metodológicos da avaliação: uma força importante na mudança da forma e função da avaliação de programas foram mudanças na lógica experimental para avaliação: questionamento dos fundamentos cartesianos da ciência positivista: objetividade, neutralidade, etc. Nesse contexto, filosofias interpretativas e métodos qualitativos entravam no discurso avaliativo, sendo desenvolvidos como alternativas para a rejeitada filosofia positivista e metodologia experimental.

Contandriopoulos et al. (2000) dizem que é objeto de amplo consenso o fato de que uma intervenção pode sofrer dois tipos de avaliação: a normativa, que procura estudar cada um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios, e a pesquisa avaliativa que examina, através de um procedimento científico, as relações entre os diferentes componentes de uma intervenção. A área da avaliação e a área da pesquisa coincidem apenas parcialmente: a avaliação administrativa não faz parte da área da pesquisa, da mesma forma que existe um campo da pesquisa que não faz parte da avaliação.

Contandriopoulos et al. (2000), ainda em relação à diversidade conceitual e metodológica no campo da avaliação, afirmam que não é possível estabelecer uma definição absoluta e universal da avaliação, mas definem como objeto de um amplo consenso a definição de que avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

No conceito de avaliação como um julgamento de valor para a tomada de decisões está contido o duplo objeto da avaliação: como instrumento investigativo, que produz conhecimento sobre uma ação social (ação humana

organizada), e como instrumento político, fornecendo subsídios para a tomada de decisão, o que a caracteriza como uma ciência social aplicada. Estas duas características remetem diretamente à subjetividade inerente à ação humana, dificultando em muito o propósito do campo da avaliação em constituir-se conforme o modelo hegemônico de ciência (STENZEL, 1996:16).

Seria ingênuo pensar que a avaliação é apenas um processo técnico. Ela é também uma questão política. Avaliar pode se constituir num exercício autoritário de poder de julgar ou, ao contrário, pode se constituir num processo e num projeto em que avaliador e avaliado buscam e sofrem uma mudança qualitativa (GADOTTI, 1999:01).

A avaliação pode, segundo as suas funções, ser classificada em somativa e formativa. A avaliação somativa fornece julgamentos sumários sobre aspectos fundamentais do programa, baseando-se na especificação de até que ponto os objetivos propostos foram atingidos. A avaliação formativa visa a fornecer informações para adequar e superar aspectos problemáticos do programa durante o seu andamento (FURTADO, 2001b; STENZEL, 1996).

A avaliação somativa (*summative evaluation*) julga a efetividade do programa e é particularmente importante na tomada de decisões em relação a sua continuidade ou término, sendo, com frequência, solicitada pelos financiadores. São avaliações orientadas para o julgamento e seguem quatro passos: seleção de critérios; seleção de níveis de performance; mensuração da performance; e síntese dos resultados através de um julgamento de valor. É claramente uma abordagem dedutiva. Em contraste, a avaliação formativa (*formative evaluation*) enfoca caminhos para o desenvolvimento do programa ao invés de realizar julgamentos definitivos sobre a efetividade, usando, com frequência, uma abordagem indutiva, com critérios menos formais em uma busca aberta do que ocorre no programa (PATTON, 1997).

Patton (1997) é um autor que discute com profundidade a questão da avaliação dirigida para a utilização (*utilization-focused evaluation*). Entende-se que esse é um aspecto de grande relevância, pois, sendo a avaliação uma pesquisa aplicada direcionada para a ação, as possibilidades e limites de sua utilização devem ser abertamente discutidos. O autor declara que tanto a avaliação orientada para o julgamento (somativa) quanto a avaliação orientada para o desenvolvimento do programa (formativa) envolvem o uso instrumental dos resultados, que ocorre quando decisões ou ações são oriundas, pelo menos em parte, da avaliação. Outra forma de utilização da avaliação apontada por ele é o uso conceitual dos resultados (*conceptual use of findings*), que contrasta com o uso instrumental à medida que nenhuma decisão ou ação são esperadas, mas, os resultados contribuem para o desenvolvimento do conhecimento. As três formas de uso da avaliação: julgamento, desenvolvimento e construção do conhecimento, na prática, muitas vezes estão entrelaçadas e dão suporte a diferentes decisões.

Quando as questões da avaliação estão relacionadas ao mérito do programa e sua continuidade, expansão, disseminação e/ou o financiamento estão em jogo, então a avaliação deve ser realizada com vistas ao julgamento, seu desenho devendo ser suficientemente rigoroso e a coleta de dados ter suficiente credibilidade para que decisões sumárias possam ser tomadas. Quando o diálogo com os usuários primários indica interesse na identificação dos pontos positivos e negativos, na clarificação do modelo do programa e na busca de maior efetividade, a avaliação deve ser estruturada para dar suporte a decisões orientadas para o desenvolvimento do serviço. A habilidade em compartilhar os resultados e em criar um ambiente de

respeito mútuo e confiança entre o avaliador e a equipe é fundamental. Quando os usuários estão mais preocupados em gerar conhecimentos para a formulação de futuros programas do que com decisões sobre os programas atuais, então algumas formas de sínteses ou agrupamentos de avaliações serão mais apropriadas para a descoberta de princípios genéricos de efetividade (PATTON, 1997).

Denis e Champagne (2000) criticam a avaliação com objetivos essencialmente somativos (*outcome evaluation model*) muito desenvolvida nos anos 1960 e 1970, nos Estados Unidos, na avaliação dos programas sociais. Essa forma de avaliação, também conhecida como modelo da “caixa preta”, avaliava o impacto das intervenções onde estas são uma variável dicotômica (presença ou ausência de intervenções) e homogênea. Nesse modelo, a intervenção apresenta pouca ou nenhuma variação ao ser implantada e é impermeável à influência do meio. Os autores afirmam que,

em um mundo real, onde clientes recebem várias quantidades de serviços, onde a natureza do tratamento dado é sujeito a ser diferente de local para local ou até de um responsável pelo programa para outro, e onde o programa é sujeito a ser um amálgama de vários serviços e componentes, cada um dos quais pode ter um efeito diferente, o modelo dicotômico da caixa preta dos programas é lamentavelmente inadequado (DENNIS; CHAMPAGNE, 2000:50)

Essa forma de abordagem privilegia a análise dos efeitos dos programas, valendo-se de métodos quantitativos, calcados em um paradigma positivista, hipotético-dedutivo, voltado para o estabelecimento de inferências causais. O ator da avaliação é o avaliador e os resultados do processo destinam-se a uma avaliação predominantemente somativa (FURTADO, 2001).

No caso da avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial essas questões parecem fundamentais tanto em termos conceituais quanto metodológicos, como ver-se-á com mais detalhes a seguir. A proposta dessa modalidade de atendimento aparece como um dispositivo contra-hegemônico ao sistema asilar e, como tal, analisar esse tipo de serviço pode ter influências ideológicas tanto no sentido de manutenção quanto de transformação. Observa-se que as críticas aos serviços substitutivos em saúde mental têm tido, com frequência, a influência do modelo de avaliação da ‘caixa preta’, no qual as limitações em relação aos resultados inicialmente esperados são consideradas como um fracasso do dispositivo, sem, contudo, analisar-se a influência do grau de implantação e do contexto.

A avaliação da implantação de um serviço representa sempre o que Schraiber (2000) denomina politização da técnica, ou seja, submeter o plano, como proposição técnica, às tensões sociais do cotidiano. Os padrões esperados de ação serão atualizados como deslocamento do enunciado, no sentido de vivificar a teoria e recriar suas elaborações técnicas diante da situação particular e concreta em que se implanta.

Mesmo admitindo que avaliar significa, em última instância, emitir um juízo de valor, Furtado (2001) ressalta a importância de o processo avaliativo ser acompanhado de uma ampliação e diversificação dos eixos em torno dos quais são emitidos tais julgamentos, ou seja, há necessidade da inclusão de diferentes e divergentes julgamentos, a partir dos distintos pontos de vista dos grupos envolvidos em um programa ou serviço, aproximando-se, dessa forma, da avaliação de quarta geração.

O autor declara que abordagens voltadas para o desenvolvimento de intervenções – como a avaliação formativa – têm-se multiplicado nas últimas décadas, favorecendo a avaliação feita a partir do interior da intervenção e centrada na perspectiva dos clientes potenciais. Afirma que as abordagens participativas ou centradas nos usuários da avaliação têm como objetivo engajar os atores no processo de avaliação, visando a sua capacitação e desenvolvimento, além de evitar ou minimizar os efeitos negativos de uma avaliação sobre um dado grupo de implicados.

Novaes (2000) realiza outro tipo de classificação em relação às avaliações de programas de saúde: estratégica, de implantação, de resultados e de impacto. As avaliações de implantação e estratégicas mostram-se mais aderidas às avaliações para decisão, pois as questões formuladas necessitam de uma abordagem mais holística, priorizando, quase sempre, o conhecimento e a compreensão da complexidade e das dinâmicas gerais. Busca responder a questões direcionadas àquele programa específico, e cujas respostas serão consideradas adequadas pela sua capacidade de resolver os problemas identificados, quanto ao mérito e melhorias possíveis, pelos grupos de interesse envolvidos (*stakeholders*), freqüentemente numerosos, e com perspectivas em geral não-concordantes. Nessas abordagens, é possível observar menor interesse por questões etiológicas ou de causalidade de referenciais explicativos mais gerais das avaliações da caixa preta e a priorização de sensibilidade e empatias maiores para com ‘a vida como ela é’, a ser abordada por metodologias construtivistas, apoiadas em teorias relativistas do conhecimento.

Como diz Pedro Demo,

o que está em jogo na avaliação é principalmente a qualidade política, ou seja, a arte da comunidade se autogerir, a criatividade cultural que demonstra em sua história e espera para o futuro, a capacidade de inventar o seu espaço próprio, forjando sua autodefinição, sua autodeterminação, sua autopromoção, dentro dos condicionamentos objetivos (DEMO, 1999:22).

Um programa ou serviço é entendido como um processo que possui movimento, dinâmica própria. É levada em conta a ação de atores distintos que se aliam e se contrapõem, tratando-se de uma busca hermenêutica por compreender antagonismos e consensos. Dessa forma, avaliar é também decodificar conflitos visando ao entendimento da cultura institucional e à prática dos agentes que o serviço ou programa envolve. As análises dos sujeitos sociais sobre essas experiências não podem ser ignoradas, mas reconhecidas como portadoras de racionalidade e analisadas sob a luz das conexões histórico-sociais que conformam tais discursos. A análise de serviços envolve também a análise da 'consciência histórica' de seus agentes e de suas representações sociais, que por sua vez estarão objetivadas em suas práticas (DESLANDES, 1997).

No presente estudo, entende-se que é fundamental a participação dos atores envolvidos no serviço no processo avaliativo, de modo que sejam considerados a sua história, as suas questões, os seus consensos e dissensos, a forma como percebem o serviço, o engajamento que têm com a proposta. As mudanças que ocorreram no país no campo da saúde mental não ocorreram espontaneamente, mas, foram e são construídas através do engajamento dessas pessoas, tanto no campo da luta política e da militância quanto na prática cotidiana dos serviços, onde buscam construir um modo de fazer diferente. A construção de um conhecimento que ignore esses sujeitos certamente ficará fora de contexto e sem sentido, limitando muito os objetivos de uma avaliação. Mas o processo não deve se reduzir a isso. Deve,

também, possibilitar um espaço de reconstrução, contribuindo para que, no movimento e dinâmica do serviço, a avaliação possa servir como um dos mecanismos que direcione, de modo mais qualificado, a ação.

Portanto, a avaliação de serviços de saúde tem como seu objeto privilegiado a ação social organizada com vistas a mudança, e Stenzel (1996) afirma que é justamente nesse ponto que se observa a principal omissão da literatura em avaliação – a falta de uma teoria da ação social, que permita discutir e avaliar essa questão. Entende que a proposta da ‘quarta geração’ de avaliadores, de negociar os resultados da avaliação com todos os interessados, e as propostas de avaliação emancipatória e avaliação participativa, vêm ao encontro dessa nova visão da ação do homem, menos tecnocrática e menos belicosa, que propõe o diálogo entre sujeitos de direito.

Os cenários da avaliação de programas sociais variam de acordo com a natureza das questões sociais envolvidas, a perspectiva em que essas questões são tomadas, a abrangência geográfica dos serviços a serem examinados, o tipo de informações buscado, e as propostas de utilização da informação. Apesar dessas diferenças, Greene (1994) afirma que existem interesses comuns fundamentais que demarcam o contexto da avaliação, e que distinguem a avaliação de programas no campo da investigação social. São eles:

- A inerência política da avaliação de programas: avaliar questões sobre a importância das metas dos programas ou sobre a qualidade e efetividade das suas estratégias não reflete previsões autônomas e teóricas do investigador, mas um processo político de seleção de prioridades;

- Os resultados da avaliação entram na arena política do programa social, e as decisões políticas não são descontextualizadas, abstratas, ou

sustentadas por conhecimento teórico, mas, sim, a sustentação de conhecimento prático, com julgamentos de valor empiricamente justificados a respeito do mérito ou valor do programa avaliado;

- Avaliadores descrevem e inferem sobre questões práticas, sobre o significado de experiências concretas para vários *stakeholders*. Mas, avaliadores fazem mais do que descrever e inferir. Na raiz, avaliação é valorar e julgar. Assim como a seleção das questões de avaliação e a audiência, determinar os padrões pelos quais um programa será julgado é uma tarefa disputada, concorrida, criticada (*contested task*). De modo crescente, particularmente na pesquisa avaliativa, os padrões de valor são identificados e ofertados pluralisticamente, como considerações múltiplas.

Em relação às propostas metodológicas de avaliação, Greene (1994) diz que nem critérios diversos de efetividade do programa, nem questões de avaliação divergentes de diferentes *stakeholders* podem ser igualmente bem tratados pela mesma metodologia avaliativa. A natureza política dos contextos da avaliação de programas, entrelaçada com as crenças e predisposições do avaliador, delimita o contorno da metodologia da avaliação e guia a seleção de determinada abordagem para um dado contexto. Diferentes metodologias são orientadas em torno das necessidades de informação de diferentes audiências - do macroprograma - questões de custo-efetividade dos formuladores de políticas, à microquestões de significado para os participantes.

Patton (1997), Cook e Reichardt (1986) são alguns autores que defendem uma postura mais pragmática em relação às opções teórico-metodológicas, dizendo que a escolha deve ser de acordo com as necessidades dos usuários da avaliação.

Patton (1997) afirma que a escolha do método deve ser, primariamente, não sobre algum paradigma filosófico abstrato, mas, de preferência, sobre as informações concretas necessárias. Quando estas informações necessitam de múltiplas perspectivas, sentidos contextualizados ou da experiência de participação no programa, por exemplo, então, métodos qualitativos devem ser empregados. Para esse autor, a seleção, desenho e implementação de métodos de avaliação deveriam ser baseados flexivelmente nas necessidades práticas, ao invés de em consonância com algum paradigma filosófico particular: métodos objetivos e subjetivos podem ser usados juntos sem problemas.

Essa prática pragmática é defendida por outros investigadores sociais. A instância de justificação a filosófica na escolha de métodos mantém Patton um tanto distante de muitos outros teóricos da avaliação qualitativa, incluindo Stake, Guba e Lincoln, Eisner. Embora apoiem múltiplas misturas de métodos qualitativos e quantitativos no nível metodológico, Guba e Lincoln contestam a mistura de abordagens de investigação no nível do paradigma. Eles argumentam que não se pode aderir simultaneamente à neutralidade e objetivismo da ciência convencional e ao envolvimento subjetivista das linhas interpretativas. Existem outros que concordam que os paradigmas são irreconciliáveis, e não buscam a acomodação, mas o aumento dialético dos benefícios da investigação mediante a aceitação pluralista de múltiplas formas de conhecimento. Questões sociais são complexas e requerem tanto abordagens analíticas quanto sistêmicas. Essa essencial tensão entre os paradigmas filosóficos e a prática provavelmente permanecerá polêmica (GREENE, 1994).

2. CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Na realização de uma investigação científica, é necessário explicitar os procedimentos metodológicos adotados. Entende-se, conforme Demo (1989), que a metodologia não aparece como solução propriamente, mas como expediente de questionamentos criativos para permitir opções tanto mais seguras quanto mais consciência explicativa tiverem.

Assim, trata-se de um processo de busca da alternativa metodológica que possa contribuir para esclarecer a questão expressa neste estudo cuja proposta deste exige apreensão da dinâmica de um serviço, no seu cotidiano, e do modo com que os sujeitos se relacionam, das subjetividades, dos interesses e das questões construídas por eles a partir da sua prática, dos conflitos e contradições, considerando seu potencial de sínteses e transformações. Entende-se que o objeto do presente estudo direciona a opção teórico-metodológica para o campo das abordagens qualitativas,

entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas, tanto no seu advento como na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 1993:10),

o que permite realizar um processo avaliativo participativo num Centro de Atenção Psicossocial, possibilitando a compreensão do objeto avaliado e a construção dos sujeitos envolvidos. Além de apreender a dinâmica do

serviço, as relações que se estabelecem, com suas contradições e subjetividades, propiciam subsídios para mudanças e transformações a partir dos dados gerados pela participação dos sujeitos envolvidos. Isso propicia, ainda, capacitar os grupos de interesse envolvidos na avaliação, aumentando seu potencial de análise para se constituírem sujeitos do processo de mudança.

As abordagens qualitativas não se preocupam em estabelecer leis para generalizações. Os dados desse tipo de pesquisa objetivam a compreensão profunda de certos fenômenos sociais apoiados no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo da ação social.

os métodos qualitativos enfatizam as particularidades de um fenômeno em termos de seu significado para o grupo pesquisado. (...) Os dados qualitativos consistem em descrições detalhadas de situações com o objetivo de compreender os indivíduos em seus próprios termos (...) obrigando o pesquisador a ter flexibilidade e criatividade no momento de coletá-los e analisá-los (GOLDENBERG, 1998, p.49-53).

Para Minayo (1993:10), as metodologias de pesquisa qualitativa são:

aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE¹ como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

A proposta de realizar uma avaliação de serviço qualitativa vem da preocupação em apreender a sua dinâmica, a forma como os atores interagem e os sentidos que constroem em relação à própria prática; uma avaliação que também possa ser dispositivo, possibilitando, mediante um processo participativo, que grupos de interesse ampliem a possibilidade de intervir na realidade do serviço, e que possam ser sujeitos, uma vez que em metodologias tradicionais estão excluídos.

¹ Grifo da autora.

A Avaliação de Quarta Geração desvela-se o caminho para operacionalizar essa tarefa, juntamente com o Método da Roda, cuja série de conceitos fornece as bases e fundamentos para a citada proposta.

2.1. Avaliação de Quarta Geração

A avaliação de Quarta Geração é uma forma de avaliação em que as reivindicações, preocupações e questões dos *stakeholders* servem de foco organizacional (a base para determinar que informação é necessária), e é implementada pelos pressupostos metodológicos do paradigma construtivista (GUBA; LINCOLN, 1989).

Guba e Lincoln (1989) propõem, como alternativa às avaliações tradicionais, uma avaliação responsiva, baseada em referencial construtivista. O termo responsivo é usado para designar uma diferente forma de focalizar uma avaliação em relação aos seus parâmetros e limites. Nos modelos tradicionais, os parâmetros e limites são definidos *a priori*. A avaliação responsiva determina parâmetros e limites mediante um processo interativo e de negociação que envolve grupos de interesse e consome considerável porção de tempo e de recursos disponíveis. É por essa razão que o projeto de uma avaliação responsiva é chamado de emergente. O termo construtivista é usado para designar a metodologia empregada para realizar a avaliação e tem as suas raízes em um paradigma de pesquisa que é alternativo ao paradigma científico positivista, e também é conhecido por outros nomes (interpretativo, hermenêutico). Um modo responsivo de focar e um modo construtivista de fazer.

2.1.1. Enfoque responsivo

O processo de qualquer avaliação deve começar com um método para determinar quais questões serão colocadas e quais informações serão buscadas. Os elementos a serem enfocados: variáveis, objetivos, decisões e outros podem ser denominados de organizadores de avanço (*advance organizers*). A avaliação responsiva também tem seus organizadores de avanço: as reivindicações, preocupações e questões que serão identificadas por grupos de interesse (*stakeholders*), isto é, pessoas que serão potencialmente vítimas ou beneficiárias da avaliação (GUBA; LINCOLN, 1989).

Existem diferentes grupos de interesse. Guba e Lincoln (1988) identificaram três:

1. Os agentes: as pessoas envolvidas em produzir e implementar o serviço.
2. Os beneficiários: todas as pessoas que se beneficiam, de alguma forma, com o uso do serviço;
3. As vítimas: as pessoas que são afetadas negativamente pelo serviço: grupos excluídos do seu uso, grupos que sofreram efeitos negativos, pessoas politicamente em desvantagem, sem poder, influência ou prestígio, pessoas que perderam oportunidades que não podem ser exploradas porque os recursos necessários estão alocados para dar suporte ao objeto da avaliação.

A avaliação não é responsiva apenas porque busca a visão de diferentes grupos de interesse, mas, também, o é à medida que responde às

questões na subsequente coleta de informações. É muito comum que diferentes atores tenham diferentes construções a respeito de reivindicações, preocupações e questões particulares. A maior tarefa do avaliador é a de conduzir a avaliação de modo que o grupo confronte as suas construções com as de todos os outros, um processo que se denomina hermenêutico-dialético.

Neste estudo, o enfoque responsivo foi buscado de três formas: por meio da inclusão de diferentes sujeitos na avaliação, pela identificação das questões sobre o serviço que são relevantes para eles, e pela busca de novas sínteses direcionadas a essas questões. Para tanto, a equipe, os usuários e a família são os grupos de interesse incluídos no processo.

De acordo com a classificação apresentada por Guba e Lincoln (1989), entende-se que os componentes da equipe são os agentes. Quanto aos usuários e familiares, podem ser tanto beneficiários quanto vítimas, pois, mesmo estando inseridos no serviço com vistas ao seu benefício, na dinâmica do cotidiano podem sofrer efeitos negativos por algum encaminhamento técnico inadequado ou pela forma como o serviço se organiza, ou, ainda, pelo modo como se estabelecem as relações nos serviços públicos de saúde, em que usuários e suas famílias ficam, muitas vezes, em uma posição de pouco poder, à mercê do poder local da equipe.

2.1.2 Metodologia construtivista

A Metodologia Construtivista baseia-se em um sistema de crenças oposto à ciência positivista que caracterizou a avaliação realizada no último

centenário. Esse sistema de crenças é, com frequência, denominado paradigma. Não é possível aprovar ou desaprovar um paradigma de modo absoluto, mas Guba e Lincoln (1989) afirmam que o paradigma positivista apresenta limitações que podem ser superadas pelo construtivista. Ontologicamente, esta nega a existência de uma realidade objetiva, afirmando que a realidade são construções sociais da mente, e que existem tantas construções quanto existem indivíduos (embora muitas construções sejam compartilhadas e mesmo as construções individuais articulam-se com as coletivas), sendo a própria ciência uma construção. As realidades, sendo construções, não podem ter (a não ser por imputações mentais) leis naturais imutáveis, tais como leis de causa e efeito. Epistemologicamente, o paradigma construtivista nega a possibilidade do dualismo sujeito-objeto, sugerindo que os achados de um estudo existem precisamente porque existe uma interação entre observador e observado que, literalmente, cria o que emerge da pesquisa. Metodologicamente, e em consequência dos princípios ontológicos e epistemológicos, o paradigma construtivista rejeita a abordagem científica que caracteriza a ciência hegemônica e a substitui por um processo hermenêutico-dialético, contando com a interação observador/observado para criar uma realidade construída o mais informada e sofisticada possível em um ponto particular no contexto social e histórico (GUBA; LINCOLN, 1989).

Existe ressonância entre um paradigma que propõe a metodologia hermenêutica-dialética e um modelo de avaliação que depende exatamente desse tipo de processo: o foco responsivo pede uma metodologia construtivista, e a metodologia construtivista encaixa-se exatamente nas

necessidades do processo de pesquisa de uma avaliação responsiva (GUBA; LINCOLN, 1989).

Existem algumas características da metodologia construtivista que a diferem da ciência positivista (GUBA; LINCOLN, 1989):

- a 'Verdade' é matéria de consenso entre construtores informados e sofisticados, e não em correspondência à realidade objetiva,
- os 'Fatos' não têm significado a não ser mediante determinada estrutura de valores; desta forma, não pode haver uma avaliação 'objetiva' de alguma proposição,
- as 'Causas e efeitos' não existem exceto por imputação,
- o fenômeno pode ser entendido apenas dentro do contexto no qual ele é estudado, e achados de um contexto não podem ser generalizados para outro; nem os problemas e nem as soluções podem ser generalizadas de um *setting* para o outro,
- as intervenções não são estáveis; quando são introduzidas em um contexto particular serão afetadas (mudadas) pelo contexto, da mesma forma que o afetam,
- a Mudança não pode ser projetada; existe um processo não- linear que envolve a introdução de nova informação, e aumenta a sofisticação no seu uso, dentro da construção das pessoas envolvidas,
- a avaliação produz dados aos quais os fatos e valores estão ligados. Valorar é uma parte essencial do processo de avaliação, provendo a base de um sentido atribuído,
- os avaliadores têm uma relação subjetiva com *stakeholders* na literal criação dos dados,

- os avaliadores são orquestradores de um processo de negociação que pretende culminar no consenso mediante construções mais bem informadas e mais sofisticadas,
- os dados de avaliação derivados de uma pesquisa construtivista não têm nenhum *status* ou legitimação especial; eles representam, simplesmente, mais uma construção a ser levada em conta na busca de consenso.

Mas, por que usar as reivindicações, preocupações e questões dos *stakeholders* como organizadores? O questionamento de Guba e Lincoln (1989) aos organizadores clássicos (objetivos, decisões e efeitos) já foram apresentados: a suscetibilidade à ideologia da supremacia da visão gerencial, a presunção de consenso de valores e o compromisso com a ontologia realista. Os argumentos dos autores a favor do uso das reivindicações, preocupações e questões dos *stakeholders* são os seguintes:

1. *stakeholders* são grupos de risco porque os resultados da avaliação podem ir contra os seus interesses. Na qualidade de grupo em risco, devem ter a oportunidade de realizar quaisquer reivindicações, ou expor quaisquer questões que julguem apropriadas para terem as suas demandas honradas. Qualquer outro encaminhamento é injusto e discriminatório. O problema é particularmente agudo quando diferentes *stakeholders* contêm diferentes padrões de valores. Já é ruim estar em risco quando a base da perda é um julgamento de valores com o qual deve, em princípio, concordar, porque reflete seus próprios valores. Quando o julgamento reflete valores de outro grupo, a perda é mais árdua e os *stakeholders* devem sentir que têm alguma defesa em relação a esse nível de risco,

2. *stakeholders* estão sujeitos à exploração, perda de poder e perda dos direitos civis: a avaliação é uma forma de pesquisa cujo produto final é a informação. Informação é poder. O poder da pesquisa pode ser usado de várias formas contrárias aos interesses dos grupos. Não é claro, dada a complexidade social e técnica moderna, que um envolvimento significativo dos implicados garantirá que todos não serão explorados, perderão poder ou perderão direitos em algum grau. Mas, é claro que sofrerão esses infortúnios em muito maior grau à medida que forem negadas as suas demandas,

3. *stakeholders* são os usuários da informação da avaliação. Provavelmente, nenhum tema tem dominado tanto a discussão em encontros de avaliadores profissionais quanto a suposta não-utilização dos resultados da avaliação. Os motivos disso podem ser: o fracasso em fornecer informações de qualidade, o distanciamento da arena política de tomada de decisões, o fato de a avaliação não fornecer informações inequívocas, fornecendo, às vezes, informações conflitantes. Mas, a principal razão é que os avaliadores tendem a dar informações que eles julgam relevantes, mas ninguém mais acha (ou que apenas interessam a um seleto grupo). Todavia, os *stakeholders* são usuários da informação que percebem como responsiva aos seus anseios, preocupações e questões e, sendo-lhes dada uma oportunidade para que tenham suas demandas honradas dentro do processo avaliativo, eles também verão uma forma de ‘flexionar seus músculos políticos’ e, mais importante, de serem capazes de fazê-lo com base em uma legitimação que eles não teriam de outra maneira.

4. *stakeholders* estão em posição de ampliar a extensão da pesquisa avaliativa para grande benefício do processo hermenêutico-dialético: quando

a avaliação enfoca alguns poucos predeterminados objetivos, decisões ou efeitos, seus resultados serão limitados. Grande parte do tempo e energia do avaliador deve ser desprendida simplesmente para identificar os *stakeholders* e interagir com eles o suficiente para saber quais são suas reivindicações, preocupações e questões que se originam nas construções particulares que o grupo formulou, e que refletem suas circunstâncias particulares, experiências e valores. Com freqüência, a natureza das reivindicações, preocupações e questões é completamente imprevisível para quem não é membro do grupo. Isso força um grupo a confrontar e lidar com as construções de outros grupos, o que, de outra forma, não ocorreria. O efeito desse confronto produz mudanças rápidas na construção de todos os grupos, e, se não produzir consenso, expõe as diferentes posições com maior clareza. Se a maior proposta da avaliação é refinar e melhorar essas construções (em adição a julgar), os princípios da hermenêutica dialética raramente terão melhor serventia,

5. *stakeholders* são mutuamente educados pelo processo de quarta geração: o seu envolvimento na Avaliação de Quarta Geração é mais do que simplesmente identificar e descobrir as suas reivindicações, preocupações e questões. De cada participante é exigido que considere as demandas dos demais, e isso não quer dizer que devam aceitar-lhes as opiniões e julgamentos, mas requer que lidem com pontos de diferença ou que reconstruam as suas próprias construções o suficiente para acomodar as diferenças e conflitos, ou que desenvolvam argumentos para que as outras proposições não sejam assimiladas. Por um lado, cada participante passa a entender melhor suas próprias construções, e as revisa de modo a torná-las

mais bem informadas e sofisticadas e, por outro, cada um deles começa a entender melhor as construções dos demais.

O presente estudo debruça-se sobre um Centro de Atenção Psicossocial por ser uma modalidade de atendimento em consonância com as propostas da Reforma Psiquiátrica. A mudança de paradigma preconizada na assistência em saúde mental exige a invenção de formas de pensar e fazer que sofrem grande influência do contexto no qual estão inseridas, não sendo, portanto, passíveis de generalização. Desse modo, tais práticas pressupõem um enfoque interdisciplinar e a inserção de diferentes sujeitos que respondam a complexidade do ‘novo’ objeto construído e das ações a ele direcionadas.

Um processo avaliativo, nesse sentido, não pode estabelecer indicadores *a priori* que não sejam oriundos do contexto do serviço, que não tenham importância e que não sejam problema para os grupos de interesse. Portanto, neste estudo, o envolvimento dos grupos de interesse tem tanto o objetivo de buscar questões mais pertinentes dentro do contexto do serviço que tenham significado para eles, quanto de potencializar a possibilidade de que o processo aumente e aprimore a capacidade de ação desses grupos.

2.1.3 Processo hermenêutico-dialético

Guba e Lincoln (1989) propõem o processo hermenêutico dialético como um caminho para alcançar as condições anteriormente expostas. É hermenêutico porque tem caráter interpretativo, e dialético porque implica comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando alto nível

de síntese. Os autores afirmam que a maior proposta desse processo não é justificar a sua própria construção ou atacar as fraquezas das propostas oferecidas por outros, mas uma forma de conexão que leve à exploração mútua de todas as partes. O objetivo é alcançar um consenso, quando possível; quando não, expõe e esclarece as diferentes visões. Caso o processo tenha êxito, é porque todas as partes (incluindo o pesquisador) reconstruíram as construções iniciais. Todas as partes são, simultaneamente, educadas e desenvolvidas. Em alguns temas, não foi possível o consenso, mas, isso foi acolhido pelo grupo como uma possibilidade de que as diferenças pudessem ter um espaço organizado de interlocução, onde todos tivessem a oportunidade de manifestar a sua posição. Um exemplo dessa diferença foi em relação às manifestações referentes ao hospital psiquiátrico. Apesar de a maioria dos entrevistados perceber esse local inadequado como espaço de cuidado e defender a sua extinção, nas entrevistas com os usuários e com a equipe também surge a posição de que o hospital psiquiátrico ainda é um “mal necessário”.

Para Guba e Lincoln (1989), uma negociação produtiva requer certas condições, que incluem: compromisso das partes de trabalharem em uma posição de integridade, sem espaço para mentiras e enganos deliberados; competência mínima para se comunicar; compromisso de compartilhar poder; compromisso de mudar frente a negociações persuasivas; compromisso de reconsiderar os seus valores, quando apropriado; compromisso de dispor de tempo e energia requeridos pelo processo.

O seguinte modelo esquemático é proposto pelos autores:

Figura 1 – Círculo hermenêutico (Extraído de Guba e Lincoln (1989:152).

Como primeiro passo, um respondente inicial (R1) é selecionado pelo pesquisador em função de sua posição estratégica em relação ao objeto da avaliação. Realiza-se uma entrevista aberta para determinar uma construção inicial em relação ao que será investigado ou avaliado – o foco da investigação. Pede-se que o respondente descreva o foco e o modo que ele (ou ela) o constrói, que o comente e descreva em termos pessoais. Em avaliações, esses comentários incluem observações sobre as reivindicações, problemas e questões, e sobre aspectos positivos e negativos do serviço.

Os temas centrais, conceitos, idéias, valores, problemas e questões propostas por R1 são analisados pelo pesquisador, em uma formulação inicial da sua construção, designada C1. Assim, a análise dos dados segue de perto a coleta de dados.

Cita-se, como exemplo, o processo desenvolvido no grupo com familiares quando, na análise da primeira entrevista (R1), surgem as

seguintes questões: as oficinas estão desorganizadas e os profissionais não vão mais na casa dos usuários como antes (C1). Após, R2 é entrevistado. Quando R2 expõe todas as questões próprias, os temas da análise de R1 são introduzidos, e R2 é convidado a comentá-los. Inicialmente, R2 apresenta o que percebe como problemas: as oficinas desorganizadas, o espaço da cozinha fechado para os usuários, os técnicos afastarem-se das oficinas e os usuários “soltos” no serviço. Ao final da entrevista introduzimos a única questão da C1 que não surgiu de forma espontânea: a busca ativa, explicando que se tratava de a equipe estar indo à casa do usuário, de forma que pudesse manifestar-se sobre ela .

Como resultado, a entrevista com R2 produz informações não apenas sobre R2, mas, também, críticas às demandas e construções de R1. O pesquisador completa a segunda análise (C2). O processo é repetido nas entrevistas seguintes.

Algumas informações surgiram de forma homogênea, ou seja, quase todos os entrevistados apontavam a questão como problema, como, por exemplo, a desorganização das atividades, em especial, as oficinas e falta de medicação. Também aconteceu de o entrevistado ao ser convidado a comentar uma determinada questão, falar que não tinha condições de opinar por desconhecê-la.

As informações disponíveis aos participantes do círculo não precisam ser limitadas àquelas que eles e o pesquisador trazem. É possível introduzir outras demandas que a oportunidade e a necessidade originam, entre as quais construções que emergem de outros grupos de interesse, dados de observação, documentos, literatura relevante e a construção ética do

pesquisador. Através da inserção no campo, via observação, havia condições de, além de introduzir questões que surgiam a partir desses dados, ter uma maior compreensão das apresentadas pelos entrevistados.

Os círculos não necessitam ser abertos apenas com indivíduos similares, isto é, com pessoas que desenvolvam papéis semelhantes, que sejam do mesmo sexo ou tenham a mesma faixa etária, ou que pareçam umas com as outras em algum outro aspecto. Círculos podem ser formados por pessoas bastante diferentes umas das outras, mas, as possibilidades de que condições mínimas de sucesso de encontro hermenêutico-dialético diminuam se os círculos comportarem pessoas com grande variedade de poder dentro do contexto onde estão inseridas.

2.2. Método da Roda

O Método Paidéia ou Método da Roda, elaborado por Campos (2000a), parte de uma crítica à Racionalidade Gerencial Hegemônica e propõe uma reconstrução dos modos de fazer co-gestão de instituições e para a constituição de sujeitos com capacidade de análise e de intervenção. Paidéia é uma noção originária da Grécia clássica e indica a formação integral do ser humano (CAMPOS, 2000a:233). Segundo o autor, a gestão e as práticas profissionais têm a capacidade de modificar padrões dominantes de subjetividade e alterar o modo de ser dos sujeitos, o que denomina de Fator Paidéia. Esse potencial pedagógico e terapêutico pode ser para criar dependência e impotência (controle), ou para ampliar a capacidade de análise e de intervenção das pessoas e dos coletivos (Fator Paidéia). Com a proposta de trabalhar, aqui,

com o Método da Roda na avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial, o que se avalia? O quanto essa prática é ativadora do fator Paidéia, o quanto é construtora de um espaço democrático de constituição de sujeitos com capacidade de análise e intervenção? Essas questões são importantes para a construção de novas práticas e abordagens do sofrimento psíquico.

Inicialmente, faz-se necessário introduzir algumas questões que justifiquem a utilização do Método. A primeira delas refere-se ao fato de o autor trabalhar com a categoria Coletivos Organizados para a Produção², opondo-se ao conceito de Organização operado pela Teoria Geral da Administração, que indica uma estrutura e um funcionamento ordenados segundo uma racionalidade rígida e com limites bem definidos. O Método da Roda privilegia as pessoas, o sujeito e, por isso, aplica-se a equipes e coletivos, objetivando a construção da capacidade de análise e a intervenção desses grupos para que lidem tanto com a produção de bens e serviços, quanto com a sua própria constituição.

As práticas de saúde, tanto individuais quanto coletivas, atuam tomando o sujeito como um objeto passivo, incapaz de esboçar qualquer reação às ações do agente que cura (CAMPOS, 1997).

Essa mesma lógica estende-se aos processos avaliativos de instituições e serviços de saúde, em que os objetos de avaliação são percebidos de forma estática, como uma máquina que, mediante processos aparentemente fixos, produz determinados resultados que serão a base do veredito sobre a sua continuidade ou não. A impotência para apreender as práticas na sua

² Coletivos Organizados para a Produção são todos os agrupamentos humanos articulados com alguma finalidade produtiva, com objetivos a serem cumpridos e com tarefas mais ou menos explícitas (CAMPOS, 2000a:35).

dinâmica do cotidiano e das relações na construção de sujeitos individuais e coletivos, a partir de um paradigma científico hegemônico, levou a um processo de negação de que elas existam ou, se existem, são percebidas como um ‘mau funcionamento da máquina’. Conflitos, contradições e tensões, inerentes a todo o processo de produção coletivo, tendem a ser, a partir do paradigma racionalista hegemônico, excluídos ou abafados³.

Essa negação, consciente ou não, engloba dois aspectos concomitantes do fenômeno analisado: tanto os determinantes universais (transcendentes) como os particulares (imanentes). Campos (2000a), ao desenvolver esses conceitos, parte de uma visão dialética desses dois campos, em que os determinantes universais têm alto grau de exterioridade em relação aos sujeitos e, para analisá-los, o autor ressalta dois planos: as instituições, onde a maior pluralidade institucional determina a heterogeneidade de sujeitos que amplia a possibilidade de autonomia destes, e as necessidades sociais, não naturais, mas, social e historicamente constituídas.

Em relação ao campo de determinação particular surgem três planos: biológico, desejos e interesses. Nesta proposta das determinações particulares como categoria de análise, principalmente nos planos do desejo e do interesse, o autor resgata a questão da subjetividade como uma categoria de análise.

O espaço intermediário encontra-se na Região Singular, em que este singular é o espaço de sínteses, de mediação entre a transcendência do externo e a imanência do interno. A formação de compromissos, a

³ Em relação à forma como são engendradas as informações em coletivos e grupos organizados para a produção, Campos (2000a) fala sobre a análise serial ou seletiva de um texto, em que são eliminados os aspectos contraditórios da realidade, uma espécie de antianálise, resultado de uma escuta serial, e temas que evidenciem oposição ao dominante não são estimulados.

elaboração de contratos, projetos e políticas, enfim, a prática social, são os planos criadores de sínteses.

Uma região em que há possibilidade de se reconstruir a dinâmica das necessidades sociais e dos fatos instituídos, bem como de se recompor imposições internas. (...) espaços em que a práxis concreta dos sujeitos, o agir interpessoal, a política, ou a gestão propiciam relativo grau de autonomia (CAMPOS, 2000a:70).

A negação, enfim, não considera essas determinações um problema a ser investigado, ou seja, não leva em conta que o processo de cuidado em saúde

é sempre uma relação entre dois sujeitos, nunca redutível a uma objetividade positiva, e sempre influenciado pela história social e características psíquicas dos dois elementos envolvidos nesse jogo, e que mecanismos conscientes e inconscientes, peculiares a esses dois sujeitos, estarão sempre interferindo na história da doença e no processo de atenção à saúde (CAMPOS, 1997:184).

A análise e avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial, nesse sentido, pretende apreender essa dinâmica do cotidiano, do microespaço, no seu potencial de mudança e nos seus limites, entendendo-os como sínteses, deliberadas ou não, desse movimento. O espaço da práxis como um espaço, onde instituído e instituinte tensionam-se, transformam-se, e onde a construção de sujeitos é reconhecida como fundamental e possível. Objetiva, também, reconhecer as determinações não apenas como uma forma de impotência frente ao macro, mas também como uma estratégia de construção mais consciente de contratos. No caso da saúde mental, contratos que sirvam de estratégia para mudar a lógica assistencial vigente.

Nessa linha de raciocínio, entra-se em uma segunda justificativa para a utilização do método que, contraditoriamente, encontra-se nos seus limites. O Método da Roda é reformista, para influenciar o micro, ou seja, a

sua aplicação não tem um alcance revolucionário ou para mudar políticas. Tendo em vista um contrato macroinstitucional (no caso desse estudo, a Reforma Psiquiátrica), avalia como é, ou não, implementado esse modelo no concreto. A sua utilização, nesse sentido, só se justifica porque se está analisando um serviço em um contexto de mudanças: a democratização do país, a criação do Sistema Único de Saúde, a Municipalização e, no campo da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica. Nesse contexto, reconhecem-se os enormes avanços conquistados desde a década de 1980, principalmente nas políticas e na legislação em saúde mental. A democratização do espaço da saúde mental, a introdução de novos atores, a mudança no paradigma da assistência conquistaram um espaço inquestionável nesse novo cenário. Essas conquistas, para encontrar suporte político para a sua manutenção e ampliação, precisam de suporte prático/concreto, que ocorre principalmente na concretização de práticas de saúde mental que superem as práticas tradicionais.

A opção por determinado local de estudo, neste caso um Centro de Atenção Psicossocial, tem, portanto, caráter ideológico que deve ser assumido, no momento em que se busca entender essa forma de atenção como um campo de possibilidades na mudança da lógica manicomial. Essa mudança não está garantida apenas pelo deslocamento do lugar da assistência do hospital psiquiátrico para serviços abertos, podendo ser facilmente neles reproduzida. A consciência dessa posição é importante para que se possa ter alguns cuidados, entre eles o de não excluir a crítica, fundamental para que o movimento não se cristalice, reproduzindo, assim, em um ‘novo espaço’, o antigo manicômio.

A crítica do manicômio como lugar desumano e antiterapêutico, se não assume que tais conotações não são só "do manicômio" mas da ideologia psiquiátrica (da qual o manicômio é produto) se traduzirá simplesmente em criação de outros cenários para o exercício da mesmíssima ideologia psiquiátrica (SARACENO, 1999:69).

O Método Paidéia ou da Roda fundamenta uma práxis, ao articular informação, texto, análise e prática, com base na leitura crítica de experiências e textos tradicionais no campo da Política, do Planejamento, da Análise Institucional e da Educação Continuada, apoiando, de modo simultâneo, a elaboração e implementação de projetos e a construção de Sujeitos e Coletivos.

Como se pode pensar no Método aplicado à pesquisa com o propósito de elaborar novos sentidos e significados? A pesquisa, por si só, do mesmo modo que a gestão, as políticas, a prática, não é suficiente para levar a alguma mudança. Porém, ao entender a capacidade de análise como fundamento para a construção de sujeitos de mudança, pode-se inserir a pesquisa como um dispositivo, que os analistas institucionais definem como uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos, atualiza virtualidades e inventa o Novo Radical (BAREMBLITT, 1996:151). Assim, complementa Furtado, (2001b:172) ao desenvolver os conceitos de campo e núcleo da avaliação,

a avaliação adentraria (...), no campo de competência e responsabilidade para onde convergem diversos outros dispositivos (...) voltados para as questões intrínsecas aos programas e serviços, ao desenvolvimento e à criação de novas redes de compromisso (...) além de promover a capacitação dos envolvidos na condução de suas atribuições.

Como forma de operacionalizar essas idéias, Campos (2000a) sugere a utilização de núcleos temáticos de análise. O núcleo de análise é um tema de reflexão do coletivo. Caso esse processo produza síntese, ele é capaz de produzir análise reflexiva e desencadear tarefas em um coletivo. Os núcleos

podem ser produzidos por várias fontes: da própria dinâmica social e institucional, caindo sobre a equipe sem aviso prévio, gerados pela equipe, ou resultantes da ação deliberada de agentes externos, ou seja, correspondem a temas oriundos da dinâmica institucional, da própria demanda das equipes ou de ofertas externas.

No caso da proposta de um estudo de um Centro de Atenção Psicossocial, esses núcleos temáticos seriam analisadores da dinâmica do serviço, no seu cotidiano, na forma como os diferentes atores que compõem a cena conformam-se em relação a eles, tanto na produção de bens e serviços quanto na produção de sujeitos e coletivos.

O Método da Roda assume o compromisso social com a produção de valores de uso, porém, tem um cuidado especial com a construção de Sujeitos e de Coletivos com capacidade de análise e de intervenção, bem como a produção de autonomia tanto para os trabalhadores de uma dada Organização, como também para os usuários que dela se utilizem (CAMPOS, 2000a:212).

Os núcleos temáticos equivalem às questões que emergem na Avaliação de Quarta Geração no círculo hermenêutico dialético, geradas tanto pelas demandas dos grupos de interesse quanto pelas demandas expressas pelo avaliador (oferecimentos)⁴. Sobre esses temas serão construídos textos a serem analisados na busca de sínteses que desencadeiem a ação prática

⁴ Elementos que auxiliem a analisar e a operar o sistema, para que a equipe atue além do seu limite. Seriam informações externas que aumentariam a capacidade de análise, que constitui a base sobre a qual se constroem grupos sujeitos e sujeitos com autonomia e responsabilidade.

A análise dos núcleos temáticos, via processo hermenêutico dialético, foi tarefa do processo avaliativo. Segundo Campos (2000a), a análise pode ser realizada tanto na perspectiva sincrônica, que gera conhecimentos pragmáticos, indispensáveis para a ação prática, quanto na diacrônica, que gera conhecimentos estratégicos fundamentais para orientar planos e projetos que objetivem mudança e sínteses críticas, essenciais para a construção de coletivos.

