UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

REGINA CÉLIA FIORATI

A organização dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, o projeto terapêutico e a inserção da reabilitação psicossocial

Ribeirão Preto

2010

REGINA CÉLIA FIORATI

A organização dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, o projeto terapêutico e a inserção da reabilitação psicossocial

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica

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

Orientadora: Profª Drª Toyoko Saeki

Ribeirão Preto
2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE

FICHA CATOLOGRÁFICA

Fiorati, Regina Célia

A organização dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, o projeto terapêutico e a inserção da reabilitação psicossocial. Ribeirão Preto, 2010.

242 p.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas

Orientadora: Saeki, Toyoko

1. Serviços de saúde mental 2. Enfermagem 3. Psiquiatria
4. Clínica 5. Reabilitação

FOLHA DE APROVAÇÃO

FIORATI, Regina Célia.

A organização dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, o projeto terapêutico e a inserção da reabilitação psicossocial

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, da Escola de enfermagem de Ribeirão Preto – USP, para obtenção do titulo de Doutor em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica

Aprovado em:...../...../.....

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pelo apoio incondicional e por nunca terem medido esforços para me ajudar nessa jornada.

Ao meu filho a quem destino os frutos dos meus esforços e a quem desejo uma vida plena de significado e realizações.

À Profª Drª Toyoko Saeki, minha orientadora, que me acompanhou e clarificou a trilha percorrida no processo de construção do conhecimento.

À Gerencia e à equipe de profissionais do Ambulatório Regional de Saúde Mental de Ribeirão Preto e do Centro de Atenção Psicossocial II, pela disponibilidade e receptividade com que me acolheram, pelas valiosas informações prestadas e pela parceria no processo de produção do conhecimento neste trabalho.

À Ana, minha amiga, pela disposição de ajuda e apoio técnico realizado durante os grupos focais.

Aos meus parentes pela pronta ajuda sempre que precisei e, particularmente, à minha tia Vera que me alojou em sua casa para que pudesse cumprir etapa importante deste estudo.

Ao Ricardo e às Julianas, meus três amigos, pelo ombro amigo, bons conselhos e encorajamento nesse caminho.

A todos os meus amigos, que graças a Deus, por serem tantos, não teria como citá-los todos.

Aos meus colegas de trabalho e, particularmente, à equipe de terapeutas ocupacionais da instituição na qual trabalho pelo suporte e apoio cotidiano.

RESUMO

FIORATI, R.C **A organização dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, o projeto terapêutico e a inserção da reabilitação psicossocial**. 2010. 242f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Os serviços extra-hospitalares de saúde mental têm sua origem a partir das iniciativas advindas das propostas de reformulação da atenção psiquiátrica decorrentes dos Movimentos de Reforma Psiquiátrica brasileira. Esses serviços nascem com o propósito de substituírem o modelo que fundamenta um modo de atenção psiquiátrica apoiado no tratamento prioritariamente hospitalar e medicocentrado pelo paradigma da atenção psicossocial. Nesse percurso alguns problemas se apresentam, dificultando a plena construção e implementação do modo de atenção psicossocial e favorecendo a reprodução de aspectos da forma de atenção que se pretende superar nos serviços substitutivos ao manterem as ações terapêuticas disponibilizadas centradas nos tratamentos médico-clínicos, ao mesmo tempo em que secundarizam ações de reabilitação psicossocial. Com a proposta de buscar uma aproximação à problemática exposta, este estudo teve como objetivos analisar a organização dos projetos terapêuticos em dois serviços extra-hospitalares de saúde mental do município de Ribeirão Preto e como se localizam nesses projetos as ações de reabilitação psicossocial, conhecer a forma pela qual os profissionais elaboram o projeto terapêutico e interpretar as concepções dos mesmos em relação à reabilitação psicossocial. O estudo foi efetuado com base em pesquisa cuja metodologia pautou-se em abordagem qualitativa e as técnicas de coleta de dados escolhidas foram entrevistas semiestruturadas e grupos focais. O referencial teórico utilizado foi a filosofia hermenêutica dialética de Jürgen Habermas. Os eixos temáticos obtidos a partir da análise dos dados se dispuseram com base nos tópicos da organização do trabalho refletida na extrema tecnificação das ações de saúde, na centralidade da tecnologia médico-clínica em relação a outras ações terapêuticas não médicas e no processo de precarização das relações de trabalho presentes nesses serviços. Quanto ao tópico da organização dos serviços, observa-se que os projetos terapêuticos não têm sido elaborados dialogicamente pela equipe de profissionais; as equipes não desenvolveram a interdisciplinaridade em sua forma de organização e as ações terapêuticas têm priorizado os tratamentos com ênfase na patologia e na dimensão biológica. No que diz respeito às concepções sobre a reabilitação psicossocial os profissionais mantêm uma racionalidade instrumental definindo as ações de saúde nos serviços em detrimento de uma racionalidade prática como base das ações de reabilitação psicossocial, organizadas segundo o paradigma da atenção psicossocial.Com base nessa análise propõe-se como caminho de superação da problemática apontada a possibilidade de reunir ações clínicas e de reabilitação psicossocial em projetos terapêuticos que confiram o mesmo valor e investimento a ambas as ações e a realização de pesquisa avaliativa participativa nos serviços buscando criar mecanismos que favoreçam, além da melhoria da assistência prestada, projetos terapêuticos com base no modo de atenção psicossocial.