Os núcleos temáticos nortearam o processo de avaliação do Centro de Atenção Psicossocial, direcionando a coleta e análise dos dados, privilegiando aspectos do processo de trabalho, a forma como se estabelecem as relações no cotidiano, o modo como os grupos percebem o serviço e outras questões expressas e problematizadas pelos entrevistados no círculo hermenêutico dialético. Outras questões também são introduzidas pelo avaliador, por exemplo, dados externos, o que Campos, (2000a) denomina de ofertas, pois, estas podem contribuir para a reconstrução, para a crítica e para a superação de posturas cristalizadas.

Tanto no Método da Roda quanto na Avaliação de Quarta Geração, a questão da utilização da avaliação, ou o seu valor de uso estão presentes. Ambas as abordagens buscam a capacitação dos sujeitos, mediante processo participativo, para que possam aumentar o seu poder de intervir sobre o seu cotidiano.

2.3. O campo e seus instrumentos

2.3.1. Local do estudo

Para apreender o fenômeno na especificidade da proposta desta investigação, realizou-se a coleta de dados empíricos em uma realidade específica: o Centro de Atenção Psicossocial Castelo Simões Lopes (CAPS Castelo)⁵, localizado na cidade de Pelotas-RS. Essa escolha foi intencional, pois o objetivo não era o de confrontar realidades, mas buscar uma instituição na qual houvesse a possibilidade de explorar as questões para além da aparência. A ênfase em determinado serviço procura tomá-lo como parte de um conjunto mais amplo e abrangente de práticas assistenciais no campo da saúde mental, o que permite maior aproximação da realidade. Pelotas é uma cidade com 323.158 habitantes (IBGE, 2005). O município possui a Gestão Plena do Sistema, com três Centros de Saúde⁶, 54 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e seis Hospitais, totalizando 1321 leitos hospitalares, que prestam assistência para o município e a região (IBGE, 2005).

O município faz parte da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, e a rede de atenção em saúde mental estruturada há dez anos vem adaptando-se às novas políticas nacionais da Reforma Psiquiátrica, priorizando o atendimento extra-hospitalar. Apesar disso, há até pouco tempo, o município dispunha de dois hospitais psiquiátricos que totalizavam 400 leitos, tendo um deles encerrado as atividades em 2002.

⁵ Também denominado neste estudo apenas de Castelo.

⁶ São unidades de referência para as Unidades Básicas com assistência especializada e laboratorial

A rede de saúde mental é composta por seis Centros de Atenção Psicossocial II (CAPSII) e um Centro de Atenção Psicossocial voltado para o atendimento de dependentes de álcool e drogas (CAPS AD), cadastrados de acordo com a Portaria 336/02 do Ministério da Saúde. O atendimento em saúde mental está regionalizado através de Distritos Sanitários, com serviços de referência que são responsáveis pela cobertura assistencial de cada região. O mapa, a seguir, fornece um panorama da distritalização e da distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial, sendo que a área de cobertura do serviço estudado é o Distrito Fragata Sul, com uma população de referência de cerca de 70.000 habitantes.

Figura 2 – Mapa de Saúde Mental de Pelotas

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar de Pelotas/RS, 2001.

O serviço iniciou suas atividades em novembro de 1993. Caracteriza-se como um serviço aberto, funcionando de segunda a sexta-feira, nos turnos da manhã e tarde, tendo como teto de atendimento 45 pacientes intensivos, 75 semi-intensivos e 100 não intensivos⁷.

⁷ Intensivos: usuários em atenção diária; semi-intensivos: usuários que freqüentam o serviço três vezes por semana; não-intensivos: usuários que são atendidos três vezes ao mês.

A equipe técnica, no início da pesquisa, em maio de 2003, era composta por duas psicólogas, um enfermeiro, uma assistente social, dois psiquiatras e uma artista plástica. A equipe de apoio compunha-se de um agente administrativo, uma recepcionista, uma cozinheira, duas serventes e uma auxiliar de enfermagem. A maior parte dos trabalhadores cumpria carga horária de 20 horas semanais até a metade do ano de 2003, realizando mais um turno como hora-extra, permitindo que o serviço funcionasse durante todo o dia. A equipe atual (2005) é composta por dois psiquiatras, dois enfermeiros, três psicólogos, uma assistente social, um profissional de artes, uma professora de educação física, uma professora de música, três auxiliares de enfermagem, uma auxiliar administrativa, uma educadora social (em desvio de função, atuando como recepcionista), duas funcionárias da cozinha, uma funcionária da limpeza. Os profissionais de Artes, Educação Física e Música cumprem carga horária de 30 horas semanais, sendo que os dois últimos dividem os seus horários com outro CAPS, realizando 15 horas semanais no Castelo.

O serviço é utilizado como campo de estágio e conta com a participação de professores e alunos de uma universidade pública e uma privada, sendo oferecidos estágios para os cursos de Enfermagem, Psicologia e para o Instituto de Letras e Artes.

As reuniões de equipe são semanais e dividem-se em dois momentos: em um primeiro reúnem-se apenas os profissionais com formação universitária - os técnicos; no segundo, também participam os trabalhadores de nível médio - o pessoal de apoio.

As seguintes atividades são desenvolvidas no serviço:

Grupo de Familiares – Este grupo é realizado uma vez por mês, sob a coordenação da psicóloga e da assistente social. Visa a trabalhar com as necessidades dos familiares em relação aos usuários e buscar uma participação mais efetiva da família no tratamento;

Grupo de Usuários e Familiares – Tem encontros mensais, coordenados pelo enfermeiro e pela assistente social. Esses grupos têm por função intermediar a relação dos usuários com seus familiares, beneficiando ambas as partes;

Grupo de Medicação – As atividades deste grupo são realizadas semanalmente, sob coordenação do enfermeiro e da psiquiatra. Os grupos são divididos de acordo com o tipo de medicação utilizada: reguladores de humor, antipsicóticos e antidepressivos. Na última reunião do mês, o grupo concentra usuários com maior dependência e que necessitam de acompanhantes;

Grupo de Conversação – Reúne-se semanalmente, sob coordenação da psicóloga e do psiquiatra. Esse grupo abrange usuários com transtornos graves compensados e que tenham razoáveis condições de se comunicar;

Grupo de Mulheres – reúne-se semanalmente, sob a coordenação da psicóloga e da assistente social. Dele participam mulheres com depressão maior. O enfoque do grupo não é centrado na doença, mas no desenvolvimento das potencialidades, sendo tratadas questões de gênero, do cotidiano, do ciclo de vida, entre outras.

Grupo de Educação para a Saúde – É acompanhado pela enfermeira juntamente com as estagiárias de enfermagem. Enfoca o autocuidado e a promoção da saúde.

Grupo de Expressão – Este grupo reúne-se semanalmente, sob a coordenação da assistente social e da psicóloga, visando a um atendimento mais específico aos portadores de necessidades especiais;

Grupo de Prevenção de Recaída – Este grupo atua semanalmente, sob coordenação do psiquiatra, da professora da enfermagem e do enfermeiro. Reúne dependentes químicos visando à prevenção da recaída, à adesão ao tratamento e à manutenção da abstinência;

Oficina de Pintura Artística – realizada semanalmente, sob coordenação da artista plástica;

Oficina de Pintura em Madeira – realizada semanalmente, sob a coordenação da artista plástica;

Oficina de Fabricação em Madeira – realizada semanalmente sob a coordenação do enfermeiro;

Oficina de Costura – realizada semanalmente, sob a coordenação da auxiliar de enfermagem;

Oficina de Culinária – ocorre diariamente, sob a coordenação da mãe de um usuário que é voluntária no serviço;

Oficina de Rádio – realizada semanalmente, sob a coordenação da artista plástica. Dela participam usuários de outros CAPS e envolve a organização de um programa de rádio ao vivo – Gente como a Gente - que é apresentado pelos usuários, aos sábados à tarde, em uma rádio comunitária local.

Orientação Individualizada de Pintura – realizada semanalmente, sob a coordenação da artista plástica;

Momento Cultural – realizado semanalmente, sob a coordenação da auxiliar de enfermagem. Nele são tratados temas diversos da atualidade, de interesse do grupo;

Visita Domiciliar – Ocorre quando algum usuário não comparece ao serviço, sob coordenação do enfermeiro e da assistente sócia, sendo também em algumas situações, solicitada por pessoas da rede social do usuário, tais como vizinhos e familiares.

Assembléia – realizada semanalmente, sob a coordenação de um usuário ou familiar. Dela participam usuários, familiares e equipe, e são discutidas e deliberadas todas as questões do serviço, de forma democrática e aberta.

Conselho Gestor Local – composto por representantes eleitos dos usuários, familiares e trabalhadores e pela coordenação do serviço. Reúne-se quinzenalmente.

O serviço localiza-se em uma casa que é patrimônio histórico da cidade, o Castelo Simões Lopes, assim distribuído: -primeiro piso: recepção; sala de reuniões, na qual os grupos atuam; salão; sala de televisão; quatro banheiros; sala de costura; um ateliê; três salas para atendimento, utilizadas principalmente pela assistente social, psicóloga e psiquiatra; cozinha; refeitório; sala de enfermagem; sacada; - segundo piso: três salas para atividades em madeira; uma sala para depósito de materiais; um banheiro; dois terraços. Há um pátio amplo e arborizado, no qual realizam-se várias atividades como jogos de vôlei, futebol e exercícios físicos ou, onde, com frequência, os usuários se reúnem em uma roda de chimarrão. O espaço é adequado em termos das suas dimensões, porém, percebe-se que existe um abandono do prédio, ficando evidente para quem lá chega a necessidade de uma reforma

geral: instalações elétricas e hidráulicas precárias, janelas com vidros quebrados, piso apodrecido, pintura descascando. As poucas adequações foram realizadas de modo improvisado, sem respeitar a arquitetura original de prédio histórico.

Uma importante atividade desenvolvida no serviço é o acolhimento, considerado porta de entrada para situações de urgência, de modo que o serviço conta com um técnico sempre disponível para o atendimento às pessoas, não havendo a necessidade de agendamento ou marcação prévia de horários.

O trabalho volante⁸ é outra atividade oferecida, mediante o qual uma psicóloga da equipe realizava atividades uma vez por semana na Unidade Básica de Saúde Simões Lopes, como um mecanismo de promoção de referência e contra-referência entre a unidade básica do distrito e o serviço.

Ao escolher o serviço para o presente estudo, foram consideradas algumas características do contexto e do próprio serviço. Uma, mais geral, foi o fato de o município ter assumido, politicamente e mediante ações concretas, a implantação de um sistema local de saúde mental, tendo como referência os pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Entre as ações estão a distritalização, a abertura de seis CAPS e uma CAPS ad, o trabalho com as Unidades Básicas, visando a um sistema de referência e contra-referência, e a política de intersetorialização. Uma lacuna existia em relação aos pacientes em surto agudo, encaminhados para o hospital psiquiátrico, mas havia uma proposta de, no curto prazo, ser implantado um serviço de emergência psiquiátrica e uma

⁸ Essa atividade ainda era realizada no início da coleta de dados, sendo cancelada devido a uma série de fatos relatados mais adiante. Esse cancelamento ocorreu sem que houvesse maior discussão com o grupo e gerou total desarticulação dos CAPS com as Unidades Básicas.

unidade de internação psiquiátrica no hospital-geral, o que não se concretizou até o final da pesquisa.

Outra característica, mais específica do Castelo, é o fato de o serviço possuir uma estrutura bem estabelecida em termos de equipe e funcionamento, por ter sido o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do município e estar funcionando há dez anos. Desse modo, entendia-se que, para a execução da proposta deste estudo, seria necessária a participação dos grupos de interesse, cuja experiência nesse serviço já demandava tempo considerável, havendo, assim, condições de realizar, satisfatoriamente, um processo avaliativo do mesmo.

2.3.2. Coleta de dados

As técnicas utilizadas para a coleta de dados empíricos foram a entrevista e a observação. Far-se-á, a seguir, uma breve exposição sobre cada uma delas na pesquisa qualitativa e sobre como foram utilizadas neste estudo.

a) Observação

A observação possibilita um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado, o que apresenta uma série de vantagens: é a melhor forma de verificação da ocorrência de determinado fenômeno, permite que o observador se aproxime da perspectiva dos sujeitos, é extremamente útil para descobrir novos aspectos de um problema e, finalmente, permite a coleta

de dados em situações em que são impossíveis outras formas de comunicação (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

A avaliação qualitativa busca fornecer descrições detalhadas das atividades, dos processos e dos participantes do programa, sendo-lhe a observação direta um importante recurso.

Os registros da observação devem ser ricos em detalhes, permitindo que o leitor se insira na situação observada (PATTON, 1997). Utilizou-se, aqui, como forma de registro, o diário de campo, no qual foram anotados o comportamento, os gestos e atitudes, as expressões verbais e não-verbais dos sujeitos observados que diziam respeito ao tema desta pesquisa (MINAYO, 1993). Além desses aspectos, foram registrados os comentários do pesquisador, incluindo percepções, sentimentos, dúvidas, aspectos a serem aprofundados. Essa parte mais subjetiva do registro foi importante, pois pudemos, à medida que aumentava a inserção no serviço e se acumulavam mais informações, rever algumas impressões iniciais, aumentando e aprimorando a capacidade de análise.

No transcorrer da pesquisa, constataram-se muitas vantagens no uso da observação para a proposta de avaliação. Conforme Patton (1997), ao observar diretamente o serviço, o avaliador estará mais apto a compreender o contexto no qual as atividades ocorrem; a experiência com um programa leva o avaliador a ser indutivo, porque, estando pessoalmente presente, tem menor necessidade de utilizar conceitualizações *a priori* sobre o *setting*; o observador tem a oportunidade de ver coisas que podem não ser percebidas pelos participantes do programa, pois, como todos os sistemas sociais envolvem rotinas, os participantes de tais rotinas podem segui-las sem terem

consciência de importantes nuances que são aparentes apenas para um observador que não está imerso nelas; fornece informações que não são conseguidas através das entrevistas; permite ao avaliador ir além das percepções alheias, acrescentando às percepções dos entrevistados as suas próprias; e, finalmente, permite que o avaliador acesse seu conhecimento pessoal e experiência direta como recursos para a compreensão e interpretação do programa observado.

Lincoln e Guba (1985) dizem que a observação pode tomar diferentes formas nos diferentes estágios da pesquisa. Na fase inicial, a observação pode ser pouco estruturada, de modo a permitir que o observador expanda o seu conhecimento e desenvolva algum senso do que é importante ou saliente. Mais tarde, o observador poderá torná-la mais focal, à medida que as informações aumentem. Os autores acrescentam que é útil intercalar períodos de análise preliminar dos dados entre períodos de observação para a construção de unidades ou categorias preliminares de informação. Dizem, também, que é útil checar esses dados iniciais com alguns respondentes, ou seja, o círculo hermenêutico-dialético exige a análise concomitante com a coleta.

Patton (1997) afirma que uma das tarefas da observação é o levantamento dos registros e documentos e que o avaliador deve negociar o acesso a eles. Além disso, os documentos servem a um duplo propósito: são um recurso básico de informação sobre o programa e podem ajudar o avaliador na formulação de questões importantes para direcionar as observações e entrevistas.

O presente estudo abarcou 468 horas de observação⁹, no decorrer de um ano e dois meses. Foram observadas e acompanhadas as seguintes atividades:

- Modalidades de grupos: prevenção de recaída, familiares, familiares e usuários, mulheres medicação, educação para a saúde, expressão, conversação e momento cultural.
- Visitas domiciliares.
- Oficinas: orientação individualizada para pintura, artes, pintura em madeira, costura, marcenaria, teatro, rádio e culinária.
- Reuniões: de equipe, assembléia e Conselho Gestor Local.
- Festas: churrascos, aniversários, datas comemorativas e bailes.
- Atividades externas: Comissão de cuidados de emergência e hospitalares, Conselho Municipal de Saúde, Associação de Usuários e Familiares, reuniões gerais com Coordenador de Saúde Mental e Secretário da Saúde, Comissão de saúde menta e Grupo de Trabalho da Saúde Mental.
- Eventos: Conferência Local de Saúde e Seminário sobre Urgências e Emergências.

A observação estendeu-se além do inicialmente previsto devidos às paralisações e greves que ocorreram no período. Além disso, com a saída de alguns profissionais sem que ocorresse a sua substituição, o serviço permaneceu cerca de seis meses funcionando de modo atípico, apenas durante o período da tarde e com a interrupção de algumas formas de atendimento e atividades, entre as quais o acolhimento. Outro motivo para que a permanência no campo fosse além da que havia sido programada

⁹ Foram consideradas as observações que originaram registros de campo, excluindo o período de observação de uma semana para conhecer a rede de saúde mental do município e definir o serviço a ser estudado.

inicialmente foi o progressivo envolvimento da pesquisadora com os grupos de interesse e suas questões, e a sua inserção no serviço que, cada vez mais, ia além da observação. O que estava fora do previsto foi a construção de um espaço de compromisso e responsabilização, em que as necessidades acadêmicas da pesquisadora precisaram ser articuladas com outras demandas. A dinâmica do serviço nem sempre acompanha o tempo de uma pesquisa, exigindo que se passe, também, para o campo da intervenção e da ação, no momento em que muitas das questões e problemas surgidos colocavam em risco a própria proposta assistencial que se defendia.

As observações permitiram a familiarização com a rotina e a dinâmica do serviço, conhecer equipe, usuários e familiares, permitindo que eles também incorporassem a presença da pesquisadora conhecendo-a e conhecendo a proposta do estudo. Depois de algum tempo, começou-se, de modo gradual, além de observar, a participar das ações cotidianas do serviço de modo que, ao papel de pesquisadora, somou-se a de profissional. Em vários momentos, participou-se ativamente do atendimento e da organização do trabalho no serviço, tanto por iniciativa própria quanto por solicitação da equipe, usuários e familiares. Outro papel vivido foi o privilégio de exercitar o caráter mais político, com inserção nos diversos espaços de participação no serviço e fora dele, na árdua luta pela mudança de modelo na atenção em saúde mental.

A construção e a reconstrução dos dados e informações provocou a construção e a reconstrução, pessoal e profissional da pesquisadora. Cada vez mais, a coerência do que estava vivendo com a proposta teórico-metodológica adquiria mais nitidez, apesar de, em alguns momentos, ter de

exercitar maior objetivação para que essa prática pudesse também levar a um exercício reflexivo.

Além do serviço, outros espaços foram incluídos na observação, à medida que se revelaram como importantes para a discussão e aprofundamento em algumas das questões, como foi o caso da participação na Comissão de Cuidados de Emergência e Hospitalares a convite de um profissional do serviço. Essa comissão era formada por três trabalhadores, por uma professora da universidade e pelo Coordenador das Ações em Saúde Mental, discutindo-se a questão do atendimento a pacientes em crise. Organizou-se um evento que teve como eixo essa temática, voltado para todos os trabalhadores. A inserção nessa atividade teve como principal motivação a grande carência de recursos para os usuários em crises graves, que necessitavam de atendimento em finais de semana e à noite ou de internação. O hospital psiquiátrico ainda continua sendo o espaço importante nesses casos, contradizendo a proposta de mudança.

Outro espaço foi o Conselho Municipal de Saúde (CMS). Como os grupos de interesse deste estudo têm uma longa trajetória de inserção e participação social, cada vez que o tema saúde mental entrava na pauta do Conselho, um grupo de trabalhadores, usuários e familiares do Castelo organizava-se para ir. A participação nessas reuniões foi fundamental para adquirir consciência da importância da organização política na luta pela saúde. Como a participação no Conselho, de uma forma geral, era quase que apenas de Conselheiros, a presença do grupo da saúde mental sempre causou grande impacto.

A partir da constatação e discussão de alguns problemas da rede de saúde mental no CMS, foi Criada uma Comissão de Acompanhamento às Ações de Saúde Mental, composta por representantes dos CAPS, Conselheiros, Coordenador de Saúde Mental, professora da Escola de Enfermagem da UFPel¹⁰. Por acompanhar toda a trajetória da comissão, pareceu natural para todo o grupo e à própria pesquisadora sua participação. O grupo reuniu-se quinzenalmente, por um período aproximado de quatro meses. Conflitos internos, a institucionalização da Comissão como um fórum do gestor, sem autonomia, e a falta de encaminhamento mais efetivo das questões foram gerando desgaste e esvaziamento, levando-a ao fim.

A convite de usuários, familiares e trabalhadores participou-se de reuniões da Associação de Usuários e Familiares. Considera-se que esse foi um dos espaços de participação mais profícuos onde, de forma clara e crua, eram tratados os problemas (algumas vezes dramáticos) do cotidiano dos portadores de sofrimento psíquico: a falta crônica de medicação na Farmácia Municipal e as denúncias sistemáticas em relação ao hospital psiquiátrico. Esse grupo deu vários exemplos de participação e luta junto ao Conselho Municipal de Saúde e em outros fóruns, denunciando as consequências da falta de uma Política de Saúde Mental efetiva no município. Apesar de ninguém questionar a participação de usuários e familiares e até, pelo contrário, considerá-la fundamental, o que se vê, na maioria das vezes, é que eles são incluídos formalmente, mas não de fato. Exemplo disso é a própria linguagem utilizada nesses espaços, extremamente técnica e acadêmica e de

¹⁰ Essa professora esteve inserida em vários espaços porque, realizando estágio com os alunos da enfermagem nos CAPS formou um vínculo com esses grupos, além de ser militante pela Reforma Psiquiátrica.

difícil compreensão, inviabilizando que esse grupo possa ser sujeito nas discussões e decisões. Algumas vezes, nas manifestações dos usuários e familiares, apesar de serem ouvidos, as suas demandas não são consideradas e nem introduzidas como temas de discussão pelo grupo. Apesar disso, os participantes permanecerem firmes, sempre prontos a participar, em qualquer oportunidade ou necessidade surgidas.

De modo não-sistemático, contou-se com a Promotoria Pública, com o Secretário de Saúde e com o Coordenador de Saúde Mental, tratando de casos pontuais. Quanto à participação em eventos, participou-se da organização da Conferência Local de Saúde e da organização do Seminário de Saúde Mental do Castelo, este último organizado pelos participantes do serviço no I Congresso Brasileiro de CAPS¹¹ para apresentar algumas das questões que foram ali discutidas. Por último, foi importante a participação da pesquisadora no Grupo de Trabalho da Reforma Psiquiátrica, vinculado ao Conselho Municipal de Saúde, um espaço conquistado na defesa das Políticas de Saúde Mental do município.

A inserção da pesquisadora possibilitou, no decorrer da coleta de dados, cada vez mais o caráter participativo da observação, sendo que, em muitos momentos, assumia o papel de apoiadora institucional, discutindo junto aos grupos de interesse questões relacionadas à organização do serviço, ao funcionamento do grupo e ao tratamento dos usuários, acompanhando intervenções e, a partir de uma certa externalidade, propiciando ofertas que pudessem aumentar a capacidade de análise e intervenção do grupo.

¹¹ O Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial foi um evento organizado pelo Ministério da Saúde em São Paulo, em 2003.

b) Entrevista

A entrevista leva o avaliador a entrar no mundo de outra pessoa, para entender a sua perspectiva. O avaliador, na função de entrevistador, procura descobrir de que modo as pessoas percebem o programa que está sendo estudado (PATTON, 1997).

A maior vantagem da entrevista é que permite ao respondente mover-se no tempo para reconstruir o passado, interpretar o presente e prever o futuro. Através desse procedimento, pode-se obter dados subjetivos e objetivos e, em geral, as entrevistas podem ser categorizadas pelo seu grau de estrutura, de informação, e pela qualidade do relacionamento entre o entrevistador e o entrevistado (LINCOLN; GUBA, 1985).

O grau de estruturação pode ser categorizado tendo, em um extremo, a entrevista estruturada e, em outro, a não-estruturada. A primeira é o modo de escolha, quando o entrevistador ‘sabe o que quer saber’, e pode formular questões apropriadas para esse fim. A segunda é quando o entrevistador ‘não sabe o que não sabe’ e tanto as questões como as respostas são fornecidas pelo entrevistado (LINCOLN; GUBA, 1985).

No caso do presente estudo, mediante a utilização do círculo hermenêutico-dialético, as primeiras entrevistas foram menos estruturadas, permitindo que o respondente falasse livremente sobre o serviço. À medida que as entrevistas aconteciam, a análise e as observações permitiram a identificação de questões expressas nas entrevistas seguintes. No início da entrevista permitiu-se que os entrevistados relatassem as suas próprias questões. Em um segundo momento, introduziram-se algumas questões, de

modo que ficaram mais estruturadas, classificando, assim, as entrevistas em semi-estruturadas, ao articular-se as duas formas.

A prática ética requer que as entrevistas sejam informadas. No presente estudo, foi utilizado o consentimento livre informado como recurso mais formal, e foram fornecidas informações complementares sobre o estudo no decorrer da sua realização, sempre que o grupo ou o próprio pesquisador julgasse necessárias. Em uma proposta de avaliação participativa isso não poderia ser diferente, pois a própria metodologia exige que o grupo participe de todo o processo de modo informado e voluntário. Todos os sujeitos assinaram o termo de consentimento (ANEXO I), a fim de utilizar os dados para análise, conforme especificado na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

Todas as entrevistas foram gravadas em fitas cassete, o que permitiu maior fidedignidade na sua reprodução para posterior análise.

Quanto à qualidade do relacionamento entre entrevistador e respondente, ela pode ser caracterizada de muitas formas, desde aquela em que o entrevistador é hostil, e a relação é de combate, até aquela em que entrevistador e respondente vêem um ao outro como pares. Esta última é a relação que foi buscada neste estudo, imprescindível para que o processo ocorresse de modo participativo.

2.3.3. Aplicação prática

A seguir, serão detalhadas as etapas do trabalho de campo para o desenvolvimento de uma Avaliação de Quarta Geração¹²: contato com o campo,

¹² Essas etapas foram adaptadas pela autora a partir do que preconiza Guba e Lincoln (1989).

organização da avaliação, identificando os grupos de interesse, desenvolvendo construções conjuntas, ampliando as construções conjuntas, preparando as apresentação das questões para os grupos de interesse e realizando os grupos.

2.3.3.1. Contato com o campo

Nessa fase foi realizado o primeiro contato com a equipe, usuário e familiares da instituição, que foram, neste estudo, considerados clientes da avaliação. Dois contatos foram realizados, de modo informal, em visita ao serviço, e ocorreram manifestações em relação à relevância da proposta e ao interesse em participar do estudo. Considerando-se as exigências formais contidas na Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, o qual foi aprovado (ANEXO II).

A proposta, juntamente com o formulário do Conselho Nacional de Pesquisa, foi encaminhada ao Coordenador de Saúde Mental do município, para que autorizasse a execução do projeto. Após a qualificação e aprovação pelo Comitê de Ética, foi marcada uma apresentação formal do projeto de pesquisa para os grupos de interesse.

O primeiro encontro com a equipe ocorreu em uma reunião de equipe, solicitando-se um tempo para apresentar a proposta. O primeiro contato com os usuários e familiares ocorreu, no mesmo dia, em uma assembléia do serviço,

quando se repetiu a apresentação. As manifestações, nesse primeiro momento, foram de acolhida e aceitação.

2.3.3.2. Organização da avaliação

Nessa fase, a principal tarefa foi ‘ganhar o direito de entrada’, o que envolveu, principalmente, a construção de uma relação de confiança. Em uma avaliação em que se espera que os interessados falem sobre seus problemas, é necessário que o avaliador seja conhecido pelos mesmos, interaja com eles, conheça-os e permita que o conheçam.

Outro aspecto fundamental nessa fase é que o avaliador viva e experiencie o contexto do serviço, sem ainda estar engajado nas atividades de avaliação, o que Guba e Lincoln (1989) denominam de etnografia prévia (*prior ethnography*), conversando com as pessoas, identificando os líderes informais.

Sabia-se, antecipadamente, que essa fase seria fundamental para o desenvolvimento das demais. A construção de uma relação de confiança com os grupos de interesse ia além das exigências das pesquisas mais tradicionais, já realizadas até então, em que o pesquisador coleta os dados e sai de cena, podendo ou não retornar para apresentá-los no serviço. Sabia-se que, se se deseja o envolvimento da equipe, usuários e familiares, a construção de uma relação de confiança e parceria seria fundamental. Mas isso não está dado pelas ‘boas intenções’ verbalizadas na fase anterior, pois certo grau de fechamento nos serviços é natural, sendo até necessário para a sua sobrevivência, o que estava claro. Portanto, sabia-se que essa etapa passava também por atitudes: o grupo deveria, no dia-a-dia, ter a oportunidade de

observar a pesquisadora e sua conduta frente às situações. Se era esperado o envolvimento do grupo, tinha-se claro que a recíproca era verdadeira - o envolvimento da pesquisadora também seria exigido.

Um exemplo do processo de entrada foi a participação na reunião da equipe, autorizada apenas dois meses após a entrada no campo. Antes de todas as atividades, solicitava-se permissão de entrada aos participantes. No caso da reunião de equipe, essa solicitação era dirigida à Coordenadora do Serviço, que a encaminhava ao grupo. A cada tentativa, nesses dois meses, o retorno foi de que o grupo entendia que a participação da pesquisadora iria 'constranger algumas pessoas' e que 'o grupo poderia ficar inibido com a sua presença'. A Coordenadora, como porta-voz da recusa, sempre se mostrava extremamente constrangida ao dar a notícia. Por um lado, sempre teve-se a preocupação de não impor a presença da pesquisadora ao grupo, de forma que este pudesse se sentir respeitado nas suas decisões. Por outro, a vinculação à equipe ocorreu pela participação no dia-a-dia do serviço, sempre que possível esclarecendo o objetivo deste estudo, de modo que, quando se começou a participar da reunião, isso ocorreu de forma natural e sem constrangimentos.

Inicialmente, tratando-se de uma proposta de pesquisa nunca vivenciada pela pesquisadora, houve insegurança em relação ao papel a desempenhar e aos limites da sua inserção e participação. Em alguns momentos, a função de observadora predominava, a ponto de o grupo solicitar maior participação; em outros, havia demasiada intrusão. Na análise do diário de campo isso era avaliado e o equilíbrio, aos poucos, foi alcançado. A relação com o Coordenador de Saúde Mental também foi-se modificando no decorrer dessa inserção, porém, em uma via contrária àquela constituída no serviço. No início, a

pesquisadora era convidada por ele para que participasse de reuniões e discussões. No entanto, após vários confrontos do grupo do Castelo com o Coordenador, essa relação inicial teve um desgaste e optou-se por um gradativo afastamento.

2.3.3.3. Identificando os grupos de interesse

É impossível que todos os grupos de interesse sejam privilegiados em uma avaliação. Isto está além dos recursos e tempo disponíveis. Mas, existem algumas maneiras para classificar as audiências em categorias incluídas e excluídas. Guba e Lincoln (1989) dizem que o único critério razoável e ético que pode ser usado é o que denominam de interesse relativo (*relative stake*), visto que algumas audiências estão em posição de maior risco do que outras. Acrescentam que tanto a inclusão quanto a exclusão não podem ser arbitrariamente determinadas nem pelo avaliador nem pelo cliente, devendo ser determinadas pela negociação.

Os autores chamam a atenção para o fato de que critérios usados normalmente em outros estudos para essa seleção podem não ser úteis nessa proposta, tais como posição de mais poder no grupo e maior conhecimento e sofisticação. Lembram que a maior meta da Avaliação de Quarta Geração é ser formativa, abrindo o discurso para a possibilidade de reconstrução e desenvolvimento.

Como na abordagem qualitativa de pesquisa o critério de inclusão dos sujeitos não é numérico, considerando-se que devem ser identificados aqueles que podem oferecer maior amplitude e mais variações do fenômeno

em estudo, passou-se a pensar em critérios básicos para a seleção dos sujeitos desta investigação, considerando-se fundamental ter um conjunto diversificado de informantes para possibilitar a apreensão das semelhanças e diferenças (MINAYO, 1993). Assim, a seleção dos entrevistados foi feita a partir da definição dos grupos de interesse incluídos no estudo, definindo-se três grupos: equipe, usuários e familiares.

Na equipe, incluem-se aqueles que a compunham no momento em que se iniciou a observação: uma enfermeira, duas psicólogas, uma assistente social, uma auxiliar de enfermagem, uma profissional das artes, uma auxiliar administrativa e dois psiquiatras. Um dos psiquiatras, apesar de ter concordado em participar do estudo, na fase das entrevistas, desistiu.

Foram entrevistados dez usuários depois de algum tempo de inserção no campo, selecionados segundo alguns critérios de inclusão: que freqüentassem o serviço há mais de um ano, que tivessem boas condições de comunicação, e que já tivessem freqüentado o serviço na modalidade intensiva.

Também foram entrevistados dez familiares. O critério na seleção não foi o mesmo para todos: optou-se por selecionar familiares tendo como critério a inserção desse no serviço, ou a inserção do usuário no serviço, ou, ainda, inserção do usuário na sua família. Dessa forma, quatro deles foram escolhidos pela sua inserção e vínculo com o serviço: são familiares que participam ativamente do cotidiano do serviço, alguns deles desde que foi fundado e têm papel de liderança dentro do grupo. Dois outros são familiares de pacientes muito graves e que não aderem ao tratamento, e vê-se que têm muito a dizer no momento em que a proposta do estudo é

levantar os problemas do serviço. Uma outra é familiar de um usuário que participa sistematicamente no serviço, sendo ele uma liderança importante junto aos demais usuários. Essa familiar, bastante ausente, foi várias vezes criticada por pessoas da equipe e usuários, e julgou-se importante incluir a sua fala. Dois outros entrevistados são familiares de usuários que freqüentam a mais de dois anos o serviço, mas que não têm apresentado melhora significativa e, um outro, é familiar de uma usuária cuja inserção na família é difícil e cheia de conflitos.

2.3.3.4. Desenvolvendo construções conjuntas

Esse passo envolve a primeira aplicação do círculo hermenêutico-dialético, já descrito anteriormente.

A primeira entrevista foi iniciada com uma questão aberta, em que foi solicitado que o entrevistado falasse de modo geral sobre o atendimento no serviço e, em um segundo momento, pediu-se-lhe que falasse sobre os problemas que ali identificava.

Já nas primeiras entrevistas, determinadas questões de especial importância e relevância emergiram. Essas questões foram introduzidas nas demais entrevistas, em busca de informações mais detalhadas e específicas.

Cada entrevista foi seguida imediatamente pela análise dos dados, tornando o material das entrevistas prévias disponível para as seguintes, nas quais, além de falar sobre as suas próprias construções, o entrevistado era convidado a criticar as construções das entrevistas anteriores.

Mesmo o método permitindo que os círculos fossem feitos mais de uma vez, reciclando-se seu conteúdo, de modo que os mesmos respondentes anteriores fossem envolvidos e que a eles fossem acrescentados novos respondentes (GUBA; LINCOLN, 1989), isso não foi realizado. Ao iniciar o círculo tinha-se desenvolvido uma relação de confiança e parceria com os entrevistados, de modo que as entrevistas foram muito ricas e sinceras. Apesar de terem sido entrevistas longas, exigindo mais na fase de análise, conseguiu-se alcançar profundidade e clareza nas informações e detalhes. A introdução de novos respondentes também não foi feita porque, frente à grande quantidade de questões que surgiram nesses três grupos, optou-se por encerrar a coleta de dados através da entrevista, evitando-se que o excesso de informações não inviabilizasse a capacidade de análise.

2.3.3.5. Ampliando as construções conjuntas

Nos passos anteriores, o círculo hermenêutico foi estabelecido, o que facilitou a emergência de construções conjuntas de determinado grupo de interesse, desenvolvidas a partir das construções originais dos participantes individuais do círculo. Mas, uma variedade de outras informações disponíveis tiveram impacto sobre essas construções. Tal material foi introduzido na roda quando o entrevistado ou o avaliador (ou ambos) julgavam necessárias mais informações para o esclarecimento de alguma questão. No aprofundamento e esclarecimento das questões deste estudo, as informações foram buscadas das seguintes formas:

a) observação: o sinergismo observado entre as entrevistas e as observações era forte. Inicialmente, foram feitas observações livres em busca de uma etnografia prévia (*prior ethnography*) e com o objetivo de ganhar experiência preliminar com o contexto. Tal observação, aparentemente casual, levantou questões para a entrevista e, da mesma forma, comentários aparentemente casuais, durante a entrevista, levaram a observações produtivas,

b) a literatura profissional: o conhecimento já produzido propiciou questões úteis a serem consideradas, que influenciaram as construções existentes. Procurou-se não tomar a literatura como uma verdade a ser generalizada, mas, sim, como mais um conhecimento a ser considerado de forma crítica em relação ao contexto daquele serviço. Para Guba e Lincoln (1989), muitas pessoas têm a crença de que documentos da ciência devem ser tomados ao pé da letra e sugerir que elas critiquem os achados da literatura, nos seus próprios termos, pode ser difícil. Apesar de ser difícil resistir à aparente autoridade e legitimação que os documentos carregam, frente à riqueza do material produzido em torno da proposta da Reforma Psiquiátrica, com frequência, na discussão de alguma questão, recorria-se a esse material. Como se tratava de uma proposta de avaliação formativa, a caminhada foi de acordo com as possibilidades do grupo no tempo da pesquisa. Mesmo que, na maior parte das vezes, não se conseguisse absorver todo esse material de modo crítico, a introdução a alguns conceitos deu ao grupo uma visão mais ampla da proposta,

c) a construção ética do avaliador: seria tolo pensar que o avaliador não tem conhecimento prévio e opiniões sobre o serviço e o seu contexto.

Mente vazia não é equivalente à mente aberta. A questão não é se o avaliador tem alguma opinião ou não, mas como tal opinião emerge. Não há problema em introduzir as questões do avaliador se, e esse é um grande se, tal construção é expressa ao lado das demais, sofrendo as mesmas críticas e discordâncias. Teve-se, contudo, o cuidado de realizar isso quando já se estava inserida no campo, ao perceber que a fala da pesquisadora se somava à dos demais, sofrendo as mesmas críticas. A sensibilidade do avaliador foi fundamental para perceber em que momentos a introdução de suas questões seria adequada.

Esses recursos são legítimos para informar as construções existentes. Qualquer informação compilada merece atenção, para, através da reflexão, ser rejeitada ou acomodada na construção aceita. Algumas vezes essa acomodação deve ser muito radical, mudando a construção existente em tal grau que merece a denominação de ‘revolução’. Quando todas essas informações são expostas e trabalhadas, o fim da interação hermenêutica é essencialmente alcançado. Durante essa etapa, as construções conjuntas de cada grupo foram agrupadas e reagrupadas em diferentes núcleos temáticos.

2.3.3.6. Preparando a apresentação das questões para os grupos de interesse

Após a organização das construções de cada grupo, partiu-se para a etapa de sua apresentação para os respectivos grupos para que pudessem ter acesso à totalidade das informações e tivessem a oportunidade de modificá-las ou afirmar a sua credibilidade. Essa negociação foi realizada

mediante a utilização da técnica grupal, sendo convidados todos os entrevistados de determinado círculo para quem foi apresentado o resultado final (provisório) da análise dos dados.

Para Guba e Lincoln (1989), a delegação dessa etapa da pesquisa apenas ao avaliador é compreensível e racional apenas no positivismo, em que os dados representam um estado 'real' das coisas e são obtidos diretamente 'da natureza', excluindo-se qualquer possibilidade de viés do avaliador, isto é, sem que os valores do próprio avaliador sejam determinantes. Mas, tal posição é intolerável no construtivismo. Dados nunca são livres de valor; como se tem visto, eles certamente não 'falam por si mesmos', ou seja, não carregam o seu próprio significado e interpretação de uma forma inequívoca. Avaliadores, guiados consciente ou inconscientemente por seus próprios valores, selecionam os fatos dos quais obtêm o seu significado. A sessão de negociação, representando um grande arranjo dos participantes, é um mecanismo que tem a intenção de expor e levar em conta toda a série de valores. A preparação da agenda de negociação envolveu as seguintes atividades por parte do avaliador:

- a definição de cada núcleo temático nos termos do grupo de interesse que o trouxe à tona, sendo seguida de suficiente discussão, com exemplos, para torná-la o mais clara possível para todos os envolvidos na questão;
- a organização do material na forma de um texto com cópia para cada participante do grupo, de modo que todos pudessem ter acesso a essas informações;
- a preparação do material para exposição ao grupo, mediante a utilização de recursos audiovisuais;

- a negociação do dia e horário do encontro com todos os participantes. Essa etapa exigiu diversos contatos com cada um deles até chegar a um consenso.

23.3.7. Realizando os grupos

Os grupos atuaram em salas com privacidade, para que todos se sentissem tranquilos ao expor suas opiniões. De cada grupo participaram duas observadoras: a orientadora do presente estudo e uma bolsista de iniciação científica. As observadoras realizaram o registro do que foi discutido no grupo e, quando necessário, lançavam questões que pudessem esclarecer determinado ponto. No início do encontro eram retomados todos os preceitos éticos de sigilo e anonimato da pesquisa.

O primeiro grupo a reunir-se foi o dos familiares. Dos dez familiares entrevistados, cinco compareceram, dois justificaram a ausência e um, apesar de não ter justificado, tinha-se conhecimento de que estava tendo problemas sérios de saúde.

O grupo seguinte foi o dos usuários. Dos dez usuários entrevistados compareceram oito. Um tinha falecido recentemente e outro justificou que não iria porque não estava se sentindo bem, preferindo não participar.

No encontro com o grupo da equipe todos os oito entrevistados compareceram.

Ao ser apresentada a análise final dos dados, percebeu-se um alto grau de consenso em relação às questões. Pode-se dizer que no grupo de familiares e dos usuários o consenso foi total. As questões que apareceram no decorrer do círculo hermenêutico dialético, apresentadas pela primeira

vez aos entrevistados anteriores, foram acolhidas por todos como legítimas, e todos tiveram a oportunidade de se posicionarem em relação à totalidade delas. No grupo da equipe, todas as questões foram mantidas, apesar de, em relação a algumas delas, existirem diferenças. Isso mostra, provavelmente, diferenças esperadas em qualquer grupo e essa etapa propiciou que elas pudessem ser explicitadas.

Os três grupos avaliaram que o resultado apresentado retratava, de modo organizado, os problemas que estavam vivendo no serviço. E lembrou-se ao grupo que o material apresentado foi resultado de uma construção conjunta dos que ali estavam e que a qualidade do material retratava o envolvimento e compromisso do grupo com a proposta. Todos os grupos também manifestaram a importância do processo avaliativo como um apoio frente a uma série de dificuldades que vinham passando no serviço e que, através do estudo, eram explicitadas e denunciadas.

Em relação à ação a ser desenvolvida a partir da avaliação, Guba e Lincoln (1989) apontam três possíveis caminhos, sendo provável que todos os três existirão em uma mesma avaliação:

- resolução total: quando as questões são totalmente resolvidas e a ação a ser tomada é evidente. Algumas não requerem ação, exceto a de continuar realizando-se determinada conduta. Outras requerem alguns refinamentos ou melhoramentos, e outras apontam para sua rejeição ou abandono: a estratégia não funciona e provavelmente não se deve usá-la novamente,
- resolução incompleta ou parcial: por uma série de razões, incluindo inabilidade para adquirir todas as informações desejáveis, algumas questões permanecerão não-resolvidas. A ação é adiada, ficando na pendência de

futuros estudos e considerações. Um mecanismo para esse estudo adicional deve ser proposto e implementado,

- não-resolução: construções diferentes, provavelmente rivais, permanecerão e pouco pode ser feito além de continuar a trabalhar no problema (provavelmente mediante outras atividades de avaliação) e tentar uma acomodação para permitir a ação prática. É problemático quando uma acomodação prática não pode ser alcançada, porque a única alternativa em tal caso seria não realizar ação nenhuma, ou determinar a ação arbitrariamente.

No caso da avaliação aqui apresentada, muitos dos problemas que foram surgindo desencadearam ações de forma mais imediata. Mas, muitas das questões permaneceram não resolvidas, identificando-se fatores dificultadores, tais como contexto desfavorável e os limites internos. Em relação ao contexto, fatores políticos serão desdobrados no próximo capítulo, que não apenas impediram algumas intervenções, mas trouxeram novos problemas no decorrer do estudo. E, internamente, ocorreu, no decorrer do estudo, uma mudança quantitativa e qualitativa no perfil da equipe, o que dificultou conseguir a adesão suficiente para a mudança.

2.4. Análise dos dados

O método utilizado neste estudo exige que a análise e a coleta de dados sejam processos paralelos, um direcionando o outro. Além disso, sendo uma proposta de avaliação participativa, os sujeitos do estudo interferem em ambos os processos.

Detalhar-se-á como foi o processamento dos dados obtidos, que se baseou no Método Comparativo Constante (*The Constant Comparative Method*). Esse método foi originalmente desenvolvido por Glaser e Strauss para o desenvolvimento de teorias, sendo usado por Lincoln e Guba (1985) para o processamento de dados. A seguir, apresentam-se os passos da proposta dos autores.

2.4.1. Identificação de unidades de informação (*unitizing*)

Nessa etapa, lida-se com unidades de informação que irão servir como base para a definição das categorias. Alguns pesquisadores consideram essa tarefa fácil, mas, a princípio, a tarefa é um pouco mais complicada. O que é tomado como uma unidade deve ter duas características. Em primeiro lugar, essa unidade deve ser heurística, isto é, deve apontar para algum entendimento ou ação necessários ao pesquisador. Se não for heurística não será útil, mesmo que intrinsecamente interessante. Segundo, deve ser a menor parte de informação sobre alguma coisa que se mantém por si mesma, isto é, deve ser passível de interpretação sem o acréscimo de outra informação, a não ser uma compreensão do contexto no qual a pesquisa está sendo realizada. Tal unidade pode ser uma simples sentença ou pode ser bem mais do que um parágrafo.

Essas unidades foram encontradas no material empírico coletado: leitura horizontal das entrevistas e observações. Sendo localizada uma unidade, tem-se o cuidado de registrar a informação de forma compreensível, acrescentado-se outras informações de contexto que possam torná-la mais

clara. Durante essa fase, chega-se a um número bastante elevado de questões. Percebia-se, nessa etapa, ser mais fácil rejeitar, posteriormente, o que parecia ser material irrelevante do que recapturar informações posteriormente percebidas relevantes, mas descartadas anteriormente.

Cada unidade de informação foi codificada mediante a designação da fonte (entrevistas, ou observações) e do tipo de respondente, acompanhada com o trecho da entrevista ou do registro do diário de campo que a originou.

Essas unidades de informação eram questões que, no decorrer do círculo, foram apresentadas para os entrevistados seguintes quando não eram, de modo espontâneo, apontadas na entrevista, para que manifestassem a sua opinião sobre elas. A releitura de cada uma delas e interlocução com os entrevistados permitiu que cada uma fosse reconstruída e aprimorada no decorrer do processo. Também eram acrescentadas as novas questões que iam surgindo de modo que, ao final, tinha-se a totalidade das questões de determinado círculo.