Palavras-chave: Serviços de saúde mental; Enfermagem; Psiquiatria; Clínica; Reabilitação.

ABSTRACT

FIORATI, R. C. **The organization of extra-hospital mental health services, the therapeutic projects and integration of psychosocial rehabilitation**. 2010. 242f. Doctoral Thesis – College of Nursing, University of São Paulo/USP at Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2010.

The extra-hospital services originated in the proposals of psychiatric care reformulation that resulted from the Brazilian Psychiatric Reform. These services emerged with the purpose to replace the psychiatric care model grounded treatment delivered mainly in hospitals and centered on medication according to the psychosocial care paradigm. Some problems are presented in this process, which hinder the full construction and implementation of the psychosocial care mode, favoring the reproduction of aspects of the care mode that are aimed to be overcome in the replacing services: the available therapeutic actions are centered on medical-clinical treatments while psychosocial rehabilitation actions are considered secondary. Aiming to understand the problem, this study analyzed the organization of therapeutic projects in two extra-hospital services in Ribeirão Preto, SP, Brazil, verified how professionals develop the therapeutic project, and interpreted these professionals' conceptions in relation to psychosocial rehabilitation. This study was based on a qualitative approach and semi-structured interviews and focal groups were used to collect data. The hermeneutic dialectic philosophy of Jürgen Habermas was the framework used. The thematic axes that emerged from data analysis were based on work organization reflected on extremely technical health actions, centered on medical-clinical technology in relation to other non-medical therapeutic actions, and on the process in which work relations are worsened in these services. In regard to the services organization, we observed that the therapeutic projects are not dialogically developed by the team; teams have not developed interdisciplinary work in their organization and therapeutic actions give priority to treatments that emphasize the pathology and its biological dimension. In relation to the professionals' conceptions about psychosocial rehabilitation, they maintain an instrumental rationality that defines the health actions in the services to the detriment of a practical rationality that ground psychosocial rehabilitation actions organized according to the psychosocial care paradigm. Based on this analysis, we suggest the implementation of clinical and psychosocial rehabilitation actions in the therapeutic projects that attribute the same value and investment to the both in order to overcome the studied problem. Additionally, participatory evaluation research should be carried out in the services with the purpose to create mechanisms that favor therapeutic projects and improve care delivery based on the psychosocial care mode.

Key words: Mental Health Services; Nursing; Psychiatry; Clinical; Rehabilitation.