2.4.2. Identificação dos Núcleos Temáticos

Essa etapa consistiu no reagrupamento provisório de todas as questões aparentemente relacionadas com o mesmo conteúdo, de modo que um conjunto de questões originaram determinados núcleos temáticos, mais amplos. Essa etapa exigiu o retorno diversas vezes ao dado bruto que originou a questão, procurando um aprofundamento no seu significado. Nessa etapa, foram identificadas, em relação a cada núcleo temático, as divergências e convergências, quando se procedeu uma análise horizontal,

comparando-se os dados de diferentes entrevistas. Nesse processo, esse reagrupamento foi feito diversas vezes, de modo que cada núcleo temático fosse delimitado conceitualmente de maneira mais clara, sendo, ao final, conformato o seguinte quadro de núcleos temáticos:

Quadro 2 – Núcleos temáticos

Dimensões do objeto de trabalho	Integralidade Velhos e novos crônicos: os enCAPSsulados A relação com o Hospital Psiquiátrico Inserção da família
Equipe	Restrição ao núcleo como defesa Funcionamento e organização da equipe – as divisões Espaço e formação de núcleos identitários e de campos de formação de compromissos e de contratos
Práticas e meios de trabalho	Os encastelados Atividades do cotidiano como espaços de constituição dos sujeitos Relação como técnica: escuta e acolhimento Reprodução do manicômio: as regras, os maus-tratos e o fechamento dos espaços Acolhimento como estratégia de organização do serviço

O material que resultou dessa etapa foi apresentado aos grupos, ao final, para que pudessem verificar se a reconstrução realizada pela pesquisadora fora satisfatória. Essa reconstrução foi apresentada aos entrevistados para que a examinassem e reagissem a ela. A proposta do círculo hermenêutico-dialético prevê esse momento para que os dados

analisados sejam reapresentados para, sobre eles, serem realizadas novas reconstruções.

Na redação final da análise aparecem algumas convenções adotadas a fim de se identificar tanto os dados das entrevistas quanto os da observação. Para tanto, seguem as especificações:

(O...) – observação nº... A observação refere-se à identificação dos dados observados, seguida do número de acordo com a ordem cronológica de realização;

(E...E) – entrevista nº..., equipe. Refere-se à identificação das entrevistas realizadas na equipe, sendo numeradas em ordem crescente de acordo com sua realização. Optou-se por não identificar a categoria funcional do profissional entrevistado, pois, como a maior parte só é representada por um, não atenderia ao critério do anonimato;

(E...U) – entrevista nº..., usuários. Refere-se à identificação das entrevistas realizadas com usuários, numeradas em ordem crescente, de acordo com sua realização;

(E...F) – entrevista nº..., familiares. Refere-se à identificação das entrevistas realizadas com familiares, numeradas em ordem crescente, de acordo com sua realização;

(GE...) _ grupo com equipe, nº. Refere-se à identificação dos dados originados no grupo de negociação com os membros da equipe entrevistados, acompanhados pelo número da entrevista;

(GU...) _ grupo com usuários, nº. Refere-se à identificação dos dados originados no grupo de negociação com os usuários entrevistados, acompanhado do mesmo número que o usuário recebeu na entrevista;

(GF...) _ grupo com familiares, nº. Refere-se à identificação dos dados originados no grupo de negociação com os familiares entrevistados, acompanhado pelo mesmo número que o familiar recebeu na entrevista;

Os nomes de pessoas citados nas entrevistas e nos dados de observação foram substituídos por nomes fictícios.

Para a digitação do texto da presente tese utilizou-se a fonte Bookman Old Style (12) e, em trechos literais de outros autores, a fonte Comic Sans MS (10), ressaltando-se que:

- para a transcrição das falas das entrevistas utilizou-se a fonte Comic Sans MS (10);
- para os dados de observação registrados em diário de campo, quando literais, utilizou-se a fonte Comic Sans MS (10) e quando relatados foram inseridos no texto. Ambos seguidos da identificação (O nº).

A linguagem dos entrevistados foi mantida, de modo geral, na íntegra, sem muitas das convenções da língua padrão culta.

3. A TRAJETÓRIA DO SERVIÇO

Muitas das questões que aparecem neste processo avaliativo têm como parâmetro o antes e o depois, ou seja, como as coisas funcionavam antes e não funcionam mais. O critério do que é bom ou ruim é a própria experiência dos sujeitos. Nos vários espaços de interlocução, entre os quais assembleias, conselho gestor local e reuniões de equipe, e nas entrevistas com usuários, familiares e equipe, ao falarem sobre os problemas do serviço no momento atual, os sujeitos têm como parâmetro o modo de seu funcionamento no passado. As mudanças são associadas tanto a fatores externos quanto a mudanças dentro do serviço, no espaço onde os sujeitos teriam maior autonomia para intervir, e que são percebidas ‘para pior’. Para maior compreensão na discussão das questões que emergiram no processo avaliativo, torna-se necessário o resgate da trajetória do serviço e da sua constituição. As informações que compõem essa parte do estudo têm origem tanto em fontes secundárias - o relato do grupo que participou dos fatos e documentos - quanto em fontes primárias quando se referem ao período a partir de maio de 2003, após a entrada da pesquisadora em campo, e quando se tornou sujeito dessa história.

Esse resgate considerará o fenômeno em duas vertentes: uma, histórica (diacrônica) e outra, lógica (sincrônica).

3.1. O início

Pelotas é uma cidade com forte tradição hospitalocêntrica no campo da saúde mental. Por mais de 50 anos, os cuidados foram prestados quase que exclusivamente por dois hospitais psiquiátricos privados, hoje conveniados ao SUS, com 200 leitos cada um, tendo, um deles, fechado suas portas em janeiro de 2003. Até 1992 o atendimento era realizado nesses hospitais e, paralelamente, psiquiatras e psicólogos realizavam atendimentos ambulatoriais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nada havendo que tensionasse a hegemonia do modelo vigente.

Os profissionais que deram início, em 1993, ao trabalho do Castelo - psiquiatra, assistente social, psicólogo e enfermeiro - exerciam as suas atividades em uma UBS, no bairro Simões Lopes, desenvolvendo um projeto de saúde mental comunitário. Os denominados egressos do hospital psiquiátrico eram atendidos em grupo, dentro do posto, e, por terem sofrido as conseqüências da institucionalização, eram isolados, com rotinas empobrecidas, sem perspectivas.

O trabalho desenvolvido não causou o impacto inicialmente esperado e essas pessoas continuavam tendo a doença, a incapacidade e a exclusão como centrais nas suas vidas. A falta de resolutividade levou à necessidade de um trabalho mais intensivo, de ampliação da proposta e de novos espaços para a efetivação de um cuidado integral. Assim, foram realizadas visitas domiciliares a pessoas da comunidade com transtorno mental e a suas famílias, tentando mobilizá-las para a criação de um serviço de saúde mental no bairro. Reuniões começaram a ser realizadas na Casa de Cultura João

Simões Lopes Neto, um prédio histórico do bairro mais conhecido como Castelo (KANTORSKI et al, 2000). Em novembro de 1993 foi cedido, nesse local, um espaço para a primeira oficina de criação coletiva dos portadores de sofrimento psíquico, pelo SUS, na cidade (ROCHA, 2002).

A oficina ocorria uma vez por semana e o restante da jornada de trabalho era desenvolvida na UBS, onde era realizado um trabalho dentro de um modelo preventivista, com grupos, visitas domiciliares, puericultura, entre outros. Nessa época, como no Castelo funcionavam outros departamentos, o serviço de saúde mental ocupava apenas uma peça: uma das antigas salas de banho. À medida que o trabalho foi ampliado, a equipe começou a desligar-se do posto, trabalhando de forma mais integral no serviço que surgia. Aos poucos, conseguiu negociar a utilização de outras salas e, posteriormente, mediante um decreto municipal, o prédio foi cedido integralmente à Secretaria de Saúde para funcionamento do serviço.

Nessa trajetória, percebe-se um grupo com capacidade de intervenção e transformação singulares. Campos (2000a) aponta a incidência de três fatores no processo de produção de sujeitos e coletivos: os *particulares*, internos, compostos pela estrutura biológica, desejos e interesses, os *universais*, externos a eles e uma região de forças com relativa transcendência em relação aos sujeitos, e os *singulares*, uma região de contato do interno com o externo, em que se conformam e são expressas sínteses entre o sujeito e o seu contexto.

No grupo que deu início ao trabalho no Castelo aparecem também algumas características particulares que auxiliaram na constituição do serviço. Uma delas é a identificação com o trabalho comunitário.

Quando entrei para a secretaria da saúde e tinha consultório já há alguns anos, a gente foi para o posto de saúde e começou a sair para a rua, não ficava dentro do posto, não ficava só no atendimento, aí eu comecei a me achar. (...) Com a prática, parece que eu comecei a me achar, a me identificar, e ver que não tinha outro caminho mesmo. Tanto é que eu larguei o consultório, eu não conseguia mais trabalhar no consultório, aquilo estava muito limitado para mim. Então eu acho assim: é muito mais fácil trabalhar desse jeito, com essa proposta mais próxima, próxima das pessoas (E6E).

Fatores externos também contribuíram: o fato de a maioria dos trabalhadores não terem a prática em hospital psiquiátrico foi importante para que o grupo pudesse, com maior facilidade, sair dos parâmetros da psiquiatria tradicional. Além disso, a crítica ao hospital psiquiátrico emergiu não apenas a partir de uma construção/incorporação dos referenciais teóricos da reforma, mas, também, a partir do contato, na comunidade, com o sofrimento das pessoas que passaram por essa experiência. Junto com o interesse e a identificação com o trabalho comunitário, o contato com usuários que tinham como única opção de atendimento o hospital psiquiátrico, seu sofrimento e as consequências das internações nas suas vidas demandavam uma ação.

Nós, que estávamos iniciando, quando iniciamos, poucos de nós tínhamos essa vivência do hospital. Nós sabíamos que queríamos criar algo diferente em cima do senso comum que se tinha, em cima de alguns referenciais teóricos, e em cima do relato de pacientes que a gente começou a entrar em contato, do sofrimento que tinha sido a passagem pelo hospital psiquiátrico (E4E).

A constituição dessa proposta inicial é entendida como um processo, no qual o trabalhador também se constituiu, como aponta a fala a seguir - o trabalhador reabilitado psicossocialmente:

Mas eu fico pensando e acho que o que me ajudou foram esses passos que eu dei e que foi pouco a pouco, porque na época não tinha nada, tudo era a gente que tinha que procurar, experimentar, ver como ia fazer, do que

ter as coisas já prontas construídas e tu entrares naquele espaço. Eu ia absorvendo, assimilando, construindo dentro de mim. Eu diria que eu também fui não sei se reabilitada ou habilitada psicossocialmente, eu também passei esse processo, comigo se deu isso também. Porque a proposta é essa: que as pessoas entrem em contato, explorem as suas capacidades, que sejam valorizadas, que se sintam dignas, cidadãos. Eu acho que eu também tive desse processo comigo. (...) Eu acho que a possibilidade de nós termos dado esses primeiros passos, de termos sido pioneiros, isso foi muito bom (E6E).

Essa reconstituição interna, mediante a prática, é rica em sínteses. O fato de as coisas não estarem prontas, predeterminadas, propicia que os sujeitos tenham um alto grau de autonomia e poder de intervenção local. Como “na época não tinha nada”, tudo o que foi sendo criado dava ao grupo a possibilidade de autoria, de serem pioneiros. O compromisso e envolvimento com a proposta têm grande relação com esse sentimento de estarem produzindo uma obra. Apesar de, nesse momento, as condições objetivas serem precárias, essa constituição subjetiva foi fundamental.

A falta de recursos exigiu e possibilitou também um envolvimento dos usuários e familiares no funcionamento cotidiano do serviço. Um exemplo disso era o espaço da cozinha:

Porque se eu queria ir ao Castelo, eu levava as minhas coisas, ou dividia as minhas coisas... se eu ia comer verdura, lá a gente combinava que cada um dava um pouco (E2F).

Antes, quem fazia eram as pessoas mesmo, nós que fazíamos a merenda, não tinha funcionário para fazer, mas era mais organizadinho, tinha os dias de cada coisa. Mesmo sem ter nutricionista, não se repetia o mesmo lanche (E3F).

A gente chegava, fazia a merenda, uma fazia uma coisa, outra fazia outra (E9U).

A produção das refeições era uma tarefa coletiva, em que o cardápio era planejado e executado pelos próprios usuários e familiares, e uma parte dos alimentos era trazida por eles ou cotizavam a compra. Não havia verba

pública para a compra de alimentos e nem funcionárias contratadas para a cozinha, o que só veio a acontecer mais tarde. A cozinha era um espaço aberto, de encontro e trocas, e a preparação de alimentos e as refeições eram um ritual em que usuários, familiares e equipe interagiam de modo espontâneo. Nessa relação, o que conferia, em alguns momentos, um status diferenciado a um ou outro, era saber preparar aquela receita deliciosa:

Só que antes a coisa era mais solta. Essas senhoras cozinhavam e a comida era uma delícia.(...) Se tu visse como era antes! Mas a coisa era diferente. Tinha amor (E3U).

Aparece, portanto, uma grande articulação com a comunidade, a família e usuários, e a inserção estratégica e o envolvimento desses atores não apenas como usuários reais ou potenciais, mas, participantes na construção da proposta. Nessa relação, os papéis de cada um não são delimitados a priori, com os limites imprecisos entre o ‘dentro’ e o ‘fora’ do serviço, e em um clima de parceria.

Segundo Barbieri (2004),

implantar uma nova modalidade de atenção, inserida na comunidade, necessariamente exigiu a participação de todos os atores envolvidos nesse processo, porque pressupunha uma mudança de mentalidade. Trabalhadores isolados dos usuários e suas famílias não conseguiriam levar adiante essa proposta.(...) Era preciso difundir a proposta e realizá-la conjuntamente. Por isso, a participação de trabalhadores, usuários e familiares no processo de constituição do CAPS é uma marca registrada do Castelo (informação verbal).¹

Como resultado, o grupo de usuários e familiares tinha uma forte noção de cidadania e de direitos, materializada através de uma Associação de Usuários, forte e atuante, da participação no Conselho Gestor Local e no Conselho Municipal de Saúde – mais sínteses.

¹ Informação fornecida por Barbieri no Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial em São Paulo, em 2004.

Contraditoriamente, a falta de uma diretriz mais ampla no município foi estratégica para que o grupo se constituísse em sujeito de transformação. Além disso, o serviço ainda não era uma referência formal dentro do sistema, tendo como responsabilidade uma demanda pequena e relativamente fixa de usuários que anteriormente eram atendidos na UBS.

No início, tinha um grupo mais fechado, um grupo menor, parecia que era mais organizado. Tinha a oficina de costura que eu participava, que era bem organizada, tinha a oficina de madeira que o Vicente participava, que era bem organizada, tinha a oficina de culinária (E3F).

Quando começamos, nós pensamos que era a sétima maravilha do mundo. Vamos resolver todos os problemas dos nossos pacientes. No começo até foi assim. A gente conseguia medicação, a gente fazia busca de familiares, a gente tinha respaldo, eles conseguiam ficar dentro do CAPS, manhã, tarde. Se sentiam muito bem (E2E).

Nesse contexto, equipe, usuários e familiares conseguiam um maior controle do processo de trabalho, resolvendo, de modo pontual e criativo, os problemas do cotidiano. As estratégias de organização do serviço eram criadas no dia-a-dia, sem muitas normas e burocracias. Exemplo disso era o acesso facilitado ao recurso como medicação e ao transporte para as atividades descentralizadas de busca ativa e visita domiciliar.

A motivação do grupo, sua identificação com o trabalho comunitário e o grande grau de autonomia possibilitaram que a proposta, gradualmente, se ampliasse, sendo-lhe agregados outros instrumentos e tecnologias voltados para a reabilitação.

Quando fui para o Rio (participar de um evento) era tanta coisa, eu me lembro que eu vim com tudo (...) tudo o que eles estavam fazendo lá, desde grupos, oficinas, associação, tudo a gente aproveitou de referencial para nós, para começarmos vários trabalhos aqui. Eu me lembro que a gente começou a estabelecer aquela grade de funcionamento a partir disso e trouxe muito material, muitos livros, muita coisa. E hoje eu não sinto assim. Parece que tem muito mais coisas que está se vendo, que naquela época já achava que era demais, e que a

gente não está conseguindo atingir. Parece que chegou em outro estágio, que está meio inalcançável e, porque se depende agora muito mais de uma dimensão mais ampla. Não está mais tão restrito no serviço. Antes, quando só dependia de nós, coisas que a gente tinha que fazer, acho que a gente conseguia fazer. (E6E)

Távora (1999) destaca que a noção de autonomia é de extrema importância para a sustentação de um serviço: a autonomia como valor no processo terapêutico dos pacientes que precisam e podem ser sujeitos desse trabalho, sendo respeitados em suas características e ganhando em contratualidade; a autonomia da equipe, na tentativa de criar novas soluções para problemas, que é o que garante a permanência da qualidade afetiva contida no processo coletivo de criação.

O serviço foi constituído sem ser formalmente um CAPS, mas, tendo, na base do trabalho, muitas das características que são preconizadas para esse tipo de equipamento: trabalho em equipe com uma equipe identificada com a proposta de trabalho comunitário, fora dos parâmetros da psiquiatria tradicional, a inserção da família e comunidade na proposta, o vínculo e o acolhimento como estratégias fundamentais no atendimento. Existia um relativo consenso em relação a essas questões entre os trabalhadores e isso propiciou, mesmo que não formalmente, que existisse uma proposta clara dando direção ao trabalho. A existência de um projeto terapêutico formal foi posterior, já relacionado à necessidade de credenciamento do serviço como CAPS, mas, parece que em nenhum outro momento ele esteve tão claro e introjetado no cotidiano.

3.2. A institucionalização

Trata-se, aqui, do processo de institucionalização, tanto no sentido particular, discutindo o serviço, quanto em sentido mais amplo de um projeto de saúde mental no município.

Concorda-se com Costa-Rosa (2000), quando diz que as instituições de saúde mental são dispositivos, aparelhos de produção social, tanto em sua função positiva quanto negativa. A função positiva é a de produção de saúde, reinserção dos usuários, entre outras, e a função negativa, mais importante, é a criadora de uma realidade nova nas práticas institucionais. Essa segunda função nem sempre é explícita no discurso, mas fundamental quando se percebe que o instituído na cidade é o modo asilar, com absoluta dominância. Além disso, o novo pode e tende a cair na repetição das práticas do paradigma que pretende superar.

O Castelo começou a partir da base de uma articulação da equipe inicial com a própria comunidade do bairro. Basaglia (1991), quando se refere à experiência de comunidade terapêutica em Trieste, afirma que essa experiência, ao invés de apresentar-se como um esquema ao qual a vida comunitária devesse aderir, a própria vida comunitária criou uma ordem, nascida de suas exigências e necessidades e os principais atores eram trabalhadores, usuários, suas famílias e a comunidade local. A partir desse retrato, tem-se a impressão de que o que ocorreu no município, respeitando-se as peculiaridades, se aproxima disso.

Não foi um projeto de administradores e, sim, constituído nas bases, no próprio serviço. Por outro lado, essa prática teve um forte impacto político

no momento em que mobilizou o externo, modificando também o contexto mais amplo, como o demonstram os desdobramentos a seguir apresentados.

3.3. A constituição da política mais ampla

No ano de 2001, o Partido dos Trabalhadores (PT) ganhou a eleição para a prefeitura da cidade, assumindo o cargo de Secretário da Saúde um sanitarista com trajetória na luta pela implantação do SUS e, como Coordenador de Saúde Pública e de Saúde Mental, assumiu um militante da Reforma Psiquiátrica, já tendo atuado em outros municípios que implantaram um atendimento comunitário de saúde mental.

Esse fato gerou condições objetivas que impulsionaram, em curto tempo, a implantação de uma política global de saúde mental. O coordenador conseguiu articular e reunir pessoas identificadas com a proposta da Reforma Psiquiátrica, sendo criada uma Comissão de Saúde Mental, cuja função era a de elaborar as políticas e o planejamento das ações. A comissão foi composta por profissionais da rede que continuavam com a função de assistência junto aos serviços.

Foi possível a relação de consenso entre governantes e governados, fundamental para a formulação de políticas públicas, principalmente quando essas têm um caráter contra-hegemônico. Coutinho (1989) declara que, frente à pluralidade de interesses coletivos organizados no cenário político-social, sempre postos em discussão e confronto, assume um peso cada vez maior, na relação entre governantes e governados, a busca dessas relações de consenso.

Os profissionais do Castelo, após quase oito anos de trajetória, estabeleceram-se como fortes aliados nessa gestão, conseguindo implantar projetos e estratégias na consolidação e ampliação da proposta. A estratégia de gestão, através da comissão, acabou sendo um dispositivo que envolveu e responsabilizou os trabalhadores tanto na organização dos serviços quanto na formulação de políticas públicas. Um mecanismo desalienante, restaurando a relação do trabalhador com a totalidade do processo de trabalho, desde a sua concepção até a outra ponta - a sua execução. Trabalhadores envolvidos, motivados e empurrados pela responsabilidade de uma tarefa que se apresentava e que dava um sentido para a sua prática. Se, por um lado, como diz Campos (1997b), na saúde é necessário aproximar o trabalhador do resultado de seu processo de trabalho, por outro, em Pelotas, a coordenação teve um papel articulador fundamental, aproximando e envolvendo os trabalhadores na gestão e formulação das políticas, visualizando que o melhor projeto não seria viável sem a sua adesão.

Naquele momento, com condições políticas locais favoráveis, conseguiriam avançar na implantação de uma política global de saúde mental no município e na desconstrução do modelo vigente, centrado no atendimento no hospital psiquiátrico. Um indício concreto disso foi que o fechamento de um dos hospitais psiquiátricos, de 200 leitos contratados pelo SUS, não causou o impacto de desassistência e de 'loucos na rua' como era apregoado nas críticas anti-reformistas, ou como foi retratado em reportagens da imprensa local que se dizia preocupada com o problema da 'falta de leitos' gerada por esse descredenciamento e com a 'incapacidade do outro hospital psiquiátrico de atendimento de toda a demanda' (O10).

3.4. Novas estratégias na organização do sistema e tecnologias de cuidado.

A institucionalização tem, como elementos estruturadores dos serviços, o território - espaço de constituição do vínculo e responsabilidade mediante a criação de um CAPS por distrito sanitário; o acolhimento - via de acesso; a articulação em rede – mediante a articulação com as UBS; e o controle social – mediante a implantação dos Conselhos Gestores Locais e da Associação de Usuários e Familiares.

A população de cada distrito sanitário é de, aproximadamente, 50 mil habitantes. As 52 Unidades Básicas de Saúde passam a ter, como referência em saúde mental, os seis CAPS das respectivas regiões de referência. Para os cuidados básicos, as equipes de saúde mental vinculadas aos CAPS mantêm o denominado volante², ou seja, quando psicólogos e psiquiatras dão, sistematicamente, suporte para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção e consultoria , integrados às equipes básicas de saúde (MÉNDEZ et al., 2003).

A política de regionalização na saúde mental foi uma das ações mais estratégicas para a proposta de mudança de modelo, pois, como afirma Delgado (1999), os CAPS devem ser serviços que tomam o universo pleno de seu território como clientela potencial, fazendo parte de uma rede de atendimento psicossocial cuja existência se justifica pelo desejo e empenho de substituir, com vantagens éticas e clínicas, o circuito emergênci-

² O trabalho volante corresponde ao que Merhy (1997) denomina apoio matricial, que é a possibilidade de a equipe do CAPS apoiar as equipes da saúde da família e da Atenção Básica de modo geral no atendimento à saúde mental, através de estratégias diversas como discutindo casos e atendendo conjuntamente.

internação-ambulatorio. O conceito de território designa o extra-institucional, marcado por limites geográficos, culturais e socioeconômicos.

Muitos pacientes, até então, ficavam internados por longos períodos nos hospitais psiquiátricos, sendo, alguns deles, seus ‘fregueses de carteirinha’³, totalmente isolados do seu contexto e saindo com maior perda de suas habilidades e em processos severos de cronificação. Junto com isso, o estigma, a marca de louco que essa passagem pelo hospital psiquiátrico deixa, favorece e naturaliza a exclusão social.

A maior parte dos profissionais da rede eram psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais. Havia apenas dois enfermeiros e uma auxiliar de enfermagem, fato que chamava a atenção, pois faltava pessoal de nível médio. Estagiários do Instituto de Letras e Artes realizavam trabalho voluntário de oficinas, sendo contratados, via contrato emergencial, em 2001. Os trabalhadores da saúde mental já disponíveis na rede tiveram as suas práticas redirecionadas para a nova proposta.

O acolhimento passou a ser instituído como a forma de acesso aos CAPS, que passaram a ser centros de referência distrital em saúde mental. O encaminhamento para o hospital psiquiátrico passou a ser evitado de todas as formas e, em alguns casos agudos, a equipe articulada com a família atendia em uma espécie de internação domiciliar. Apesar disso, como o sistema não tem, atualmente, nenhum local próprio para internação, muitos casos ainda são atendidos nos hospitais psiquiátricos da cidade, sem nenhuma articulação com as equipes de saúde mental. Essa falta de

³ Essa expressão é usada na linguagem popular para definir pacientes que se internam há muito tempo e com uma certa frequência na instituição: já são conhecidos pela equipe, mas esse conhecimento está centrado na idéia de que a pessoa foi incompetente em ficar fora dali (“lá vem ele de novo”).

articulação e os interesses econômicos das instituições⁴ geram um período de internação muito longo.

Em janeiro de 2002, durante a visita aos CAPS para reconhecimento do campo, constatou-se que esses centros recebiam, também, a visita de moradores do Hospital Psiquiátrico São Pedro originários de Pelotas. Essas visitas foram programadas como estratégia para o retorno dessas pessoas à cidade. Naquele momento, em conversa com seus usuários percebeu-se uma grande expectativa em relação à possibilidade de ‘voltarem para casa’. Falavam sobre o passado, sobre as pessoas que conheciam na cidade, rememorando os lugares que freqüentavam. A maioria era de idosos, tendo passado a maior parte da vida institucionalizados e esquecidos.

Esse tipo de projeto de retorno das pessoas a sua cidade é importante, porém, ele pode revelar sua faceta dramática: a construção de uma rede de CAPS criou a possibilidade concreta de tratamento sem exclusão, na comunidade, tendo como referência a família e o território, mas a estratégia de retorno às origens para alguns usuários institucionalizados esbarra na possibilidade de não mais encontrarem a família que possa acolhê-los e, ao mesmo tempo, não tenham recursos pessoais que permitam a sua total autonomia.

No entanto, há os que, por essa falta de suporte familiar, são moradores de rua. Esses usuários intercalam períodos em que ficam nas ruas da cidade, expostos a todo o tipo de violência, com longas

⁴ A falta de integração faz com que, depois de alguns dias de internação, quando o paciente já poderia estar sendo referenciado para um CAPS, isso não seja feito, permanecendo internado todo o tempo permitido na legislação. Isso está atrelado à questão dos interesses econômicos, pois depois que o paciente sai do surto agudo o seu cuidado tem um custo mais baixo para o hospital, sendo realizado um maior aproveitamento da AIH. A falta de controle público dos hospitais psiquiátricos faz com que, conforme relato de alguns usuários, melhorem e entrem em surto novamente em uma mesma internação.

permanências no hospital psiquiátrico, o que, segundo o depoimento de alguns deles ‘é pior que ficar na rua’.

A proposta de serviços residenciais terapêuticos supriria uma lacuna, dando a essas pessoas a possibilidade de morarem no espaço de uma casa, onde poderiam retomar uma vida mais digna, tendo endereço fixo e vínculo com um espaço geográfico determinado. A oferta de um espaço habitacional para esses usuários, em que possam ser acompanhados por um trabalho com ênfase na crescente autonomização de suas ações, mostra-se, portanto, fundamental.

Projetos que atendam esse tipo de usuário exigem uma política intersetorial, e já se ensaiam aproximações com a Secretaria de Cultura, através da utilização de prédios históricos e atividades em conjunto; com a Secretaria da Cidadania e Direitos Humanos, para o trabalho com moradores de rua; com a Secretaria da Educação, em uma proposta de alfabetização, e com a Secretaria do Desenvolvimento Econômico, dando aparato jurídico para a Associação de Usuários e para a questão da comercialização da produção das oficinas (cadastro de artesão). A integração com a universidade ocorre através de estágios, principalmente com a Faculdade de Enfermagem e o Instituto de Letras e Artes.

Chama a atenção o fato de que o grau de implantação do Castelo era diferenciado em relação aos demais CAPS⁵, com um projeto mais visível e consolidado e por ter uma equipe que vinha trabalhando junto há oito anos, desde a criação do serviço em 1993. Isso também aparece na fala de uma

⁵ Esse foi um dos critérios para a escolha desse serviço como objeto deste estudo, adotado a partir da visita realizada em janeiro de 2002.

trabalhadora, quando comenta a razão de sua opção por trabalhar no Castelo:

O Castelo foi onde eu mais me identifiquei por que eu achava que realmente o trabalho funcionava. Achava não. Eu acho que funciona.(E8E)

A inserção dos usuários e familiares também aparece com um grau de implantação diferenciado, tendo uma marca participativa visível nas assembleias, grupos e demais atividades coletivas. Como a proposta de avaliação previa o envolvimento desses grupos no estudo, essa característica foi importante, permitindo uma abertura da instituição para as questões dos grupos tradicionalmente excluídos dos processos avaliativos ou incluídos apenas para manifestarem a sua satisfação ou insatisfação em relação ao atendimento prestado.

Gradualmente, na equipe inicial, foram incluídos mais um psiquiatra, uma psicóloga, um profissional das artes, e profissionais de nível médio: uma auxiliar de enfermagem, uma agente administrativa, uma servente, uma cozinheira e dois recepcionistas.

A incorporação do conceito de território foi facilitada pela relação que a equipe vinha desenvolvendo, desde o trabalho na UBS, nos bairros que ficaram delimitados como área de responsabilidade do serviço.

A implantação do acolhimento como estratégia de acesso foi outro diferencial. No momento em que o serviço passou a ser referência, recebendo encaminhamentos de outras unidades ou a demanda espontânea, o usuário era atendido sem a necessidade de agendamento prévio.

O paciente chegava com o encaminhamento da Unidade Básica e era atendido no momento em que chegava. Nós tínhamos sempre um profissional escalado para fazer os acolhimentos que chegassem (E3E).

Na pesquisa realizada por Coimbra (2003), a autora concluiu que o acolhimento no CAPS Castelo garantia, em 2002, o acesso universal, resolutivo e humanizado, confirmando a lógica do trabalho interdisciplinar, com a equipe lançando mão de toda uma tecnologia assistencial voltada para a escuta e formação do vínculo e que, no encaminhamento das intervenções terapêuticas, no encontro/relação entre o profissional e o usuário, a autonomia do usuário foi possibilitada no momento da escolha das intervenções e do contrato de cuidados.

A estratégia de acolhimento não se resumia a uma forma de acesso. O acolhimento às demandas e necessidades dos usuários e familiares era exercitado no dia-a-dia, como mostra a fala de uma familiar:

E falando também da separação brusca que teve com esse acidente de trabalho (um dos filhos sofreu um acidente de trabalho, vindo a falecer), nos primeiros dias depois, quando ele (o outro filho) ia ao Castelo, eles até em casa o traziam. Eu deixava ele a tarde toda lá, eles nunca me bateram a porta, vinham à minha casa. Sei que eles passam dificuldade para fazer esse trabalho técnico (E1F).

As demandas, sofrimentos e limitações da família não são acolhidos apenas dentro dos parâmetros psicológicos de compreensão e aceitação, mas mediante uma forma de organização do trabalho que exigia que os trabalhadores se responsabilizassem e pudessem intervir concretamente. Ou seja, levar o usuário para casa também fazia parte do trabalho.

Quando eu entrei aqui eu conversava com a minha psicóloga quatro vezes por dia nos corredores. Atacava ela e sugava ela um pouco (E3U).

A possibilidade dessa conduta acolhedora estava relacionada à organização do trabalho dos técnicos que realizavam atividades junto aos usuários, no ambiente, sem estarem trancados em uma sala realizando atendimentos.

Outra característica do trabalho desse período, percebida como positiva, estava relacionada ao papel profissional: os técnicos - profissionais com formação superior, inseriam-se em atividades cotidianas, não apenas relacionadas ao seu núcleo de competência e delas participavam⁶. Além dos atendimentos individuais e grupais tradicionalmente realizados, todos circulavam e interagiam no ambiente, participando e coordenando atividades de lazer, oficinas, festas e passeios.

Antes, os técnicos ficavam mais junto, eles se sentiam mais seguros em qualquer coisa que eles fossem fazer. (E2E).

O que se vê, com frequência, em instituições, são os técnicos realizando atendimento relacionado à sua formação específica, quase sempre dentro de uma sala, e o pessoal de nível médio fica com os usuários no lado de fora: área de circulação, pátio, refeitório e outros espaços comuns a todos. Esses espaços são considerados salas de espera para o momento em que o atendimento vai acontecer. A saída dos técnicos das salas para o ambiente é revolucionária, pois confronta essa prática consolidada. Descobre-se fora das quatro paredes a possibilidade de fazer técnica. Uma técnica diferente, em aberto, pouco segura, mas muito rica em possibilidades. O encontro com o usuário nesse espaço cria o que Roussillon (1989) denomina de interstício da instituição:

O interstício se dá como um tempo de extra-territorialidade em que todos são tentados a diminuir a vigilância profissional, a "diminuir a vigilância": o caráter amigável, convivial, das atividades que aí se desenrolam convidam a isso. A idéia de uma pausa, de um relaxamento, aumenta a ilusão de poder deixar de lado a personalidade e a distância

⁶ Aqui, utilizam-se os conceitos de núcleo e campo de competências (CAMPOS, 1997), sendo o núcleo o conjunto de saberes e responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade e campo saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades. Entende-se que no Castelo as atividades de campo seriam aquelas voltadas à organização do serviço, ao projeto terapêutico, à organização das práticas e recursos e também às atividades voltadas à relação usuário-profissional, no cotidiano do serviço, onde ocorre a formação de vínculo, e ao espaço da acolhida.

profissional, para se mostrar "ao natural", despojado de qualquer status profissional. No interstício pode assim reinar uma impressão de troca mútua, fraterna, como que liberada das tensões intratransferenciais ligadas ao trabalho (ROUSSILLON, 1991:173).

A ampliação das atividades de campo possibilitou, também, maior colaboração interprofissional, como aparece na seguinte fala:

Era assim: nós tínhamos, vou te dar exemplos, nós tínhamos o vôlei todas as terças-feiras, inverno ou verão, nós todos jogávamos o vôlei. Quem estava? A psicóloga, o psiquiatra, o enfermeiro e a auxiliar de enfermagem. Nós todos participávamos do vôlei. (E2E)

Furtado (2001b) afirma que a forma de colaboração entre profissionais sofre tanto a influência da lógica da profissionalização, representada pela formação, conselhos de classe, associações e sindicatos, quanto pode ser moldada por características inerentes à modalidade assistencial e ao modo de organização institucional, produzindo efeitos em direção oposta à formação trazida pelo profissional no momento de seu ingresso no serviço.

As características do trabalho no Castelo muda radicalmente a relação entre os profissionais e desses com o usuário e a família, possibilitando maior proximidade e a superação da tradicional relação de poder entre a equipe e da equipe com o paciente. Nas entrevistas com familiares, essa questão é ressaltada quando falam sobre as oficinas de costura e de culinária que eram coordenadas pela assistente social e pelo psiquiatra, respectivamente.

As oficinas quando eram feitas por uma pessoa da equipe, tinha participação da equipe, ela era uma oficina que a gente pode ver assim: o doutor cativou por quê? A oficina de culinária, com quem era? Era com o doutor, ele fazia (E2F).

A relação do técnico com os usuários e familiares nesses espaços era polivalente e não fixada apenas no papel delegado pela sua formação profissional, percebida com clareza pelo usuário:

Num momento eu o via como médico, e, num momento, ele deixou de ser médico. Pra mim, ele era o cozinheiro, para mim, era uma pessoa da família. O que fez ele ser assim, ninguém sabe, nós não sabemos. Porque ele era uma pessoa que fazia uma roda com as pessoas, é o único médico que entrou no Castelo que é diferente. E é dele, ninguém vai tirar. Ele ia para a cozinha, pegava um cantinho e dizia palavrão com a Fátima e nós ficávamos todos na volta. Ele pegava o chimarrão dele e fazia uma rodada de chimarrão num canto (E2F).

Ele não era um médico, ele era amigo da gente. Ele não tratava a gente como um louco, tratava como uma pessoa dele. Uma vez eu disse para ele: "O senhor não parece médico", "Não, aqui tem que ser assim mesmo" (E9U).

Ser médico, nesse caso, está relacionado a 'tratar como louco', o que mostra outra questão percebida pelo usuário: o quanto a lógica da profissionalização carrega a questão do rótulo, do estigma da loucura constituído nas bases do saber psiquiátrico. A mudança do paradigma proposto pela reforma psiquiátrica desloca o olhar da doença para a pessoa e a sua existência.

Além disso, trata-se do exercício da metamorfose, que possibilita ao homem se transformar em qualquer um; trata-se de um processo de identificação singular, em que cada criatura é afetada pela presença do outro, mas permanecendo o que ela é. Na construção de um cuidado em saúde mental que se proponha a estimular a invenção de modos de ver e de lidar com os transtornos mentais, parece fundamental que todos os atores possam exercitar o dom da metamorfose, como estratégia para manter abertas as vias de acesso entre os homens (MELMAN, 2001).

Essa característica da prática profissional causava impacto também na adesão ao tratamento, como aparece na seguinte fala de uma usuária:

E o remédio? O remédio que ele prescreveu, se eu deixo de tomar eu adoço. Só quando eu mando fazer já me passa tipo assim, eu sou deprimida né. Só em pensar que eu vou comprar o remédio eu já melhora. A gente brincava com ele como se fosse uma pessoa da gente, mas tinha respeito. Eu respeitava muito ele. Mas não tinha medo de, só respeitava (E9U).

A medicação é um símbolo de uma relação de cuidado que foi constituída entre o médico e o usuário, baseada no vínculo e na confiança. É o ‘remédio do Eduardo’ que ajuda. É o profissional que dá a identidade para a medicação e não a sua composição química ou o seu mecanismo de ação.

Em relação à adesão ao tratamento, a participação nas atividades também é relacionada à figura do profissional que a coordena:

Porque quando eu trabalhava com a Maria, eu jamais me afastei daquela oficina, porque eu aprendi a trabalhar com a Maria dentro de uma norma: tu chegavas ali dentro da oficina da Maria, só pegava as caixas. "Aqui está a tesoura, aqui está o material, aqui está isso, aqui tá aquilo". Era tudo organizado. Eles tinham um elo muito grande, havia um elo entre os funcionários e usuários. (E2E).

A adesão ao tratamento ocorre a partir da relação de vínculo entre usuário e profissional. A fala acima destaca que os afetos entre equipe, usuário e família são vividos como elos ou bases de sustentação das modalidades terapêuticas. Távora (1999) afirma que, no percurso do tratamento, as transformações da expressão e trocas afetivas com o meio mais imediato são observadas como indicadores do processo terapêutico: o objetivo básico de cada projeto terapêutico passa por mobilizar, fazer circular afetos, levando à abertura de novos territórios existenciais.

O serviço sempre manteve a tradição de organização de festas, passeios, churrascos tipicamente gaúchos. A organização dos eventos colocava lado a lado pacientes, profissionais e familiares:

A gente sempre tinha festa aqui. E os passeios, que a gente fazia muito.
O churrasquinho que a gente fazia, os almoços que a gente fazia aqui.
Saía bem seguido (E9U).

A organização e busca de recursos necessários geravam um espaço muito rico de participação de todos, voltados para a mesma tarefa. O grupo se organizava em comissões, discutia nas assembléias, ocorrendo a mobilização e envolvimento de todos, intensificando os contatos e as trocas e enriquecendo a qualidade da convivência.

Entre as festas, destaca-se o baile de aniversário do Castelo, o baile de carnaval, a festa de Natal, aniversariantes do mês e datas comemorativas. A realização de festas é comum em instituições psiquiátricas, mas, no Castelo, elas eram ‘de verdade’. O sentimento de todos que delas participaram é que eram imperdíveis, e isso não tinha nada a ver com uma grande infra-estrutura. Pelo contrário: eram realizadas praticamente sem recursos financeiros, usando-se a criatividade e a capacidade de improvisação. Não eram festas para os usuários, em que a equipe era expectadora, mas, uma festa para todos. Procurava-se superar aquele receio, muito enfatizado pela psiquiatria tradicional, de que é necessário ‘manter um distanciamento’ para que a relação seja ‘terapêutica’. O que possibilitava a relação terapêutica, nesse caso, era a construção da própria relação no cotidiano, em que não só o paciente era uma pessoa, mas os trabalhadores também o eram. Criavam-se identidades fundamentais para o vínculo e a relação de ajuda.

Esses eventos constituíam o que Melman (2001) denomina dispositivos capazes de favorecer uma nova abertura para as múltiplas possibilidades existenciais que habitam o homem. Ajudam a trazer à tona algo que estava encoberto pelo modo cotidiano e repetitivo das inter-relações, colocando em xeque valores, percepções, princípios, divisões de papel, enfim, o lugar de cada pessoa no funcionamento das instituições.

Institucionalizavam-se, também, no serviço, mecanismos voltados para a ênfase e o estímulo à participação e controle social, coerentes com os princípios do SUS, e a sua importância estava diretamente relacionada ao fato de que se, por um lado, a restituição da cidadania é um desafio amplo no país, no campo da saúde mental ela também é técnica, pois se torna central quando se defende a mudança de paradigma, quando se tira o foco da doença e se estende o campo de intervenções para a existência-sofrimento das pessoas.

Na ocasião em que houve a inserção da pesquisadora no campo, ao dizer à equipe que seriam incluídos no processo de avaliação usuários e familiares, apesar de saber que esses grupos, em função de uma relação de subserviência e gratidão com o serviço, teriam mais dificuldade de realizar a crítica, uma trabalhadora disse: **“aqui eles estão até demais!”**. À medida que a inserção foi ocorrendo nesses fóruns de participação, entendeu-se um pouco mais esse comentário. Percebendo que as reuniões eram palco de conflitos, embates, em que usuários e familiares se manifestavam, na maior parte das vezes de modo crítico, em relação ao funcionamento do serviço. Era um exercício instituído de que era possível falar mal, de dizer que não funciona, de que não está gostando e que, desse jeito, não vai participar, e que isso

não é tão destruidor como muitas vezes as fantasias mais primitivas dizem. Claro que também eram discutidas aquelas questões tradicionais dos fóruns coletivos, como organização de passeios, festas e informes, mas, também, era discutido, por exemplo, 'por que o dinheiro das oficinas, da venda de produtos, não é distribuído entre os participantes', ou 'que a comida é tão mal preparada que nem meu cachorro comeria'. A situação relatada a seguir exemplifica isso:

Discutida na assembléia a elaboração da escala de quem vai ficar na banca da avenida⁷ e, nesse contexto, a questão da produção das oficinas, a forma de controle da entrada e saída do produto que é realizada no chamado livro verde. Usuários questionam a falta de retorno do que vendem e falam que, se existisse a possibilidade de receberem frente ao que foi vendido, motivaria mais as pessoas a assumirem a banca. No final da discussão, ocorreu que não foi possível fechar a escala para a banca, pois ninguém quis assumir (O67).

De modo geral, a equipe conseguia ser continente para isso, sem que fossem acionados os seus mecanismos paranóides. Essa prática de participação não era percebida por ela como espontânea, no sentido de que tendo os espaços ela acontecerá. Eram incansavelmente trabalhados, com esclarecimentos e informações. A participação era vista tanto como um direito quanto um dever.

A discussão sobre a realização da Conferência Local de Saúde em uma assembléia mostra isso:

Falam da Conferência Local que será realizada nos próximos dias no Castelo, explicando o objetivo da mesma. Alguns usuários questionam se adianta alguma coisa e Maria explica a importância que as Conferências Nacionais de Saúde tiveram na criação do SUS, alguns lembram de como era a saúde antes disso, voltada apenas para o trabalhador. Maria fala que todo esse processo, que acontece de quatro em quatro anos, se inicia com as Conferências Locais (O22).

⁷ Trata-se de uma banca de venda de artesanatos colocada em uma das mais tradicionais feiras de artesanato da cidade, que ocorre num ponto nobre todos os domingos.

Participou-se da Comissão formada para a organização da Conferência e, no dia da sua realização, o serviço suspendeu todas as demais atividades. A atividade para todos era a Conferência. No turno da manhã, pessoas convidadas realizaram palestras como preparação para os grupos de trabalho que ocorreriam à tarde. Cada grupo elegeu um coordenador e um relator que, ao final, apresentaram a discussão e encaminhamentos para uma plenária, na qual foi elaborado um documento único para a Conferência Regional. Foram eleitos também os delegados para a regional. Cada Conferência Local era acompanhada por um conselheiro do Conselho Municipal de Saúde. A avaliação do conselheiro que acompanhou a conferência do Castelo afirmava que, entre aquelas que ele havia acompanhado, a do Castelo fora a mais organizada e a que mais conseguiu mobilizar e envolver a comunidade. Um dos principais resultados desse trabalho foi que todas as questões da saúde mental foram aprovadas para serem encaminhadas para a Conferência Estadual.

Em 2002, dos seis CAPS em funcionamento, três deles, entre os quais o Castelo, foram cadastrados no Ministério da Saúde como CAPS II, cujos parâmetros de funcionamento são definidos pela Portaria nº 336/2002. A Portaria estabelece que essa modalidade deverá estar capacitada para realizar, prioritariamente, o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, e define as características do serviço em termos de capacidade operacional, funções, horário de funcionamento, atividades e recursos humanos. Cria, ainda, mecanismo de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais, para a rede CAPS.

O trabalho realizado no Castelo foi reconhecido publicamente como modelar e, já em 2001, o Ministério da Saúde concedeu a Pelotas o prêmio David Capistrano, destacando avanços da reforma psiquiátrica no município.

Naquela época, o trabalho configurava-se como uma obra, entendida como o reconhecimento por parte do trabalhador, do usuário e da sociedade do resultado do trabalho (CAMPOS, 2000a).

3.5. A crise

Se o trabalho desenvolvido no Castelo teve a sua origem nas bases e, a partir disso, foi envolvendo as instâncias administrativa e política, a crise que se relata a seguir fez o caminho inverso: ela ocorreu na esfera central do município e estendeu-se, causando impacto nas bases.