RESUMEN

FIORATI, R.C. **La organización de los servicios extrahospitalarios de salud mental, los proyectos terapéuticos y la inserción de la rehabilitación psicosocial.** 2010. 303f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Los servicios extrahospitalarios de salud mental tienen su origen a partir de las iniciativas resultantes de las propuestas de reformulación da la atención psiquiátrica oriundas de los Movimientos de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Eses servicios nacen con el propósito de substituir el modelo que fundamenta un modo de atención psiquiátrica apoyado en el tratamiento prioritariamente hospitalario y medicocentrado por el paradigma de la atención psicosocial. En ese recurrido, algunos dificultan la construcción plena e implementación del modo de atención psicosocial, favoreciendo la reproducción de aspectos de la forma de atención que se pretende superar en los servicios substitutivos, esto al mantener las acciones terapéuticas que están disponibles centradas en los tratamientos médico-clínicos, al mismo tiempo en que ponen las acciones de rehabilitación psicosocial en segundo plano. Este estudio cualitativo tuvo como objetivos analizar la organización de los proyectos terapéuticos en dos servicios extrahospitalarios de salud mental de la ciudad de Ribeirão Preto y como se localizan en eses proyectos las acciones de rehabilitación psicosocial, conocer la forma en que los profesionales elaboran el proyecto terapéutico e interpretar sus concepciones en relación a la rehabilitación psicosocial. La recolecta de datos fue realizada por entrevistas semi-estructuradas y grupos focales. El referencial teórico utilizado fue la filosofía hermenéutica dialéctica de Jürgen Habermas. Los ejes temáticos obtenidos a partir del análisis de los datos se basan en los tópicos de la organización del trabajo reflejada en la extrema tecnificación de las acciones de salud, en la centralidad de la tecnología médico-clínica en relación a otras acciones terapéuticas no médicas y en el proceso de precarización das relaciones de trabajo presente en eses servicios. Acerca del tópico de la organización de los servicios, se observa que los proyectos terapéuticos no tienen sido elaborados dialógicamente por el equipo de profesionales; los equipos no desarrollaron la interdisciplinaridad en su forma de organización y las acciones terapéuticas tienen priorizado los tratamientos con énfasis en la patología y en la dimensión biológica. En lo que concierne las concepciones da la rehabilitación psicosocial, los profesionales mantienen una racionalidad instrumental definiendo las acciones de salud en los servicios en detrimento de una racionalidad práctica como base de las acciones de rehabilitación psicosocial, organizadas según el paradigma de la atención psicosocial. Se propone como camino de superación de la problemática señalada, la posibilidad de reunir acciones clínicas y de rehabilitación psicosocial en proyectos terapéuticos que confieran el mismo valor e inversión a ambas las acciones y la realización de investigación evaluativa participativa en los servicios, buscando crear mecanismos que favorezcan, además de la mejoría de la atención prestada, proyectos terapéuticos con base en el modo de atención psicosocial.

Palabras clave: Servicios de salud mental, Enfermería, Psiquiatría, Clínica, Rehabilitación.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **11**

1 INTRODUÇÃO **21**

2 O CONTEXTO DA EMERGÊNCIA DOS SERVIÇOS EXTRA-HOSPITALARES DE SAÚDE METAL E O ATUAL CONTEXTO **35**

3 UM BREVE HISTÓRICO DA REABILITAÇÃO NO BRASIL **48**

4 REFERENCIAL TEÓRICO **62**

5 PERCURSO METODOLÓGICO **70**

5.1 Tipo de estudo 70

5.2 O campo: desenvolvimento dos procedimentos da coleta de dados 72

5.2.1 Locais da pesquisa 74

5.2.2 Sujeitos da pesquisa 78

5.2.3 Entrevista semiestruturada 80

5.2.4 Grupos focais: uma proposta para a construção intersubjetiva do conhecimento 83

5.3 Análise dos dados: abordagem interpretativa reconstrutiva 87

5.4 Procedimentos Éticos da Pesquisa 91

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS **93**

6.1 As entrevistas 94

6.1.1 Organização do trabalho 94

6.1.1.1 O trabalho tecnificado 94

6.1.1.2 O trabalho centrado na tecnologia médico-clínica: a reprodução da tecnologia médica como matriz técnico-ideológica 104

6.1.1.3 A precarização das relações de trabalho nos serviços extra-hospitalares de saúde mental do município de Ribeirão Preto 115

6.1.2 A organização dos serviços 128

6.1.2.1 Projeto terapêutico 128

6.1.2.2 A organização das equipes 141

6.1.2.3 Ações terapêuticas 151

6.1.3 Reabilitação Psicossocial 156
6.2 Os grupos focais 176
6.3 Os tratamentos e a reabilitação psicossocial: uma relação possível? 199
6.4 Avaliação em saúde mental: reorganização e construção de novas propostas 208

CONSIDERAÇÕES FINAIS 216

REFERÊNCIAS 227

APÊNDICES 238

ANEXOS 241

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Ano de 1985. Cinco estudantes do curso de graduação em terapia ocupacional seguiam todos os dias, de ônibus, pela estrada. O destino era em um hospital psiquiátrico, onde realizavam estágio curricular. Naquela época, o estágio era profissionalizante considerando que, em seis meses, no caso de alguns deles, ou doze, no de outros, seriam terapeutas ocupacionais formados.

Aquele dia era especial, pois marcava o primeiro dia da última semana de estágio, quando teriam cumprido trezentas horas previstas.

Uma das estagiária havia planejado um bonito trabalho de finalização de curso, o qual, além da parte textual, traria algumas fotografias para ilustrar o escrito. A atividade de fotografia vinha sendo, há algum tempo, e seria ainda por outro ainda maior, a atividade escolhida que a tornaria uma amadora dessa arte. Com máquina fotográfica em mãos ela seguiu em direção ao término do seu estágio. Nessa etapa realizaria seu intento de colher dados fotográficos para o seu trabalho final. O dia estava ensolarado o que a ajudaria em relação à iluminação natural, um dos elementos principais que um fotógrafo, amador ou não, deve observar.

Os estudantes chegaram e logo iniciaram suas rotinas já bastante consolidadas após seis meses de estágio. O terapeuta ocupacional, supervisor do estágio e profissional contratado da instituição, ocupava-se com suas atribuições habituais e matinais de conferência das fichas dos presentes à sala de terapia ocupacional, distribuição dos cigarros e, logo em seguida, os materiais dos eventuais trabalhos terapêuticos, os quais entretinham os pacientes internados. Função inicial cumprida, ele iria, a partir de então, ocupar-se com os estagiários, distribuindo atribuições e pacientes para cada um.

Nesse dia, especial, o terapeuta ocupacional, supervisor do estágio, animou-se com a possibilidade de fotografar o trabalho e o setor que dirigia. Chamou os pacientes, posou para as fotos, solicitou que cada paciente também o fizesse, mostrando cada qual o seu trabalho realizado na terapia ocupacional. Várias fotos foram tiradas, individualmente ou em grupo, os pacientes exibiram seus trabalhos e posaram para as fotografias juntamente com o supervisor ou o estagiário responsável.

Assim o dia transcorreu sem muitos problemas. A estagiária tirou mais algumas fotografias, incluindo algumas sobre a estrutura física do local e de alguns pacientes que

descansavam nos pátios espalhados pela instituição. Mas, o inesperado, marcante e inesquecível momento viria logo em seguida.

Próximo ao final da manhã, o terapeuta ocupacional supervisor, que fora chamado na diretoria, retornou ofegante, apreensivo e gaguejante. Lamentava muito, mas seria necessário recolher o filme da máquina, pois a diretoria assim determinara. Os estagiários o lembraram que ele mesmo participara com animação da atividade das fotos, a estagiária argumentou que aquilo era sigiloso, não faria parte de publicações públicas, mas seriam incluídas apenas em trabalho de final de curso. Entretanto, nada adiantou. O supervisor mostrava-se irredutível, alegando que seu emprego estava ameaçado, e por isso deveria cumprir a posição da instituição.

A estagiária que, naquela época, lia Thomaz Szasz e sua obra "Fabricação da loucura"[1], David Cooper, Robert Laing[2] e outros representantes do movimento a que se convencionou chamar de antipsiquiatria, disse "não, não entrego o filme". O clima ficou tenso para todos. O terapeuta, indignado, saiu e voltou acompanhado de um diretor do hospital. O homem entrou na sala energicamente, usava colares de ouro no pescoço e um relógio chamativo no pulso, quis avançar em direção a estagiária para tomar-lhe a máquina. A estagiária encolheu-se, assim como os demais estagiários, pálidos e mudos. O diretor avançou e tomou a máquina fotográfica, abriu-a e retirou o filme, despedaçando-o e entregando a máquina de volta sob a ameaça da estagiária de chamar a polícia. Mas as fotos já não existiam mais. A imagem da Instituição estaria negada aos olhos de quem pudesse enxergar.

Era o manicômio! Era o manicômio em sua mais crua e dura expressão.

Não preciso mencionar quem era essa estagiária. Nos dias que se seguiram meu choro vinha a qualquer momento, sem se anunciar, e minha cama foi minha melhor companheira. Fui expulsa do estágio e da Instituição, o estágio não seria mais oferecido aos estudantes de terapia ocupacional da Universidade Federal de São Carlos. Minhas professoras, atônitas, dividiram-se: umas me defendendo e outras se indignando contra mim. O fato é que a instituição acadêmica resolvera me aprovar.

---

[1] SZASZ, T.S. Fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

[2] Autores conhecidos como integrantes e fundadores da antipsiquiatria, movimento nascido na Inglaterra, na década de 60 em meio aos movimentos *underground* da contracultura, que, ao representar uma desconstrução do saber médico sobre a loucura, desautoriza-o enquanto um saber legítimo sobre a loucura e desconfia da categorização dessa experiência existencial como doença. Esses autores, psiquiatras com experiência clínica, afirmam a doença mental como produção social e institucional e que a instância passível de diagnóstico e tratamento era a própria sociedade e as instituições decorrentes, tais como a família, escola, entre outras (AMARANTE, 1995).

O hospital psiquiátrico, palco dos fatos narrados acima, localizava-se em cidade vizinha ao município de São Carlos e era uma instituição privada sob tutela de membros de organizações espíritas. Na realidade, várias situações anunciavam para o episódio que coroaria o final do estágio. Lembro-me quando um dos estagiários, juntamente com um grupo de pacientes, planejou uma encenação teatral, que foi severamente reprimida pela corporação médica do hospital. Na reunião que decidira o tema da encenação, os pacientes propuseram e decidiram que a cena dramatizada seria uma consulta médica. Nunca havia presenciado uma crítica tão sutil, perspicaz e contundente da posição real que ocupavam os atores principais da tragicomédia representada todos os dias nos manicômios do país.