O conflito entre o Prefeito, o Secretário Municipal de Saúde e o Coordenador de Saúde Mental culminou com a saída do último, assumindo a coordenação um dos psiquiatras que atuava no Castelo. Posteriormente, também saiu o Secretário da Saúde, assumindo esse cargo um médico que já havia ocupado o cargo na administração municipal de outro partido. Junto com a saída do Coordenador, afastaram-se todas as pessoas que compunham a Comissão – era o fim do consenso.

Porque no início o que houve: começou a evasão de todos os profissionais identificados com a reforma psiquiátrica. Foi aí que começou a cair... Já vinha todo um processo de descontentamento com o gestor, em função da mudança da Coordenação de Saúde Mental, em função da desvalorização da política de saúde mental, do espaço que ela tinha dentro da gestão do município. Quando houve a troca de Coordenação, perdeu prestígio a política de saúde mental. Na verdade, houve uma perda de prestígio, ela não teve mais a mesma importância para a administração que ela vinha tendo e, com isso, houve uma diminuição do

investimento, da vontade de que as coisas de fato acontecessem. Isso com uma Coordenação que eu acho, às vezes, omissa e atrapalhada para a condução da política (E4E).

O novo coordenador extinguiu a Comissão e dividiu a estrutura administrativa em cinco setores, cada um composto por uma Comissão e responsável por um grupo de atividades: trabalho volante, psicofármacos, CAPS, cuidados em crise, políticas de inclusão social.

Essas Comissões eram compostas por trabalhadores sem nenhuma experiência e engajamento com as questões da Reforma e estabeleceu-se uma forma de gestão com características mais centralizadoras. A divisão em setores gerou uma cisão que desmobilizou e fragmentou o grupo. A partir daí, apesar de ser claro para todos o conflito, ele não foi ‘colocado na roda’. O Coordenador tentou encaminhar algumas propostas nas Comissões de Setores voltadas para qualificação e ampliação da rede, mas não conseguiu operacionalizá-las.

Um exemplo foi a Comissão de Urgências e Emergências, da qual, a convite, a pesquisadora participou durante algum tempo. Além do Coordenador, a Comissão contava com a participação de três trabalhadores e uma professora da Universidade. Nessas reuniões, os temas eram voltados para a discussão das urgências e emergências, tanto para a criação de equipamentos na rede quanto para a qualificação dos CAPS para esse tipo de atendimento. Tinha-se a idéia de que esse atendimento deveria sair do hospital psiquiátrico, sendo realizado no hospital geral e nos CAPS. A organização de um estoque de medicação de urgência nos CAPS foi outra questão encaminhada por essa Comissão, pois, pela sua falta, quando um usuário necessitava desse tipo de recurso era encaminhado para o hospital psiquiátrico. Além disso, planejou-se um seminário voltado para a temática

como estratégia de mobilização e sensibilização para a questão. O evento foi dirigido para profissionais da saúde, englobando os trabalhadores dos CAPS e buscando o envolvimento dos profissionais do hospital geral, onde vinha sendo negociada a possibilidade de uma unidade de internação psiquiátrica e de emergência 24 horas. As temáticas desenvolvidas no seminário foram internação psiquiátrica em hospital geral, urgências, emergências e a sua regulação.

Em vários registros de campo relacionados às reuniões da Comissão, avaliou-se que as discussões haviam sido proveitosas, resultando em encaminhamentos para a intervenção nas questões e problemas discutidos (O10, O16, O23). O que ainda não se avaliava era a dimensão da crise que estava instaurada e os seus desdobramentos. A inércia apareceu ao perceber-se como resultado desse trabalho, cerca de um ano e meio depois, que o local para o atendimento de crises e urgências continuava a ser o hospital psiquiátrico e os CAPS continuavam não tendo medicação de urgência⁸.

Nas reuniões dessa Comissão aparecia a fragilidade do Coordenador em relação ao seu papel, e a sua dificuldade de lidar com o conflito instaurado, tendo características do tecnólogo, que acreditava que o conhecimento técnico-

⁸ As medicações de urgência solicitadas para os CAPS foram barradas por argumentos corporativos, como o de que esse estoque de medicações exigiria a contratação de um farmacêutico para cada CAPS. Posteriormente, com a crônica falta de psicofármacos na farmácia municipal e o movimento de protesto dos usuários e familiares dos CAPS que isso gerou no Conselho Municipal de Saúde, a solução encontrada foi passar a distribuição dos fármacos da Farmácia Municipal para os CAPS, restringindo o acesso apenas aos usuários desses serviços. No Castelo, a enfermagem assume a distribuição da medicação. São recolhidas as receitas dos usuários que são levadas por um profissional até a farmácia municipal. Lá uma funcionária separa as medicações e leva até o CAPS onde é realizada a distribuição. Quando perguntei o porquê disso, a resposta foi que, se a medicação fica na Farmácia Municipal, qualquer usuário da rede de saúde que chegue com uma receita de psicofármaco pode pegar a medicação, e que, dessa forma, a medicação 'logo termina'. Com esse 'novo sistema', fica garantida a medicação para os usuários dos CAPS. Problemas: 1) toda a mobilização denunciando a falta de psicofármacos em várias instâncias, inclusive no Conselho Municipal de Saúde, era feita por usuários dos CAPS. Com essa estratégia, em um ano de eleições, essa mobilização foi silenciada; 2) a única forma de conseguir a medicação é estar vinculado ao CAPS e isso reforça a demanda ambulatorial que deveria estar referenciada para uma Unidade Básica; 3) o CAPS não tem estrutura adequada para o armazenamento e distribuição de medicação, gerando vários erros, com medicações sendo trocadas (um usuário ficou uma semana tomando a medicação errada, até se dar conta e trocar); 4) reforça uma relação de dependência e clientelista do usuário com os trabalhadores (é a enfermeira que me dá o remédio), totalmente contra tudo o que se defende em termos de autonomia e direitos.

científico neutro e inodoro deve ser a base das negociações, negando e fugindo dos embates e lutas no espaço das políticas, necessários para a mudança.

Falas suas como *não é através de brigas que se consegue as coisas* e *confronto não leva a nada* mostram isso. O que nem sempre fica explícito é que uma postura como essa não tem nada de neutra, mas indica uma clara adaptação ao projeto hegemônico e resulta em desmonte da proposta mudancista, como se verá a seguir. A base material do consenso não está dada, mas precisa ser constituída em uma correlação de forças.

O imobilismo e o conformismo do Coordenador é óbvio, como o demonstra a seguinte situação, em uma das reuniões da Comissão de Urgências e Emergências:

Uma das participantes pergunta ao Coordenador se já desistiu de pleitear pelo espaço junto ao Hospital das Clínicas, falando que foi, recentemente, desocupada uma área muito grande nesse local, e que seria o momento para entrar com o pedido de um espaço para a saúde mental. O Coordenador diz estar dividido entre solicitar uma coisa mais viável, apesar de não ser a ideal, ou continuar insistindo no espaço dentro do hospital. O grupo acha que, em função dessa área desocupada, é um bom momento para tentar que seja direcionado um espaço para a saúde mental. Mostra-se preocupado com o fato de que logo fará um ano que o Olivé Leite fechou as portas e ainda não conseguiram organizar um espaço para o atendimento das emergências e crises agudas. Discutem que os valores que eram pagos ao hospital psiquiátrico não foram redirecionados para a saúde mental e que o município corre o risco de perder isso⁹. O grupo questiona que interesse o gestor teria em perder esse recurso e diz que deve apostar na lógica racionalista, que é o que move os gestores. O Coordenador fala que aqui não é assim, que já tentou e não funcionou, que 'não estão nem aí'. É perguntado a ele 'o que funciona então'. Fala que não sabe... (O23)

Essa conduta do Coordenador remete ao conceito de Demo (2003) de *politicidade*:

⁹ O Ministério da Saúde estabelece que os recursos financeiros restantes após a redução de leitos psiquiátricos no município permanecerão nos tetos municipais quando em gestão plena do sistema, para a utilização na rede local de serviços de saúde mental, de modo a apoiar o financiamento dos CAPS, serviços residenciais terapêuticos e outros serviços de saúde mental. (Portaria GM nº 52, de 20 de janeiro de 2004) Isso ocorreu em Pelotas no momento em que fechou um hospital psiquiátrico de 200 leitos. Os valores antes direcionados para o Hospital Psiquiátrico permaneceram no teto do município sem que, todavia, fossem efetivamente direcionados para a implantação da rede. A idéia, verbalizada em comentários informais dos trabalhadores, é de que foram usados para "tapar os buracos da prefeitura".

A realidade lá fora não precisa do sujeito para existir, mas precisa do sujeito para tornar-se realidade para o sujeito. Politicidade, acima de tudo, quer dizer essa habilidade de constituir-se sujeito, de negar-se a ser objeto de meras pressões externas, ou de conquistar margens cada vez maiores de autonomia (DEMO, 2003:29).

Em um primeiro momento, os trabalhadores dividiriam-se em três grupos: os que estavam junto com a Coordenação e que, com a sua retirada, também se afastaram; os que ainda permaneceram, com a idéia de que a proposta deveria continuar, independente de quem coordenava – pessoas que pensavam que o apoio ao projeto de reforma psiquiátrica é mais importante do que quem ia assumir a coordenação; e aqueles que, afastados de processos decisórios e de poder na coordenação anterior, entraram em cena, claramente apoiando a nova coordenação. Isso não significou que o grupo que passou a apoiar o novo coordenador se configurasse como oposição à coordenação anterior: eram pessoas que não tinham um projeto e nem eram lideranças. Os trabalhadores da antiga Comissão que, no início, ainda permaneceram junto ao novo Coordenador também acabaram se afastando, ficando o grupo, a partir disso, dividido entre os que apoiavam ou não apoiavam o novo Coordenador. O grupo do Castelo passou a ser claramente oposição¹⁰. O fato de algumas pessoas desse grupo terem trajetória de militância no Partido dos Trabalhadores (PT) e terem trabalhado junto com o Prefeito eleito na sua campanha e eleição, além de terem se inserido e trabalhado na gestão não só da saúde mental, mas também das ações em saúde pública no município, gerou, neles, sentimento de frustração e indignação.

¹⁰ Quando se fala em 'grupo do Castelo', é importante esclarecer que a equipe do Castelo não se trata de um grupo homogêneo: fazem parte pessoas que não se comprometeram e nem se envolveram nesse processo de oposição por diferentes razões. Mas o que passou a ser chamado de grupo do Castelo são trabalhadores, familiares e usuários que se organizaram em um movimento político de defesa da proposta.

Ao entrar no serviço para a realização do trabalho de observação (O20), o conflito entre a equipe do Castelo e o novo Coordenador já era evidente. A justificativa, verbalizada por uma trabalhadora, era de que o atual Coordenador havia deixado o grupo à margem do processo, pois, depois de todos os conflitos com o Prefeito, no momento em que esse o convidou para ocupar o cargo, aceitou o seu convite sem discutir isso com o grupo de trabalhadores.

Outros expuseram as suas limitações subjetivas de trabalharem junto à nova coordenação, ao dizerem que não vão mais participar de nada. Não se trata de retaliação, nem boicote, mas que, na situação atual, com tudo o que está acontecendo, não têm condições emocionais de se envolver (O20).

Essa retirada de cena, por mais que possa ser justificada pelos fatos externos e pelos limites internos e subjetivos dos sujeitos, tem seu preço. Em um movimento ainda muito frágil, cuja institucionalização fica muito à mercê das políticas e interesses locais, a articulação e organização dos grupos em sua defesa é fundamental.

3.6. O corte das horas extras

Algumas medidas administrativas fizeram com que essa crise tivesse desdobramentos concretos no cotidiano do serviço. A primeira delas foi o corte de horas extras de trabalhadores que atuavam na zona rural¹¹. Dois trabalhadores da saúde mental foram diretamente atingidos por essa

¹¹ O trabalho em UBS fora do perímetro urbano acrescenta na remuneração o chamado difícil acesso, que faz com que o trabalhador ganhe um adicional no seu salário. A justificativa, na época, era que quem já ganhava difícil acesso não poderia realizar horas-extras.

medida: uma assistente social de outro CAPS e o enfermeiro do Castelo¹² que atuavam na zona rural e desenvolviam o trabalho nos CAPS, via horas extras, e que, com essa medida, acabam por sair dos CAPS. As saídas tiveram um grande impacto, porque eram trabalhadores que estavam entre as lideranças no processo de reforma local, sendo referências para trabalhadores, usuários e famílias.

O enfermeiro do Castelo, primeiro (e por muito tempo único) enfermeiro da rede na saúde mental e que fazia parte do grupo inicial que criou o serviço, solicitou, por razões econômicas, a sua transferência para a zona rural, de modo que faria o outro turno no Castelo, como hora extra. A ida para a zona rural estava mais relacionada à necessidade econômica do que à identidade com o trabalho, pois, em vários momentos, ele disse que o que gosta é de trabalhar no Castelo e que está muito chateado por ter que sair do serviço. A solicitação foi aceita e encaminhada. Logo, veio a medida do corte de horas-extras dos trabalhadores da zona rural. Esse corte, além de atingir a remuneração do funcionário, retira-o do trabalho na saúde mental.

Essa medida teve desdobramentos no cotidiano do serviço, como no dia em que o enfermeiro chegou ao serviço com a expressão preocupada, mais calado e pensativo. Ao ser questionado sobre o fato, ele diz à pesquisadora que quase nem veio trabalhar. Fora chamado para uma reunião no dia seguinte com o Secretário da Saúde e temia que lhe cortassem suas

¹² Segundo os trabalhadores, o “real motivo” dessa medida, que é apontado em conversas informais, é que ela veio para atingir pessoalmente uma trabalhadora da rede de saúde mental, tratando-se de uma retaliação de cunho pessoal e passional, mas teve que ser estendida aos demais na mesma situação para passar uma idéia de coerência. Isso, apesar de ser comentado por todos os envolvidos, nunca foi discutido em um fórum formal, ficando como ‘ruído’. Mas, mesmo sem ser colocado ‘na roda’ como tema, as emoções de indignação ligadas a esse fato aparecem, exacerbando mais ainda o conflito.

horas extras. Fala sobre sua decepção com tudo, pois se isso acontecesse ele não iria mais atuar no Castelo. Mostrava muita emoção ao falar (O20).

O enfermeiro acabou ‘optando’ por sair do Castelo, passando a atuar na UBS da zona rural. Essa opção, apesar de ter sido uma decisão baseada em interesses particulares, em que o profissional teve autonomia para a escolha, também sofreu determinações externas.

Cabe, aqui, discutir que qualquer instituição combina graus de autonomia e de definição de responsabilidades. Essa combinação envolve arranjos singulares operacionalizados em cada contexto. Campos (1997b) define três critérios que considera balizadores desses arranjos: a capacidade do serviço ou da equipe de produzir saúde, a viabilidade técnica, política ou financeira dos arranjos acordados e a realização profissional e financeira dos trabalhadores de saúde.

Como assinala o autor, a realização das pessoas depende também das recompensas financeiras que recebem em troca do trabalho realizado, e que, na gestão de pessoal, é possível combinar salários fixos com outras formas variáveis de pagamento. Mas, o que se percebe na experiência relatada é que esses incentivos, quando existem, são estáticos e burocratizados, sem que se visualize o melhor aproveitamento de trabalhadores dentro de projetos concretos. A saída de um trabalhador de um setor onde, sem dúvida, é produtivo e qualificado, para um outro, onde terá a possibilidade de aumentar os seus ganhos, é entendida como um direito e uma opção, o que é inquestionável. Mas essa autonomia deve ser exercitada dentro de um contexto de responsabilidade pela tarefa ou acaba configurando-se em má gestão pública.

Diversas vezes, ao questionar a saída do enfermeiro, o Coordenador e Secretário da Saúde afirmavam ter sido decisão do trabalhador, tendo que ser respeitada como tal. Passavam, nas entrelinhas, a idéia de que qualquer movimento de questionamento poderia acabar revertendo em prejuízos aos interesses do próprio colega. Os gestores, não querendo se responsabilizar por essa questão, impõem aos trabalhadores decisões que, muitas vezes, são tomadas sem que caminhos alternativos possam ser pensados e compartilhados de modo criativo, em que bons trabalhadores possam ser fixados em suas áreas de competência, atendendo tanto aos interesses individuais do trabalhador quanto às necessidades dos serviços. A realidade que se tem são trabalhadores indo para o Programa de Saúde da Família (PSF), para a zona rural, ou outras áreas que têm uma política salarial mais atraente e, algumas vezes, sem terem uma identificação com a proposta. Não se faz reforma sem a adesão de trabalhadores técnica e politicamente engajados.

Tu sabes que isso foi uma decisão administrativa vertical, e que fez as pessoas que estavam identificadas com a reforma psiquiátrica, por uma questão de, também necessidade financeira, de não se manterem na rede de saúde mental, na rede de CAPS, e se manterem no trabalho em unidades de saúde da colônia porque tem pagamento de salário melhor (E4E).

A gestão de pessoal no sistema público de saúde sofre a influência de fatores que acabam degradando o trabalho. A burocratização, as disputas de poder e a acomodação inercial dos trabalhadores têm diminuído muito a capacidade de os serviços de saúde produzirem qualidade de vida (CAMPOS, 1997b). As decisões são verticais, como aparece na fala acima, em que não são acomodados e negociados de modo autêntico nem os interesses do

trabalhador nem as necessidades do serviço, provocando tanto um sofrimento individual quanto coletivo.

Quando o gestor trata dessas questões como ‘recursos humanos’, nega a existência de pessoas, de relações que se constroem dentro dos serviços, como afirma o usuário:

E quando um profissional desses é retirado do serviço para ser substituído por outro, o usuário entende que foi retirada uma pessoa da família dele. Até se familiarizar, até se acostumar com o próximo, esse usuário corre o risco até de sofrer um surto e de ser hospitalizado. Quando a gente está se acostumando com os profissionais, de repente, são trocados, removidos para uma outra área da saúde, e vem um outro profissional que a gente não conhece. Isso tem acontecido nos CAPS. Eu acho que o poder gestor local deveria dar muita importância para isso. Olhar com melhores olhos para a questão de deixar o profissional que já está familiarizado trabalhando ali, até quando for possível ficar. E no Castelo já temos experiência: doutor Alberto foi retirado. Claro, como ascensão profissional para ele foi muito bom. O Lúcio também foi retirado. (...) Por último, o doutor Felipe! Então, a gente não consegue ficar familiarizado com um médico só por muito tempo. Sempre estão acontecendo estas mudanças (E2U).

Independente se a saída ocorre por interesse individual do trabalhador ou se é determinada por alguma instância externa (gestor), ela é percebida como algo que prejudica porque já estavam acostumados, familiarizados com aquele profissional. Em um trabalho em que o vínculo é uma das exigências fundamentais para a sua realização, uma certa estabilidade na equipe se faz necessária.

3.7. A resistência: a ida para o Conselho Municipal de Saúde

No Castelo, os espaços coletivos de participação instituídos eram a assembléia semanal, da qual participavam trabalhadores, usuários e familiares, e o Conselho Gestor Local, com representação paritária da

coordenação do serviço, trabalhadores, usuários, família e comunidade, que se reuniam quinzenalmente.

No momento em que foram tomadas as medidas administrativas referidas, elas passaram a ser temas nesses fóruns de participação. Os sentimentos de indignação e incredibilidade, associados à trajetória do Castelo de inserção dos usuários e familiares nos problemas do cotidiano, fizeram com que, imediatamente, a equipe, usuários e familiares discutissem o problema.

Em uma assembléia do serviço foi discutida a saída do enfermeiro. Alguns usuários manifestaram-se dizendo que “é uma pena, que gostam muito do profissional e que sentirão a sua falta”, e também questionaram se “aceitarão passivamente essa situação, sem fazer nada” sugerindo um abaixo-assinado. Uma familiar disse que “vai de casa em casa no bairro”, porque o enfermeiro a ajudou muito e ajudou muito seu filho. Algumas pessoas da equipe também se manifestaram, dizendo o que significava para elas a saída do enfermeiro, um profissional que tinha uma história na luta pela mudança na assistência em saúde mental e que, em Pelotas, quando ainda ninguém falava em Reforma Psiquiátrica, era um dos poucos trabalhadores que já lutava por uma mudança. O enfermeiro chegou naquele momento e conversou com as pessoas, explicando a sua situação, que estava optando por ficar na zona rural por uma questão de segurança, pois as horas extras eram muito instáveis. Despediu-se das pessoas e alguns manifestaram indignação e tristeza. Decidiram marcar para o dia seguinte, em caráter de emergência, uma reunião com o Conselho Gestor Local para discutir o assunto e pensarem juntos sobre algum encaminhamento, pois

um abaixo-assinado era uma coisa que demorava, e que teriam que agir mais rapidamente (O22).

No dia seguinte, realizaram a reunião do Conselho Gestor Local e decidiram levar, naquele mesmo dia, o assunto para o Conselho Municipal de Saúde, pois o grupo ficou sabendo que o assunto saúde mental já estava na pauta.

Mas, esse encaminhamento gerou insegurança, entre elas, a de que, tornando pública a questão, poderiam estar prejudicando os interesses particulares do colega. Isso foi verbalizado por uma trabalhadora que questionou se isso não poderia prejudicá-lo, caso o retirassem da zona rural e o mandassem de volta para o Castelo, o que iria contra os interesses do colega. O grupo decidiu, então, não tratar a questão de modo particular, mas introduzi-la em um contexto mais geral, isto é, discutir o modo como estavam sendo tratadas as questões da saúde mental. Novas dúvidas surgiram em relação ao encaminhamento quando um usuário questionou se “adianta alguma coisa” e se irão “implorar ou exigir que o Conselho Municipal de Saúde faça alguma coisa”, pois, talvez, cheguem lá e os Conselheiros digam que “é assim, e pronto”. Disse que se chegarem lá como se estivessem “implorando alguma coisa, com o prato estendido”, seria muito humilhante. Nesse momento, a discussão girou em torno do que era o Conselho Municipal de Saúde, quem o compunha, sendo a instância que devia dar voz à questão do controle social. Em relação à dúvida do usuário, foi lembrado que o Conselho tinha a função de acatar e dar encaminhamento às questões apresentadas pela população, que isso era a razão de sua existência e que, se o conselho não cumprisse esse papel, estaria

contrariando o que foi a razão de sua própria criação. A mesma legislação, disse Maria, determinou que os Conselhos Locais fossem espaços democráticos de discussão das questões do serviço, criou outros espaços de controle social, entre eles o Conselho Municipal de Saúde. Ao ouvi-los, completou Maria, de modo nenhum será um favor, para o Conselho, mas obrigação de seus membros. Após essas discussões e esclarecimentos o grupo decidiu ir e Arnaldo seria o porta-voz. Assim, ajudaram-no a elaborar na forma de um texto do que seria dito no Conselho. Dali, alguns deles foram para a reunião da Associação de Usuários e Familiares, para tentar construir articulações com os outros CAPS (O23).

Na reunião da Associação, junto com usuários e trabalhadores de outros CAPS, foram acrescentadas outras questões para serem encaminhadas ao CMS, entre as quais a transferência de local de um CAPS para fora de sua área de cobertura, ferindo os princípios da regionalização.

Em seguida, todos dirigem-se à reunião do Conselho Municipal de Saúde, a sala estava lotada e a grande maioria dos presentes eram usuários e trabalhadores da saúde mental. Alguns Conselheiros comentaram que não era comum ter tanta gente nessas reuniões. A sala, por não ser muito grande, permitiu maior visibilidade do grupo da saúde mental. A reunião iniciou com os informes e, após, o Presidente do Conselho disse que fora pedido, por um dos Conselheiros, um espaço para a saúde mental, e colocou a palavra à disposição dos presentes. Arnaldo, então, tomou a palavra e falou que algumas questões estavam preocupando muito o grupo, que tem sentido que determinadas deliberações da administração iam contra os interesses defendidos por eles, citando, como exemplos, o fato de alguns

profissionais estarem sendo afastados do serviço porque não estavam mais podendo realizar horas extras; o fato de alguns CAPS estarem funcionando de forma precária, e o fato de o CAPS Porto estar sendo remanejado para um local, em termos geográficos, distante da demanda desse distrito, e próximo de outros dois CAPS: o Castelo e o Centro.

Feita a explanação do usuário, a palavra é dada ao Secretário da Saúde, que disse que a questão dos profissionais estava relacionada a uma opção dos próprios e que, até então, em relação ao CAPS Porto, a idéia que tinha era a de que essa decisão teria sido aceita pela saúde mental. Elogiou o trabalho da saúde mental no município, afirmando que não houve, em nenhum momento, a idéia de fechar os CAPS.

O presidente da Associação dos Usuários tomou a palavra e disse que, em relação ao CAPS Porto, os usuários aceitaram o remanejamento porque lhes foi dito pela equipe que ou o CAPS seria transferido para o novo local, ou não atenderiam mais. Um Conselheiro rebateu dizendo que essas decisões e discussões administrativas devem ser tomadas em outro fórum, pois, ali, não era indicado. Uma trabalhadora manifestou-se contrária ao conselheiro, lembrando o papel do Conselho Municipal de Saúde, e reforçando a legitimidade da discussão nesse fórum. Outro usuário disse estar “cansado de ser enrolado”, referindo-se à fala do Secretário. Alguns Conselheiros, então, propuseram uma reunião com pauta específica para as questões da saúde mental, ficando marcada para cerca de um mês depois, no dia 11 de setembro de 2003. Sugeriram que o grupo trouxesse informações para que eles pudessem se posicionar em relação aos problemas, pois, algumas vezes, aprovavam as demandas da saúde mental,

como o aluguel de algum prédio, julgando que houvesse consenso em relação a essas decisões. A proposta de reunião com pauta específica foi aprovada (O22).

Após essa reunião, nova medida foi anunciada pela administração municipal: os trabalhadores dos CAPS poderiam realizar hora extra, contada a partir da sétima hora de trabalho. No dia em que essa medida é comunicada, a equipe está ansiosa e diz que o Coordenador está vindo ao serviço para uma reunião. Sabem que, no dia anterior, ocorreu uma reunião com as Coordenadoras dos CAPS, na qual a Coordenadora do Castelo não participou, alegando não ter sido avisada. Após a reunião da equipe com o Coordenador, uma trabalhadora comenta que a reunião foi muito difícil. A equipe permanece reunida em uma sala e a pesquisadora é convidada a juntar-se a eles:

Falam que o Coordenador veio comunicar para eles que as horas extras só poderão ser realizadas a partir da sétima hora. Explicam que na saúde mental, por terem um quadro muito reduzido de trabalhadores na área, para suprir o quadro mínimo determinado pela legislação para os CAPS, muitos cumpriam um outro turno de trabalho na forma de horas extras. Na questão de só serem consideradas as horas extras a partir da sétima hora trabalhada estaria embutido o cumprimento das seis horas diárias, mas, isso só atingiria a saúde mental, por ser o único quadro complementado através das horas extras. Como a questão não foi claramente discutida com o Coordenador, surgem várias dúvidas, entre elas, se quem não fizer hora extra vai continuar trabalhando apenas quatro horas, se não, se a exigência do cumprimento das seis horas será estendido para todos os servidores dos municípios. A idéia da maioria é que se trata de retaliação para o grupo da saúde mental. Além disso, gerou uma divisão da equipe, pois, alguns decidiram não realizar mais hora-extra e outros vão continuar fazendo, pois por questões financeiras, precisam delas. Toda a equipe parece muito indignada, alguns com muito receio do que pode acontecer e muito confusos em relação ao caminho a ser tomado. Falam que precisam fazer uma reunião com os usuários e que comunicarão que passarão a funcionar apenas meio turno. Discutem que não é oportuno que passem a idéia de que o regime de atendimento mudará para meio turno, mas que isso ocorrerá até que a situação de recursos humanos passe a ser resolvida (O27).

Os trabalhadores da saúde cumprem quatro horas diárias de trabalho, apesar de serem contratados por seis horas, sendo a hora extra, até então, computada a partir da quinta hora. O não cumprimento das seis horas ocorreu a partir de uma negociação de reajuste salarial quando, frente à falta de recursos do município, a contra-proposta do gestor foi de redução da jornada de trabalho para quatro horas, de modo que os trabalhadores da saúde pudessem, em outro turno, trabalhar em outra atividade. Esse acordo manteve-se em diferentes governos, e é uma prática, portanto, institucionalizada¹³.

A avaliação do grupo, em relação ao turno integral, era que a maior parte da equipe, permanecendo todo o dia no serviço, funcionava de forma mais coesa e integrada.

É importante pontuar um outro aspecto: no momento que trabalhadores públicos mantêm um contrato de direito e outro de fato em relação ao cumprimento de sua jornada de trabalho, cria-se uma vulnerabilidade que pode ser utilizada contra o próprio trabalhador. Por mais legítimas que sejam as reivindicações por melhores salários, questiona-se o não cumprimento da totalidade da jornada de trabalho como caminho de negociação para essa questão. Aceitar isso não tem nenhuma base nem legal e nem ética e pode, como foi o caso, ser usado contra o próprio trabalhador em uma situação de confronto.

A nova medida foi relatada para os usuários e familiares presentes em assembléia do serviço (O27) e a equipe comunicou que iriam atender os

¹³ Permanecem realizando hora extra uma psicóloga, uma auxiliar de enfermagem e uma auxiliar administrativa que, por razões econômicas, não podem abrir mão dessa remuneração. Passam, a partir dessa data, a trabalhar seis horas e mais duas horas extras, ou seja, mantêm a mesma jornada de trabalho anterior mas com menor remuneração. Os demais trabalhadores passam a realizar quatro horas diárias, saindo das horas extras.

pacientes de atenção diária apenas à tarde e que, pela manhã, permaneceriam as atividades do Grupo de Prevenção de Recaída, a Oficina de Rádio e os atendimentos individuais agendados.

A passagem para o funcionamento em um turno foi o início da concretização do desmonte da proposta.

3.8. 11 de setembro: de volta ao Conselho Municipal de Saúde

A reunião do Conselho Municipal de Saúde, no dia 11 de setembro de 2003, foi um marco na trajetória de resistência de usuários, familiares e trabalhadores em relação às medidas do gestor. Se a primeira ida ao Conselho foi improvisada, com o grupo ainda dividido em relação à exposição pública do conflito com o gestor, essa segunda mobilizou maior organização, até mesmo movida pelos ânimos despertados pelos últimos acontecimentos. Essa ida ao Conselho também marcou o retorno à cena do grupo de trabalhadores que, até então, com a troca do Coordenador, vinha mantendo-se à margem. Agregaram-se ao grupo do Castelo trabalhadores, usuários e familiares dos outros CAPS. Outras parcerias começaram a formar-se, algumas permanentes e outras eventuais. Entre as permanentes estavam uma professora da Universidade que realiza atividades de ensino, assistência e pesquisa nos CAPS e uma trabalhadora da atenção básica.

A exposição do conflito no Conselho passou a ser um exercício no uso de um espaço institucional de representação de interesses que, como diz Carvalho (1997), confere a chancela de *status* público aos grupos ali representados, conferindo maior legitimidade às demandas vetadas ou não

consideradas pelos mecanismos tradicionais de influências nas decisões, sendo possível pensar suas possibilidades enquanto espaços de reforma democrática do Estado e enquanto espaços de exercício ampliado da cidadania.

Mas esse exercício, ainda recente no Brasil, é um aprendizado para todos os envolvidos, sendo uma arena de conflitos e de diferenças. A constituição de espaços participativos não garante que esses se configurem como instâncias de decisões significativas.

A volta ao Conselho envolveu um processo de organização e preparação em vários espaços: assembléia, reuniões de equipe, reunião da Associação de Usuários e Familiares. No início, o tema central era a saída dos trabalhadores, mas, à medida que o grupo foi se rearticulando, foram surgindo outros temas, entre eles a forma de gestão e condução das políticas de saúde mental no município e a própria responsabilidade e compromisso dos trabalhadores em relação a essas questões.

Começou a ser questionado o afastamento de algumas lideranças entre os trabalhadores entendendo que, se estavam exercendo um direito individual frente às limitações subjetivas, essa ação teria consequências objetivas. Como quando foi dito, em uma reunião, para uma trabalhadora que, *se não estava disposta a participar, que 'pedisse demissão'*, sendo resgatado e cobrado o compromisso com o interesse público, tão esquecido e negado pela maioria dos trabalhadores (O35). Entende-se, como afirma Carvalho (1997), que esse interesse público não é dado previamente, e sim, socialmente construído em um processo político de conflito e pactuação no qual o trabalhador público deve se inserir como um dos principais atores.

A busca da articulação tornou-se um espaço muito rico para um grupo historicamente excluído de sua condição de sujeito-cidadão, sendo essa exclusão dos usuários socialmente legitimada pela psiquiatria.

As associações de usuários e de familiares representavam um contingente de pessoas que se encontrava fora da participação, não apenas dos níveis decisórios das políticas de saúde, mas de todo e qualquer ato da vida civil, segundo o Código Civil. A chamada incapacidade absoluta, teoricamente, impossibilitava-os de assumir atos da vida civil, como contratos e encargos. A existência desse dado indicava a realização de uma estratégia inovadora em relação à constituição de representações organizacionais, tornando o processo associativo na saúde mental muito peculiar (SOUZA, 2001).

As organizações associativas dos usuários e familiares representam o que Torre e Amarante (2001) denominam de processo de transformação do lugar do louco como ator social, como sujeito político, não reduzindo a Reforma Psiquiátrica a um processo exclusivamente restrito a mudanças administrativas ou técnicas dos serviços. A participação dos usuários e familiares não ocorre, nessa experiência, em um espaço criado artificialmente, tal como um novo serviço ou equipamento, mas na relação com o campo social, com o processo social amplo de participação popular.

Os usuários e familiares, na organização para a reunião do CMS, elaboraram cartazes, organizaram o material para que as suas questões fossem apresentadas de modo organizado e que refletissem os seus reais

interesses¹⁴. As discussões foram permeadas de conflitos e confrontos, o que foi administrado pelo grupo, dando um exemplo de respeito às diferenças. Nas reuniões da Associação de Usuários e Familiares, são discutidos e definidos os pontos a serem apresentados ao CMS (O36).

Encontros para a preparação para a ida ao CMS passaram a fazer parte do cotidiano dos usuários, familiares e trabalhadores. O grupo começou a perceber que, se a proposta era participar, precisavam estar organizados também no que diz respeito aos argumentos. Começaram a incorporar conceitos, portarias e uma série de outras informações que pudessem dar suporte e legitimidade às suas reivindicações.

Na reunião do CMS, a sala estava lotada, principalmente pelo grupo da saúde mental. Alguns usuários e familiares carregavam cartazes com palavras de ordem: cidadania, direito à saúde, respeito, entre outras. Quando a presidente do CMS colocou a palavra à disposição para os informes, grande parte do tempo foi tomada pelo Secretário da Saúde que falou sobre a implantação do Programa de Saúde da família (PSF) no município, das verbas que seriam direcionadas para sua implantação, parecendo demarcar as prioridades na saúde, até como um confronto às reivindicações que seriam encaminhadas pelo grupo da saúde mental.

Enquanto o Secretário de Saúde fala, um usuário comenta que "esse cara fala, fala, mas não diz nada". Outro ainda, sempre que o Secretário fala, levanta um cartaz onde está escrito: CAPS Castelo, pelo direito à saúde mental. Quando entram na pauta da saúde mental, Arnaldo se manifesta como porta-voz e apresenta, de forma sucinta e muito tranquila, os problemas identificados pelo grupo. Após isso, a presidente do CMS coloca a palavra à disposição do Coordenador da saúde mental. Quando faz menção de falar, o Secretário se dirige a ele dizendo que vai falar, "a

¹⁴ Os usuários comentam que souberam que teriam surgido críticas em relação à sua participação na mobilização, dizendo que estariam sendo manipulados e usados pelos trabalhadores. Isso faz com que queiram mostrar que são organizados e que têm reivindicações próprias.

não ser que ele tenha algo a dizer que ele não esteja sabendo". Fala isso com um tom de voz irritado e desqualificando publicamente a figura do Coordenador. O Secretário passa a justificar cada um dos problemas apresentados, ou no sentido de que estão sendo resolvidos, ou dando justificativas burocrático-administrativas para eles. Elogia as ações de saúde mental, mas diz ter limites para resolver algumas questões que não dependem dele. Fala de uma reunião "muito boa" que teve na quarta-feira anterior com o grupo da saúde mental¹⁵, de que estas coisas todas estão sendo encaminhadas. Em relação à questão do atendimento na perícia do INSS, uma das questões apresentadas por Arnaldo, o Secretário diz que, "como ele já deve saber", isso não é uma questão a ser discutida com ele, já que se trata de uma instância que não está vinculada à Secretaria da Saúde. Arnaldo acena com a cabeça, concordando¹⁶. Quando o Secretário termina a sua fala, a Presidente do Conselho coloca a palavra a disposição e há um silêncio na sala. Iniciam os encaminhamentos e a Presidente estabelece ao gestor um prazo de dois meses para que sejam tomadas as medidas necessárias, sendo formada uma Comissão de acompanhamento composta por representantes dos trabalhadores, usuários, Coordenador de Saúde Mental e dois conselheiros (O36).

Nessa reunião nenhum dos trabalhadores presentes se manifestou. Todo movimento de articulação que havia sido feito pelos familiares e usuários não se estendeu à equipe que, fragmentada, continuava em atitude passiva. A própria equipe, após a reunião, pareceu bastante frustrada por não ter conseguido se posicionar, e, ao se avaliar criticamente, consegue perceber que precisa se organizar e se articular mais, a exemplo dos usuários e familiares.

A introdução das questões da Saúde mental no CMS foi avaliada como grande avanço, mas, sair de um enfoque interno para o aparato governamental no encaminhamento dos problemas, encaminhando-os para o CMS, fez com que o Prefeito se sentisse enfrentado e exposto. A inserção do

¹⁵ Algumas pessoas que participaram da reunião comentam que o Secretário foi autoritário e que o grupo, passivo, não se manifestou, havendo, uma complementaridade de papéis entre opressor e oprimido. O grupo desorganizado, fragmentado, com divisões internas, sem força para o confronto, gerando uma passividade que certamente serve a um gestor com características autoritárias.

¹⁶ Essa intervenção gerou muita insegurança em Arnaldo, que entendeu que teria sido muito inadequada a sua exposição, que o Secretário "com toda a razão", o corrigiu. Disse isso em uma Assembléia. Uma pessoa presente fala que a fala dele foi muito adequada, que o inadequado foi o Secretário em desqualificá-la, pois o Conselho é um fórum legítimo para esse tipo de denúncias. Apesar de Arnaldo ter se tranquilizado, nesse embate, a figura de autoridade do Secretário tem um peso psicológico muito grande. É dito para Arnaldo que não é fácil fazer o que ele fez, e uma trabalhadora diz que os usuários foram ótimos, organizados nas suas reivindicações, muito mais do que os técnicos, que não falaram nada.

controle social na saúde ainda é prática recente e se, por um lado, a população não tem ainda consciência do seu papel, por outro, os gestores, acostumados a terem um poder quase que absoluto na determinação das políticas da área, não se acostumaram a essa mudança. Um poder que queira ser controlado, por mais contraditório que seja, é a meta a ser atingida.

Em uma visita do Prefeito ao Castelo, o seu confronto com o grupo do Castelo deixou de ser intermediado pelo Coordenador de Saúde Mental e Secretário da Saúde. A visita foi programada dentro de uma proposta de visita do Prefeito aos bairros em um momento em que os trabalhadores estavam insatisfeitos com as medidas que os atingiram, os usuários e familiares sentindo-se desatendidos porque o serviço continuava fechado em um turno, e o Prefeito sentindo-se exposto com as manifestações públicas contrárias às suas deliberações.

Esses ânimos foram o combustível para o que ocorreu nessa visita: um confronto entre o Prefeito e trabalhadores, usuários e familiares do Castelo e que teve como cenário a assembléia.

A visita do Prefeito está inserida na proposta da Prefeitura nos Bairros, com o objetivo de conversar com as comunidades sobre os seus problemas. Como a visita do Prefeito foi divulgada pela equipe, o salão encontrava-se lotado de usuários, familiares e algumas pessoas da comunidade. Quando o Prefeito chega, acompanhado do Secretário da Saúde, a Coordenadora do serviço recebe-o e leva-o para uma visita às dependências do Castelo, enquanto os demais sentam para a assembléia. O Prefeito e o Secretário da Saúde, junto com a Coordenadora do serviço, sentam-se a uma mesa onde

fica o coordenador da assembléia. A Coordenadora explica a todos os presentes a finalidade daquela e retoma o motivo da presença do Prefeito.

O Prefeito fala que é "todo ouvidos". A sala fica em silêncio, até que uma usuária diz que quer falar. Diz que gostaria que o serviço voltasse a funcionar o dia inteiro e que trouxessem de volta as pessoas que foram retiradas, fala da importância para ela do serviço, permitindo que não precise internar. A usuária, muito ansiosa diante figura do Prefeito, tem dificuldade de concluir a sua idéia. Percebendo isso, outra usuária diz que quer falar também, dando continuidade ao que estava sendo dito. Fala sobre a importância de o serviço funcionar no turno integral e cita o nome das pessoas que não estão mais¹⁷. Uma terceira usuária também fala do quanto se sente ajudada pelo serviço, e que devolvam as horas extras. Todos falam com muita simplicidade, mas de forma muito respeitosa e educada. O Prefeito pergunta se mais alguém quer falar alguma coisa. Como ninguém se manifesta, toma a palavra, falando em tom extremamente agressivo. Diz que os assuntos ali apresentados não são para serem discutidos pelos usuários, que são assuntos que dizem respeito a sua relação com os funcionários e que os usuários não deviam se envolver nisso. Fala que as pessoas que saíram o fizeram por opção, que foi uma escolha dessas pessoas irem trabalhar em um outro lugar e que não tratará desse assunto ali: o que interessa aos usuários é que se o serviço está funcionando ou não, que só isso que diz respeito a eles. Dá como exemplo que se o Posto de Saúde está fechado, ou as ruas estão sujas, os usuários não devem ser envolvidos nessas questões, mas devem apenas exigir que o Posto seja aberto e as ruas limpas. Fala tudo isso de forma bastante agressiva e autoritária. Alguns técnicos ponderam que a discussão dos problemas junto com usuários e familiares de forma aberta faz parte da trajetória do serviço, que a equipe tem sempre compartilhado tudo com os usuários, não ocorrendo apenas na situação presente. Uma trabalhadora de apoio, bastante irritada com a fala do Prefeito, pede a palavra e diz que não consegue entender uma coisa: "Se as coisas estavam tão bem, porque mexer dessa forma?"¹⁸ Repete várias vezes a pergunta e o Prefeito fica irritado, levanta-se, dizendo a todos que se querem discutir as coisas ali, então farão isso. Fala, com a voz exaltada, que ninguém cortou hora extra de ninguém, que o que foi exigido foi que as pessoas deveriam cumprir o seu contrato de trabalho, o que não vinham fazendo até então. Uma técnica diz que todos os presentes sabem que os trabalhadores têm um contrato de seis horas e cumprem quatro por determinação da própria prefeitura. Acrescenta que não é que não trabalhe porque é irresponsável, como dá a entender a fala do Prefeito. Pelo contrário, afirma que gosta muito do que faz, mas que esse tinha sido o acordo com todo o funcionalismo. Acredita realmente que devam acabar os contratos e que as pessoas entrem via concurso,

¹⁷ Depois da reunião no CMS, mais três trabalhadores que atuavam no Castelo saíram. Tinham como vínculo a forma de contrato emergencial que, não tendo sido renovado, leva a seu afastamento de forma abrupta e traumática para a equipe e usuários, desorganizando ainda mais o serviço.

¹⁸ Essa pergunta da trabalhadora está relacionada ao fato de o gestor ter citado várias vezes o trabalho da saúde mental como modelar dentro do sistema de saúde do município.

mas que a forma como foi feita é que gerou problemas para o serviço. O Prefeito fica mais irritado ainda ao se dar conta de que a sua fala não causou o impacto esperado, que todos os presentes tinham conhecimento da real situação dos trabalhadores. Vários usuários começam a falar ao mesmo tempo, e o Prefeito bate com força na mesa e diz que então vai resolver as coisas ali mesmo: que está determinando que, a partir do dia seguinte, o CAPS vai voltar a funcionar em turno integral e que todos os funcionários terão que cumprir a sua jornada de seis horas e mais duas horas extras. Fala que está determinando isso nesse momento e que é a ordem do Prefeito que o CAPS funcione o dia inteiro. Alguns usuários batem palmas¹⁹. A equipe fica muda, com uma expressão de choque. Nessa hora, já também irritada, peço a ele que me esclareça uma questão. No início não quer falar, dizendo que o assunto está encerrado, mas insisto que é uma questão de esclarecimento em relação a sua fala e já vou perguntando se está afirmando que vai exigir o cumprimento da carga horária do contrato de todos os trabalhadores. Fica irritado, acena que sim, mas não querendo (na minha opinião) se comprometer. Um usuário pede a palavra e fala que em nenhum momento os profissionais os envolveram em nada, que isso não existiu. Nesse momento, o Prefeito está atendendo o telefone, sem dar atenção à fala do usuário. A coordenadora tenta retomar que o objetivo daquele encontro é no sentido de estar construindo um espaço de interlocução, que todos estão empenhados em resolver os problemas da melhor forma possível, tentando retomar alguma possibilidade de interlocução e encerra a assembléia agradecendo a presença do Prefeito que se levanta e sai rapidamente. Uma trabalhadora o chama dizendo que um usuário quer entregar uma carta que escreveu para ele. Ele pega a carta e se retira (O50).

Quando o Coordenador de Saúde Mental, que não estava presente, soube do ocorrido, disse que era isso que temia com o envolvimento dos usuários na questão. Uma trabalhadora comenta que, nessas horas, precisam de um coordenador solidário que apoiasse a equipe.

Na primeira reunião da Comissão de Acompanhamento da Saúde Mental (O44), com a presença de dois representantes de cada CAPS, uma representante da universidade, dois representantes da Associação dos Usuários e Familiares, dois representantes do Conselho Municipal de Saúde, o Coordenador de Saúde Mental, discutiram-se o papel da Comissão e a necessidade de uma nova pactuação da relação com o gestor para que as

¹⁹ Depois falam que entenderam que o prefeito teria dito que os trabalhadores que saíram iriam retornar.

decisões fossem mais partilhadas, superando a forma atual de relação verticalizada que acarretou os problemas atuais.

O grupo defendeu a discussão do projeto mais amplo para a saúde mental, incluindo questões conceituais da implantação da política de saúde mental no município e questões operacionais em relação aos encaminhamentos necessários para viabilizar a manutenção do que já vinha sendo realizado. Foram definidas as seguintes questões para serem discutidas com o Secretário de Saúde: a necessidade de amadurecimento em relação ao papel da Comissão, a discussão das necessidades cotidianas, na medida em que os CAPS já estavam há um mês com um funcionamento precário. Essas questões exigiam uma medida rápida, e o estilo de gestão, da forma como se conforma, precisa ser revisto.

Posteriormente, ocorreu a reunião da Comissão com a presença do Secretário de Saúde, sendo explicitadas as questões discutidas na reunião anterior. O Secretário solicitou que a Comissão apresentasse propostas. É pedido à ele que explicita a sua proposta de modelo para a saúde mental, tendo em vista as últimas resoluções administrativas e o seu impacto nos serviços. O secretário responde que as principais metas eram: acesso, equidade, efetividade, custos (racionalização de recursos), adesão ao tratamento, adesão de profissionais, capacidade diagnóstica. A Comissão reforçou que as medidas em curso comprometiam, inclusive, o modelo proposto (O40).

Em reuniões posteriores da Comissão (O47) foi discutido o agravamento da situação apresentada na reunião anterior, tendo como um dos fatos novos a não renovação do contrato dos artistas plásticos. Os

representantes dos CAPS relatam exemplos da situação cotidiana desses serviços que retratavam esse quadro crítico. Mesmo com toda a mobilização, as respostas não apenas não ocorreram, como houve o agravamento da situação, ficando decidido que seria solicitado que a saúde mental entrasse na pauta da próxima reunião do Conselho Municipal de Saúde pela urgência de um encaminhamento imediato.

O caos, a impotência e a falta de perspectivas fizeram o grupo questionar qual o compromisso do gestor em relação às políticas de saúde mental. O grupo permaneceu dividido em relação ao papel da Comissão: para algumas pessoas a comissão devia ter autonomia em relação ao gestor, sem se institucionalizar como vinculada a ele, pois isso poderia criar o viés de atrelar-se, de maneira fisiológica, às suas determinações, sem conseguir constituir-se como uma instância mais crítica, em defesa das políticas de saúde mental. Um outro grupo entendia que a Comissão devia constituir-se como um apoio à coordenação. Nesse caso, vinculada ao gestor. Surge também a proposta de que a negociação fosse realizada diretamente com o Prefeito, pois algumas pessoas do grupo percebiam a limitação das instâncias intermediárias. Quanto ao quadro funcional apresentado pelo Secretário da Saúde²⁰, para suprir as necessidades mínimas para o funcionamento em dois turnos, o grupo entendeu que o mesmo deveria ser reelaborado junto com os serviços (O46).

Apesar desses conflitos, a Comissão tem um importante papel no momento em que o Hospital Psiquiátrico solicita, junto ao Ministério da

²⁰ Em uma reunião geral da equipe de saúde mental, representantes do CMS e da Associação dos Usuários e Familiares, o Secretário da Saúde apresenta uma proposta de reposição de recursos humanos para suprir as necessidades dos CAPS que estão com funcionamento irregular (O53).

Saúde, o credenciamento de um hospital-dia. Na Comissão, o grupo questiona o investimento em uma estrutura junto ao hospital psiquiátrico quando a proposta política a ser defendida é de regionalização dos CAPS e da composição de uma rede de saúde mental. O projeto acaba não sendo aprovado.

Sentimentos de que a Comissão estaria esvaziada e até sendo usada pelo gestor fizeram com que, ao final de cerca de oito encontros, ela fosse extinta.

Ocorreu uma reposição de “recursos humanos”, sendo inseridos no serviço, via concurso público, trabalhadores de diferentes categorias profissionais. Mas, como as instâncias decisórias permaneceram distantes dos serviços e dos trabalhadores, esse processo também foi centralizado, sem um acompanhamento e avaliação no cotidiano dos serviços, sendo incorporados novos trabalhadores sem um investimento na sua qualificação e inserção. Para o gestor, a questão era tratada apenas quanto ao seu aspecto quantitativo: tratava-se de mera reposição de recursos humanos. O que os números não dão conta de resolver são questões no campo das relações, das subjetividades: sentimentos, frustrações, desejos e interesses das pessoas envolvidas, fundamentais para a constituição de equipes.

Cerca de um ano após a extinção da Comissão, o grupo conseguiu formar em 2004, junto ao CMS, um grupo de trabalho vinculado ao mesmo. Mesmo que sua composição fosse quase a mesma da comissão anterior, a sua vinculação direta ao CMS permitiu que lideranças da saúde mental, não vinculadas formalmente à rede, participassem, além de ser definido que a coordenação do grupo estaria a cargo de um Conselheiro.

O principal encaminhamento do grupo foi o de comprometer o gestor na implantação da rede de saúde mental. As estratégias foram as mais variadas, algumas delas na forma de novos confrontos com representantes do gestor no CMS. Um desses conflitos foi quando o grupo, de modo organizado, solicitou a prestação de contas de uma série de fontes de verbas federais que o município recebeu para a saúde mental e que não foram direcionadas para a área. A recusa do gestor em aceitar que devesse prestar contas, frente a sua vinculação à gestão plena do sistema, que lhe conferiria a autonomia no uso dessas verbas, evidenciava-se pela dificuldade em dar as informações.

O grupo também se posicionou contrariamente ao fato de que o atendimento de urgências fosse realizado no hospital psiquiátrico, o que já vinha sendo encaminhado pela Coordenação. Como o gestor estava encaminhando um projeto de construção de um novo pronto socorro, o grupo defendia que esse fosse o local para o atendimento de urgências e emergências psiquiátricas.

O grupo acabou conseguindo a aprovação no CMS de um Plano de Ações e Metas para a Saúde Mental (ANEXO III) como forma de garantir, comprometer e guiar o CMS em direção à implantação de uma rede de saúde mental no município.

Em um primeiro momento, quando são propostos os princípios a serem aprovados pelo CMS, o grupo posiciona-se para apresentar um documento mais amplo, devidamente discutido na Comissão Técnica e na Plenária, somente sendo votado quando os Conselheiros se sentissem

suficientemente esclarecidos, o que culmina com a discussão da proposta e aprovação por unanimidade na reunião do CMS.

Toda essa trajetória evidenciou que a transformação proposta pela Reforma Psiquiátrica tem, atualmente, como *locus* privilegiado, o município. O enfoque local é fundamental para que, frente à descentralização da saúde, os atores envolvidos possam garantir a sua implantação. A organização e fortalecimento dos fóruns de participação e controle social são um desafio, sendo um dos principais mecanismos de pressão aos gestores locais que, entre as diversas demandas, acabam por colocar em segundo plano a implantação de uma rede de atenção em saúde mental, conforme preconizado no processo de reforma psiquiátrica, o qual efetiva uma reprodução da exclusão histórica do portador de sofrimento psíquico. Esse descompromisso dos gestores, em relação à implantação de uma rede local de Saúde Mental, também potencializa todo o movimento de crítica à reforma psiquiátrica e de retrocesso à assistência com os hospitais psiquiátricos. Trata-se de uma luta que, em alguns momentos, parece ter mais retrocessos do que ganhos. Demo (2003:30) afirma que

politicidade não se reduz à capacidade de alargar limites dados. (...) Trata-se de um processo interminável de conquista, como é participação. Não é só travar a batalha para depois descansar. Ao contrário, é estar sempre no meio dela. As conquistas, dentro do conceito negativo de utopia, são sempre mais frustrantes do que satisfatórias, porque é próprio do ser político ir além de si mesmo, indefinidamente.

E é fundamentalmente a politicidade e a participação que vem determinando todo esse questionamento à lógica manicomial. Mas, se antes a luta era mais ampla e dispersa, a municipalização traz à cena a

organização de atores políticos locais como forma de garantir a implantação das políticas de saúde mental mais amplas, já conquistadas e consolidadas.

4. O RESULTADO DO PROCESSO AVALIATIVO

As questões que surgiram a partir dos grupos de interesse (usuário, família e equipe) foram agrupadas em núcleos temáticos que englobam as questões do processo avaliativo. Esses agrupamentos foram desenvolvidos dentro do processo de análise dos dados, auxiliando para que o volume e a dispersão das informações não impossibilitassem a análise pelo excesso de dados.

A discussão apóia-se no desenvolvimento teórico do Método da Roda que articula teorias e práticas no campo da política e da gestão, com saberes e experiências originários do marxismo, da psicanálise, da pedagogia e da análise institucional (CAMPOS, 2000a), absorvendo essas influências de forma crítica. Realiza-se também uma interlocução com autores que desenvolvem e discutem conceitos e práticas voltados para o paradigma preconizado pela Reforma Psiquiátrica, já que a avaliação também está relacionada ao papel desse serviço dentro de um contexto de transformação das práticas no campo da saúde mental.

Os núcleos temáticos são analisados em uma combinação da perspectiva sincrônica e da perspectiva diacrônica. Na primeira, interessa o modo de funcionamento e os entraves e inadequações no processo de

trabalho. Essa vertente gera conhecimentos pragmáticos, indispensáveis para a ação prática. A segunda preocupa-se com o modo como são produzidas representações, disputas, conflitos, relações de poder, projetos, planos, bens e serviços. Gera conhecimentos estratégicos, fundamentais para orientar a elaboração de planos e projetos que objetivem mudanças, além de sínteses críticas, essenciais para a reconstrução dos sujeitos e do coletivo (CAMPOS, 2000a).

Os núcleos são orientados tanto para a discussão no campo da produção de valores de uso quanto para o campo da produção de sujeitos e coletivos, ambos entendidos como objetivos de uma instituição. O conceito de valor de uso foi desenvolvido por Marx, ao discutir a dupla forma de valor das mercadorias: o valor de uso e o valor de troca, só encarnando valor à medida que são expressões do trabalho humano quando este se cristaliza na forma de um objeto que atenda determinadas necessidades sociais (MARX, 1989). Campos (2000a) utiliza esse conceito para analisar o trabalho em saúde em que, apesar de o produto não se transformar em mercadoria, são bens e serviços que têm valor de uso à medida que têm uma capacidade potencial de atender a necessidades sociais.

Em relação ao plano de produção de sujeitos e coletivos, no momento em que a proposta de avaliação participativa tem como objetivo o fortalecimento do sujeito e a democratização das instituições, esse plano de análise torna-se fundamental, entendendo

o sujeito como um ser biológico, com uma subjetividade complexa, e mergulhado em um conjunto de relações sociais que alteram seus desejos, interesses e necessidades. (...) Um ser imerso na história e na sociedade, mas nem por isso despossuído de uma subjetividade singular e de capacidade para reagir ao seu contexto (CAMPOS, 2000a:68).

A análise das questões dos grupos de interesse possibilitou a delimitação dos núcleos, mas, internamente existem diferenças entre as questões que surgem em cada um deles. Essas diferenças relacionam-se com a própria posição que cada um ocupa em relação ao serviço e à sociedade. O funcionamento do serviço e a interação da equipe, usuários e família possibilitou que alguns problemas apontados surgissem de forma homogênea. Outros temas surgiram nos diferentes grupos, porém, sob outra perspectiva e olhar. Outros, ainda, apareceram apenas em determinado grupo.

O esquema proposto possibilitou a construção de textos avaliativos, sendo a palavra texto aqui usada com o sentido que lhe é atribuído pela hermenêutica: conjunto de signos articulado por determinado sujeito (individual ou coletivo) (CAMPOS, 2000a). Cada um dos temas propostos entrelaça-se com os demais, sendo o dentro e o fora cheio de limites imprecisos e de movimento.

Em cada núcleo temático foram destacados aspectos do processo de trabalho e o cotidiano do serviço foi analisado em uma perspectiva microinstitucional, contemplando a sua dinâmica interna.

Faz-se necessário salientar, aqui, os elementos componentes do processo de trabalho segundo a definição marxiana, que nortearam essa discussão: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; os meios ou instrumental de trabalho (MARX, 1989).

Segundo Mendes-Gonçalves (1992), o objeto de trabalho não é natural na medida que tem que ser delimitado e desprendido do todo para entrar no

processo de trabalho. Toda objetualidade da natureza decorre da presença de um sujeito, para o qual ela é objeto, o que enlaça subjetividade e objetividade de modo inseparável; se esse sujeito transformar a si próprio enquanto se reproduz às custas de sua metabolização da natureza, ambos tornar-se-ão históricos.

A análise do objeto de trabalho examina a adequação entre o recorte do objeto de trabalho, o valor de uso que se pretende produzir e o limite do compromisso social assumido, indicando certo padrão de responsabilidade assumido pelo coletivo (CAMPOS, 2000a).

Campos (2000a) entende que a análise desse tema passa, também, pela adequação do recorte do objeto, sendo, também, um critério de inclusão e exclusão.

Conforme Albuquerque (1978), definir-se como instituição é apropriar-se de um objeto de cuja propriedade a instituição reivindica o monopólio de legitimidade, sendo um objeto imaterial, e o processo de apropriação desse objeto é permanente, como processo de desapropriação dos indivíduos ou de outras instituições no que concerne ao objeto em questão.

Esse processo de apropriação/desapropriação é uma discussão que remete à proposta de desinstitucionalização: a apropriação da loucura pelo saber psiquiátrico, passando a ser doença mental, legitima o espaço do hospital psiquiátrico como sendo, de forma hegemônica, o locus de seu tratamento, fazendo com que a relação entre a doença mental e o hospital psiquiátrico seja inquestionável, sendo desapropriadas todas as outras formas de lidar com a questão. A mudança do foco para o sofrimento psíquico, para a pessoa doente, possibilita certo processo de desapropriação

dessa relação naturalizada. A entrada no campo de outros saberes e práticas, de outros atores que não aqueles delimitados pelo campo psiquiátrico, além de novos cenários onde o cuidado se desenvolve, cria um tensionamento que desestrutura, desapropria, desinstitucionaliza a hegemonia do modelo manicomial.

Sendo o CAPS um serviço que foi criado sob a égide de uma proposta de superação das práticas que tinham como seu exclusivo objeto a doença mental, essa discussão traz como tema alguns desdobramentos que essa questão tem tido no cotidiano das práticas.

Rotelli (2001:90), ao discutir a proposta da desinstitucionalização, afirma que

o mal da Psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício - a doença - da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade. (...) O projeto de desinstitucionalização coincidia com a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado (e não foi por acaso que tiveram que usar a violência para conseguí-lo).

Lembra que, se o objeto muda, se as antigas instituições são demolidas, as novas instituições devem estar à altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está, por definição, (a existência-sofrimento de um corpo em relação ao corpo social), em estado de não equilíbrio: esta é a base da instituição inventada (e nunca dada) (ROTTELI, 2001).

Como estar 'à altura do novo objeto'? Quais serão os meios de trabalho e as práticas? Como ocorre a convivência do 'inventado' com o 'dado'? Muitos conflitos, muitas contradições. A instituição 'em aberto' exige que essa abertura não se transforme em falta de critérios: um certo processo de

institucionalização faz-se necessário. A discussão dos meios de trabalho, dos instrumentos, também possibilita a reflexão sobre uma esfera que não passa pela organização do serviço, mas pelas relações, essas também como técnica. É nesse universo tão pouco passível de normatizações que se encontra o 'fazer diferente' ou, por outro lado, em uma proposta nova, as mesmas e antigas práticas do manicômio.

O meio de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e serve-lhe para dirigir sua atividade sobre esse objeto (MARX, 1989). Considera-se que, nessa discussão acerca dos meios de trabalho, aparecem questões relativas ao trabalho e organização da equipe, aos papéis, às relações, divisões e conflitos, podendo-se considerar a equipe como um dos principais meios de trabalho no campo da saúde mental.

O tipo de atividades desenvolvidas, os recursos, os espaços, uma certa concretude do cuidado também é central na discussão. Albuquerque (1978) assinala que identificar as práticas predominantes de uma instituição concreta dá a chave para a elucidação da prática institucional e que tal análise deve ser concreta e não dedutiva.

Se existe um consenso (relativo) no modo psicossocial de que as práticas devem ser operadas voltadas para a existência-sofrimento do sujeito na sua relação com o corpo social, paradigma estético, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social (COSTA ROSA et al., 2003:32), no dia-a-dia esse conceito toma uma dimensão muito mais rica e abrangente, pois, pensar em atividades fora dos parâmetros da psiquiatria e psicologia exige a reconstrução não apenas das práticas, mas dos próprios sujeitos. A hegemonia do modelo psiquiátrico

impõe como principal desafio romper com preconceitos. Certa dose de ousadia e de rebeldia associadas a uma técnica diferente.

Explicitados alguns conceitos que nortearão a discussão, passa-se à discussão dos núcleos temáticos e das questões que surgiram, a eles relacionadas.

4.1. Dimensões do objeto de trabalho

Nesse tema, são discutidos alguns aspectos relacionados à demanda atendida no serviço. Apesar de, formalmente, o CAPS aparecer como um equipamento voltado para o atendimento de usuários com transtornos graves e persistentes dentro do seu território de responsabilidade, no cotidiano de determinado serviço, esse enunciado mais geral concretiza-se de diferentes formas e com inúmeros problemas. As questões que aqui surgem são: a integralidade, os velhos e novos crônicos e a falsa demanda. Apesar de apresentadas de forma separada para organizar a discussão, todas essas questões estão interligadas.

4.1.1. Integralidade

A importância da integralidade é apontada pela equipe e aparece relacionada à necessidade de ver os usuários como um todo – físico, mental e social:

Acho que uma das coisas que eu mais me polio é que eu acho que não tem que ser só o mental. O mental é importantíssimo, porque eles são portadores de transtornos, mas o físico também está junto, o econômico

também está junto, a casa também está junto, o familiar também está junto. É o todo. (E1E).

Quando chega uma pessoa no CAPS, tu não podes olhar só a mente. Tem que olhar o todo. Ele é um ser humano completo. (...) Porque não dá para dizer: "Hoje eu vou tratar só a mente". Não pode, porque existe o outro lado (E2E).

A questão aparece como uma imagem objetiva, noção que designa certa configuração de uma situação que alguns atores consideram desejável. A imagem objetiva parte de um pensamento crítico, que se recusa a reduzir a realidade ao que existe, mas nunca é detalhada, sendo expressa através de enunciados gerais (MATTOS, 2001). A idéia de que o usuário é um 'ser humano completo' e que aspectos do seu contexto devem ser considerados é uma reflexão que estabelece uma crítica à visão reducionista e fragmentária dos sujeitos. Essa visão tem suas origens na incapacidade de estabelecer uma relação com o outro, a não ser transformando-o em um objeto.

Mas, a própria crítica da equipe é limitada no momento em que é identificado o que Mattos (2001) denomina de certa banalização no enunciado, certo esvaziamento do uso de expressões que todos defendem, mas, sem saber exatamente o que é defendido.

O aspecto da atenção integral apontado está relacionado à dimensão das práticas, cabendo quase que exclusivamente ao profissional a sua realização. Refere-se a atributos ligados ao que se pode considerar uma boa prática. Mas, mesmo que a postura dos profissionais seja algo fundamental para a integralidade, em muitas situações ela só se realizará com a incorporação ou redefinição mais radical da equipe de saúde e seus processos de trabalho (MATTOS, 2001).

Esse sentido, ligado à organização do trabalho no serviço, exige que trabalhadores possam, de modo criativo, incorporar nas suas práticas atividades assistenciais com atributos que ofereçam respostas mais abrangentes às necessidades dos usuários. A limitação do serviço em relação a esse aspecto aparece na fala que segue:

Tu não tens como sair do teu serviço, como eu já fiz várias vezes, ir com a Maria para o Pronto Socorro e passar a manhã inteira, ou a tarde inteira. Que nem a Celina fez esses dias, passou a tarde inteira. Então fica muito difícil, porque tu tiras um profissional de onde tu estás atendendo várias pessoas (E1E).

Quando essa questão foi discutida no grupo de negociação da equipe, ouviu-se que, ao sair de suas funções específicas para responder a uma necessidade concreta e imediata do usuário, tal como acompanhá-lo para o atendimento no Pronto-Socorro, o trabalhador estaria em ‘desvio de função’. Um atendimento mais personalizado retira o trabalhador de onde está realizando um atendimento coletivo, programado na estrutura do serviço. Ao atender determinado usuário, fora do local previsto, está deixando de atender outros tantos (G1E). Isso mostra que, apesar do discurso, ainda existe uma dificuldade de reorientar a estrutura e a organização do processo de trabalho para que nele seja exercitada certa flexibilidade e plasticidade que possibilite que o imprevisível e não-programado possa ser contemplado.

Outro aspecto é que o conceito de integralidade também se aplica às respostas governamentais aos problemas de saúde. Também nas políticas é fundamental a busca de uma visão mais abrangente daqueles que serão alvo das políticas de saúde e a recusa em aceitar um recorte do problema que o reduza a algumas das suas dimensões, o que configura a integralidade (MATTOS, 2001).

Esse último aspecto é de suma importância, porém, existiria um campo de possibilidades interno ao serviço, na organização das práticas, em que o grupo teria autonomia para intervir e que não é explorado.

4.1.2. Velhos e novos crônicos – os enCAPSulados

O termo “crônicos” não designa um grupo homogêneo, exigindo que sua discussão seja realizada nas suas diferenças e peculiaridades.

Uma situação refere-se aos já usualmente denominados crônicos, quase sempre usuários com transtornos psicóticos, na maior parte do tempo com sintomas negativos ou com sintomas positivos persistentes, com perdas significativas de habilidades e que freqüentam (ou tem a indicação de freqüentar) o serviço diariamente – os intensivos. Muitos desses usuários, antes da existência do serviço, passavam grandes períodos internados no hospital psiquiátrico. Nesse sentido, o serviço possibilitou-lhes a permanência (nem sempre tranqüila) junto à família e à comunidade.

A questão que aparece em relação a esse grupo é o fato de encontrarem-se ‘soltos’ no serviço, sem atendimento e sem a supervisão de um técnico responsável.

Nós temos muitos pacientes que passam o dia aqui no CAPS, e estão sem atendimento há meses. Há meses. Não se sabe nem quem é o técnico responsável. Temos usuários que não têm atendimento há bastante tempo. Inclusive o Mário. Desde novembro do ano passado ele não é atendido por psicólogo e ele está precisando (...) Então eu acho que está muito solto... (E3E).

A fala da trabalhadora, acima relatada, exemplifica o conteúdo do prontuário de uma usuária do CAPS, com transtorno psicótico grave, no

qual constava que não vinha tendo atendimento médico há mais de dois meses. A usuária freqüenta a modalidade intensiva há cerca de um ano com sintomas psicóticos produtivos: delírios e alucinações. Diz que ‘tem outras iguais a ela’, e que ‘estão falando mal dela, querendo fazer-lhe mal’. Além disso, tem uma situação familiar difícil, com a família ausente, com dificuldades em aceitar e entender o comportamento da usuária e com poucos recursos para lidar com um transtorno de tal gravidade e assumir o seu cuidado. Essa usuária também apresentava problemas clínicos e emagrecimento significativo, fisicamente parecendo muito deteriorada. Apesar de estar a maior parte do tempo muito confusa, forma vínculo com facilidade. É o que poderia ser considerado uma paciente muito grave. Em diversas conversas sobre a sua situação com a psiquiatra, foi questionado se não seria importante rever a prescrição da medicação para haver uma adequação das doses do antipsicótico. Sempre pareceu que a usuária não era cuidada, lembrando aqueles pacientes do hospital psiquiátrico com os quais todo mundo ‘se acostuma’. Não existia um grande investimento ou preocupação da equipe em relação a ela. Com freqüência, solicitava que alguém ‘a levasse junto para casa’, tentando mostrar o quanto precisava ser cuidada (O66). A usuária faz parte de um grupo que fica no Castelo, sem um plano terapêutico devidamente definido. Qual é a meta a ser alcançada com eles?

A proposta voltada para a reabilitação perdeu espaço, do mesmo modo que o cuidado personalizado, enquanto estratégia de resgate da dignidade e da autonomia. O cuidado tornou-se massificado, como aparece na fala abaixo:

A gente meio que acaba banalizando. (...) Embora o serviço saiba e tente fazer, tente cumprir a sua proposta que é a coisa da reabilitação, muitas vezes não consegue. A gente fica muito no discurso. É aquela coisa que o pessoal fala: "é fácil falar, mas difícil fazer". Difícil é fazer mesmo. Essas coisas simples tipo pentear alguém, dar essa referência para alguém que está tão desorganizada que sequer conseguiu se pentear naquele dia. Conseguir parar e não ser uma coisa de polícia: 'Vem cá, não te penteaste?' Mas sentar e dizer: 'Olha, todos os dias é bom, quando tu te levantas, quem sabe tu te olha no espelho, te penteia'. Essa coisa bem característica do tipo de serviço que a gente quer ser, de respeito à identidade, bem personalizada, com cada pessoa. Essas coisas vão ficando assim tudo a rodo. A gente não consegue se voltar para o mínimo, para o detalhe da coisa, que é importante também. Então, passa batido. Eu acho que o serviço sabe, reconhece qual é sua função, como é o seu compromisso. Mas não consegue executar. Acho que essa é uma dificuldade (E5E).

Essa fala mostra que alguns conceitos-chave da proposta do modo psicossocial, entre os quais o resgate da identidade e o cuidado personalizado, precisam envolver, na sua dimensão prática, um olhar que não privilegie apenas a supressão do sintoma, mas na qual possam ser desenvolvidas ações positivas voltadas para o crescimento e desenvolvimento dos sujeitos. Essa questão também aparece na seguinte fala de uma usuária:

Sabe, minha vontade mesmo é pegar tipo uma Maria, dar um banho, ajeitar. As pessoas que estão doentes, quanto mais bonitas elas se enxerga, elas vão melhorando. Eu sou muito de me olhar no espelho. Eu sei que a mente é uma coisa muito ruim. A higiene, o vestuário, eu acho que isso faz muita falta para uma pessoa que tem um problema. Se sentir bem isso é importante. Com uma orientação como a pessoa se sente bem! Qual a mulher que não se sente bem, bonita. O homem também, o homem também é vaidoso. (E7U)

O resgate da auto-estima e da autonomia não está relacionado a elaboradas técnicas e teorias psiquiátricas, mas a atitudes simples como é apontado nas falas da profissional e da usuária. Vários usuários têm dificuldades relacionadas a aspectos da vida diária: o cuidado com a higiene, vestuário, alimentação. Essas dificuldades acabam sendo incorporadas e

naturalizadas como parte da sua identidade, que passa a ser percebida como 'sem solução'. Todos se acostumam a vê-lo daquela forma: sujo, descuidado, despenteado, sem conseguir lidar com o seu próprio cuidado e com o cuidado do ambiente. A usuária citada na fala acima é um exemplo disso e, nas vezes em que a equipe toma uma atitude, quase sempre a enfermagem, ainda o é de uma forma objetualizante, sendo a usuária encaminhada para o banho e sendo 'resolvida', de uma forma imediata e vertical, a questão da falta de higiene.

Na avaliação do grupo de familiares essa questão também aparece, sendo cobrada uma ação que desacomode essa inércia que o serviço acaba reproduzindo. Uma familiar identifica que esse cuidado mais personalizado foi perdido e que precisaria ser retomado:

Tem que cobrar deles. Ele vai caminhar? Vai! Então vamos lá, vai pegar... Não sei quem vai pegar, se é a equipe, ou uma pessoa que tem um bom relacionamento com ele, vai trazer ele para ele sentar (...) e eu acho que é essa grande mudança que tem que fazer: lidar com o usuário para ele não ficar caminhando, andando, indo e vindo. Tem aquela limitação, porque tem aquele que tem horas que não pára, mas tem que ir lá buscar ele, trazer ele para a atividade. (...) É a questão da dona Rosa. A dona Rosa trabalhava ali dentro do Castelo, mas ela caminhava. Iam lá e buscavam ela,. Ela dizia que não sabia fazer as coisas, mas ela ia lá fazer. E agora tem muitos ali dentro 'ah, eu não sei fazer' e só ficam caminhando (E2F).

As próximas falas de familiares apontam certa invisibilidade do usuário no cotidiano do serviço. Existe, *a priori*, uma rotina de atividades que faz parte da proposta terapêutica do serviço e na qual se espera que os usuários se insiram. Mas essas atividades, que deveriam ser um meio, acabam sendo um fim. A atividade acaba tomando uma importância que se sobrepõe a quem ela deveria se dirigir. O atendimento acontece, independente da participação do usuário. Aquele que não consegue, de

forma espontânea, inserir-se fica ‘sentado, olhando televisão, dormindo ou caminhando pelos corredores’:

(...) eu acho que ele vai para o atendimento para se inteirar com os outros, não para ele ficar sentado. Às vezes, eu vejo o Gabriel fora, era para ele estar lá naquele tipo de atendimento. e ele está em outro que não tem nada a ver com ele, e isso aí é uma coisa de atenção, que passou, porque logicamente que eles estão atendendo, não se deram conta que ele está lá no Castelo, está freqüentando aquele dia o Castelo e não está naquela oficina, naquela parte que no caso era para ele estar. Então fica uma coisa assim, ele fica mais deixado, porque se ele está ali, ou ele ou outro, porque também pode acontecer com outro (...) E a função das atividades: ele chega, fica parado, fica olhando televisão, dormindo. (...)ele está ali para crescer, ele está ali para tentar fazer alguma coisa também, não está ali só para dormir, ali é o espaço que eles tem para eles agirem, para eles se inteirarem uns com os outros, e ele é bem social, ele gosta de estar com todo mundo, de conversar, mas ele têm que ser direcionado, às vezes tem que falar para ele mais de uma vez, tem que repetir mais de uma vez para ele conseguir acionar as coisas que ele tem que fazer (E3F).

No caso do Gustavo, e em outros casos, tinha que ter um espaço para fazer um tratamento mais individual, não digo que só com ele, mas com um grupo menor, com uma atenção maior. Porque não adianta também o Gustavo vir para o Castelo e ficar caminhando nos corredores. Não resolve nada. Só piora a situação dele (E4F).

A última fala mostra que esse grupo exige a retomada de um Projeto Terapêutico Individual, mediante o qual o usuário possa ser inserido nas atividades e propostas terapêuticas do serviço, mas que também possa ser instrumento de crítica a esses espaços, visando a sua adequação às necessidades dos usuários, mobilizando a criação de novas estratégias e instrumentos de atenção.

Um outro grupo que merece maior atenção são os novos crônicos - usuários que, nos diferentes momentos da doença, trocam de modalidade sem, contudo, se desvincularem do serviço:

Eu acho que falta um planejamento maior. Em vez de ele estar indo e vindo da internação, e ele vai e volta do intensivo, vai e volta... fica sempre lá dentro. Tem paciente há dez anos lá dentro, e que não têm

perspectiva de alta. Não tem um planejamento, o trabalho da equipe fica meio amarrado. (...) Eu acho que a parte de cronificação que eu estava querendo me referir é mais nesse sentido: daqui a pouco, a gente deixa o paciente entrar e ele não tem a mínima perspectiva de sair. (...) Tem gente que abriu o CAPS e que vai ficar para sempre. (...) Não é equipe, mas é parte do serviço, como se fosse. Eu acho que isso falta. (...) Às vezes muda de modalidade, às vezes não muda porque ela vai sempre, então a gente tem que receber, então vamos deixar assim. Isso eu ouvi na semana passada. De ouvir paciente dizer assim: 'Eu fiquei quinze dias sem vir porque eu quero dar um tempo do CAPS'. Que bom. Então vamos pensar em ela dar um tempo mesmo. Não dá! Então tem que seguir vindo. Isso eu acho que uma coisa que está faltando, e muito, sentar e rever essas coisas (E7E).

Há também aqueles usuários que estão bem, mas, mantêm algum vínculo com o serviço, quase sempre através de um atendimento grupal:

Acho que os grupos que estão mais organizados e estão dando conta de algumas dessas coisas. Acho que o risco é de, daqui a pouco, essas pessoas também irem ficando lá dentro. Tem pacientes que estão indo lá para pegar a receita há meses, anos. Pacientes que às vezes estão faltando o serviço porque têm que ir lá para pegar a receita. Tinha um paciente do grupo que ficou apavorado porque ele era semi-intensivo e ele estava trabalhando. Como iria fazer para cumprir as presenças no CAPS? O que é isso? Então, eu acho que está meio estranho. Para eles também, porque eles não sabem nem porque estão vindo. Então, eu acho que a gente tem que rever. Ou então: "Vem para cá porque é bom, vem para cá para ficar conversando, tomando chimarrão...". Não sei de que jeito se pode fazer diferente (E7E).

Não existe um projeto de alta para esses usuários da instituição, um projeto para fora do serviço. O projeto terapêutico restringe-se às possibilidades internas, que são as três modalidades de atendimento oferecidas. O serviço já foi além disso, mediante a implantação de alguns projetos que possibilitaram a criação de espaços junto à comunidade, entre os quais uma cooperativa de trabalho e um centro de convivência, mas, acabaram sendo extintos pela falta de investimento na implantação e continuidade desse tipo de proposta.

A relação da instituição com outros espaços é uma exigência no modo psicossocial, não no sentido de esses espaços se configurarem como externos a ela e a seus agentes, mas da

instituição situar-se como exterioridade em relação ao território (porosidade), nela é livre o trânsito de todos, a instituição não é interioridade e espaço de clausura dos usuários e da população como no *Modo Asilar*; as relações devem ser de interlocução e não do tipo 'relações entre loucos e sãos'; as ações visam à integralidade em extensão (no território) e em profundidade (considerando toda complexidade das demandas) (COSTA ROSA et al., 2003:38)

Isso não impede que alguns desses usuários precisem de um vínculo mais permanente com a instituição: usuários que passavam grande parte de suas vidas institucionalizados em hospitais psiquiátricos e que encontraram, nesse serviço, a possibilidade de conviver com a família e a comunidade.

Tem um monte de exemplos de pacientes que internavam no hospital psiquiátrico três, quatro vezes por ano e que passavam um, dois meses por ano em casa e o resto dentro do hospital, e que hoje estão muito bem obrigada. Vão ao CAPS, participam de atividades... Vai ficar no CAPS para sempre? Acho que sim. Bom, mas vê-se, então, acho que são aqueles que vão precisar mesmo disso. Ou eles vão ficar para sempre no CAPS, ou eles vão ficar para sempre internando e voltando (E7E).

Mesmo assim, essa “necessidade” deve ser permanentemente questionada, entendendo-a como uma construção provisória.

A preocupação com essas questões é importante, sendo muito fácil a reprodução do modelo alienante e cronificador. Isso exige alguns cuidados, entre eles a análise caso a caso, numa interlocução com usuário e família, de modo que esteja claro para todos o projeto terapêutico de cada pessoa - um projeto flexível, cambiante, que impeça que se perca a visibilidade da singularidade do usuário, e que se incorpore a sua presença dentro do serviço como uma coisa dada e natural.

Como forma de repensar e problematizar as questões aqui apresentadas, o conceito de complexidade é proposto, em oposição à naturalização e objetualização da doença, apontando para a superação do paradigma clássico inaugurado com a dualidade cartesiana da causa-efeito, do conhecer o objeto em sua verdade, das soluções definitivas, atendendo ao desafio de resgatar a singularidade da operação, reabrindo a possibilidade de recomplexificação do fenômeno (AMARANTE, 2003).

Essa questão envolve a construção de possibilidades mediante a reinvenção das práticas e exige que a equipe, efetivamente, se responsabilize¹ pelos usuários.

4.1.3. A relação com o Hospital Psiquiátrico

Outra questão que aparece é que o serviço não está dando suporte para as crises e que muitas internações não estão ocorrendo pela necessidade dos usuários, mas por uma deficiência do serviço:

Esperando uma internação? Esperando um leito? A gente brigando para internar? Se o programa todo de CAPS é não internar, protegê-los para que eles não cheguem a essa internação, chega um ponto em que a gente chega à conclusão de que eles estão internando porque a deficiência é nossa. Isso é muito pior, é tu te sentir impotente ou então derrotada. Dizer assim: 'Vamos cuidar do fulano'. Daqui a pouco o fulano é internado! E essa briga toda para não interná-lo. Então não está valendo isso. Onde está o erro? Tem que ter! É o remédio que está mal? É a falta de conversa? (E3E).

Às vezes me parece que várias pessoas não melhoram, quando a gente vê estão no sanatório² de novo. Qualquer coisa: 'Cadê o fulano?' 'Ah, foi para o sanatório!' Antigamente não ia quase, era difícil. Não sei se são mais doentes do que a gente quando veio para cá. Também pode ser isso. (...) E

¹ O termo responsabilização é aqui empregado no sentido elaborado a partir da experiência italiana de Trieste, dizendo respeito ao encarregar-se de um problema (do original *presa in carigo*) (AMARANTE, 2003).

² Os usuários chamam o hospital psiquiátrico da cidade de sanatório.

quando a gente fala para a equipe eles dizem: 'Não, é porque têm muitos para atender, e primeiro era pouco'. Mas também aumentou os médicos, agora tem dois médicos. Naquela época só tinha um (E9U).

Essa questão é séria no momento em que se entende que, como prioridade, os CAPS deveriam atender usuários com transtornos severos. A lógica da priorização de recursos para quem mais precisa acaba se perdendo e corre-se o risco de que os CAPS acabem assumindo o papel intermediário entre o hospital psiquiátrico e a comunidade, antes ocupado pelos ambulatorios de psiquiatria.

Sofre-se, ainda, influência do paradigma biomédico que separa sujeitos e ações dirigidos à saúde mental de sujeitos e ações dirigidos à doença mental, sendo o hospital psiquiátrico, ainda, o “lugar” para a intervenção sobre a última (SARACENO, 1999).

A separação dessas duas dimensões é perigosa, alimentando uma atitude que delega a doença mental à psiquiatria, sendo incorporado que, nas crises, que evidenciam os sinais e sintomas da doença, as sejam encaminhadas para o hospital psiquiátrico.

A questão do encaminhamento exige certa demarcação de limites do serviço sem deixar de assumir responsabilidades. O CAPS não dá conta de tudo, e nem é essa a sua proposta. A transformação do CAPS no único lugar de cuidado e a idéia de que a “rede de CAPS” tem a função de ser substitutiva ao hospital psiquiátrico não reconhece os diferentes momentos e necessidades dos sujeitos doentes, além de ir contra a proposta de criação de uma diversidade de equipamentos que, em rede, possam ir ao encontro dessas singularidades.

Acredita-se que a noção dos limites do CAPS deva ser flexível, e que uma série de estratégias possíveis e já conhecidas de cuidado às crises fora do hospital pode ser acionada: a internação domiciliar, a articulação com a família e com a rede social do usuário, a contensão química, mediante o uso de psicofármacos são algumas tecnologias já utilizadas no serviço e que permitiram que pacientes com crises graves pudessem viver esse momento sem passar por uma internação, sempre traumática e desabilitadora.

A crise constitui-se, para pacientes e técnicos, em um momento de fundamental importância, colocando a necessidade de qualificar os serviços substitutivos para nela intervir (CAMPOS, 2001).

Não é possível discutir a questão das crises sem que entre em cena a discussão sobre o hospital psiquiátrico, no momento em que ele constitui, ainda, o eixo central do atendimento nesse momento tão fundamental. O paradoxo da manutenção de um hospital psiquiátrico em uma proposta de mudança de modelo de atenção evidencia-se quando remete às experiências negativas de usuários e familiares em relação a esse espaço. Uma delas refere-se ao tempo longo de internação cujo critério não está relacionado à necessidade do usuário:

Quem é que diz que o paciente em crise é obrigado a ficar quarenta dias no hospital psiquiátrico? A gente sabe porque eles mantêm quarenta dias um paciente lá dentro. Um paciente que em uma semana está restabelecido, aí ele fica quarenta dias enfiado dentro de um hospital psiquiátrico (E4F).

E quando entra em um hospital psiquiátrico a pessoa fica, no mínimo, de sessenta a noventa dias. Porque o hospital tem interesse de ficar com a pessoa lá dentro para receber do governo as verbas que são designadas para o hospital para pagar os usuários que estão internados. Mas, na verdade, um surto se cura em dez dias. E tem pessoas que ficam noventa dias lá dentro. Quando estava internado no hospital psiquiátrico noventa

dias, até cem dias, muitas vezes a gente entrava em depressão dentro do hospital mesmo, por falta de estar junto com os familiares³ (E2U).

O hospital psiquiátrico tem como norma a proibição de visitas nos primeiros quinze dias de internação. Depois disso, o contato com a família é restrito a uns poucos horários de visitação, mantendo o usuário, que passa a ser paciente, afastado de seus vínculos em um dos piores momentos de sua vida. Conforme o relato do usuário, a permanência por tanto tempo não apenas não se justifica pela doença, como leva a que ele, depois de ter saído de uma crise, volte a ter outra, agora ocasionada pela própria internação.

O relato também aponta os interesses econômicos dos hospitais psiquiátricos. Um hospital, com cerca de duzentos leitos, para manter internados apenas pacientes em quadros agudos, teria que dispor de uma infra-estrutura de cuidados muito além da que tem. A manutenção do paciente por um tempo além do que necessita faz com que grande parte dos leitos seja ocupada por pacientes que, já tendo saído da crise, não precisam de tanto investimento, mas continuam revertendo em ganhos financeiros mediante o pagamento das suas diárias de internação.

Ocorre, também, que usuários que ainda não teriam condições de sair, no momento em que se esgota a possibilidade de cobrança das diárias devido ao teto máximo estipulado pelo Ministério da Saúde⁴, são literalmente mandados para a rua.

³ Usuários falam que durante a internação, após terem tido uma melhora da crise, acabam entrando em crise novamente pelo afastamento da família e pela forma de atendimento (iatrogenia do hospital psiquiátrico).

⁴ A emissão da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) tem a validade inicial de quarenta e cinco dias, permitindo a cobrança desse período sem nenhuma fiscalização. Além disso, pode ser prorrogada mediante encaminhamento de um laudo médico para o gestor a cada trinta dias (BRASIL, 2004).

Os maus-tratos denunciados nos relatos de um familiar revelam a face perversa e cruel de uma forma de atendimento que ainda existe, como política pública, como a única opção.

O paciente, dentro daquele hospital psiquiátrico, ele não é tratado como ser humano. Uma pessoa que anda descalça, abre feridas embaixo dos pés, como eu vi. Eu vi! E as pessoas olhando, os profissionais olhando, como se aquilo não fosse nada! Andam as criaturas de pé no chão, andam as criaturas todas mijadas, andam as criaturas com frio, no inverno, andam as criaturas fedendo a cocô... Para eles, é indiferente, porque não é na carne, no sangue deles que atinge. E eu não entendo como é que pode um profissional gabaritado ver aquilo ali e também fazer de conta que aquilo não existe. Meu filho poderia ter morrido dentro do hospital! O Gustavo, quase setenta dias dentro do hospital, ele poderia ter saído morto lá de dentro, se eu não tivesse brigado da maneira como briguei. Eu aponte o erro, desde o início eu aponte o erro! "Ta errado ali. Aquela medicação está fazendo mal para ele. O meu filho não é assim! Aquilo ali está tudo errado. Vocês façam alguma coisa e mudem! Porque trazer ele para cá, para ele ficar nesse estado, também não me adianta!" Ele entrou de um jeito ruim e ele saiu de outro, pior ainda! Tu tiras o paciente de dentro de um hospital psiquiátrico, quase setenta dias de internação, em um estado crítico. Por que esse estado crítico? Porque não foi dada para ele a atenção, não foi feito com ele o que realmente deveria ter sido feito. Assim como ele, muitos! Pacientes que ficam impregnados dentro do hospital. Pelo amor de Deus, como um médico não vai ver que um paciente está impregnado? Aí fica fácil tu pegares uma injeção e ir lá, injetar na veia que fica mais rápido. Desimpregnou! Daqui a pouco, tudo de novo! E aí tu estás tratando como ser humano? Não! Aí tu estás tratando como bicho. Deixa de ser humano! Porque uma injeção dói! Eu via no olho dele que ele me pedia socorro pelo olhar, uma criatura que não fala. Tem os dias determinados de visita, tu não sabes o que ele está passando lá dentro. E é tratado que nem cachorro! É que nem cachorro! Simplesmente eles juntam todo mundo e seja lá o que Deus quiser! (E5F).

No grupo de validação com os familiares, a questão volta a ser discutida e essa familiar fala que a experiência de internação é totalmente dissociada do atendimento no CAPS, e que, quando pediu ajuda à equipe na sua briga com o hospital psiquiátrico, não teve resposta.

Ninguém me ouvia. Parecia que eu era uma pessoa sozinha, em um campo aberto, gritando para o vento. Se for preciso, amarro o Gustavo em um poste, fico dando remédio noite e dia, mas não levo para o hospital (G5F).

No grupo de usuários, apesar dos relatos serem de que a experiência de internação tenha sido traumática, também aparece a idéia de que o hospital psiquiátrico ainda é um “mal necessário”:

Tem uma lei que diz que os hospitais gerais têm que ter uma ala com condições de atender pessoas com transtornos mentais. No entanto, esses hospitais ainda não estão equipados com os profissionais especialistas na área de saúde mental e, dessa forma, não têm condições de absorver esses usuários. Por isso, eu penso que o hospital psiquiátrico ainda, lamentavelmente, está sendo a única solução para quem está em um surto grave, porque lá tem profissionais para o atendimento de um serviço de alta complexidade, que os hospitais gerais ainda não criaram. Eu também sou da opinião da luta antimanicomial, mas, por enquanto, infelizmente, a única solução é lá. Uma pessoa com surto que não pode ficar em casa com seus familiares (E2U).

Aí entra de novo a questão do Estado. Agora veio o Presidente e fechou 30 leitos no hospital psiquiátrico⁵. Tudo bem, mas ele tem é que dar qualidade, melhorar a qualidade do tratamento (E3U).

Na equipe, também surge a defesa da continuidade do hospital psiquiátrico como o espaço que teria condições de atender pacientes em crise:

Acho que hoje a gente ainda precisa do hospital psiquiátrico. Talvez não seja o ideal, acho que não é mesmo, talvez se pudesse mudar alguma coisa lá, não sei, acho que também não se tentou fazer isso, mas acho que algum lugar onde essas pessoas que estão mal, que não tem suporte familiar, que estão com crise, as vezes vão precisar internar a gente vai precisar, a gente vai precisar sempre. Famílias que já estão mais enlouquecidas que o paciente, que precisam do hospital psiquiátrico para dar uma descansada, que não sabem o que fazer. Me dizem: “tu és louca de trabalhar lá dentro⁶”. Eu não acho! Dá para mexer lá dentro também dá para diminuir internação, dá para manejar, dá para encaminhar. Ou, quem não der para fazer isso, a gente vai ter que deixar lá dentro, até poder sair. Eu acho que enquanto isso não estiver resolvido a gente vai ter que mudar o discurso pelo menos, porque se não, daqui a pouco, os

⁵ O usuário refere-se ao Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica do Ministério da Saúde que reafirma a diretriz política de redução de leitos através da redução progressiva de leitos com um estímulo financeiro para os hospitais psiquiátricos que aderem a ele, através do aumento no valor da AIH. Essa diminuição de leitos está inserida em uma proposta de redirecionamento de recursos financeiros da internação para a atenção extra-hospitalar em saúde mental (BRASIL, 2004), o que exige um comprometimento do gestor local com a implantação de uma rede de saúde mental, o que não ocorre no município.

⁶ A trabalhadora também realiza plantões no hospital psiquiátrico.

pacientes também não vão mais querer ir para lá, e a gente não vai ter o que fazer com eles.