Entretanto, esta atividade teatral nunca seria vista. O estagiário ensaiou durante algumas semanas, duas talvez, e, no dia da apresentação, descemos do ônibus na estrada, como fazíamos diariamente, acreditando vivenciarmos um dia especial, e fizemos o caminho até o hospital, eufóricos com aquele momento, com o trabalho produzido nos ensaios e prestes a se concretizar. Contudo, quando chegamos ao hospital, todos os pacientes que participariam da atividade teatral estavam dormindo em seus leitos, sedados. Atônitos, e ingenuamente, tentamos saber o que se passara. Depois de algum tempo, um paciente, em sua sanidade inquestionável, chamou-nos de lado e relatou que no dia anterior, alguns médicos achando-se vítimas de uma situação na qual ficariam expostos a uma crítica que os ridicularizaria, decidiram sedar os pacientes que participariam da atividade do teatro.

Assim, com algumas alegrias e algumas frustrações, foi meu estágio, juntamente com meus colegas, em psiquiatria. Os livros não mentem, alguns talvez o façam, aqueles que zelosamente formam os homens que tem o poder de sedar outros seres humanos. Mas aqueles que lia e leria durante muito tempo, não mentiam. O manicômio era implacável. Destruía tudo que fosse humano e vital que adentrava em seus frios corredores e alcovas.

Durante longo tempo, a ameaça do terapeuta ocupacional, supervisor do estágio, retornava freqüentemente à minha mente: “Você ainda irá trabalhar em um hospital psiquiátrico e aí você verá!”. Foi a sua última frase dirigida aos estagiários, deprimidos e atônitos, que se afastavam rapidamente daquele lugar para o qual não pretendiam retornar. Naquele momento, decidi que nunca trabalharia em hospital psiquiátrico e por muito tempo, após a graduação, afastei-me, intencionalmente, de qualquer instituição psiquiátrica isolando-me, ingenuamente, como terapeuta ocupacional contratada pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), (tampouco muito diferente das instituições manicomiais) da região de minha cidade, dada a minha decisão em especializar-me na área mental.

Em 1996, entretanto, a profecia do supervisor se cumpriria. Em 13 de novembro desse ano, iniciei minhas atividades como terapeuta ocupacional no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto[3].

Nessa época, já me considerava curada dos males decorrentes do estágio em psiquiatria e decidira adentrar ao campo da saúde mental, após tanto tempo circundado e tangenciado, sem, contudo, assumir, definitivamente, que era nesse campo que realmente queria trabalhar.

Nesse período, conheci alguns profissionais que trabalhavam no hospital e que participavam do Movimento da Luta Antimanicomial, fundadores do núcleo de Ribeirão Preto, o que me animou a ingressar como profissional nessa instituição, sabendo que lá trabalhavam pessoas que estavam, efetivamente, lutando para a superação do modelo manicomial e pela criação de serviços substitutivos e extra-hospitalares no município de Ribeirão Preto.

Nessa época, inclusive, conheci a pessoa que seria então, minha futura orientara, a Profª Drª Toyoko Saeki da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, orientadora que me acompanharia em minha jornada acadêmica desde o mestrado, em 2004, até os dias atuais, no doutorado.

Sempre tive uma característica militante. Participar da Luta Antimanicomial repetia essa tendência incansável de sempre lutar para alcançar um mundo melhor, mais justo, humano e democrático. Além de eleger a primeira diretoria da Associação Loucos pela Liberdade[4], formada por colegas de trabalho, amigos de militância, hoje acalenta o processo de permanente luta por formas humanas de tratamento do portador de sofrimento psíquico, que marcou e marca toda a minha vida profissional.

Mas a frase do terapeuta ocupacional, supervisor do meu estágio, agora retornava algumas vezes à minha mente, tal como anunciara no término daquele estágio "Você vai ver!", e, agora, eu via. Ingressei como terapeuta ocupacional na unidade de agudos, setor masculino, do Hospital, para pacientes em estado de crise aguda do transtorno psicótico. Essa unidade guardava[5], ainda, muitas das características dos antigos manicômios, apesar de procurar trabalhar dentro dos princípios da reforma psiquiátrica, atuando como suporte aos

[3] Na época a instituição recebia o nome de Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto, passando à atual denominação a partir do ano 2000.