A falta de investimento na estrutura dos CAPS para o acolhimento no momento das crises e a falta de um projeto político de investimento em uma rede de cuidados no município reforçam a idéia de permanência do hospital psiquiátrico, como central para o cuidado do usuário nesse momento. Isso mostra que a crítica ao manicômio como lugar desumano e antiterapêutico deve envolver a crítica à ideologia psiquiátrica da qual é produto e que o legitima como um espaço de atendimento (SARACENO, 1999).

A idéia de que é possível investir no hospital psiquiátrico, de modo que se torne um lugar melhor também aparece e isso retrata a face inquestionável da psiquiatria como “ciência”: se o hospital não é melhor é porque não é acionada uma série de recursos que poderiam torná-lo melhor, modernizá-lo.

Concorda-se com Saraceno (1999) que o hospital psiquiátrico, como lugar e como continente da ideologia psiquiátrica, continua central, como signo de continuidade histórica de cerco à desrazão iniciado com os primeiros manicômios, muitos séculos atrás.

4.1.4. Inserção da família

Aqui se discute a necessidade de integração da família nas ações e estratégias do serviço. Essa integração não tem uma via única, mas envolve uma consciência de que não é possível uma proposta de inserção do usuário na família e na comunidade que não envolva, também, a inserção da família

no campo das práticas dos trabalhadores: a família como uma das dimensões fundamentais do objeto de trabalho, cujo objetivo seja pôr os seus membros em uma relação dialética, capaz de integrar as instâncias das diversas existências (SARACENO, 1999).

O desejo de integração é manifesto em várias falas nas entrevistas com a família que apontam algumas direções. Uma delas é a de parceria e colaboração – a família como recurso:

A gente pode colaborar bastante, como todos têm colaborado. A gente tem um exemplo que é a dona Francisca, um exemplo de pessoa, participa bastante no Castelo. Em tudo o que ela pode ela participa ativa. Todos nós nos unindo, a gente chega lá (E1F).

A família como recurso não se trata simplesmente de suprir recursos que não existem, mas de afirmar que ela deixa de ser relegada ao papel de consumidora de recursos colocados à sua disposição pelo sistema de saúde. O modelo segundo o qual existem os serviços – que constituiriam o recurso, e os usuários e familiares, que constituiriam o consumo do recurso – é o principal determinante da “natural” diferença de poder entre trabalhadores do serviço e assistidos, da “natural” micro e macroviolação contínua dos direitos dos tratados, do progressivo empobrecimento da eficácia dos recursos institucionais, da adoção de modelos fechados e auto-reprodutivos de intervenção (SARACENO, 1999).

Essa forma de relação faz com que um grupo de familiares participe e atue ativamente no serviço, como é exemplificado na fala de E1F. Participam das discussões e encaminhamentos de questões relativas ao funcionamento da equipe nas assembléias e no Conselho Gestor Local, organizam e coordenam atividades, principalmente na cozinha e na oficina de costura,

estando “dentro” do serviço. O serviço é aberto aos familiares e a sua presença não está apenas relacionada aos espaços formais de atendimento à família, com dia e hora marcados.

Os familiares também se reconhecem como precisando de suporte assistencial da equipe: a idéia de que “se a família não vai bem, atinge o usuário”, sendo que a intervenção da equipe deve envolver o grupo familiar. Um projeto terapêutico que não privilegie um trabalho conjunto com a família pode, equivocadamente, reforçar o papel do usuário como bode expiatório de problemas no âmbito familiar:

Se a família não vai bem, o paciente não vai bem, então é um trabalho em conjunto com a família. E isso beneficia muito a equipe técnica e, principalmente, o paciente. Porque às vezes o profissional está vendo que está havendo alguma coisa com o paciente e com a família. O profissional tem que saber exatamente o que está se passando. Às vezes, o paciente está em crise e está se passando um monte de coisas não com o paciente, mas com o familiar, e atinge ele. Então é um trabalho em conjunto (E1F).

Em relação a isso, Saraceno (1999:103) lembra que a “doença não reside, isolada e culpabilizante, dentro do sujeito, mas no território virtual que é a interação entre os membros da família”.

A inserção da família também é percebida como tendo um papel educativo: o familiar tem a oportunidade de conhecer e entender melhor a doença do usuário, o que o leva a aceitar e a lidar de modo mais adequado com a situação:

Porque aí eu comecei a conversar com o pessoal lá, que trabalha, aí eu comecei a entender bem melhor. Comecei a ver os outros casos para ver que tem outros piores, e que vai melhorando aos poucos. Então aí eu passei a aceitar. Para mim isso serviu para aceitar mais, para entender melhor toda a situação. Sempre que dá eu vou, sempre que tiver, eu vou ir, porque para mim é melhor para mim entender. É uma tranquilidade que passa ir conversar com a equipe. É muito bom. (E7F).

O acolhimento da equipe e as portas do serviço abertas para as suas necessidades, são aspectos considerados importantes para que o familiar se sinta mais seguro:

Inclusive, sou eu que falha mais com eles. Eu custo ir ao Castelo como familiar. Porque a gente não tem tanto tempo. Eu já fui até em prantos lá, apavorada, ele em crise em casa, e eu apavorada fui no Castelo, fui lá, conversei com a psicóloga, com um médico, e tu expõe em situação, fui muito bem tratada, não foi nada agendado. É uma coisa que traz uma segurança para a gente como familiar (E10F).

Nas entrevistas com a equipe, a necessidade de envolvimento da família é reconhecida, mas ainda surge como um ato espontâneo, que passaria por uma “boa vontade e interesse” da mesma em ajudar:

Chamei família, a família disse que não podia. Chamei novamente, disse que isso era importante. Parece que largam ele ali e naquele momento eles passam a ser teus, tua responsabilidade, e a família não se envolve nisso. Então, como é difícil pedir para alguém vir quando é necessário. (...)A família também ajudar nisso, por mais dificuldades que se tenha. A mãe também podia ajudar, e ninguém se envolve (E1E).

A idéia de que a família é difícil, não se envolve como deveria e delega uma responsabilidade que seria sua, para a equipe, remete à afirmação de Saraceno (1999): à medida que a psiquiatria não pode mais seqüestrar impunemente, por toda uma vida, o paciente no manicômio, mas, deve, também, se ocupar do “fora”, parece sedutora a culpabilização da família e o conseqüente abandono do paciente para a família culpada. A questão de ocupar-se do paciente “fora” é mais difícil, cansativo, de maior responsabilidade e arriscado.

Observa-se a necessidade de maior investimento do serviço na questão do cuidado e inserção da família. Esse investimento passa pela desconstrução da idéia de que a boa atenção à família se restringe apenas a uma equipe aberta, que a recebe e trata bem e que cria, internamente no

serviço, dispositivos como grupos e atendimentos à família. Isso é importante, mas não basta. A inserção da família exige uma atitude de compromisso e responsabilização da equipe com a sua efetivação. Exige que, se os instrumentos de que se dispõem não estão sendo suficientes, possa-se pensar em outros, tanto internos quanto externos ao serviço.

Contar que ele vai ter a família que vai cuidar dele, esse contrato que do que se está fazendo com ele, com a família, é que vai segurar. Acreditar nisso! Por que afinal é isso que se quer. Entendê-lo como fazendo parte de um processo social e que aquele é o lugar dele (E4E).

Pensa-se que um dos desafios para os trabalhadores de CAPS seja a constituição, no espaço singular da relação, de um contrato em que essa família possa se sentir sujeito de um projeto, de modo que a adesão da família envolva a constituição de um espaço de negociação.

4.2. Equipe

4.2.1. Restrição ao núcleo como defesa

Na discussão desse tema, volta-se aos conceitos de núcleo e campo de competência (CAMPOS, 2000b). A institucionalização dos saberes e sua organização em práticas ocorreria mediante a conformação de núcleos e de campos:

Núcleo como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000b, p. 3).

Caberia aos trabalhadores e aos usuários, a partir de seus próprios desejos e interesses e apoiando-se em uma teoria sobre a produção de saúde, construir projetos e levá-los à prática, objetivando a concretização de determinados valores de uso (CAMPOS, 2000b).

O núcleo parte da necessidade e inevitabilidade de construírem identidades sociais para as profissões, mas, sugere a possibilidade de que essa institucionalização possa acontecer de modo mais flexível e aberto. Tanto o núcleo quanto o campo são mutantes e se interinfluenciam, não sendo possível detectar limites precisos entre um e outro (CAMPOS, 2000b).

Um problema que o grupo de usuários identifica é o fato de os profissionais voltarem-se mais para o seu núcleo de competência: cada um faz a sua parte, afastando-se das atividades coletivas, das oficinas, da interação no ambiente, das visitas domiciliares, das festas e passeios, entre outras, e que, no serviço, não estariam sob a responsabilidade de determinada categoria profissional. Apontam que, com essa mudança, diminuiu o envolvimento e compromisso da equipe com a proposta do serviço e também modificou a sua relação com os usuários, que passa a ser fria e impessoal.

Cada um se recolheu, cada um faz sua parte. Antes a coisa era mais calorosa, as pessoas se envolviam mais. Tu eras a psiquiatra mas tu acabavas te envolvendo na oficina de educação artística, de música. As pessoas eram mais envolvidas. A coisa aqui no Castelo era vivida como uma grande família. (...) Só que, de repente, parece que deram um banho de água fria, desde o impasse com o prefeito. (...) Deu uma refreada. Mas a coisa era diferente. Tinha amor.(...) Por exemplo, que nem aqui no CAPS: tem que ter a psicóloga, ela tem que dar a consulta dela, não vou exigir que ela dê beijos e abraços para todo mundo. O enfermeiro também, eu acho que ele tem que fazer a parte dele e pronto. Relações mais quentes, mais afetivas, isso aí hoje em dia não dá mais para exigir. (...) O Alceu Valença canta uma música que diz que o fracasso provoca desamor. (E3U).

Na percepção do usuário, não se pode exigir que o profissional tenha um envolvimento além do que considera seu núcleo de competência. A idéia de que é uma opção pessoal do profissional realizar atividades fora da função nuclear surge em relação a quase todos os técnicos⁷.

O que passa a ocorrer é que, sistematicamente, ficam fora da sala e junto com os usuários, no ambiente, apenas o pessoal de apoio e a profissional das artes. Um exemplo disso observa-se em uma Festa Junina (O15). O salão está lotado de usuários e familiares e a profissional de artes está envolvida com a caracterização das usuárias para a festa (cabelo, maquiagem e vestuário), decoração do ambiente, preparativos para a encenação do casamento na roça, organização da distribuição dos alimentos (quentão, bolo e pipoca). Durante a festa, também é essa profissional que participa diretamente, dançando com os usuários e estimulando alguns mais isolados a participar. Todos parecem divertir-se muito. Os demais técnicos estão no serviço, porém, continuam atendendo nas salas, observando de longe, entre um atendimento e outro, o que se passa na festa, inclusive retirando usuários da festa para atendê-los nas salas.

A prática do psiquiatra fora dos parâmetros da clínica tradicional (consulta) foi vivenciada pelo grupo com um profissional que atuou anteriormente no serviço. Mencionam esse profissional de forma muito positiva e relacionam a sua forma de trabalho às características pessoais do mesmo:

⁷ Excluimos aqui o profissional das artes, de educação física e de música, que, pela especificidade de suas práticas, assumem um papel importante nas atividades coletivas e oficinas. Como a profissional de artes é a única desse grupo que realiza seu horário integral no Castelo, acaba assumindo mais a organização das atividades cotidianas.

É o único médico que entrou no Castelo que é diferente. E é dele, ninguém vai tirar. (...) É ele! Mas ninguém vai querer que todo mundo faça o que ele faz! (E2F)

Mas a relação do médico, do psiquiatra, sair do CAPS para fazer visita domiciliar nós só tivemos um que fez isso.(...) O único. Mas os outros não vão fazer visita domiciliar. Psiquiatra não faz. Eu acho que se nós fôssemos um Programa de Saúde da Família ele teria que ir. Porque aí faz parte do contrato dele, atender esse número X de pessoas, que se não puderem vir, o médico tem que ir. Mas eles não fazem parte. Aí fica na escolha deles (E2E).

A afirmação acima, de que o psiquiatra de um CAPS não precisa realizar determinadas atividades fora de seu núcleo de competência, merece maior discussão. O papel desse profissional ainda é legitimado no serviço dentro da tradição psiquiátrica. Se, por um lado, o psiquiatra tem dificuldades de sair de seu papel nuclear, por outro, a própria organização do trabalho não possibilita que exercite isso no momento em que está sempre com a agenda cheia de atendimentos e, quando a fecha em um determinado turno da semana para participar de outras atividades, sofre pressão da própria equipe, como mostra a fala seguinte:

Não se quer um psiquiatra que vá para dentro do consultório, mas não se proporciona que ele possa sair. Fica difícil para ele seguir a proposta, que seria de poder estar junto, integrado, participando, acompanhando o paciente. Não dá, geralmente não dá para fazer. A proposta é que se atenda, se medique, embora não seja o que se queira. Às vezes me parece contraditório.(...) A minha impressão é que, no discurso, a coisa funciona de um jeito, e, na prática, de outro. Meu trabalho acaba sendo mais organizado voltado para consulta, medicação. O resto é sempre extra, geralmente não muda lugar daquilo. A agenda está cheia e tu vais atender essas outras intercorrências (E7E).

Os técnicos que são da área da saúde, geralmente, voltam-se para atividades relacionadas aos atendimentos individuais e grupais, realizados dentro de uma sala fechada, e afastam-se do ambiente e das oficinas coletivas que antes acompanhavam:

É muito fácil estar trancado em uma sala, entre quatro paredes, e ir chamando as pessoas que já estão agendadas. Isso me angustia. Porque não tem que ter atendimento só individual. Não é essa a proposta. (E1E).

De primeiro não era assim. A gente chegava e já ia para a costura, e a fazer as coisas. (...) Agora não. Parece que ninguém está ligando para nada. Eu gostava muito de pintar, agora não faço mais nada aqui dentro. Antigamente quando a gente fazia as coisas sempre tinha um profissional na volta: 'Ah, mas como tu faz bem, como está bonito'. Agora não tem mais isso. Perde a vontade. (E9U)

Estar junto dos usuários e incentivá-los nas suas potencialidades, compartilhando o dia-a-dia no serviço, não são mais prioridades. Nas entrevistas da equipe, essa questão é apontada como um problema por uma trabalhadora de nível médio que, como os usuários, sente-se abandonada ao ter perdido os seus parceiros que 'pegavam junto' – os técnicos.

Essa falta, não são só os usuários que sentem. Eu também sinto. Porque eles pegavam junto comigo, nós trabalhávamos juntos. (...) Porque as gurias ficam nos consultórios toda tarde. Elas não sabem o que está se passando lá fora (E2E).

Apesar de aparecer como justificativa para essa mudança o aumento da demanda, de modo que os técnicos não têm mais tempo para acompanhar e realizar outras atividades em função do aumento no número de atendimentos, pode-se identificar as consequências disso: ao ficar dentro de uma sala a tarde inteira, esse profissional passa a não saber mais o que se passa no serviço, perdendo a visão do todo. Essa visão da totalidade é estratégica em um atendimento que pressupõe um modelo fora dos parâmetros da clínica tradicional, a qual privilegia o enfoque na doença e no sintoma e cujos principais instrumentos de trabalho são o atendimento em uma sala fechada. A desconstrução desse modelo exige uma mudança no papel delegado ao profissional pelos órgãos de classe e pela tradição.

A saída dos técnicos do ambiente também faz com que os usuários, que antes tinham maior possibilidade de contato com esses profissionais nas oficinas e em outras atividades do serviço, passem a buscar mais os atendimentos individuais realizados por eles. No momento em que não é possível realizar tudo o que vinha sendo feito antes, opta-se por priorizar os atendimentos em sala fechada, sendo dado um maior valor a eles.

Na reunião com a equipe, ao discutir a desvalorização desses espaços coletivos, o grupo revela que os usuários não mais percebem esses espaços centrais no seu tratamento, pois *as oficinas estão vazias e os usuários ficam fumando e tomando mate* (G2E).

O movimento dos técnicos para dentro das salas também está relacionado com a crise pela qual o grupo vem passando nos últimos dois anos e que resultou em um grande sofrimento para a equipe e na desorganização do serviço, sendo dito por uma técnica que *não é à toa que é melhor me fechar em uma sala* (G5E).

Esse aspecto também aparece na fala de outra técnica, dizendo que *quando sai das quatro paredes se sente exposta e com uma sobrecarga*. Ao sair da sala e confrontar-se com os problemas que o serviço vem enfrentando, afloram sentimentos de raiva e frustração, fazendo com que a pessoa se recolha, como proteção. Essa conduta é percebida como uma forma negativa de lidar com os conflitos:

A gente acaba se protegendo de alguma forma, e nem sempre da forma mais sadia (G4E).

Se, por um lado, essa atitude serve como defesa, o profissional que experienciou um tipo de trabalho mais aberto, próximo ao usuário, em equipe – não consegue se constituir da mesma forma em uma prática individualizante, centrada em um modelo em que não acredita mais:

Eu me sinto aprisionada, me sinto refém... (G6E).

Com essa história de ficar mais em atendimento, não estou mais participando. O momento que a gente consegue mais interagir com eles é quando a gente está em uma oficina, quando a gente está circulando. Quando não tem uma atividade eu fico me dando conta da dimensão do que se está fazendo e do que não está se fazendo. Lógico, quando estou atendendo um e outro, eu também estou cuidando disso, eu também estou cuidando daquela pessoa. Mas parece que fica muito restrito e a gente não consegue fazer o todo. Ficam trabalhos fragmentados (E6E).

Todos os mecanismos de defesa podem ter uma função estruturante ou desestruturante, dependendo do grau de seu emprego diante das ansiedades (ZIMERMAN, 2000). Nesse caso, o sofrimento e a impotência em relação às demandas cotidianas do serviço e a conduta defensiva de se voltarem para os atendimentos nas salas levam a mais problemas e sofrimentos ao atingir a própria proposta do serviço, fazendo com que os profissionais percebam o seu trabalho como alienado dessa proposta.

Além da crítica ao trabalho voltado prioritariamente ao núcleo de competência, aparece uma crítica em relação à falta de delimitação de papéis e responsabilidades:

Todo mundo quer fazer tudo, mas ninguém faz nada. E eu acho que cada um, por mais interdisciplinar que seja, cada um sempre vai ter a sua função. Não dá para fugir disso.(...) cada um pode se responsabilizar pelo que é a sua parte e trabalhar junto com os outros para complementar o trabalho. (...) Cada um quer fazer tudo, quer definir tudo, e não dá. Para isso a gente tem a equipe. Daqui a pouco, fica aquele trabalho em equipe que, na verdade, ninguém define nada (E7E).

Concorda-se com Campos (1997b) que, nessa questão, o desafio seria combinar graus de polivalência com certo nível necessário e inevitável de especialização. A responsabilidade, mais aberta e passível de negociação, em que determinados papéis não são fixos, deve ser entendida como uma das principais premissas dessa forma de trabalho. Essa responsabilidade não se esgota no que é determinado pela formação profissional, e as práticas e a organização do serviço, para responderem ao seu mandato em uma proposta de atenção psicossocial, devem ter maior abertura e plasticidade.

Outro papel, atrelado ao campo de competências, é o político. Sendo o CAPS um serviço inserido em uma crítica às formas instituídas da loucura, essa experiência de crítica compromete o trabalhador, necessariamente, com a política (PASSOS, 2004).

A falta de uma inserção no campo político faz com que alguém da família, vivenciando uma experiência de maltrato de seu familiar que se encontra internado no hospital psiquiátrico, não sinta apoio da equipe na condução do problema:

Tu ficas numa situação que tu faz o que? Sobe para cima de uma montanha bem alta e grita para todo o mundo escutar que está tudo errado, que o sistema é errado, e que as pessoas, não sei por que, se por medo ou insegurança, para garantir os seus empregos, para garantir os seus contra-cheques, se sentam e cruzam os braços também, e não tomam providência. Muita coisa se podia fazer se o todo ajudasse (E4F).

Essa conduta da equipe está relacionada com uma separação entre o papel técnico e o político. Isso aparece na contradição da seguinte fala, em que, apesar de a profissional afirmar que o técnico e o político não são excludentes, ainda assim entende que está “realizando o seu trabalho” quando se volta para as questões mais internas do serviço.

Eu acho que não são excludentes, mas de repente a nossa preocupação ficou na rede toda, a gente tem que lutar por essa política, e aí a gente perdeu de vista um pouco aqui o serviço. Tanto é que o nosso serviço está hoje um pouco desorganizado, está invertida a ordem das coisas. (...) Eu acho que quando me recolhi, eu fui uma pessoa que me recolhi muito ao meu trabalho, acabei me restringindo ao meu trabalho, não querendo participar de nada fora. Parece que eu não consigo fazer as duas coisas juntas. Ou é só na assistência, ou é só no debate. No embate, no debate, sei lá. Lá fora, da política mais geral (E6E).

Durante o grupo de validação com familiares, usuários e equipe, a pesquisadora, como interlocutora, questiona a afirmação, discute-se e chega-se à conclusão de que o papel de um profissional em um CAPS deve ser diferente e que isso não está relacionado apenas a uma opção individual de um ou outro, mas à própria exigência da proposta. Trabalhar junto com os usuários e familiares, fora de uma sala e exercitando outros papéis, além do determinado pela sua formação, como avaliam que foi positivo, são condições essenciais para esse tipo de atendimento. Inserir-se no campo político na luta pela mudança da lógica assistencial, no modo psicossocial, também é técnica e consiste em uma exigência legítima aos profissionais no momento em que optam por trabalhar em um CAPS (GU; GF; GE).

Na equipe, é enfatizado que a opção que fizeram saindo das atividades coletivas e priorizando os atendimentos coloca em risco a proposta. Independente dos motivos objetivos ou até subjetivos que levaram a isso, essa forma de trabalho está sendo rapidamente incorporada ao processo de trabalho, sem grandes questionamentos e críticas (GE).

4.2.2. Funcionamento e organização da equipe - as divisões

Apesar do termo equipe pressupor certa homogeneidade, como já foi citado anteriormente, existem diferenças, conflitos e divisões que são inerentes a um grupo. Sua intensidade e a forma como são manejados no cotidiano determinam maior ou menor capacidade de execução da tarefa.

A exigência de um trabalho em equipe interdisciplinar não é mais questionada na proposta de um CAPS, mas a sua operacionalização ainda é um processo novo. Destacam-se alguns aspectos que, se não administrados e trabalhados, mantêm o grupo funcionando de forma preponderante no estágio que Pichon-Rivière (1998) denomina de pré-tarefa⁸, em que determinados movimentos grupais impedem a realização de uma ação real de transformação.

Na pré-tarefa situam-se as técnicas defensivas, que estruturam o que se denomina de resistência à mudança e que são mobilizadas pelo incremento das ansiedades de perda e ataque. (...) aparece como campo no qual o projeto e a resistência à mudança seriam as exigências de sinais opostos e criadoras de tensão (PICHON-RIVIÈRE, 1998:31).

Nessa fase, observa-se um jogo de dissociação do pensar, fazer e sentir: o sujeito realiza uma série de “tarefas” que lhe permitem “passar o tempo”, utilizando-se de um mecanismo de postergação, que oculta a impossibilidade de suportar frustrações de início e término de tarefas, causando, paradoxalmente, constante frustração (PICHON-RIVIÈRE, 1998).

⁸ A realização de uma tarefa comporta dois níveis: o explícito, representado pelo trabalho produtivo cuja realização constitui a razão de ser do grupo; o implícito, que consiste na totalidade de operações mentais que os membros do grupo devem realizar para constituir, manter e desenvolver a grupalidade em torno da tarefa explícita. Um grupo em tarefa desenvolve-se em três momentos: pré-tarefa, quando se evidenciam condutas e ansiedades indicativas de resistências às mudanças; tarefa, quando o grupo, ao mesmo tempo que elabora suas ansiedades, realiza a produção grupal; e projeto, que surge inerente à tarefa e dá-se quando todos têm conhecimento de que pertencem a uma grupalidade específica, com objetivos também específicos.

Discute-se também o que Zimerman (2000) denomina de função continente do grupo. A noção de continente grupal tem relevância, pois, em situações grupais, o indivíduo não subsiste psicologicamente sem que tenha uma acolhida e um reconhecimento das demais pessoas e conquiste a condição de pertinência. A partir daí, cada um sente que pode contar com o outro, de modo que a simples existência do grupo assegura a cada participante a sensação de que conta com um continente.

O *setting* (enquadre) grupal, por si só, constitui-se como um continente, pois a combinação necessária de regras de funcionamento internas ajuda a estabelecer uma indispensável função de definição de limites. Possibilita, também, o aporte da realidade exterior, com a aceitação de regras, leis e convenções impostas pela cultura social, além do reconhecimento da assimetria, ou seja, de uma diferença quanto à ocupação de lugares, cumprimento de deveres, direitos e responsabilidades no desempenho de papéis dos participantes (ZIMERMAN, 2000).

A seguir, destacam-se algumas divisões na equipe do Castelo: os técnicos e o pessoal de apoio, os técnicos da área da saúde e os técnicos de outras áreas, e os membros novos e os antigos, que foram tematizadas e explicitadas no processo avaliativo e que atingiram a capacidade do grupo na sua função de continente e na execução da tarefa.

4.2.2.1. Os técnicos e o pessoal de apoio

A divisão entre os técnicos e o pessoal de apoio reproduz uma lógica de funcionamento de equipe bastante comum nas instituições de saúde. Os

técnicos, com formação superior, são os que detêm um poder na delimitação do processo de trabalho e essa formação confere-lhes certa superioridade em relação aos trabalhadores de nível médio. Todavia, o pessoal de apoio não é totalmente isento de poder. Esse grupo opera no espaço que Merhy (1997) denomina de autogoverno, em que, no seu trabalho, vivo instituinte⁹, pode exercer, com alguma autonomia, o uso do que está dado e estabelecido pelas normas, regras e saberes instituídos.

O pessoal de apoio, permanecendo fora das salas de atendimentos, espaço onde as práticas estão mais cristalizadas por uma série de técnicas e saberes instituídos (trabalho morto), permanece em uma região em que as práticas e relações são mais abertas, em que pode exercer um grau elevado de autonomia.

Um exemplo é o espaço da recepção que, sendo a porta de entrada do serviço, tem um papel estratégico na organização do cuidado. É uma espécie de espaço de transição entre o estar dentro e o estar fora do serviço, e a abertura e receptividade do profissional que lá trabalha pode ser um dos determinantes do nível de abertura do próprio serviço. A profissional que atua nesse espaço tem a possibilidade de receber e tratar bem as pessoas, de identificar um usuário ou familiar que esteja precisando de atendimento mais imediato e facilitar o seu acesso à equipe, de gerar informações para o restante da equipe que possam servir para a delimitação de estratégias de cuidado, entre outras.

⁹Os conceitos de trabalho vivo e trabalho morto foram desenvolvidos por Marx (1989), e trazidos por Merhy (1997) para o campo da saúde. O trabalho vivo é aquele trabalho em ato, que ocorre no momento singular de encontro dos sujeitos, ou seja, é o momento de criação, exercido de forma autônoma. O trabalho morto são todos aqueles produtos resultantes de um trabalho anterior que, apesar de ser produto de um trabalho vivo, é incorporado como uma cristalização desse trabalho vivo.

Uma questão que surge nas entrevistas é que o grupo de apoio se sente barrado em algumas iniciativas, sendo desqualificado para a execução de algumas atividades que seriam monopólio dos técnicos:

Esse serviço é meu, e eu vou fazer¹⁰ (...) Porque eu ouvi ela dizer que isso era o trabalho dela. Como eu ouvi dizendo "Está ligando para familiar? Esse serviço não é teu". (...) Esse serviço só o fulano faz, mas o fulano não faz. Então, aí, ninguém mais faz. (...) Foi dito para ela que não pode conversar com os pacientes sozinha porque ela não é técnica. Isso foi dito por mais que uma profissional. É ela que passa 90%, para não dizer 100% do tempo com o paciente. E aí não tem condições de conversar? Porque não tem um diploma? E se quem tem o diploma não faz? E aí, como é que fica nosso paciente? (E3E)

Como se vê, a delimitação de papéis e competências, a partir da formação, é percebida como desvalorização e desqualificação do profissional não-técnico. Mesmo sendo necessária certa distribuição de tarefas em qualquer serviço, o que é competência de um ou outro profissional pode comportar uma margem de negociação bem ampla em um trabalho no CAPS. Um trabalho que tem como característica operar com tecnologias leves¹¹, de relações, de produção de vínculos, de acolhimento e de escuta, as condições para a sua execução nem sempre estão relacionadas à formação técnica, mas a características pessoais e subjetivas do trabalhador.

É o pessoal de apoio que permanece a maior parte do tempo junto aos usuários, criando uma relação mais próxima e informal. Com frequência, é com esses trabalhadores que se dividem os seus problemas, ansiedades, tristezas, e também alegrias e afetos. Além disso, o pessoal de apoio tem uma visão da totalidade do serviço, pois lá passam o dia inteiro, como aparece na seguinte fala:

¹⁰ Fala que ouviu isso de um técnico quando ia tomar determinada iniciativa em relação ao cuidado do usuário.

¹¹ Tecnologias de ação mais estratégica, elas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades (MERHY et al., 1997:121).

Hoje eu estava pensando assim: "Por que o pessoal do apoio fica mais articulado, e consegue muitas vezes fazer algumas coisas, às vezes bem boas e às vezes bem ruins?" Porque eles passam aqui o dia inteiro. Então tem um fio que une tudo (E5E).

Na delimitação do projeto terapêutico esse conhecimento não é valorizado, sendo, ainda, a "avaliação técnica" hegemônica:

Só para tu teres uma idéia, uma ocasião a gente falou assim: "O Marcelo está mal". Sabe qual foi a resposta? "Ele está manipulando vocês"¹². Não estava! Estão aí os resultados: ele estava mal e foi internado para poder sair da crise.¹³ (...) A gente não é técnico? Tudo bem, nós não somos técnicos. Mas nós conhecemos os pacientes muito mais do que os técnicos. Por quê? Porque nós passamos o dia inteiro com eles, e o técnico vê o paciente alguns minutos antes de começar a atender. A gente conhece o paciente quando entra, quando ele está bem e quando ele não está bem (E3E).

Além de desqualificar o pessoal de nível médio, fazendo com que não se percebam valorizados no contexto do trabalho da proposta, não considerar o seu conhecimento sobre o paciente tem conseqüências na própria adequação do projeto terapêutico. Se a sua avaliação entra em confronto com a dos técnicos, é a dos últimos que prevalece na determinação da intervenção. Essa dissociação, independente de quem está certo, coloca, *a priori*, em risco, o sucesso de qualquer proposta de intervenção, por melhor que seja. A melhor conduta terapêutica é aquela que vem acompanhada de certa coesão da equipe, em que as diferenças tenham sido negociadas com todos: equipe, usuários e família, e tenha sido alcançado o grau máximo de consenso possível.

¹² O termo manipulando, quando relacionado aos usuários, tem a sua origem em uma idéia de que qualquer dimensão de conflito do usuário em relação ao seu tratamento trata-se de uma inadequação desse, sendo desqualificada totalmente sua posição (quando contrária à dos técnicos). Junto com isso ocorre também uma desqualificação das pessoas da equipe que acolhem essa manifestação e que "entram na manipulação" do usuário.

¹³ Em relação à condução do tratamento desse usuário, vinha ocorrendo um conflito: alguns trabalhadores de apoio achavam que o usuário estava mal, com risco de suicídio, necessitando passar a freqüentar o serviço diariamente. Os técnicos desqualificaram essa informação, dizendo que o usuário estava manipulado e que estavam sendo inadequados no seu manejo. Em uma das discussões, uma técnica diz que, se aceitarem que o usuário passe o dia inteiro, estarão entrando na sua manipulação. Acaba que o estado do usuário piora, chegando ao ponto de ter que ser encaminhado para internação.

O fato de o pessoal de apoio permanecer todo o dia no serviço, mais próximo aos usuários no espaço do ambiente, deixa esse grupo exposto às demandas, projeções e sofrimento dos usuários, muitas vezes levando a uma sobrecarga emocional:

Ela fica muito exposta. (...) Elas são a porta de entrada, eles pegam tudo o que vem pela frente e as pessoas pedindo socorro. E de que forma tu vais ajudar, porque se tu não trabalhares com essas pessoas, elas vão ficar muito mal. (...) Eu não sei se elas conseguem digerir muito bem as coisas que são jogadas por cima. Do paciente chegar e dizer: "Pelo amor de Deus, eu estou apavorado, eu vou me matar", ou "Eu já matei, eu tentei esfaquear a minha mulher". E elas tomam para elas. Às vezes fica difícil delas cuidarem com o sentimento. Porque tu vens para cá, tu atendes o paciente lá no consultório, que já passou lá na frente, que já largou tudo o que tinha que largar, muitas vezes, nela. Então, isso fica muito difícil dessas pessoas conseguirem digerir (E1E).

O espaço instituído de interlocução – a reunião de equipe – que seria importante para que o pessoal de apoio tivesse um suporte do grupo para o cuidado dos usuários, é fechado para eles quando ocorre a chamada “reunião dos técnicos”. Essa exclusão é comum nas denominadas equipes de saúde e os motivos alegados são os mais variados: falta de preparo do pessoal de nível médio para as discussões e para lidar com informações “sigilosas”, necessidade de os técnicos terem um momento “só seu” para discutir as “suas coisas”, a própria falta de consciência do pessoal de apoio em relação à importância de sua integração e participação nos fóruns de discussão, entre outros.

O que se percebe, na prática, é que a formação não garante maior ou menor qualidade de participação nas reuniões, e nas experiências de reuniões conjuntas a equipe, tanto técnicos quanto pessoal de apoio, se beneficia:

Seria benéfico para todo mundo. Nós passaríamos a saber o que realmente acontece com aquele paciente e como lidar com ele. Porque, eu te garanto uma coisa: nós temos muito mais informações sobre o paciente do que qualquer outro, não assim em termos de doença, mas em termos do paciente (E3E).

Outro fator que é identificado como tendo intensificado a divisão entre técnicos e pessoal de apoio é que, frente às mudanças das regras de pagamento de hora extra, quando o prefeito determinou que passariam a ser pagas a partir da sétima hora trabalhada, os técnicos passaram a não realizar mais hora extra¹⁴. O pessoal de nível médio continuou realizando, como aparece na seguinte fala:

Há um ano atrás, quando houve aquele corte das horas-extras e que a gente fez uma opção de não continuar. (...) foi quando a gente começou a se distanciar das pessoas de nível médio e não envolvê-los mais nas decisões. Talvez tenha sido um descuido, uma falta de observação da gente quanto a isso. Isso evidenciou toda uma condição de vida de cada um, expôs algumas pessoas. (...) Foi a concretização dessa divisão e dessas diferenças. Diferenças de classe social mesmo, eu acho que ali ficou evidente. Isso mexeu muito com as pessoas. Ter perdas salariais, mas ainda manter alguma hora extra, mantendo o mesmo horário de trabalho, porque não poderiam abrir mão daquilo (E4E).

A divisão social do trabalho é concretizada na divisão entre técnicos e pessoal de apoio, em que os técnicos, sendo parte de uma classe que tem maior facilidade de acesso à formação superior, ocupam uma posição no serviço que não depende de critérios puramente técnicos, mas de critérios sociais: certas classes têm acesso a certas tarefas e outras classes não (HARNECKER, 1984). Como mostra a fala anterior, o grupo de apoio, pela sua condição econômica, tornou-se mais vulnerável no confronto com o prefeito, quando os técnicos, abrindo mão das horas extras, permaneceram realizando quatro horas diárias, não se submetendo às determinações do

¹⁴ Apenas uma técnica realizou por um período, até se organizar materialmente.

gestor. Enquanto isso, o pessoal de apoio teve que se submeter a elas e teve perdas salariais ao continuar a trabalhar na mesma carga horária com menor remuneração.

O reconhecimento do pessoal de apoio, de seu trabalho dentro de uma equipe, e o suporte para que esses trabalhadores possam exercer sua prática de forma adequada podem levar a que exercitem seu espaço de prática e autonomia, de forma integrada à equipe e à proposta do serviço. O que se percebe, quando isso não ocorre, é que essa autonomia acaba sendo para privatizar esse espaço (MERHY, 1997), sem prestar contas de como desenvolvem seu trabalho.

Como forma de resistência a uma situação de subordinação na equipe, o pessoal de apoio pode, no seu espaço de autogoverno, encontrar certa possibilidade de autonomia e, nesse espaço, reproduzir com usuários e suas famílias essa relação de subordinação à qual é submetido. Dessa forma, integrar o pessoal de apoio na equipe, nas rodas de interlocução, criando para esse grupo um espaço de valorização, compartilhando com eles o poder nas decisões do serviço são algumas atitudes necessárias para o efetivo trabalho em equipe.

4.2.2.2. Técnicos da área da saúde e técnicos de outras áreas

O grupo dos técnicos da área de saúde é composto por categorias profissionais que têm longa tradição de trabalho nas equipes de saúde mental: psicólogo, psiquiatra, enfermeiro e assistente social. Os técnicos de outras áreas são profissionais com curso superior que têm uma inserção

mais recente nas equipes: profissional das artes visuais, música e educação física.

A Portaria 336 (BRASIL, 2004) determina que a equipe técnica de um CAPS II seja composta pelas seguintes categorias profissionais: médico psiquiatra, enfermeiro, e outros profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. Essa portaria, quando deixa em aberto os “outros profissionais”, confere um vasto campo de possibilidades na conformação de equipes e isso tem sido exercitado de modo criativo nas diferentes realidades do país.

Contudo, a prática de um trabalho em equipe é algo ainda em construção na saúde em geral, pois percebem-se as dificuldades de concretizá-la nos serviços. A formação profissional na área da saúde, voltada para o modelo biomédico e individualizante, faz com que os diferentes profissionais, ao se inserirem no mercado de trabalho e ao se depararem com a necessidade de um trabalho coletivo, em equipe, tenham inúmeras dificuldades. Na área da assistência social, mesmo que uma visão das questões sociais tenha relevância, essas ainda são tratadas pelo profissional da área dissociadas do trabalho da equipe como um todo, como aparece no seguinte relato de uma profissional que também atua em um hospital geral:

Porque eu trabalho há muito tempo, eu trabalho com uma assistente social quando eu necessito: a gente tem que pedir: “olha, preciso de um psicólogo, preciso de uma assistente social, preciso de um psiquiatra que venha avaliar”, mas não junto. (E1E)

No Castelo, além dessas dificuldades, identifica-se um subgrupo cuja inserção exige um olhar na sua especificidade: os técnicos que não são do

campo da saúde e que, com a proposta de mudança de paradigma, entram no campo para responderem a uma ampliação do objeto de trabalho para além do sofrimento psíquico e que exige um trabalho interdisciplinar.

Essa inserção ocorreu, inicialmente, através de estágios desenvolvidos por acadêmicos do curso de artes de uma universidade local. Alguns alunos permaneceram na saúde mental depois da graduação, realizando trabalho voluntário. O reconhecimento do trabalho desenvolvido fez com que, no momento em que o grupo de voluntários reivindicou a sua contratação, trabalhadores, usuários e familiares saíssem em defesa de seu pedido. Foram contratados em regime emergencial e, posteriormente, através de concurso público, sendo as vagas estendidas para profissionais da área de música e educação física.

A proposta de inserção desses profissionais ainda tem limitações, como surge na seguinte fala:

Eu acredito que a interdisciplinaridade não acontece ainda de fato. Eu vejo mais como multidisciplinar: vários saberes tentando fazer uma coisa, mas ainda não existe essa troca. O meu trabalho, eu não consegui ainda trabalhar junto com outro profissional, nem com um psiquiatra, nem com psicólogo. (...) Tem profissional dentro do CAPS que nunca entrou na sala de artes. Como é que tu vais querer te envolver com tudo se não conhece nem todo o funcionamento. Sabe que existe, mas não conhece nem os próprios espaços dentro do teu serviço. Se tu não conseguires entender o funcionamento, o todo que está acontecendo, como é que tu vais dar conta de falar sobre isso? (E8E).

A dificuldade de ver o seu trabalho inserido no trabalho dos demais profissionais é relacionada a uma desvalorização e desconhecimento desse trabalho. Esse desconhecimento retrata e reproduz um desconhecimento da própria proposta do serviço, fazendo com que as intervenções ou opções

terapêuticas possam ser equivocadas ou que os recursos e possibilidades não sejam explorados.

A visão do trabalho desse grupo reproduz a forma como algumas práticas eram incorporadas no hospital psiquiátrico, onde, frente à hegemonia do saber psiquiátrico, os trabalhadores de outras áreas tinham como função “ocupar o tempo” dos pacientes – no sentido de entretenimento.

Mas sempre foi muito difícil introduzir a minha profissão dentro do serviço. (...) Minimizar o trabalho do profissional: "Tu vais fazer um trabalhinho". Acho que, talvez, alguns façam um trabalhinho, mas eu nunca fiz um trabalhinho, eu sempre tive uma preocupação de fato com o que eu queria com cada trabalho. Não tem que ser uma coisa para mostrar, para decorar paredes (E8E).

A fala revela o sentimento de que a equipe percebe o profissional como “fazendo um trabalhinho”, decorando paredes, ou juntando várias pessoas para se ocuparem, mas sem objetivo de transformar as suas vidas (E8E).

No grupo com a equipe, essa entrevistada reforça que, com frequência, técnicos chamam usuários que estão realizando alguma atividade de artes para serem “atendidos”. Isso é percebido como um desrespeito ao colega e uma desvalorização dessa prática como possibilidades terapêuticas. A retirada do usuário de uma determinada atividade para o atendimento faz com que se estabeleça uma clara valorização da última em detrimento da primeira, reforçando uma divisão técnica do trabalho (G8E).

A divisão técnica concretiza-se ainda através de outra diferença: a falta de acesso a determinadas práticas que são exclusivas dos técnicos da área da saúde. Um exemplo é o acolhimento que profissionais das outras áreas não realizam, mesmo sentindo-se aptos para essa atividade.

Aquela própria situação quando se discutiu o acolhimento, por que um profissional de artes não poderia fazer acolhimento. Ficou decidido

assim, mesmo sem ter uma discussão maior. (...) Eu acho que se acolhe diariamente, quantas situações a gente passa. Um dos argumentos é que nós não éramos tradicionalmente da área de saúde. Para mim, isso não é um argumento válido. Na realidade, a gente fica sem entender muito. Querem te dar um papel, te dar uma responsabilidade, em alguns momentos, e, em outros, te tirar, e até desconsiderando esse acolhimento diário que eu acho que a gente faz (E8E).

A divisão também é evidente quando aparece na forma de uma jornada de trabalho diferenciada:

A nossa carga horária é maior do que a desses outros profissionais. Por quê? Nós não somos profissionais tradicionalmente da área da saúde. Isso também não é um argumento que me satisfaz e que eu não vejo assim como uma coisa séria. Aliás, eu acho que isso não é argumento (E8E).

O contrato de todos os técnicos é de trinta horas semanais, mas, na prática, é exigido que o cumpram os profissionais que não são tradicionalmente da área: artes, música, educação física. A aceitação e a naturalização dessas desigualdades está associada também ao fato de que, no serviço, são reproduzidas desigualdades sociais e culturais que determinam valores diferenciados para as diversas profissões, configuradas na divisão social e técnica do trabalho em saúde.

Acho que a própria cultura: é um saber que vem sendo sempre desvalorizado em relação a outros saberes. A gente passou por isso na faculdade em: "Ah, que curso tu fazes?", "Ah, eu faço medicina", "Ah, eu faço artes", "Ah, artes...". É uma coisa cultural. Não é uma coisa que eu culpe as pessoas, mas eu percebo que não alcançou ainda um patamar de reconhecimento (E8E).

No questionamento do processo de produção do conceito de doença mental, tenta-se criar condições para uma problematização que não se situe exclusivamente no plano de referência da racionalidade científica clássica, mas que supere os limites impostos pelo modelo de conhecimento que opera basicamente com a noção de doença (CARVALHO; AMARANTE, 2000).

Esse questionamento requer, no plano dos serviços, que se supere a noção de que as atividades desenvolvidas pelos profissionais das artes, da música e de educação física, entre tantos outros que entraram no campo da saúde mental, lá estejam para preencher o tempo dos usuários.

A inserção desses profissionais na equipe não ocorre apenas como mero reconhecimento de seu valor, como se inserção fosse certa incorporação de suas práticas de forma paralela às demais. A inserção vai além disso, exigindo, como afirmam Carvalho e Amarante (2000), que se possa pensar disruptivamente, construindo estratégias transformadoras de sentido e ação.

Exige que a prática de todos se transforme e que sejam questionados hierarquias, privilégios e competências de cada um e de todos. A transformação passa também pela desconstrução e questionamento de como cada trabalhador se constitui dentro de seu núcleo profissional e em relação às demais profissões e saberes.

4.2.2.3. Antigos e novos

No decorrer do ano de 2004, ocorreu uma mudança na equipe: a entrada de novos profissionais. Durante cerca de dez anos a equipe tinha uma relativa estabilidade, sendo as saídas e trocas muito raras. Isso mudou quando ocorreu a entrada de novos trabalhadores, tanto para suprir a saída de alguns quanto para repor a força de trabalho, antes desenvolvida pelos antigos como hora extra. Uma equipe que vinha há anos desenvolvendo um

trabalho conjunto, constituindo-se como um grupo, percebe a entrada dos novos profissionais como uma despersonalização desse grupo:

Com todas essas mudanças na equipe, se despersonalizou a nossa equipe. A nossa equipe que vinha há anos trabalhando junto, ficou completamente descaracterizada. O que não é necessariamente uma coisa ruim, mas causa um baque muito grande. É uma nova equipe, é uma nova equipe. (...) Com colegas que não têm a menor noção de tudo o que está envolvido. Porque essa equipe que tínhamos, veio se formando junta, tendo uma formação coletiva, e esses novos agora não. (E4E).

Qualquer entrada de um elemento novo em um grupo costuma provocar forte hostilidade, explicitada em atos como: ignorá-lo completamente, intimidá-lo, ou, até, expulsá-lo. O grupo, quando já mais amadurecido, costuma recepcionar elementos novos de modo confiante, procurando cercá-los de uma atmosfera de aceitação e empatia pela sua difícil situação (ZIMERMAN, 2000).

Isso não ocorreu no Castelo, pois, além de todas as dificuldades normalmente esperadas na entrada de novos trabalhadores, o grupo os identificou como “ocupando o lugar de quem saiu”:

A chegada de gente nova eu acho que foi um outro problema. Acho que em função da Ana ter chegado para ocupar o lugar que era do Rubens (E7E).