[4] Associação formada a partir da iniciativa de alguns membros da Luta Antimanicomial, núcleo de Ribeirão Preto. Trata-se de uma associação composta por usuários, familiares e profissionais da saúde mental, que tem, como objetivo, assessorar política e culturalmente o portador de sofrimento psíquico.

[5] No início de 2010 essa Unidade foi extinta, sendo criadas três unidades para quadro agudo dos transtornos mentais graves, mistas, apresentando programas assistenciais distintos conforme problemática apresentada pelos usuários.

serviços extra-hospitalares de saúde mental do município e região. Infelizmente, ainda, observávamos, nessa unidade de trabalho, uma demanda constituída por pacientes em fase aguda da doença, mas que apresentavam, em sua maioria, características de cronificação. Da mesma forma, os trabalhadores mostravam-se "cronificados" e burocratizados por tarefas que se sobrepunham aos cuidados e necessidades dos pacientes, como o uso de contenção física e química algumas vezes utilizada precocemente, precedendo uma tentativa de um manejo terapêutico face às agitações psicomotoras apresentadas pelo usuário. São exemplos, entre tantas outras manifestações, de atitudes cronificadas que negam escuta terapêutica àqueles que sofrem.

Em contrapartida, os serviços extra-hospitalares não cumpriam e não cumprem efetivamente a sua tarefa de substituir o recurso da internação integral hospitalar e o utilizavam, mais frequentemente do que o desejado, por apresentarem de forma reduzida atividades de reabilitação psicossocial e inclusão social. Dessa forma, víamos um processo contínuo de reinternações de alguns usuários da rede de saúde mental do município e região. Também víamos e ouvíamos muitos relatos de usuários e familiares que referiam a permanência de pessoas acometidas por sofrimento mental intenso em estado de exclusão da vida cultural e comunitária, apartadas das redes sociais e das relações humanas em seu território, distantes dos processos de trocas econômicas e de afetos, permanecendo, em muitos casos, destituídas de poder de contratualidade.

Essa realidade, então, me fez pensar que um estudo deveria ser efetuado para investigar, de forma sistematizada, a problemática, na expectativa de chegar a algumas propostas de resolubilidade e que ao mesmo tempo ajudasse os usuários, de serviços de saúde mental, em suas dificuldades psicossociais. Foi quando tive a idéia de realizar uma pesquisa no curso de mestrado, assim unindo por meio da pesquisa do mestrado, duas intenções: o estudo das condições que geravam a problemática apontada e a apresentação de uma proposta que sinalizasse para uma ajuda efetiva na superação da condição de exclusão social dessas pessoas. Portanto, a implementação, na unidade na qual trabalhava, do procedimento clínico e psicossocial representado pelo Acompanhamento Terapêutico pareceu-me vir ao encontro, privilegiadamente, desse anseio e desejo.

Meu interesse por esta prática terapêutica surgiu em 1994, quando iniciei um processo de capacitação nessa modalidade de prestação de cuidado, realizando cursos oferecidos por organizações e profissionais do campo da saúde mental que desenvolveram e construíram tal prática no Brasil. O Acompanhamento Terapêutico é uma função clínica que desenvolve e realiza sua prática fora dos espaços institucionais, utiliza os recursos sociais dos espaços

urbanos, dos serviços públicos disponibilizados à população em geral e procura concretizar a conexão da pessoa em sofrimento mental ou de outras ordens com o circuito social e cultural, promovendo ações que a incluam no sistema de trocas afetivas, simbólicas e materiais da coletividade, promovendo sua cidadania. Em outras palavras, esse procedimento terapêutico se mostrava como um verdadeiro dispositivo e valioso recurso para integrar estratégias de reabilitação psicossocial.

Com uma idéia na cabeça e, não uma câmera, mas um projeto escrito na mão[6] procurei, então, por uma pessoa que pudesse compartilhar muitas das orientações políticas e paradigmáticas relacionadas ao campo da atenção psiquiátrica, nos quais acreditava.

Assim, realizei a pesquisa de mestrado, a qual, além de apresentar um estudo da problemática na base dos processos descritos como facilitadores de internação hospitalar, apresentamos a proposta do Acompanhamento Terapêutico para integrar o projeto terapêutico do Setor de Agudos Masculino do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto. Essa modalidade terapêutica foi implementada efetivamente no programa de terapia ocupacional, mas com a intenção de ser extensiva a outros programas o exercício de tal atividade. Permaneci exercendo essa função, além de outras atividades relacionadas às ações terapêuticas ocupacionais na unidade de tratamento em questão. Atualmente, o Acompanhamento terapêutico é realizado nas unidades de agudos criadas a partir do início de 2010, e ainda se constitui em recurso valioso para prevenção de novas internações, para construção de vínculos e aderência ao tratamento nos equipamentos extra-hospitalares e para melhoria da qualidade de vida do usuário e ambiente sóciofamiliar.