A grande preocupação era que as pessoas soubessem o que tinham que fazer, soubessem que tem oficina, que tem isso, que tem aquilo, sem sequer pensar: "Bom, mas é isso que se quer se seguir fazendo?" Tinha que ser aquilo ali. A gente tinha que seguir fazendo o que já vinha fazendo, independente da troca. Nesse nível eu acho que exigência pode estar tirando a possibilidade de outras coisas também acontecerem. Isso que o pessoal fala: "Ah, mas não é mais como era antes!" Não vai ser mais como era antes! Não é mais. Chega de drama. Mas o que vai se fazer então? Essa é a grande angústia. (...) De quem já estava, de querer que as coisas continuassem assim, tinha que ser assim, tinha que seguir aquelas coisas (E5E)

Mas acho que a gente tem que pensar. É o principal que eu noto desde que eu cheguei lá: o serviço já funcionou, o serviço já foi bom, o serviço já foi isso, foi aquilo, mas a gente não é mais e parece que nunca mais a

gente vai voltar a ser. Essa é a interpretação minha. Está todo mundo cansado, todo mundo esgotado? Eu acho que sim! Então vamos parar e fechar tudo (E7E).

Considera-se que os novos trabalhadores, ao entrarem no lugar dos antigos, devem dar seguimento ao que esses vinham fazendo, sem nenhuma possibilidade de, ao conhecerem o trabalho e a proposta, criarem um espaço próprio, onde tenham alguma possibilidade de autoria.

O que ronda na instituição são os fantasmas dos primeiros fundadores e do invólucro mítico que eles forjaram. Esse mecanismo desempenha algumas funções: exprimir que antes existia uma equipe coesa e que sabia o que queria, aumentando o sentimento de culpa entre os novatos, que não conseguem se mostrar dignos de tais ancestrais; manter o poder dos fundadores que continuam se apresentando e querendo ser tomados como pólos ideais; não questionar o projeto inicial que, se fosse examinado atentamente, mostraria falhas que estão na origem das dificuldades presentes. Esses elementos aumentam as dificuldades do grupo para deixar o lugar de origem para se preocupar com os problemas corriqueiros a resolver (ENRIQUEZ, 1991).

Mas, as dificuldades de incorporação dos novos também se deve a algumas situações relacionadas ao contexto: tendo o serviço passado por um desmonte, no conflito com o gestor, os antigos, em consequência, não se sentem em condições de serem continente para com os novos:

Falam até hoje que a gente não foi continente para as pessoas que chegaram. Eu acho que não, mas nós tínhamos como ser? Ninguém pergunta assim: "a equipe tinha condições de ser continente?" Como se fosse uma coisa de boicote à entrada dos novos. Até pode ter sido inconscientemente, mas conscientemente não foi. Como é que a gente lida com as perdas? Porque é todo um projeto que ruiu, é todo um projeto

coletivo de cuidado, de condução de uma política de saúde mental que ruiu (E4E).

Os trabalhadores novos, tendo realizado concurso público para a área da saúde, não tinham uma trajetória no campo da saúde mental. Essa falta de trajetória não se evidenciava apenas em uma limitação técnica em relação ao tipo de trabalho exigido em um CAPS, mas a um total desconhecimento do papel desse tipo de equipamento em uma proposta mais ampla de mudanças no campo da assistência em saúde mental.

Quando eu vim para a prefeitura, fiz um concurso público em 99 e agora fui chamada (...) E quando eu fui pegar o resultado de onde eu ficaria, me colocaram em um CAPS (E1E).

Como mostra a fala acima, de uma trabalhadora que ingressou nesse período, tendo realizado concurso público, o trabalho no CAPS surge como uma possibilidade de trabalho, mas sem que tenha sido uma opção da própria trabalhadora e até mesmo sem uma identificação com a proposta de CAPS.

Além disso, o ingresso dos novos trabalhadores ocorreu sem nenhuma programação. Os profissionais entravam no serviço e passavam, quase que imediatamente, a assumir as atividades de cuidado no lugar daquele que saiu, sem um preparo para a função:

Eu vejo por colegas minhas, que entraram agora, e que são pessoas que eu acho maravilhosas, são excelentes, competentes, elas não têm muita noção do que está rolando por aí. E estão meio perdidas (E6E).

Eu acho que seria muito mais fácil se tivesse a capacitação e que se pudesse mostrar para essas pessoas o que se faz lá dentro. Onde tu estás chegando. Tu chegas e tu vai atender: "Está aqui, dez pastas de paciente para tu atenderes!". Como é que se faz isso? Não sei. Atender pacientes eu sei, mas é isso que a gente quer aqui? Não, eu acho que não. Eu não tinha a mínima experiência para coordenar grupo, por exemplo. Quando é que eu trabalhei com um grupo na minha formação profissional?

Eu nunca tinha feito na minha vida. Foi meio "Vamos ver no que dá". Claro que atender individualmente é mais fácil. (E7E)

A falta de um projeto de inserção de novos trabalhadores na área da saúde é um problema mais crítico quando envolve uma proposta tão específica quanto a de saúde mental. Sendo uma proposta relativamente nova, trabalhadores das diversas áreas chegam aos serviços sem nenhum preparo, ou com conceitos e práticas psiquiátricos do modelo a ser superado: o modelo asilar.

Em vista disso e de todas as considerações anteriores, o ingresso de novos trabalhadores que deveria ser um acréscimo para a equipe, acaba gerando mais problemas. A inserção de novos profissionais demanda um investimento institucional que o serviço nem sempre está preparado para arcar e, não existindo uma política mais global voltada para essa questão, iniciativas esparsas na equipe não produzem resposta.

Outro ponto assinalado é o desejo e interesse dos trabalhadores novos de se qualificarem para esse tipo de trabalho, pois, sem essa qualificação, nem o melhor programa de capacitação consegue produzir alguma mudança.

Observou-se isso quando foi avaliado, na equipe, que o ingresso de trabalhadores sem preparo precisaria de uma intervenção mais imediata e o grupo ponderou que uma das formas de inserção seria esses trabalhadores novos acompanharem todas as atividades do Castelo realizadas pelos antigos. Isso possibilitaria que conhecessem os usuários, se integrassem com a equipe e tivessem uma visão do todo do serviço e de seu funcionamento. Isso seria organizado junto à equipe na forma de um cronograma individualizado. O que aconteceu de fato é que os novos acabavam não acompanhando as atividades

conforme o programado, pois nem o serviço se organizou para que o profissional dispusesse de tempo para essa tarefa, nem o profissional a priorizou e se posicionou, de modo a fazer isso.

Outra situação foi quando algumas pessoas da equipe selecionaram material para leituras sobre temas relacionados ao trabalho em CAPS e socializaram esse material com os novos trabalhadores. Do grupo, dois liam o material e discutiam com pessoas da equipe. Os demais não liam e ainda faziam comentários exemplificados na fala de que “sabem o seu trabalho”. A dificuldade era tanta que, certa vez, uma profissional nova comentou que o problema dos mais antigos era que “liam demais essas coisas de Reforma” (O67).

Um projeto de inserção deve ser acompanhado de um sistema de avaliação dos trabalhadores, sem o qual o espaço de autonomia dará margem à permissividade e à falta de compromisso com o trabalho e com a proposta, colocando em risco todo o projeto. A Reforma Psiquiátrica depende desse comprometimento e engajamento dos trabalhadores, não como um favor ou como uma opção, mas como uma condição para o trabalho.

Essa inserção não deve passar apenas pelos programas de treinamento e capacitação formais, que não dão conta das questões relacionadas à dinâmica de funcionamento grupal. Para que o grupo se constitua em um grupo-tarefa, é necessário algum dispositivo de supervisão, constituído junto com o grupo, que possa intervir e acompanhar essas questões, de modo que o próprio grupo retome a sua função pedagógica e de constituição de sujeitos, juntamente com a função de produção de saúde.

4.2.3.Organização da equipe no sistema público de saúde: autonomia ou permissividade?

Alguns problemas apontados na avaliação em relação à equipe, sua formação e organização, aparecem relacionados às características e problemas no sistema público de saúde. Uma delas é a falta de compromisso dos trabalhadores com o trabalho e com a proposta. A falta de controle na avaliação do trabalho dos profissionais torna o serviço um espaço muito permissivo para pessoas descontentes, sem vontade de trabalhar, descomprometidas:

O grupo se corrompeu. Muitos se corrompem. (...) Se vê muito em repartições públicas. Serviço privado é mais difícil de acontecer porque cada um quer que a sua empresa seja uma das melhores. Porque isso aí se vê muito em serviço público, as pessoas que trabalham e não são felizes (E3U).

O sofrimento e os conflitos internos do grupo exacerbam algumas características perversas de funcionamento institucional relacionadas à utilização privada do espaço do serviço. Campos (2000a) afirma que toda organização é uma formação de compromisso entre interesses privados e necessidades públicas que teriam que ser desveladas e administradas, compondo as necessidades dos trabalhadores com outras mais amplas, as públicas, denominadas necessidades sociais.

O grupo faz uso negativo de conflitos e contradições, funcionando de forma que fique em segundo plano o seu mandato como trabalhadores

públicos, e, fazendo uso de uma certa autonomia interna¹⁵, estabelecem rotinas e normas de funcionamento que atendem aos seus interesses individuais, em detrimento das necessidades do serviço.

4.2.4. Espaço da formação de núcleos identitários e de campos de formação de compromissos e de contratos

A crise, os conflitos, e as divisões na equipe exigem que se constituam espaços de intervenção sobre a mesma, para que as questões possam ser trabalhadas. Identifica-se a necessidade de negociação e de alianças, exigindo que, nesse processo, os próprios trabalhadores se reformem, confrontando algumas cristalizações de papéis, de saberes e de práticas:

E não é brigando. Brigando muito menos. Se tu brigar com essa pessoa que está na posição de acuada, tu não vai conseguir nada com ela, tu vai conseguir aliança nem negociação nenhuma. E aí ela vai fazer como ela tem como aprendizado, não o que tem como proposta da política pública. Ela vai fazer o conhecido dela. (...) Eu estou tentando pegar o funcionamento da equipe enquanto possibilidade de aliar e não de rechaçar. Eu que me digo tão flexível, me vejo fazendo a mesma coisa. E isso dificulta a verdadeira Reforma. A tal da Reforma Psiquiátrica. A coisa mais complexa que já me deparei em toda a vida essa tal da Reforma Psiquiátrica, por que tu tens que te reformar (E6E).

Nesse processo, é necessário que cada um possa também identificar a possibilidade de constituir uma identidade própria dentro do grupo, e que possa sentir e perceber que a sua ação individual também é fator de transformação. Ou seja, que a proposta não esteja acima dos sujeitos, como

¹⁵ Na relação com o gestor, o grupo é alvo de uma série de determinações verticais, com pouco ou nenhum poder de intervenção sobre elas, e que repercute na suas práticas cotidianas e na sua vida pessoal. A perda de poder mais ampla é acompanhada de um “mau uso” da autonomia local. Um exemplo disso é a organização de horários de trabalho que passam a ser determinados pelos interesses individuais, e não pelas necessidades do serviço.

que pairando sobre eles, mas seja constituída por eles, na qual todos se percebam autores da mesma.

Trata-se do efeito diacrítico do sujeito sobre um grupo, que seria a capacidade dialética de se integrar a um grupo sem ignorar os sentidos e significados dominantes, mas também sem se submeter a eles. Para isso, o sujeito deve conservar ou desenvolver habilidades que lhe permitam exercer os seus traços particulares dentro do predomínio das características universais do grupo. Nesse sentido, características nucleares, relativas à identidade de cada sujeito, deveriam ser asseguradas como material importante para o coletivo. A experiência pessoal, saberes específicos de cada profissão, habilidades, gosto, vocação, em vez de serem esmagados por um estilo de gestão homogeneizadora, seriam estimulados a manifestar-se mediante composição com características de outros componentes do grupo (CAMPOS, 2000a).

A articulação entre desejos e interesses dos sujeitos e do grupo, e as imposições do mundo social onde estão vivendo exige a formação de compromisso e a construção de contratos na constituição de relações entre sujeitos e as instituições com as quais convivem. A formação de compromisso indica articulações em que predominam movimentos inconscientes. Ao contrário, a construção de contratos indica o predomínio de movimentos deliberados, mediante processos de análises seguidos de intervenção sobre os distintos planos de existência (CAMPOS, 2000a). Trata-se de um espaço coletivo de luta e composição, em que ocorre a produção de sentido para o coletivo: constituição de objetivos para o trabalho, definição do objeto e processos de trabalho, modelo de gestão, entre outros.

Como a fala de uma familiar aponta, o que interfere no potencial da equipe em atender às finalidades do seu trabalho não diz respeito apenas ao aspecto quantitativo, mas à própria constituição do grupo enquanto um coletivo organizado para a produção:

Esvaziou muito a união que tinha dentro do Castelo. Eu acho que essa é uma das coisas que tem que melhorar, porque para mim não é o número de pessoas. O que falta é a união! As dificuldades são muito grandes, as pessoas não são iguais, desde que o trabalho começou as pessoas têm as suas diferenças, então eu acho que o trabalho é uma união. Onde tiver uma união, onde as pessoas todas se unirem, o trabalho vai voltar a ser como ele era, e eu acho que ele tem que continuar como ele era, mesmo com as diferenças (E2F).

A construção de vínculo de um contrato de trabalho na equipe exige que, no espaço das práticas, sejam instituídos espaços para esse fim:

Tem que ter aquele momento também de refletir, essa paradinha para não deixar acumular. Porque, às vezes, vai passando e vai acumulando, e depois vai ficar mais difícil para voltar. Ter uma coisa constante (...) Eu acho que é interessante que estaria sempre alerta, é bem mais fácil do que deixar acumular, porque aí vai indo, depois vai acontecer outra coisa, e vai juntando, e depois cresce, se torna maior, fica mais difícil também para resolver aquele problema. Indo por etapas fica bem mais fácil. (...) Eu acho que esse seria o processo de reflexão de cada momento (E3F).

A não-ocupação do espaço existente – a reunião de equipe, faz com que o grupo se torne improdutivo em relação à sua tarefa, que se entende como sendo a de um grupo operativo, em que este deve configurar um esquema conceitual, referencial e operativo de caráter dialético, no qual as principais contradições que se referem ao campo de trabalho devem ser resolvidas durante a sua própria tarefa (PICHON-RIVIÈRE, 1998).

A reunião deveria ser para isso.(...) Não existem rotinas de ocupação desses espaços, de se apropriar. Eu, enquanto membro de uma equipe, saber que eu tenho um espaço para isso que é a reunião, eu não me apropriro desse espaço. Eu me apropriro dos espaços não formais que é a rádio corredor, que é a recepção, que é a fofoca. (...) Acho que falta um compromisso ético coletivo de se construir um trabalho em equipe. (...) E

uma coisa também: todos nós muito assustados de nos expormos uns para os outros, as pessoas estão muito na defesa, ou no ataque (E4E).

Às vezes não têm tempo nem de discutir. A gente dizer por que sim e as pessoas dizerem por que não e a gente poder ir construindo isso. Nos finais de tarde que nós poderíamos conversar sobre o dia, agora tem sido final de tarde mesmo. Às cinco horas acaba a tarde e ninguém fica para discutir até seis. (...) As reuniões têm sido pouco valorizadas. (...) Nossas reuniões, eu acho que se a gente se organizar mais. (...) Já faz mais de um ano, que as reuniões não estão dando conta do que a gente tem que falar, elas não começam na hora e não têm uma organização, (...) No final da tarde, quando as pessoas já estão indo embora, ficam sempre os mesmos. Mas não fica todo mundo para sentar e discutir mesmo o que aconteceu, que vai ser, o que não vai ser. (E4E).

Outro espaço informal, antes utilizado como um momento de encontro pela equipe, era o final da tarde, quando os usuários já foram para suas casas e a equipe se reunia para conversar sobre o dia. Era um momento de troca, quando, além da discussão de questões relativas ao cuidado dos usuários e seu encaminhamento, os trabalhadores tinham um momento de encontro, de reconhecimento. Sendo um espaço mais informal do que a reunião, os temas fluíam sem que existissem tantas defesas às vezes acionadas em uma reunião mais formal. Como aparece na fala acima, o compromisso com esse espaço só existe por parte de alguns trabalhadores – sempre os mesmos, e os demais, com a saída dos usuários, entendem que o seu trabalho também está encerrado.

Essa precariedade e má utilização dos espaços de comunicação leva o grupo a funcionar com formas de escuta que propiciam duas formas de análise: a serial e a de ruído. A análise serial ou seletiva elimina aspectos contraditórios da realidade e o texto é produzido segundo uma perspectiva única e totalitária. A informação é selecionada, excluindo-se temas que evidenciem oposição ao dominante, protegendo o instituído de críticas (CAMPOS, 2000a).

Quando problemas surgem, são na forma de uma escuta ruído, em que elas aparecem como um incômodo tão grande que as possibilidades de serem analisados é pequena. Ocorre a condenação do sintoma ruidoso e o desejo urgente de eliminá-lo, pela dissonância que provoca na harmonia institucional e na auto-estima dos sujeitos (CAMPOS, 2000a).

Esta é uma coisa extremamente ruim - a relação entre nós: os descontentamentos, as falas de corredor, as coisas que não são ditas e as raivas acumuladas, as discordâncias não faladas e que vão se acumulando. (...) Não que essa relação tenha que ser uma relação pessoal de proximidade, mas minimamente possível em um espaço de trabalho, para que não se torne algo tão negativo. Então, está muito complicado trabalhar lá, porque falta essas coisas. Poder chegar para uma funcionária da limpeza e pedir para limpar, não é uma coisa tranquila, parece que tu está pedindo um favor, é entrar em conflito. Parece que não se pode falar essas coisas. Existe a necessidade de a gente se falar sem que isso tenha o peso de crítica, de que isso faz parte das relações de trabalho (E4E).

Apesar de as reuniões já existirem, formalmente, elas ainda não se constituem como continente das demandas subjetivas e objetivas do grupo. A utilização, de forma mais efetiva, dos espaços de interlocução estimularia modos de escuta e análise que facilitassem posturas reflexivas e que levassem a um desdobramento positivo dos conflitos e a construção de compromisso e de contratos, potencializando a equipe em direção a sua tarefa.

4.3. As práticas e os meios de trabalho

4.3.1. Os encastelados

O surgimento de uma nova concepção em saúde mental, em que o enfoque passa a ser o sofrimento psíquico, exige que se construa uma série de estratégias, mediante a combinação de apoio individual com outras mais socioculturais.

O trabalho terapêutico é o trabalho de desinstitucionalização, voltado para a reconstrução das pessoas como atores sociais para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente, e que, ao mesmo tempo, se transforme a sua vida concreta cotidiana (ROTELLI, 2001).

Discute-se, aqui, a ação descentralizada da equipe como importante estratégia que envolve a sua atuação fora das dependências do serviço. É um processo de desinstitucionalização dos próprios trabalhadores, no momento em que se exige que superem o paradigma psiquiátrico que tem fundado as suas práticas e que legitima e respalda o seu campo de atuação como sendo delimitado pelo próprio serviço. O movimento para fora está associado ao conceito de tomada de responsabilidade, de modo que o local do cuidado é determinado não apenas pelos limites do serviço, mas pelas necessidades do usuário e da família. O espaço do atendimento passa a ser o território.

A noção de território, apropriada pelo campo da saúde pública à biologia e à geografia, tem orientado a corrente de reestruturação do campo da atuação em saúde mental, no Brasil, referindo-se ao sentido de

responsabilização de uma equipe de gestão e assistência pelo cuidado integral de dada população (SCHECHTMAN, 2005).

O Castelo, de que aqui se fala, localiza-se em um bairro extremamente pobre da cidade, com ruas sem calçamento, sem iluminação pública adequada e com condições precárias de saneamento básico. Algumas ruas mais parecem um labirinto, pois não obedecem a determinada lógica ou planejamento. Um exemplo é a numeração das casas que é aleatória, não obedecendo a nenhuma seqüência. As saídas da equipe do serviço possibilitam que conheçam esse contexto e constituam, a partir desse conhecimento, uma diversidade de canais de atuação e intervenção.

Uma das faces da prática descentralizada está relacionada à introdução de tecnologias de cuidado ao usuário e à família fora do serviço, quase sempre no domicílio, principalmente efetivada através da visita domiciliar, quando os profissionais se dirigem até a residência do usuário. A visita pode ser demandada pela equipe, família ou usuário. Uma das situações mais comuns que levam a uma visita domiciliar é quando o usuário falta ao serviço nos dias combinados. Outra é quando o usuário está em crise e o familiar entra em contato com a equipe solicitando ajuda:

É um grupo aberto. Quando o paciente não vai ao serviço ele corre atrás do paciente. Os profissionais vão em busca do que está se passando com aquele paciente, porque ele não está freqüentando (E1F).

Essa forma de trabalho traz consigo uma série de dificuldades, sendo uma delas o transporte. O serviço não possui um carro próprio, tendo que solicitar o transporte sempre que necessário:

Às vezes tu pedes o carro às duas horas e ele vem às quatro, cinco horas, quase no horário de tu soltares. É um desgaste, sabe. Até tu saíres do

serviço para a visita, já está na hora de tu voltares. Essa dificuldade quanto ao carro, tem bastante (E1E).

A solicitação do transporte acaba sendo um desgaste e, quando o carro chega, são realizadas as visitas consideradas prioritárias, visitas rápidas, muitas delas ficam para outro dia, quando se repete a situação.

Outra dificuldade relatada é a falta de pessoal no serviço:

Não foi organizada a parte de visitação porque tem dias que temos de dois a três técnicos dentro do CAPS. Fica difícil de sair (E1E).

Apesar das dificuldades relacionadas à falta de recursos, não se percebe um investimento nessa estratégia de cuidado. Os atendimentos dentro do serviço são priorizados e a equipe ainda identifica que os limites do serviço é que determinam a sua responsabilidade. Na prática, observa-se que o afastamento do usuário do serviço muitas vezes indica situações que exigiriam intervenção imediata devido a sua gravidade, e que, como não se tornam visíveis para a equipe, não são assumidas como sendo de sua competência.

Nas entrevistas, os usuários afirmam que já houve um tempo em que essa busca ativa era mais freqüente. A ida da equipe até a casa deles ou até mesmo um telefonema para ver se estavam bem são percebidos como um indicador de bom atendimento:

Antes procuravam mais a gente. Agora não é tanto quanto era antes. Quando a gente não vinha eles procuravam, telefonavam. Agora não tem mais isso. Antes, a gente estava mais bem atendido. Eu acho que mudou, mudou muito. Eu não vinha quando não estava bem e aí elas procuravam, telefonavam. (...) Às vezes, eu não venho só para ver se vão me procurar. Tu sabes que eu faço isso? Eu faço só para ver se me procuram. Eu acho que é da doença da gente (E9U).

A visita domiciliar é entendida pela usuária como uma preocupação e cuidado da equipe para com ela.

Essa busca ativa concretizada através da visita domiciliar, é realizada quando é possível, sem continuidade e de forma desorganizada. Se, por um lado, a carência de recursos, principalmente de transporte, tem sido um dificultador, por outro, na organização do trabalho, não está incorporada essa tecnologia de atenção como um campo de competência de toda a equipe. Quando o usuário, por algum motivo, não vem ao serviço, a sua ausência também deveria gerar uma intervenção. A adesão ao tratamento, o vínculo, a intervenção precoce em crises, são algumas das metas no cuidado em saúde mental que ficam comprometidas.

Entretanto, a ação descentralizada não se restringe à visita domiciliar. A função do CAPS, de oferecer atendimento na sua área de abrangência, não se esgota nas suas possibilidades internas. Com o deslocamento do centro do cuidado do hospital em direção à comunidade, os CAPS são dispositivos estratégicos desse movimento. A integração com a Unidade Básica de Saúde e a descoberta de outros recursos na comunidade possibilitam que o discurso da carência e da “falta de tudo” se transforme em uma ação que permite que o próprio território se transforme em recurso.

O papel do CAPS não é só aqui dentro, não é só reabilitar aqui dentro.
Aquele coisa de a gente sair para a rua, reabilitar aí fora (E4E).

O serviço torna-se um lugar, constituído de uma multiplicidade de lugares comunicantes e dos recursos intercambiáveis que se encontram à disposição de uma população de usuários em um lugar geográfico (SARACENO, 2001).

A ação na e com a comunidade também tensiona preconceitos e estigmas em relação à loucura. Da mesma forma que internar no hospital

psiquiátrico gerava uma marca, a mudança do espaço da assistência não muda muito essa questão:

Eu sou muito intuitivo. A gente percebe. De repente alguém pode ficar sabendo: "Olha, aquele rapaz vai no Castelo, é doente mental". Duas palavras que eu tenho pavor é doente mental. Eu não me sinto uma ovelha bichada, nem uma laranja podre. Eu me sinto uma laranja bem bonita, bem amarela, e um animal também saudável. Não sei se quem está de fora percebe. A discriminação! É ignorância! Tem gente que tem conceito de loucura: "Ah, louco é quem se avança". Não tem noção (E5U).

Um projeto de inserção exige que essa questão seja enfrentada. No cotidiano do serviço, usuários dizem que algumas pessoas da comunidade se referem ao serviço como sendo o castelo dos loucos e, em uma assembléia, relatam o problema que vêm enfrentado quando, ao saírem do serviço, funcionários de um posto de gasolina que se localiza no outro lado da rua os chamam de loucos. Uma profissional diz que é preciso ir lá e conversar com esses funcionários, esclarecendo o que é o serviço, convidando-os para uma visita (O76).

Uma proposta de inserção exige um projeto de intervenção que vá além de alguns movimentos pontuais. Um processo permanente de reconhecimento e produção de novos vocabulários, novas práticas subjetivas é indispensável para a construção de uma sociedade mais tolerante. Uma sociedade em que a noção de cidadania implique não apenas o reconhecimento de direitos ou proteção da singularidade, mas um processo ativo de ampliação da capacidade de todos, e de cada um, agirem de modo livre e participativo, e, portanto, no qual a loucura não implique impossibilidade (BEZERRA JÚNIOR, 1992).

Um processo de inserção também não passa por maior adequação, via tratamento psiquiátrico, desses usuários à vida comunitária. Ao pretender

silenciar a diferença e a desrazão, está-se reproduzindo o uso do poder delegado pela psiquiatria aos trabalhadores como instrumentos de exclusão. Não mais aquela dentro dos muros de um hospital psiquiátrico, mas a clausura mental, agora no seio da comunidade.

Não basta destruir os manicômios, acolher os loucos e relativizar a noção de loucura, compreendendo os seus determinantes psicossociais como se a loucura fosse só distúrbio e sintoma social se, ao livrar-se os loucos do manicômio, mantiver-se intacto um outro manicômio mental em que se confina a desrazão. O novo paradigma no trato dos loucos e dos sãos passa, necessariamente, pelo encontro com a desrazão (PELBART, 1990).

O desencastelamento exige um movimento interno de crítica e mudança, de reconstrução de subjetividades, conceitos e preconceitos. Exige, ainda, a ação dos trabalhadores “para fora do serviço”. O argumento de falta de recursos para isso pode estar servindo para encobrir dificuldades do grupo que não passam pelo plano material, mas em romper com práticas e saberes históricos incorporados por eles.

Os aspectos subjetivos dos trabalhadores tem sido

4.3.2. Atividades cotidianas como espaços de constituição de sujeitos

O serviço desenvolve uma série de atividades coletivas no decorrer do dia que são espaços de acolhimento/tratamento que possibilitam a realização da própria atividade e também o encontro entre as pessoas. Essas atividades seriam um dispositivo para o projeto terapêutico, ou seja, a atividade não é um fim por si mesma, mas trata-se da criação de espaços de

relação, de interação, de constituição de identidades. Esse espaço não é tranqüilo, mas permeado de conflitos que permitem que não se reproduzam a docilidade e homogeneização esperada do manicômio.

Trata-se, dentro de um CAPS, de produzir territórios existenciais que possibilitem reinventar a vida em seus aspectos mais cotidianos, pois, é do cotidiano principalmente que se encontram privados os chamados doentes mentais. Deseja-se que as atividades possam funcionar como catalizadores de territórios existenciais nos quais os usuários possam reconquistar ou conquistar o seu cotidiano (RAUTER, 2000).

Esses espaços foram alvo de críticas dos usuários e familiares entrevistados. Uma das questões destacadas é a carência de atividades:

Ultimamente eu chego lá e não tem nada para fazer. Só o que eu faço, é tomar mate e fumar. (E1U).

Essa afirmação de que não está indo ao serviço para “tomar mate e fumar” mostra uma consciência crítica importante, ou seja, o vazio, o “espaço zero” da falta de atividade provoca um questionamento que condena a instituição a identificar seus problemas, a tentar tratá-los, a exigir de seus membros condutas novas (ENRIQUEZ, 1989).

Apesar desse questionamento ser em relação às atividades de uma forma geral, é em relação às oficinas que ele ocorre com maior ênfase:

Eu acho que as oficinas poderiam ser fortalecidas, ter mais opções de oficinas. Eu fazia abajur e as mulheres pintavam guardanapos, pelo que eu me lembro, faziam colchas de retalho. Eram bem mais ativas as oficinas. Eu até nem sei qual é a oficina que está acontecendo no momento, eu não sei. Tinha madeira também, que nós trabalhávamos na madeira. E eu acho bem importante as oficinas para o CAPS (E5U).

Tinha oficina de pintura, oficina de madeira, a costura, artes plásticas. Eu acho que poderia melhorar isso aí (E1F).

Tu chegavas ali dentro da oficina, só pegava as caixas. Era tudo organizado. Agora tu chega ali, tu não sabe de nada. É linha para um lado, é agulha para o outro... Aquele tempo que tu vai procurar material, tu perdeu tempo. Eu ainda creio que seja uma organização, alguém que seja responsável por aquilo ali, resgatando. Porque ali, eu acho que se é uma oficina terapêutica, vai ter que ser tudo organizado, que é para eles poderem se organizar também (E2F).

Alguns técnicos voltados para os atendimentos, por não participarem das oficinas, identificam que elas não poderiam ser apenas um entretenimento, mas não assumem um papel mais ativo em relação às mesmas. A sua função relativamente a essas atividades limita-se à avaliação e encaminhamento dos usuários, entendendo que a organização das oficinas passa por meras adequações, normatizações e outros ajustes:

Então eu encaminho alguém para costura, mas eu não sei como está a costura. Outro dia nós estávamos conversando qual é o número mínimo, o número máximo de pessoas para uma oficina? Para ser uma oficina! Para não ser um entretenimento. Só vai ali para cortar a meia dúzia de planos, para pintar meia dúzia de coisas só para passar o tempo. Para ser uma oficina mesmo, que tenha resultado, que cumpra com o objetivo dela. Então, nem isso a gente tem idéia, de quantos têm. Encaminha igual. Precisa alguns tipos de tecnologias, estratégias de organização do serviço. Tem várias coisas funcionando e elas não estão articuladas. As pessoas que eu atendo, eu gostaria de saber como é que elas funcionam quando mando para oficina (E5E).

Uma outra crítica está relacionada a algumas atividades que se configurariam como uma espécie de reabilitação para o autocuidado e cuidado da casa, sendo a principal delas lavar a louça:

Porque para mim, uma terapia, eu posso ir lá e fazer de boa vontade. Agora, no momento em que me obrigam, eu não vou! Eu posso estar atrapalhada, eu posso estar normal, mas se chegar e disser assim: "Pega esse papel aqui e vai fazer! Não é assim, não!" Então esse doente não precisa ficar apto a trabalhar em outra parte da casa? É somente lavar a louça. Porque lá de vez em quando ele vai fazer o lanche, que é a oficina. Mas então não sei como é essa terapia, essa aí eu não entendi. Todo esse tempo que eu estou ali eu não entendi. E acho que nem vou entender. (E2F).

A “terapia” de lavar a louça perde totalmente a função no momento em que o usuário percebe que não está relacionada a um plano terapêutico claro, negociado com ele, em que possa, através daquela atividade, desenvolver aptidões que lhe propiciem maior autonomia, que sirvam para a sua vida e que possa encontrar na atividade um espaço de prazer.

Ele faz aquele churrasco dele e ele faz com prazer. Ele sai de casa para fazer aquilo porque ele gosta, aquilo é uma terapia! (E2F).

No espaço das atividades cotidianas deveria constituir-se um pacto fundado na ética e estética das relações no interior da ativação de novas formas de espaços físicos nos quais seja possível trabalhar, mas que seja possível, ainda, ocupar-se das produções de beleza, das produções de qualidade, não apenas nas relações humanas mas, também, nas relações com as coisas e na beleza da intermediação dos objetos. Os objetos são fundamentais nas relações entre as pessoas e a beleza do objeto qualifica a relação entre as pessoas (ROTELLI, 2000).

As atividades, entendidas como objetos intermediários das relações entre a equipe e usuários, carregam tanto o positivo como o negativo dessas relações. A desqualificação das atividades e o pouco investimento nas mesmas levam a uma desqualificação dos afetos, das trocas, dos contatos. Mas, também, acaba sendo um dispositivo de crítica que tensiona positivamente. Nesse caso, não se trata da criação de novas normas e critérios para as atividades, mas da inserção de todos nesse espaço como sujeitos - um espaço cheio de tensões, conflitos, sendo esses explorados como um campo de possibilidades.

A liberdade de circulação e a possibilidade de que cada usuário possa traçar o seu caminho, seu percurso, devem encontrar respaldo em alguma coisa que impeça que essa circulação se torne uma errância ociosa, alienada, sem destino. É preciso que o usuário encontre seu caminho em locais estruturados e concretos que contam não pelo seu funcionamento em si ou pelo que produzem, mas pelo que funcionam como locais de encontro, onde a transferência pode se estabelecer. Esses locais contam pelo que permitem de reorganização do espaço, como aquilo que viabiliza o estabelecimento das relações transferenciais múltiplas (VERTZMAN; CAVALCANTI; SERPA JÚNIOR, 1992).

4.3.3. Relação como técnica: escuta e acolhimento

A questão da escuta tem sido assumida como um princípio a ser observado pelos trabalhadores no seu cotidiano, uma vez que a prática do cuidado envolve sujeitos singulares, marcados por contradições, e requer um exercício permanente de escuta da diferença dessas singularidades (LEAL, 1997).

Entretanto, como qualquer princípio, a sua concretização e sua operacionalização não ocorram sem conflitos e contradições. Nos depoimentos da equipe, a escuta aparece como uma conduta que caracterizaria uma boa prática, sendo a sua priorização no processo de trabalho fundamental - é importante “escutar o paciente”:

Eu largo tudo para escutar, se eu estou fazendo alguma coisa, parece que aquela coisa é mais importante, mas eu preciso escutar. E eles pedem: aquela coisa de precisar falar com alguém. Eu acho que é o vínculo, a

confiança, eu acho que isso a gente ainda está numa fase de montagem.
(E1E).

Priorizar a disponibilidade de escutar o usuário está incorporado no discurso dos profissionais da saúde de uma forma mais geral. Dentro de um contexto de humanização dos serviços de saúde, o espaço de constituição das relações e a constituição do vínculo e da confiança emergem como parte essencial de uma prática que se propões a ser “humanizada”.

Mas essa escuta por parte dos profissionais é percebida como tendo limitações no serviço:

Tem que inverter isso, de fato dar espaço para eles ocuparem. Se aquietar um pouco. (...) A gente também tem as angústias da gente, a gente também quer trocar, a gente também quer falar o que a gente está pensando. Fico pensando que eles estão ficando para trás, é a sensação que eu estou tendo, que eles estão ficando para trás nesse entendimento. Às vezes me parece que eles não têm recursos para complementar essa fala, esse discurso. E como é que é? Ou eu estou desqualificando a fala deles? Será que eu que estou desqualificando, será que eu não estou ouvindo o que eu gostaria de ouvir? Porque está tão difícil de ouvir? Quantas vezes a gente não acaba fazendo a tal da intervenção que corta processo. Tu intervéns e corta o processo. Tem que deixar para ver como eles vão lidar com isso (E6E).

A fala acima mostra o universo complexo desse campo de interação e comunicação. Em conformidade com as propostas de mudanças na saúde mental, o trabalhador insere-se na relação com o usuário de forma mais horizontal, sem aquela postura “técnica” e passiva, colocando-se como sujeito na relação. Mas, essa postura igualitária pode levar ao desconhecimento de diferenças importantes entre ele e os usuários. Algumas dessas diferenças não dizem respeito à doença ou ao diagnóstico, mas à própria condição social do usuário. No contexto de miséria em que vivem, o acesso à formação e à informação é limitado para esse grupo, de forma que, não tendo recursos para complementar a fala dos trabalhadores, ficam à

margem nesse processo. Por mais democrático que seja o espaço da instituição, não se pode negar a reprodução histórica de uma relação de poder, na qual os usuários incorporam uma atitude de subserviência e gratidão aos trabalhadores, colocando a fala desses como a mais qualificada e verdadeira. Na mesma vertente é a forma como trabalhadores tomam o seu papel “educativo” junto aos usuários, tratando-os como uma tábula rasa, destituídos de saber.

Na fala abaixo, a usuária realiza uma crítica relacionada à questão de os trabalhadores não estarem possibilitando um espaço de escuta para os usuários e, através do relato da experiência com um trabalhador, mostra como percebe que deveria ser:

A gente fazia uma pergunta e ele dizia: "Não!" e nos mandava perguntar um para o outro. Depois que todo mundo respondia, aí ele respondia. Eu acho assim que eles respondem as coisas todas e não deixam puxar pela cabeça. Ele não respondia. Todo mundo olhava para ele e ele dizia: "Não, vamos perguntar primeiro para os outros". Agora, não tem mais isso. Elas explicam tudo e acho que não pode, por que aí a gente não puxa pela cabeça. A gente estava sempre aprendendo, a gente melhorava. É bom porque a gente vê como está a pessoa, porque a gente olhava e dizia: "Ah, o fulano não está bem". E agora não, agora a gente não tem mais isso (E9U).

Um cuidado que se deve ter é o de não apenas incorporar a escuta como uma bandeira de forma naturalizada e sem críticas. Esse é um legado direto da psicanálise e tende a diluir-se em uma benevolência acolhedora que, por si só, produz efeitos terapêuticos espantosos, estendendo-se também para além de sua finalidade de localizar o sujeito e estabelecer uma direção para seu tratamento. A escuta pode transformar-se num sintoma que se estende em uma espécie de compulsão a compreender ou decifrar,

sem que se tenha dado um destino para a palavra na ação (FIGUEIREDO, 1999).

Essa escuta exige uma postura acolhedora por parte da equipe. O acolhimento será aqui tratado como uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores do serviço, como um todo, estabelecem com os diferentes tipos de usuários que o freqüentam, estando o acolhimento diretamente ligado ao relacionamento trabalhador/usuário. (MERHY, 1994).

Nesse sentido, aparece que o atendimento dos usuários, antes realizado em uma filosofia de acolhimento, agora está normatizado em horários e dias da semana fixos;

Quando eu entrei aqui eu conversava com a minha psicóloga quatro vezes por dia nos corredores. Atacava ela e sugava ela um pouco. Agora conversamos uma vez por semana. Que é o correto! As coisas agora têm as normas. (E3U).

Os momentos e os espaço da escuta passam a ser normatizados em dias e horários predeterminados. A escuta é baseada em tecnologias leves e relacionais. Com a introdução de tecnologias duras, como o agendamento e marcação de consultas, passa a ocorrer a captura desse trabalho vivo, reduzindo o seu potencial como processo de intervenção, pois as necessidades subjetivas dos usuários não são passíveis desse tipo de controle.

4.3.4. Reprodução do manicômio: as regras e o fechamento dos espaços

O serviço foi institucionalizando-se como um CAPS assumindo formalmente o papel de referência em saúde mental junto ao território,

sendo incorporada uma série de medidas organizativas que, antes, pelo funcionamento mais informal, não existiam.

Uma das questões relacionadas a isso é que, apesar do reconhecimento da necessidade de uma certa organização, com isso, pode-se colocar em risco a própria proposta do serviço:

Da estrutura que a gente tinha para o que é hoje, nós começamos de uma forma extremamente amadora, sem muito referencial, mas sabendo algumas coisas que a gente queria. Porque a estrutura é algo tão complexo e tão burocrático, tão mais rígida, Então, a gente está indo de encontro a normas institucionais já estabelecidas e que, às vezes, ficam como coisas que entram em conflito com a natureza do serviço. Acho que tem coisas que é cuidado, acho que tem algumas normas institucionais que são o rigor do cuidado, mas eu me pergunto se é essa forma tão rígida. Como é que a gente pode lidar com a necessidade de regras sem cair no corredor branco com o quadro da enfermeira (E4E)

Essa trabalhadora ressalta o conflito em relação à introdução de normas e medidas organizativas no serviço: o risco de cair no extremo da rigidez da norma ou no extremo da desorganização do cuidado.

Com o excesso de normatização, ocorre uma tendência ao fechamento dos espaços e, conseqüentemente, da instituição, fazendo com que a instituição, enquanto estrutura fechada, produza todos os elementos inerentes aos sistemas fechados: a repetição dos comportamentos, o aumento da burocracia e a tendência radical ao aumento da entropia, portanto, à desorganização e à morte. (ENRIQUEZ, 1989).

Pelas próprias características do serviço, que lida com o inusitado, com o imprevisível, é identificada uma limitação em relação a uma proposta muito fechada e rígida:

Até por que um serviço como Castelo, é o inusitado. Não tem como prever que vai acontecer. Tem como ir trabalhando para que as coisas aconteçam como a proposta pede. Mas não tem como saber. Podes fazer mil coisas, fazer propostas, ter atividades, e as coisas podem não ser

como a gente está esperando que sejam. Daqui a pouco a gente está um grande manicômio, um grande não, um pequeno. A gente está se comportando igualzinho, sem pensar, sem conseguir discutir, voltando a pensar se o hospital é bom ou não, será que não é, ou é. Sei lá, muito parecido com aquilo que o pessoal fala agora: "Ah, não existe a esquerda no país". E existe! Então, daqui a pouco começa: "Ah, mas não existe CAPS, o CAPS é meio parecido com o hospital". Se a gente se descuida acaba caindo nisso (E4E).

Como é ressaltado no depoimento acima, a institucionalização de um excesso de normas e de rotinas fecham o serviço para o espaço da crítica. A norma passa a ser soberana e, a partir disso, alguns adaptam-se ou não a ela, constituindo-se em terreno fértil para a reprodução do manicômio, agora no CAPS.

Um dos espaços mais citados como tendo sofrido as conseqüências da institucionalização e do excesso de normas é a cozinha:

Depois que vieram funcionários, é isso que eu acho engraçado, depois que os funcionários entraram, mudou! Aí ficou mais difícil (E2F).

Aí, tudo começou a ter regras. As regras começaram a funcionar mais. Porque na cozinha, a gente tinha usuários que ajudavam, que gostavam. Senhoras mesmo que faziam arroz, tinha um arroz que era uma delícia. Aí, com as regras, ela não pode mais fazer o arroz. Não deixam mais ela fazer o arroz, porque a lei agora é que é a cozinheira que faz o arroz. As regras! Eu não posso lutar contra as regras e nem incentivo outros a irem contra as regras, porque eu acho que as regras são necessárias para as coisas funcionarem corretamente. Só que antes a coisa era mais solta. Essas senhoras cozinhavam e a comida era uma delícia. A comida hoje é um lixo. (E3U).

De uma forma geral, o espaço da cozinha tem muita importância para os usuários e familiares. O seu envolvimento na produção de alimentos é cotidiano. Formalmente, ele ocorre através da oficina semanal de culinária, mas, fora isso, cotidianamente, usuárias e familiares cozinham. Um exemplo disso é uma usuária que vai uma vez por semana ao serviço para confeccionar pão caseiro. Muitas das usuárias e familiares do serviço são

excelentes cozinheiras, e, quando o fazem, os demais usuários e a própria equipe elogiam, fazendo com que esse espaço de inserção tenha um retorno de valorização da pessoa.

Um outro fator relacionado à importância do espaço da cozinha é que, como a população atendida, na sua maioria, é muito pobre, algumas vezes, a única refeição que realizam é no serviço. Por tudo isso, os problemas nesse espaço mobilizam muito todo o grupo. As queixas estão relacionadas a vários aspectos que estariam funcionando mal. Um deles é o fechamento da cozinha para usuários e familiares quando, antes da entrada das cozinheiras, nela circulavam livremente e tinham relativo poder e autonomia na sua organização interna. Com a entrada das cozinheiras, esse acesso fica restrito às normas e interesses delas. O “fechamento” não está apenas relacionado ao acesso objetivo, mas ao fato de que não se sentem acolhidos:

A gente não está mais à vontade, parece que a gente vai ali na cozinha com medo (E9U).

A falta de um maior cuidado na confecção dos alimentos e na higiene do ambiente também é apontada, sendo percebida como maus-tratos:

Era importante para nós, a gente ali fazia as coisas, brincava, e agora não tem mais isso. Vem as merendas com as coisas todas geladas, malfeitas e quando vão servir parece uma coisa de má vontade. Às vezes eu saio magoada daqui. No verão colocam um suco quente da água da torneira. De primeiro não tinha isso. A gente pegava e colocava as garrafas na geladeira, ficava tudo geladinho. Isso que tem as duas ali. Até na limpeza, eu acho horrível. As toalhas da copa tinham até bicho. E a gente fica sentida (E9U).

As diferenças na forma como os alimentos são servidos para a equipe são percebidas também como reproduzindo desigualdades entre eles e os usuários:

Antes, primeiro eram servidos os usuários para depois os profissionais, agora são servidos primeiro os profissionais, e depois os usuários. Pra nós, vão lá e largam as coisas em cima da mesa e para os profissionais vai tudo numa bandejinha bem arrumadinha (E9U).

Falam com a gente com grosseria: "Não tem mais, os profissionais também tem que se alimentar". E a gente vê eles tomando café no outro dia com o bolo que sobrou. E a gente se sente desse tamanho porque eles estão menosprezando a gente. Um dia eu cheguei aqui de manhã, e elas estavam tomando café com bolo da festa de dois dias atrás, e eu disse assim: "Me dá um golinho de café?", "Não, não tem!", "Eu não comi nada e tenho gastrite, me dá uma dor desesperada no estômago", "Ah, nós não podemos fazer nada!" Eu saí pisando em ovos, eu achei aquilo o fim da picada. "Não podemos dar nada para ninguém, senão, todo mundo vai querer também!" Eu achei assim, terrível, terrível (E10U).

Atender à solicitação da usuária possibilitaria que uma norma fosse quebrada e isso abriria um precedente na instituição. Essa preocupação é presente em outras situações cotidianas do serviço. Uma delas ocorreu quando uma familiar, integrante da oficina de rádio pela manhã, solicita se, nos dias em que tem atividades à tarde no serviço no mesmo dia da oficina, poderia trazer o seu almoço de casa e aquecer no fogão do serviço. Explica que, em função do calor e de sua obesidade, ir para casa para almoçar e retornar à tarde tem sido muito desgastante e cansativo. A recusa da equipe a essa solicitação tem como base o argumento de que "se permitissem que ela fizesse isso, abririam um precedente para os demais" (O68).