Entretanto, segundo o estudo realizado, os problemas relacionados ao crescente aumento das reinternações psiquiátricas, observado no local da pesquisa, e a utilização intensa e acrítica desse recurso pelos equipamentos de saúde mental extra-hospitalares indicavam a ocorrência de problemas na rede de saúde mental do município de Ribeirão Preto, os quais também eram observados em outros municípios. Cogitou-se, então, a hipótese da existência de problemas intrínsecos ao funcionamento dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, gerados em seu funcionamento, na organização da própria rede, na forma de organização dos serviços e nas relações institucionais de cada serviço. Esses fatores sinalizavam para a importância de desenvolver um estudo cujo objetivo fosse dar continuidade à tarefa de diminuir a utilização do recurso da internação hospitalar desnecessária, prevenir processo de cronificação da doença mental nos casos de primeiros surtos e fortalecer os serviços

[6] Referência à célebre frase do cineasta Glauber Rocha, pela qual afirmava que fazer cinema era "ter uma idéia na cabeça e uma câmera na mão".

substitutivos de saúde mental, na construção efetiva da reforma psiquiátrica. Entretanto, tal estudo ultrapassava os objetivos delineados na pesquisa de mestrado e evidenciava a necessidade de um novo investimento acadêmico que viria a se concretizar neste estudo, agora apresentado.

Em estudo anterior (FIORATI, 2006), detectamos que os problemas nos serviços extra-hospitalares de saúde mental dificultavam a inclusão social do usuário ao não apresentarem opções de intervenções terapêuticas que investissem na formação e fortalecimento de redes sociais, atividades ocupacionais não protegidas para o usuário e em ações territoriais de remoção de barreiras ao desenvolvimento cultural e político do portador de transtornos psíquicos, o que gerava situações nas quais o usuário, diante de uma existência destituída de sentido, via-se frequentemente exposto a recidivas da crise psicótica.

Dessa forma, o embrião da pesquisa concretizado na atual investigação atual estava posto. Esse foi, então, o fundamento de nosso interesse em abordar o assunto proposto nesta tese de que problemas na constituição e funcionamento dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, substitutivos à atenção psiquiátrica hospitalar, os quais geravam algumas dificuldades na concretização dos objetivos da reforma psiquiátrica no sentido de apresentar opções de atenção e cuidado integrais aos usuários de saúde mental.

O recorte efetuado foi de centralizar o estudo no município de Ribeirão Preto atendendo a requisitos funcionais da pesquisa e os serviços selecionados seguiram a orientação de poderem proporcionar um estudo em dois tipos de modalidades de serviços extra-hospitalares de saúde mental, o que propiciaria um olhar crítico mais amplo. Esse tópico será abordado na próxima sessão, na qual nos propomos a focar essa temática em maior extensão.

Dessa forma, este trabalho apresentará no primeiro capítulo uma introdução ao tema central do estudo, buscando contextualizar a realidade que cerca os serviços extra-hospitalares de saúde mental. Também essa introdução se inicia, embasada em alguns estudos avaliativos de serviços de saúde mental de caráter extra-hospitalar, realizados em regiões diferentes do país, com uma discussão sobre algumas problemáticas observadas nessas pesquisas, as quais se assemelham àquelas que temos ressaltado no que diz respeito aos serviços extra-hospitalares de Ribeirão Preto. Além disso, apresentamos os pressupostos, objetivo geral e os objetivos específicos da pesquisa.

O segundo capítulo aborda o contexto histórico da emergência dos serviços extra-hospitalares de saúde mental como consequência das iniciativas de criação de novos equipamentos de cuidado e atenção às pessoas acometidas por sofrimento psíquico intenso na

perspectiva de substituírem as formas de tratamento psiquiátrico centradas no internamento hospitalar, no asilamento, na patologia e na abordagem médico-biológica. Também realiza breve contextualização da construção dos primeiros serviços extra-hospitalares no município de Ribeirão Preto, evidenciando a forma como, atualmente, alguns problemas se colocam no sentido de dificultarem a implementação de estratégias psicossociais nos serviços extra-hospitalares de saúde mental dessa cidade, as quais atenderiam aos objetivos preconizados pela reforma psiquiátrica e o modelo de atenção psicossocial.

No terceiro capítulo, apresentamos uma breve história da reabilitação no Brasil, contemplando desde o seu surgimento influenciado por incentivos de órgãos internacionais para criação de políticas públicas para a proteção social até a geração de uma nova concepção de reabilitação, a reabilitação psicossocial, apoiada nos princípios éticos, norteadores dos movimentos de desinstitucionalização psiquiátrica.