A seguinte afirmação de Basaglia (1991) ajuda na reflexão sobre o significado desse funcionamento institucional:

A infração de normas são, muitas vezes, atitudes que exprimem uma resposta crítica de contestação ao sistema institucional, obrigando cada um a tomar posições, a redefinir seus relacionamentos, os papéis e até mesmo o sentido de estar na instituição. Por outro lado, esse questionamento também significa, no plano da realidade, um risco e "morte" para a vida da instituição, um exemplo de "mal" que todos procuram ocultar, recusar, excluir de si próprios. A distância real entre os vários membros da comunidade é um obstáculo para que se inicie a discussão sobre o que se poderia pretender como norma mas leva

também à situação de necessidade de opções totalmente novas. (BASAGLIA, 1991:181).

Toda essa crítica exercitada no cotidiano do serviço, sendo os problemas relacionados à cozinha, com frequência, pauta na assembléia e reunião do Conselho Gestor Local, leva a um intenso debate e discussão. O contraditório é que se, por um lado, o fechamento do espaço da cozinha traz consigo toda a carga do manicômio, por outro, estabelece um espaço de conflito que, por si só, pode, dialeticamente, possibilitar a sua superação, saindo a crítica do campo técnico como privilégio dos profissionais:

Para que o manicômio (ou o CAPS) não venha a transformar-se em um asilo risonho de domésticos agradecidos, passada a gradual destruição de suas estruturas alienantes, tudo indica que o único ponto sobre o qual podemos apoiar-nos é justamente a agressividade individual. Através dela, ao mesmo tempo em que buscamos o estabelecimento de uma relação autêntica com o paciente, temos condições de instaurar uma relação de tensão recíproca que rompa os laços de autoridade e paternalismo que causam a institucionalização (BASAGLIA, 1991).

4.3.5. O acolhimento como estratégia de organização de serviço

O acolhimento surgiu como uma proposta da Coordenação de Saúde Mental para toda a rede de saúde mental do município, sendo implantado em 2001, para substituir a triagem, que era feita em grupo. Os profissionais estabeleceram uma escala para o acolhimento de forma que sempre houvesse algum integrante da equipe de saúde (de nível superior) disponível para acolher os usuários (COIMBRA, 2003).

Coimbra (2003) estudou o acolhimento no CAPS Castelo e concluiu que essa tecnologia apresentou-se como um organizador do trabalho dentro do Castelo e um impulso para a mudança do modelo assistencial, centrado

na doença, para outro, centrado na pessoa, levando em conta toda a sua subjetividade. Observa que o Castelo possui profissionais responsáveis pelo acolhimento dos usuários e que se trata de um momento pouco burocratizado, o que permite que a estratégia de intervenção esteja no campo das tecnologias leves, relacionais. Conclui que o acolhimento agiliza os atendimentos, acabando com as chamadas “filas de espera”, tendo possibilidade para organizar o processo de trabalho em saúde, da equipe interdisciplinar, transformando o serviço em usuário-centrado, e disponibilizando um atendimento mais eficiente. O serviço está organizado de forma que o usuário seja atendido nas necessidades que lá o levaram, de forma mais breve possível, aproveitando o momento em que ele está mobilizado para procurar ajuda, garantindo o acesso universal, resolutivo e humanizado, assim como confirmando a lógica do trabalho interdisciplinar (COIMBRA, 2003).

Uma dos problemas apontados é que o acolhimento não seria mais realizado da forma adequada:

O que eu entendo por acolhimento é, no momento em que ele chega, ele ser recebido. O paciente chegava com o encaminhamento da Unidade Básica e era atendido no momento em que chegava. Nós tínhamos sempre um profissional escalado para fazer os acolhimentos que chegassem. Depois, nós passamos a agendar. Porque nós ficamos sem expediente pela manhã, devido aos transtornos que houve entre a equipe e a Secretaria da Saúde. Depois teve uma época que não tinha mais acolhimento. Passaram-se três meses sem acolhimento nenhum. Depois, quando retornou o acolhimento, nós agendávamos. Eu acho que isso não é acolhimento. Porque, se o paciente chega aqui hoje com problemas, eu não posso mandá-lo voltar na semana que vem. Ele precisa hoje de atendimento!. Quando começaram os agendamentos, tinha dia certo, a pessoa vinha, era acolhida, e daí passava para os demais profissionais (E3E).

A escala de acolhimento é posteriormente retomada, mas, no seu depoimento, a trabalhadora diz que o profissional que está na escala realiza, nesse mesmo horário, uma série de atividades regulares de assistência, tais como grupos, visita domiciliar, oficina, atendimentos individuais agendados:

Se houvesse qualquer problema, a gente passava para o profissional de acolhimento. Hoje, não. Hoje além de acolher eles atendem: grupos, atendimento individual, oficinas. (E3E)

Ao observar o quadro de atividades do serviço, onde, além de todas as oficinas, grupos e outras atividades realizadas, consta a escala de acolhimento, confirma-se essa afirmação: os profissionais escalados para o acolhimento realizam outras atividades no mesmo horário. Além disso, dos onze profissionais de nível superior, apenas quatro estão escalados para o acolhimento e, desses, três são profissionais novos no serviço.

O principal problema é que eu não lido bem com isso: mandar a pessoa voltar, vem e não é atendida, mandar vir no outro dia, e não é atendida, manda vir no terceiro. Isso para mim é o fim. Não está funcionando o acolhimento. Com essa escala que está, não. Desta forma não vai funcionar (E3E).

O fato de o acolhimento não funcionar atinge de forma direta os trabalhadores que ficam na recepção, que são os intermediários entre a equipe e a demanda e que têm que lidar concretamente com a experiência de “mandar embora ou voltar outro dia”. O custo para eles é muito maior, pois a pessoa que seria responsável pelo acolhimento, não estando disponível para realizá-lo, delega à recepção a tarefa de porta-voz da recusa do atendimento.

Como consequência também da desorganização do acolhimento como estratégia de organização do acesso ao serviço, surge uma falsa demanda:

usuários com transtornos leves, chamados ambulatoriais, vinculados ao serviço:

Pessoas que não são para CAPS e que estavam em atendimento no CAPS. Todo mundo nos pergunta: 'Da onde essa lista de ambulatório?', 'Da onde essa lista de não intensivos?' Eu não sei. (...) Eu não tenho noção do perfil das pessoas que chegam, eu não sei como elas estão sendo encaminhadas para o atendimento. O que eu sei, o que eu vejo? Que muito poucas pessoas estão entrando para o cuidado diário, que é o intensivo e o semi-intensivo. Isso me chama a atenção já há bastante tempo (E4E).

A agenda está lotada por dois meses e não repete nenhum nome. O que é isso? Da onde vem essas pessoas? E a gente está começando a ver juntas e vendo que tem um monte de gente que não era para estar no CAPS, que era para estar no posto de saúde, e que as pessoas estavam acolhendo indiscriminadamente, sem uma crítica, sem uma discussão com a equipe (...) Essa questão do atendimento ambulatorial estar em primeiro lugar, do atendimento da demanda de CAPS não está sendo plenamente atendida, aí que a gente detecta pouco isso (E6E).

O que chama a atenção é a falta de critérios de ingresso no serviço. A agenda citada na fala anterior e que estava lotada durante os dois próximos meses era do psiquiatra. Esse profissional direciona praticamente a totalidade de sua força de trabalho para esses atendimentos:

A maior parte, a parte de ambulatório mesmo, acaba caindo com a gente. A maioria do ambulatorial acaba ficando para nós. E aí acaba que aquela consulta clínica já não funciona mais, porque o paciente vem cheio de queixas, tu acabas ficando meia hora atendendo, perde toda a organização, tu não consegue ir adiante, não consegue deslanchar. (...) E uma coisa acaba interferindo na outra: como tu ficas no consultório atendendo a esses pacientes que talvez não fossem para estar lá, não consegue interagir com o resto e atender pessoas que estão lá e que precisam de atendimento. Têm pacientes intensivos lá que passam meses sem nenhuma consulta com o psiquiatra, só pegando receita. Tu só olha. E às vezes tu olha porque eles te chamam e dizem: "Olha, eu estou ficando sem remédio". Então, tu pegas, e fazes uma receita. (E7E).

Apesar da proposta do CAPS exigir que o serviço não tenha um critério único e estático de ingresso e que esse deva ser negociado pelos sujeitos no seu cotidiano, a questão assinalada aponta para uma total falta de critérios. Como a forma de acesso, que deveria ser o acolhimento, está desorganizada

e desvinculada do trabalho da equipe como um todo, novos usuários são ‘acolhidos’ no serviço, formalmente, sem um projeto terapêutico que passe pelo trabalho em equipe. A forma de acesso passa a ser o acolhimento indiscriminado, sem critérios e sem um olhar para as necessidades do usuário e para o projeto institucional. De forma quase que automática, o acolhimento passa a ser uma triagem para o atendimento médico.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final da trajetória aqui apresentada, tem-se o forte sentimento de estar “abandonando o barco”. Com o final da relação mais formal do pesquisador com o serviço, associada à realização de uma pesquisa, tem-se mais claro o quanto trabalhadores, usuários e familiares ainda encontram-se à mercê de uma certa vulnerabilidade do campo da assistência em saúde mental.

Um dos fatores que determina isso são questões internas ao serviço que apareceram no processo avaliativo: dificuldades no cotidiano que têm grande potencial, se não trabalhadas, de colocar em risco a proposta.

Uma delas está relacionada às dimensões do objeto de trabalho: no cuidado com o usuário, o que determina o campo de responsabilidade da equipe e do serviço? Percebe-se que se, por um lado, esse limite deveria ter uma certa plasticidade, possibilitando que as necessidades dos usuários e sua família pudessem ser acolhidas de forma mais integral, por outro, ainda se mantém um cuidado limitado a uma certa possibilidade de atenção, que nem sempre é a que é demandada por eles. Outra questão está relacionada ao “para que”, ou seja, qual o projeto terapêutico para cada usuário? O serviço, como proposta de ser um espaço de reabilitação psicossocial, de

inserção, de resgate da autonomia e da identidade, precisa que isso seja questionado permanentemente. Quando a resposta não está clara - mesmo que sempre uma resposta provisória -corre-se o risco de reproduzir-se nos CAPS o mesmo espaço de cronificação do hospital psiquiátrico. O serviço também precisa investir mais no seu potencial para o atendimento de crises e quadros agudos: a introdução de tecnologias, voltadas para uma clínica ampliada, que possibilitem que o usuário e sua família possam ter, no espaço do serviço, suporte nesses momentos de intenso sofrimento. A desresponsabilização pelas crises naturaliza que o usuário seja encaminhado para o hospital psiquiátrico, tornando o CAPS um equipamento complementar e paralelo a ele. Um projeto de inserção da família, essencial para a proposta, exige também que a equipe se responsabilize por ela, abandonando posturas cristalizadas de julgamento: a família não é boa o suficiente. A parceria entre equipe e família, mesmo que não seja com aquela família idealizada, é fundamental. Requer um contrato em que possa ser negociado o cuidado do usuário. Ampliar o potencial cuidador da família exige investimento, e não falsos moralismos do que a família “deveria ser”.

Um CAPS também pressupõe um trabalho em equipe. Isso requer que cada trabalhador possa perceber que suas ações precisam ser negociadas e compartilhadas com o grupo. O trabalho em equipe exige um investimento objetivo, com espaços e ações que consolidem o compromisso dos trabalhadores de um CAPS com a proposta de um trabalho coletivo: trabalhar em CAPS exige que se trabalhe em equipe. Esse ideal, permanentemente buscado, significa usar os conflitos, divisões, diferenças e

desigualdades como um permanente questionamento de papéis, posições e identidades. Significa acolher afetos e desafetos, de forma que esse campo tenso, que é uma equipe, possa gerar sínteses, contratos e compromissos. Não é uma tarefa fácil e percebe-se a falta de suporte que o sistema público de saúde oferece para as equipes nesse sentido. Apoiadores, supervisores, seja que nome se dê, são “mercadoria de luxo”, ficando as equipes na solidão, na impotência e no abandono, frente a demandas objetivas e subjetivas do cotidiano.

Outro aspecto a destacar é em relação às práticas e meios de trabalho. Nesse campo evidencia-se o quanto a tendência dos técnicos da área psi a se voltarem para os atendimentos individuais e grupais desqualifica o ambiente do CAPS no que tem de possibilidade de oferecer uma forma de intervenção diferente daquela que tenta superar. Ocorre que os usuários vão ao CAPS para serem atendidos e, enquanto esperam, “passam o tempo” em oficinas, ou ficam “tomando mate e fumando”. O excesso de normas, de regras, traz também consigo a rigidez, fazendo com que, em alguns momentos, no CAPS, reproduza-se o espaço de trocas zero do manicômio. A abertura do serviço também precisa ser garantida através de sua inserção no território, fazendo com que os limites do que é dentro e do que é fora torne-se cada vez mais imprecisos. Desencastelados, trabalhadores serão libertados de seu mandato histórico de exclusão. A outra via, o acesso da comunidade ao serviço, exige, ademais, que a equipe acredite na possibilidade do acolhimento como estratégia de sua organização.

Outra vulnerabilidade refere-se ao fato de o CAPS situar-se dentro de um contexto político desfavorável. A falta de uma política de saúde mental

no município, de forma que o gestor assuma a implantação de uma rede de saúde mental como um compromisso ético e político, aliada a uma organização da gestão na saúde, centralizada e autoritária, coloca em risco a proposta. Uma das únicas formas de garantir o comprometimento do gestor local com a continuidade e a ampliação da proposta de uma rede de saúde mental, com a municipalização plena, é o controle social. Só que a participação popular ainda é um exercício muito recente no nosso país e a defesa da saúde como um direito sofre limitações devido à pouca organização dos grupos de interesse na efetiva ocupação dos espaços legitimados para tal. Essa fragilidade, às vezes, é oportuna para os dirigentes, que conseguem usufruir uma autonomia em relação à utilização dos recursos da saúde, conquistada através da luta pela implantação do SUS e pela municipalização da saúde, mas, nem sempre, para atender os interesses de grupos que se encontram em situação de maior risco, mas sim, dentro da lógica clientelista e eleitoreira.

Finalmente, apesar de os grupos de interesse que participaram da avaliação terem apontado problemas sérios, a sua sinceridade e a forma aberta como se colocaram no processo mostram a sua maturidade: avaliar, estabelecer julgamento, não é tarefa fácil. A capacidade dos grupos em realizar uma análise sobre o funcionamento do serviço, apontando os seus problemas, mostra, além do seu comprometimento, que essas questões ainda não estão institucionalizadas, que ainda permanecem com a sua capacidade instituinte, de transformação. Ainda permanecem na roda.

REFERÊNCIAS*

ALBUQUERQUE, J. A. Guilhon. **Metáforas da desordem**: o contexto social da doença mental. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1978. 119 p.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 144p.

_____. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. p. 45-66.

BAREMBLITT, Gregório. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1996. 235 p.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 2ª ed. Rio de Janeiro: edições Graal, 1991. 326 p.

BEZERRA JÚNIOR, Benilton. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: BEZERRA JÚNIOR, Benilton; AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 113-125.

_____. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo A. W. (Org.). **Saúde e sociedade no Brasil**: anos 80. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994. p. 171-191.

BRASIL. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conselho Nacional de Saúde. **Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução nº 196/96 – CNS. Brasília, Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental 1990 – 2004**. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

* De acordo com:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002

CAMPOS, Florianita Coelho Braga. **O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos**. 2000. 177f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997. 220 p.

_____. **Uma clínica do sujeito**: por uma clínica reformulada e ampliada. Campinas, mimeo. 1997a.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MEHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo/ Buenos Aires: Editora Hucitec/Lugar Editorial, 1997b. p. 229-266.

_____. Evaluation: from soliloquy to dialogue. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p.257-258, 1999.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000a. 236 p.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000b.

CAMPOS, Rosana Onocko. **A palavra negada**: por uma clínica para os serviços substitutivos de saúde mental. Campinas, mimeo. 2001.

CARVALHO, Andréa da Luz. L.; AMARANTE, Paulo. Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 52, p. 74-82, Setembro, 1996.

CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira de; AMARANTE, Paulo. Forças, diferença e loucura: pensando para além do princípio da clínica. In: AMARANTE, Paulo (org). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 41-52.

CARVALHO, Antônio Ivo de. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 93-111.

CASTEL, Roberto. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1991. 329 p.

COIMBRA, Valéria Cristina Christello. **O acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial**. 2003. 182 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; CHAMPAGNE, François; DENIS, Jean-Louis; PINEAULT, Raynald. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. Cap. 2. p. 29-48.

COOK, Thomas D.; REICHARDT, Charles S. **Métodos cualitativos y cuantitativos em investigación evaluativa**. Madrid: Morata, 1986. 228p.

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

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. p. 13-44.

COUTINHO, Carlos Nelson. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, S. M. F. (Org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/Abrasco, 1989. p. 47-60.

DELGADO, Pedro Gabriel. Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 199-204, 1999.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 2ª ed. São Paulo, Atlas, 1989.

_____. **Avaliação qualitativa: polêmicas do nosso tempo**. 6.ed. Campinas, SP: Autores Associados, 1999. 102 p.

_____. **Pobreza da pobreza**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2003. 389p.

DENIS, Jean-louis; CHAMPAGNE, François. Análise da implantação. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. Cap. 3. p. 49-88.

DESLANDES, Sueli Ferreira. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 1997.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 167p.

DIETERICH, H. **Nueva guia para la investigación científica**. México: Colônia Arenal, 1997.

DONABEDIAN, Avedís. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. México: La Prensa Médica Mexicana, S. A., 1984. 194 p.

ENRIQUEZ, Eugène. O trabalho da morte nas instituições. In: KAËS, René et al. **A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. 208 p.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. A ética do cuidar. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 129-134, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1992. 295 p.

_____. **História da loucura**. 3ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1993. 551 p.

FREIRE, Helena Miranda de Araújo. **O sistema de alocação de recursos do SUS aos Centros de Atenção Psicossocial: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos**. 2004. 156 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz.

FURTADO, Juarez Pereira. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n. 1, p. 165-181, 2001a.

_____. **A avaliação como dispositivo**. 2001b. 282f. Tese (Doutorado em saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas.

GADOTTI, Moacir. Prefácio. In: DEMO, Pedro. **Avaliação qualitativa: polêmicas do nosso tempo**. 6.ed. Campinas, SP: Autores Associados, 1999. p. 1-5.

GIORDANO JR., Sylvio & PEREIRA, Lygia Maria de França. Saúde mental. In: SCHRAIBER, Lilia Blima et al. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2000. 290 p.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 6ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1999. 312 p.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

GREENE, Jennifer C. Qualitative Program Evaluation: practice and promise. P. 530-544. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S.(ed.). **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications. 1994. 643 p.

GUBA, Egon G.; LINCOLN, Yvonna S. **Effective evaluation**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 1988. 423p.

_____. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications. 1989. 294 p.

HARNECKER, Marta. **Os conceitos elementares do materialismo histórico**. 2ª ed. São Paulo: Global editora e distribuidora ltda. 1983. 296 p.

IBGE. **idades@pelotas-rs**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em: 08 fev. 2005.

KANTORSKI, Luciane Prado; CAVADA, Cláudio; OLIVEIRA, C.; HAUFFEN, F. Serviço de atenção diário de saúde mental – um espaço de diálogo entre a universidade e os serviços. **Revista de Saúde**, Bagé, URCAMP, v. 4, n.1, jan./jun. 2000.

LANCMAN, Selma. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 13. n. 1 Rio de Janeiro. jan./mar. 1997.

LEAL, Erotildes Maria. Tudo está em seu lugar? Da importância de irmos além dos princípios gerais na discussão da prática dos serviços-dia. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 199-204, 1999.

LINCOLN, Yvonna S.; GUBA, Egon G. **Naturalistic inquiry**. Newbury Park: Sage Publications. 1985. 416 p.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU. 1986. 99 p.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil S.A. 1989. 579 p.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO. 2001. 180p. Disponível em : <<http://www.lappis.org.br>>. Acesso em: 14 fev. 2005.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras Editora, 2001. 159 p.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Secretaria Municipal de saúde de São Paulo. 1992. 54 p. (Cadernos CEFOR, 1 – Série textos).

MÉNDEZ, Eduardo Brod; BASTOS, Almir Borba; BARRETO, Helena; CHATKIN, Moema; HORTA, Bernardo Lessa; COSTA, Juvenal Dias da. **Complementação da rede de saúde mental: implementação de serviço de urgências psiquiátricas regional no pronto socorro municipal com**

central de regulação de leitos psiquiátricos e ala psiquiátrica em hospital geral. Pelotas, 2003./mimeo/.

MERCIER, Céline. Participation in stakeholder-based evaluation: a case study. **Evaluation and Planning**, v. 2º, n. 4, p 467-475, 1997.

MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços da saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da visa (ou como aproveitar os ruídos do cotidianos dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. . In: MEHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo/ Buenos Aires: Editora Hucitec/Lugar Editorial, 1997. p. 71-112.

MICHELONI, Adilson. **Avaliação como instrumento gerencial: a rede básica de saúde do município de Campinas.** 1999. 152f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO. 1993. 269 p.

NOVAES, Hillegonda Maria D. Avaliação de Programas, Serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p.547-59, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Caracas.** Conferência regional para a reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina. 14 de Novembro de 1990. Caracas, OMS/OPAS, 1990.

PASSOS, Eduardo. O CAPS como matriz das ações psicossociais no território. In: ALBUQUERQUE, Patrícia; LIBÉRIO, Madalena (Org.). **O cuidado em saúde mental:** ética, clínica e política. Rio de Janeiro: Cooredenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2004. p. 19-22.

PATTON, Michael Quinn. **How to use qualitative methods in evaluation.** Newbury Park: Sage Publications, 1987. 176 p.

_____. **Utilization-focused evaluation: the new century text.** 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997. 431 p.

PELBART, Peter Pál. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: GUATTARI, Félix et. al. **SaúdeLoucura 2.** São Paulo: Hucitec, 1990. p. 131-138. (Série SaúdeLoucura).

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O processo grupal**. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 239 p.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Avaliação como processo de melhoria da qualidade dos serviços públicos de saúde. **Revista de Administração Pública**, 26(2): 44-61, 1992.

_____. Os Centos de Atenção Psicossocial: espaço de reabilitação? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 43 (12): 647-654, 1994.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Cuidados com o Cuidar em Saúde Mental: estratégias de avaliação. **Cadernos do IPUB**, n. 3, 1996.

RAUTER, Cristina. Oficinas para quê: uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, Paulo (org). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 267-277.

ROCHA Vera Maria Guadalupe. Arte, alienação e argumento. **Expressa Extensão**. 7(1):25-35, 2002.

ROTELLI, Franco. Empresa social: construindo sujeitos e direitos. In: AMARANTE, Paulo (org). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 301-306.

ROTELLI, Franco et. al. Desinstitucionalização, uma outra via – A Reforma Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos Países avançados. In: NICÁRIO, Fernanda (org). **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. Cap. 1. P. 17-59.

ROUSSILLON, René. Espaços e práticas institucionais: quarto de despejo e o interstício. In: KAËS, René et al. **A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos**. São Paulo: casa do Psicólogo, 1991. p.158-178.

SARACENO, Benedetto; FRATTURA Lucilla; BERTOLETE, José Manoel. Evaluation of psychiatric services: hard and soft indicators. In: WHO. **Innovative approaches in service evaluation** (Doc: WHO/MNH/MND/93.19). Geneva, WHO, 1993.

SARACENO, Benedetto. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte/rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 1999. 176 p.

SCHECHTMAN, Alfredo. Território e idiorritmia. Laços: saúde mental em rede. Disponível em: <http://pvc.datasus.gov.br>. Acesso em: 02 de março de 2005.

SCHRAIBER, Lilia Blima; PEDUZZI, Marina; SALA, Arnaldo; NEMES, Maria Ines B.; CASTANHERA, Elen Rose L.; KON, Rubens. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2):221-242, 1999.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Prefácio. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 9-15.

SOUZA, Waldir da Silva. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. 17(4): 933-939, 2001.

STENZEL, Ana Cecília Bastos. **A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada**. 1996. 251f. Dissertação (Mestrado em saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

SZASZ, Thomas S. **A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental**. 3^a ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1984. 408 p.

TÁVOLA, Cláudia Baptista. Do afeto como recurso. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 199-204, 1999.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n. 1, p. 73-85, 2001.

VERTZMAN, Júlio; CAVALCANTI, Maria Tavares; SERPA JÚNIOR, Otávio. Psicoterapia institucional: uma revisão. In: BEZERRA JÚNIOR, Benilton; AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria se hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 17-30.

ZIMERMAN, David E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 2000. 271 p.

ANEXO I – Termo de consentimento livre e informado

Termo de Consentimento Livre e Informado para as Entrevistas

Prezado(a) Sr(a): _____

Endereço: _____

Estamos desenvolvendo a pesquisa Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo. Esse projeto será realizado com o objetivo de avaliar o atendimento em saúde mental CAPS Castelo, com a participação das pessoas envolvidas no serviço. As questões levantadas pelos entrevistados nortearão o processo para que, através de uma avaliação participativa, o grupo possa refletir sobre o atendimento prestado e identificar que mudanças poderiam melhorá-lo.

Assim, gostaríamos de contar com a sua participação no desenvolvimento das entrevistas que serão realizadas para a efetivação desse projeto. As informações e opiniões emitidas pelo senhor(a) não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes. Esclarecemos que, em qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja do seu interesse sua continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar esse consentimento. Caso haja a sua permissão, as entrevistas serão gravadas em fitas eletromagnéticas. Agradecemos sua colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer informação que julgar necessária.

Atenciosamente,

Dr^a Luciane Prado Kantorski

Prof^a Dr^a da Faculdade de
Enfermagem e Obstetrícia da
Universidade Federal de Pelotas
Telefone para contato: (053)2713031
Orientadora

Christine Wetzel

Pós-graduanda junto ao Programa de
Enfermagem Psiquiátrica da Escola
de Enfermagem de Ribeirão Preto –
USP
Telefone para contato: (053)2234450
Pesquisadora do projeto

Eu, _____, aceito participar da entrevista do projeto de pesquisa Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo, em data e local marcados antecipadamente, e estou ciente de que a entrevista será gravada em fita eletromagnética e seus resultados tratados sigilosamente, e de que, caso queira desistir de participar da investigação, tenho liberdade de retirar esse consentimento.

_____, ____ de _____ de 2003.

Assinatura

ANEXO II – Aprovação do Comitê de Ética

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 016 - 633-3271 / 55 - 016 - 630-2561 / TELEFONES: 55 - 016 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0079/2003

Ribeirão Preto, 23 de junho de 2003

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 53ª Reunião Ordinária, realizada em 18 de junho de 2003.

Protocolo: n° 0348/2003

Projeto: VALIAÇÃO EM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL: A CONSTRUÇÃO DE UM PROCESSO PARTICIPATIVO

Pesquisadores: Luciane Kantorski
Christiane Wetzel

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Maria Luely Nogueira

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Luciane Kantorski

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO III – Plano de Ações e Metas

PLANO DE AÇÕES E METAS PROPOSTAS AO CONSELHO
MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS PELO GRUPO DE
TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

HISTÓRICO

Vários espaços de discussão envolvendo trabalhadores, usuários, familiares e comunidade em geral apontam para a necessidade de uma política de saúde mental no município de Pelotas, em consonância com as atuais diretrizes da política nacional de saúde mental.

Problemas surgidos no cotidiano da atenção em saúde mental foram apresentados inicialmente em 11 de setembro de 2003, à Plenária do Conselho Municipal de Saúde, com ampla participação de usuários, familiares e profissionais. O Conselho, nesta data, deliberou pela formação de uma comissão composta por representantes dos serviços de saúde mental, conselheiros, coordenação de saúde mental, usuários, familiares e representantes da universidade vinculada a SMSBE.

Em 26/09/03 ocorre o primeiro encontro da Comissão, onde o grupo discute o projeto mais amplo para a saúde mental, incluindo questões conceituais e operacionais para a implantação da política de saúde mental no município e as propostas e encaminhamentos necessários para sua viabilização.

O grupo realizou reuniões periódicas onde a pauta era determinada pelas demandas encaminhadas pelos participantes. Também foram realizadas reuniões junto ao Secretário Municipal de Saúde, com o propósito de constituir um espaço de encaminhamento e negociação das propostas deliberadas. Apesar do comprometimento de todos os envolvidos, o grupo encerrou suas atividades em dezembro de 2003, avaliando que todas as discussões esbarravam em um funcionamento centralizado da SMSBE, onde as decisões continuavam sendo verticalizadas e, com frequência, contrárias às próprias políticas de saúde, o que gerou um desgaste interno e nas relações deste com o gestor.

Como não houve resposta do gestor a várias demandas apontadas pela Comissão, surge à proposta de um Grupo de Trabalho vinculado ao Conselho Municipal de Saúde, como uma instância democrática e autônoma de constituição da política de saúde mental do município, com maior poder e efetividade nos encaminhamentos frente aos problemas. Esta proposta concretizou-se em 08/06/2004, sendo solicitado em plenária do CMS que até 22/06 os CAPS e demais instituições indicassem suas representações no grupo de saúde mental a ser formado. A finalidade do Grupo de Trabalho consiste em acompanhar a implantação das políticas de saúde mental no município e propor estratégias de superação de problemas existentes com vistas à consolidação de uma rede de atenção em saúde mental. Foi definido em plenária do CMS do dia 08/07/2004 a formação do Grupo de Saúde Mental, sendo que até o presente momento foram realizadas 10 reuniões.

Considerando as transformações que vem ocorrendo com relação às práticas na assistência em saúde mental e a inserção do município de Pelotas neste processo, o grupo de trabalho em saúde mental iniciou suas discussões problematizando as seguintes questões:

1. EXPANSÃO DA REDE DE SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL - urgência/emergência (atendimento no pronto socorro geral e articulação com o SAMU), leitos/unidades psiquiátricos em hospital geral, serviços residenciais terapêuticos, atenção básica em saúde mental.

A organização de uma rede de saúde mental está inscrita em várias diretrizes e normas do Ministério de Saúde, entre elas a portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992, que preconiza a organização de serviços baseada nos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização, equidade, controle social e integralidade das ações, a diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistenciais, a garantia de continuidade da atenção nos

vários níveis. Para tanto, regulamenta o funcionamento de uma diversidade de serviços: atendimento em saúde mental na unidade básica, os Centros de Atenção Psicossocial, serviços de urgência psiquiátrica em hospital geral, leitos e unidades psiquiátricas em hospital geral. Posteriormente, através da Portaria GM nº 106, de fevereiro de 2000, são criados e regulamentados os Serviços Residenciais Terapêuticos.

2. FUNCIONAMENTO DOS CAPS

Os CAPS do município estão cadastrados como CAPS II, o que exige que estes serviços tenham a responsabilidade pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seu território, possuam capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial e prestem atendimento a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial. Deve incluir um conjunto de atividades diversificadas, desempenhadas por uma equipe multiprofissional (Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002).

A composição de uma equipe que dê conta dessa tarefa passa pelo seu aspecto quantitativo e qualitativo. Um cálculo de pessoal adequado, a reposição imediata de vagas, a composição da equipe adequada ao perfil da clientela são questões fundamentais para o andamento do serviço. Mas o aspecto qualitativo também deve ser garantido, no momento em que pensamos em profissionais que atuem dentro de um outro paradigma que não o do modelo manicomial. Para isso o investimento em programas de capacitação, educação permanente em serviço, supervisão e outros mecanismos de qualificação de pessoal se fazem necessários.

O funcionamento do CAPS também depende de sua estrutura física: prédios com área física adequada, localizados no território de responsabilidade facilitando o acesso da população, equipados de acordo com o projeto terapêutico do serviço. A alimentação, o material para as oficinas terapêuticas, o transporte (como garantia de acessibilidade, adesão e efetividade do tratamento), entre outros também devem ser disponibilizados sem tanta burocratização, pois a sua falta implica na interrupção de um processo terapêutico.

3. MEDICAÇÃO – FORNECIMENTO DE PSICOFÁRMACOS

A Portaria GM nº 1.077, de 24 de agosto de 1999 delibera que o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica em curso no País impõe a necessidade de se estabelecer um programa contínuo, seguro e dinâmico a pacientes que necessitam de medicamentos para o controle de transtornos mentais. Usuários que necessitam de medicações de uso contínuo não podem ficar a mercê da burocratização e desorganização no seu fornecimento pela rede pública. Situações de crises pela falta do remédio são comuns e resultam em danos e sofrimentos para usuários e família e em mais gastos para os cofres públicos. A medicação, em muitos casos, é o que garante a manutenção do usuário junto à sua família e evita internações penosas, desnecessárias e desumanas (e caras).

4. FINANCIAMENTO EM SAÚDE MENTAL

A política de financiamento do Ministério da Saúde vem sofrendo alterações que mostram claramente o movimento de apoio e estímulo para que os municípios assumam a consolidação e estruturação de uma rede. Considerando que política pública se faz conhecer quando se define seu financiamento, o Ministério altera o financiamento das ações e serviços de saúde mental.

O nível central do SUS, como principal financiador do sistema público, oferece aos demais gestores a possibilidade de implantar, no campo da atenção em saúde mental, ações e serviços mais contemporâneos à incorporação de conhecimentos e de valores éticos, substituindo o modelo tradicional. Cria mecanismos de financiamento próprio para a rede CAPS, para além dos tetos municipais (recursos extra-teto) e cria incentivos financeiros para estruturação dos CAPS (compra de equipamentos) {Portaria GM nº 1.455, de 31 de julho de 2003}. Estabelece também que os recursos financeiros restantes após a redução de leitos psiquiátricos no município permanecerão nos tetos municipais quando em gestão plena do sistema, para a utilização na rede local de serviços de saúde mental, de modo a apoiar o financiamento dos CAPS, serviços residenciais terapêuticos e outros serviços de saúde mental. (Portaria GM nº 52 e 53 de janeiro de 2004)

Ao abordar os desafios que são colocados para o desempenho da assistência em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica, ressalta-se que no Brasil dos anos 80, a Reforma consistia numa discussão ideológica, hoje configura-se numa política do Estado Brasileiro que tem priorizado suas ações no sentido de reduzir o número de leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos de grande porte e incentivar a criação dos serviços substitutivos territorializados.

Os processos políticos, sociais, jurídicos, técnicos gerados a partir de um contexto de transformação das práticas em saúde mental foram delineando espaços históricos de construção deste novo enfoque como a Conferência de Caracas em 1990, a Lei de Reforma Psiquiátrica 10.216 de 2001 que redireciona o modelo assistencial em saúde mental; as Conferências Nacionais de Saúde Mental, as portarias ministeriais que normatizam este processo de mudança da atenção em saúde mental, regulamentando a assistência nos diferentes serviços psiquiátricos e assumindo uma política de atenção psicossocial.

Os CAPS são serviços substitutivos estratégicos na superação do modelo manicomial. No entanto, este serviço é limitado diante das demandas cotidianas. Enfatiza-se que o resgate da concepção de uma rede de atenção em saúde mental poderá situar o papel dos CAPS dentro de uma perspectiva mais real, compreendendo que o mesmo sujeito apresenta necessidades de saúde complexas, diferentes, conforme o seu momento e necessita de múltiplos recursos psicossociais. Deste modo, não é sensato reduzir um processo de transformação a um único dispositivo de cuidado, neste caso os CAPS.

No sentido de garantir a implantação da política de saúde mental preconizada pelo Ministério da Saúde, convergindo com os princípios fundamentais de consolidação do Sistema Único de Saúde, o Grupo de Trabalho em Saúde Mental sugere os seguintes eixos para elaboração do Plano de Ações e Metas em Saúde Mental¹ para o município de Pelotas:

1. A expansão da rede de saúde mental articulada, atendendo à integralidade do usuário, nas diferentes necessidades da sua trajetória, sendo prioridades no contexto local:
 - a. Urgência e emergência psiquiátrica no Pronto Socorro Geral do município em articulação com a rede SAMU;
 - b. Unidade ou leitos de internação psiquiátricos junto aos hospitais gerais;

¹ Apresentamos em Anexo um levantamento dos recursos disponíveis para subsidiar a implantação do Plano de Ações e Metas proposto pelo Grupo de Trabalho em Saúde Mental

- c. Serviços Residenciais Terapêuticos para usuários moradores de rua ou que não tenham condições de se inserir no grupo familiar;
 - d. Implantação da atenção em saúde mental na atenção básica.
-
- 2. A organização do estoque e fornecimento de psicofármacos garantindo a continuidade do seu fornecimento, de acordo com o perfil e necessidade dos usuários;
 - 3. Maior investimento na efetiva implantação dos caps, garantindo o seu funcionamento integral, de acordo com as diretrizes e normas do Ministério de Saúde;
 - 4. Financiamento: direcionamento das verbas específicas da saúde mental² até a plena efetivação da rede de cuidados em saúde mental, sendo a sua aplicação realizada de acordo com um planejamento envolvendo a participação dos diferentes atores da saúde mental do município como forma de garantir o controle social.
 - 5. Capacitação de recursos humanos em saúde mental
 - 6. Cooperativas sociais (Lei 9.867/1999) e programas de geração de renda e trabalho
 - 7. Centros de Convivência na comunidade

² Incluindo o valor que antes era direcionado ao hospital psiquiátrico.

PLANO DE AÇÕES E METAS EM SAÚDE MENTAL

OBJETIVO: Planejar investimentos financeiros disponíveis à área de saúde mental, visando à implantação efetiva da rede de cuidados em saúde mental do município de Pelotas, de acordo com os preceitos da Organização Mundial da Saúde, do Sistema Único de Saúde, e das normas e portarias do Ministério da Saúde.

NECESSIDADES PRIORITÁRIAS DEZ 2004 - 2005	RECURSOS
<p>I - RELATIVAS A RECURSOS HUMANOS</p> <p>META 001: Complementar as Equipes Manutenção (renovação dos contratos) de 09 enfermeiros CAPS até a realização de concurso público. Complementação de Recursos Humanos dos CAPS: nível básico, médio e superior. Disponibilizar Recursos Humanos – Expansão da rede de serviços de saúde mental. (Exemplo: CAPSi, Pronto Socorro Geral, Alas em Hospital Geral, Serviços Residenciais Terapêuticos)</p> <p>META 002: Capacitar os Recursos Humanos Capacitação de Recursos Humanos dos CAPS p/ Saúde Mental no PSF. Capacitação de Recursos Humanos para “Acolhimento” nos CAPS · Capacitação dos Clínicos da Rede Básica de Saúde – Psicofármacos. Supervisão Clínica Institucional para cada um dos CAPS. Convênio de intercâmbio técnico/científico Brasil/Itália – continuidade e manutenção.</p>	<p>Contrapartida Prefeitura Municipal de Pelotas</p> <p>Fundo Municipal de Saúde – verba antes destinada à Clínica Olivé Leite (referente à redução de leitos em hospitais psiquiátricos) (Portaria MS 251/2002, 52/2004 e 53/2004)</p> <p>Recursos estaduais do Programa de Incentivo PARCERIA RESOLVE</p> <p>Resolução 99/04-CIB/RS – Programa de Volta Pra Casa</p> <p>APACS (Portaria MS 336/2002 e 189/2002)</p> <p>Recursos do PROESF e via Pólo Regional de Educação Permanente</p>

NECESSIDADES PRIORITÁRIAS DEZ 2004 - 2005	RECURSOS
<p>II – RELATIVAS A RECURSOS MATERIAIS</p> <p>META 003: Disponibilizar Suficientemente Materiais de Consumo Medicamentos de uso contínuo e emergencial Alimentos Vales-transporte Materiais para as oficinas terapêuticas</p> <p>META 004: Equipar Adequadamente os CAPS (Materiais Permanentes) Materiais para oficinas terapêuticas e de produção Materiais para infra-estrutura dos espaços terapêuticos (Exemplo: cozinha, sala de grupos, de enfermagem, de observação, etc.) Apoio administrativo: computadores Veículos</p>	<p>APACS (Portaria MS 336/2002 e 189/2002)</p> <p>Medicamentos (Portaria MS 1077/1999)</p> <p>Incentivos Consolidação (Portaria MS 1455/2003)</p> <p>Prêmio MS David Capistrano</p> <p>Fundo Municipal de Saúde – verba antes destinada à Clínica Olivé Leite (referente à redução de leitos em hospitais psiquiátricos) (Portaria MS 251/2002, 52/2004 e 53/2004)</p> <p>Financiamento específico para Serviços Residenciais Terapêuticos (Portarias MS 106/2000, 1220/200 e 2068/2004)</p>

NECESSIDADES PRIORITÁRIAS DEZ 2004 - 2005	RECURSOS
<p>III - RELATIVAS A RECURSOS FÍSICOS</p> <p>META 005: Adequar Instalações dos CAPS Adequação dos prédios dos CAPS segundo normatização do Ministério da Saúde e já apontado em diversas vistorias Construção/aquisição de prédios próprios.</p> <p>META 006: Implementar Serviços Complementares na Rede Utilização de prédios adequados ao desenvolvimento das atividades que visam à constituição da rede de serviços de saúde mental: Pronto Socorro com atendimento a indivíduos portadores de transtornos mentais com leitos de observação em articulação com o SAMU, alas desintoxicação e psiquiatria, serviços residenciais terapêuticos, ambulatorios, cooperativas sociais, centros de convivência, programa de geração de renda e trabalho.</p>	<p>APACS (Portaria MS 336/2002 e 189/2002)</p> <p>Incentivos Consolidação da rede (Portaria MS 1455/2003)</p> <p>Fundo Municipal de Saúde – verba antes destinada à Clínica Olivé Leite (referente à redução de leitos em hospitais psiquiátricos) (Portaria MS 251/2002, 52/2004 e 53/2004)</p> <p>Financiamento específico para Serviços Residenciais Terapêuticos (Portarias MS 106/2000, 1220/200 e 2068/2004)</p> <p>Recurso estadual do Programa de Incentivo PARCERIA RESOLVE</p> <p>Resolução 99/04-CIB/RS – Programa de Volta Pra Casa</p>

ANEXO: Levantamento dos recursos disponíveis para subsidiar a implantação do Plano de Ações e Metas proposto pelo Grupo de Trabalho em Saúde Mental

1. CAPACIDADE INSTALADA ATUAL

1.1. CAPS II – PORTARIA 336/2002 e PORTARIA 189/2002

MODALIDADE	100% de arrecadação mês por CAPS II ³ (APACS)	50% de arrecadação/mês ⁴ por CAPS II (APACS)
INTENSIVO (45 pacientes) (R\$18,10 por paciente/dia) – 25 procedimentos/mês	R\$ 20.362,50	R\$ 10.181,25
SEMI-INTENSIVO (75 pacientes) (R\$15,90 por paciente/dia) – 12 procedimentos/mês	R\$ 14.310,00	R\$ 7.155,00
NÃO INTENSIVO (100 pacientes) (R\$ 14,85 por paciente/dia) – 3 procedimentos/mês	R\$ 4.455,00	R\$ 2.227,50
TOTAL	R\$ 39.127,50	R\$ 19.563,75

ESTIMATIVA MENSAL DE ARRECADAÇÃO DE 6 CAPS II (APACS)

100% DE PRODUTIVIDADE - R\$ 234.765,00

50% DE PRODUTIVIDADE - R\$ 117.382,50

ESTIMATIVA ANUAL DE ARRECADAÇÃO DE 6 CAPS II (APACS)

100% DE PRODUTIVIDADE - R\$ 2.817.180,00

50% DE PRODUTIVIDADE-R\$ 1.408.590,00

1.2. CAPS ad – PORTARIA 336/2002 e PORTARIA 189/2002

MODALIDADE	100% arrecadação/mês (APACS)	50% arrecadação/mês (APACS)
INTENSIVO (40 pacientes- (R\$18,10 por paciente/dia) -22 procedimentos/mês)	R\$ 15.928,00	R\$ 7.964,00
SEMI-INTENSIVO (60 pacientes) (R\$15,90 por paciente/dia) – 12 procedimentos/mês)	R\$ 11.448,00	R\$ 5.724,00
NÃO-INTENSIVOS (90 pacientes) (R\$ 14,85 por paciente/dia) - 3 procedimentos/mês)	R\$ 4.009,50	R\$ 2.004,75
TOTAL	R\$ 31.385,50	R\$ 15.692,75

³ Esta estimativa refere-se ao serviço que tem sua capacidade total instalada, de acordo com as portarias do Ministério da Saúde.

⁴ Que tem sido a média de arrecadação do município

ESTIMATIVA ANUAL DE ARRECADAÇÃO - CAPS ad (APACS)

100% DE PRODUTIVIDADE – R\$ 376.626,00

50% DE PRODUTIVIDADE – R\$ 188.313,00

1.3. RECURSOS PARA MEDICAÇÃO REPASSADOS AO MUNICÍPIO DA ESFERA FEDERAL

MENSAL – R\$ 3.671,28

ANUAL – R\$ 44.055,36

1.4. INCENTIVO PARA CAPS (ANUAIS) (Portaria 1.455, de 31 de julho de 2003)

CAPS II (6) – R\$ 180.000,00 (R\$ 30.000,00 (x 6) por CAPS II)

CAPS AD – R\$ 50.000,00

TOTAL – R\$ 230.000,00

1.5. RECURSOS REFERENTES AO FECHAMENTO DOS LEITOS DA CLÍNICA OLIVÉ LEITE (Portaria 52 e 53/2004)

Valor informado pela prefeitura – R\$ 150.000,00/mês X12 meses – R\$

1.800.000,00/ano

1.6. REDUÇÃO DOS LEITOS DO HOSPITAL ESPÍRITA (Portaria 52 e 53/2004)

R\$ 26,00 (AIH) X 30 dias = R\$ 780,00 X 40 leitos = R\$ 31.200,00

ESTIMATIVA DE ARRECADAÇÃO ATUAL (50% de produtividade)

EQUIPAMENTO	ARRECADAÇÃO MENSAL	ARRECADAÇÃO ANUAL*
CAPS II (6) ⁵	R\$ 117.362,50	R\$ 1.408.590,00
CAPS AD	R\$ 15.692,75	R\$ 188.313,00
INCENTIVO CAPS		R\$ 230.000,00
MEDICAÇÃO	R\$ 3.671,28	R\$ 44.055,36
RECURSOS COL	R\$ 150.000,00	R\$ 1.800.000,00
TOTAL		R\$ 3.670.958,36

* Não estão computados os recursos provenientes da redução de leitos do Hospital Espírita.

2. OUTRAS INFORMAÇÕES (SERVIÇO AINDA NÃO DISPONÍVEL NO MUNICÍPIO, MAS COM PREVISÃO DE FINANCIAMENTO ESPECÍFICO EXTRA-TETO)

- Os Serviços Residenciais Terapêuticos são regulamentados pelas as Portarias 106/2000 e 1220/2000 que prevêm que cada SRT pode ter até 8 pacientes, sendo pago até 31 acompanhamentos/paciente/mês. Exemplo: 31 x 8 = 248 x R\$ 23,00 (valor pago por acompanhamento) = R\$ 5.704,00
- Os SRT – a portaria 2.068/2004 estabelece incentivo financeiro para cada SRT criado = R\$ 10.000,00

⁵Tendo como base de cálculo 50% de produtividade (média anual)