O quarto capítulo contempla o referencial teórico utilizado, fundamentado na análise filosófica de Jürgen Habermas e na Hermenêutica Dialética; o quinto capítulo relata o percurso metodológico trilhado. A abordagem metodológica escolhida foi a qualitativa, cujos instrumentos e técnicas selecionados para coleta de dados foram entrevistas semi-diretivas e grupos focais. Nesse capítulo realizamos uma discussão sobre as técnicas de coleta de dados utilizadas e referenciais para sua análise, descrevendo as etapas realizadas na pesquisa e abordando o desenvolvimento dos procedimentos de coleta de dados, dos locais do estudo, sujeitos selecionados para a investigação e os procedimentos éticos adotados.

No sexto capítulo iniciamos o processo de análise dos dados. Organizamos os temas emergentes das entrevistas em alguns eixos temáticos, a saber: organização do trabalho que remete à discussão sobre a tecnificação dos procedimentos terapêuticos, o centramento do trabalho na tecnologia médico-clínica e a precarização das relações de trabalho nos serviços selecionados para a pesquisa; o segundo eixo discute sobre a organização dos serviços, a qual contempla discussão sobre o projeto terapêutico, a organização das equipes e as ações terapêuticas; e o terceiro eixo analisa e interpreta as concepções sobre a reabilitação psicossocial e sua inserção no rol de atividades disponibilizadas nos serviços extra-hospitalares pesquisados. Ainda nesse capítulo desenvolvemos análise dos grupos focais, apresentamos discussão sobre as possibilidades de superação da dicotomia que envolve os procedimentos clínicos e ações de reabilitação psicossocial e ressaltamos a importância da realização de um estudo avaliativo na busca por soluções para as dificuldades presentes nos serviços extra-hospitalares de saúde mental da investigação, as quais se constituem em

obstáculos à implementação de ações de saúde dentro da perspectiva do modo de atenção psicossocial.

Finalizando, então, com nossas considerações finais, pelas quais procuramos não concluir, mas sinalizar possíveis caminhos para superação das problemáticas assinaladas no decorrer do trabalho.

Gostaríamos, entretanto, de registrar mais uma ocorrência nessa apresentação. Nos anos de 1997 e 1998, desenvolvi, juntamente com alguns outros profissionais um trabalho fotográfico no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto. Algumas fotos, inclusive, foram feitas pelos próprios usuários da unidade de agudos masculino em atividade de terapia ocupacional, e integram até hoje o acervo fotográfico da instituição. Isso é importante, pois registra que os percalços vivenciados por muitos de nós em uma instituição psiquiátrica nos moldes de uma organização manicomial são superáveis e a liberdade, enfim, pode ser vivida, desde que não percamos a esperança na espécie humana, nem desistamos do sonho de transformar e construir, coletivamente, um mundo melhor, mais justo, mais humano e mais democrático para todos.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Os serviços extra-hospitalares de saúde mental têm seu início e fundamento com base nos Movimentos de Reforma Psiquiátrica, no mundo e no Brasil. A partir das décadas de 50/60, na Europa Ocidental e Estados Unidos, e nas décadas de 70 a 90, no Brasil, há a criação de equipamentos, ferramentas e iniciativas cujas metas fundamentais eram substituir as formas de tratamento psiquiátrico apoiadas na estrutura anacrônica do manicômio e das alternativas de exclusão total do portador de sofrimento psíquico, apartando-o de seu ambiente sóciofamiliar e confinando-o em espaços restritivos com características de asilamento definitivo.

No Brasil, o Movimento de Reforma Psiquiátrica iniciou-se no final da década de 70 e seu maior desenvolvimento ocorreu nas décadas de 80 e 90, culminando com a criação dos primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência e Hospitais-Dia enquanto equipamentos de atenção psiquiátrica extra-hospitalares (AMARANTE, 1995).

A partir da apresentação, em 1989, no Congresso Nacional Brasileiro, do Projeto de Lei Nº 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado que, após tramitar onze anos no Senado, foi aprovada em abriu de 2001, a reestruturação psiquiátrica no Brasil passa a ser prevista com ênfase na substituição progressiva da atenção manicomial por novos dispositivos de tratamento e acolhimento na comunidade, fora das estruturas hospitalares.

Atualmente, os serviços extra-hospitalares de saúde mental formam uma rede importante na atenção psiquiátrica reestruturada e compõem as diretrizes centrais da política de saúde mental no país, apontadas pelo Ministério da Saúde e orientadas pela perspectiva da reforma psiquiátrica. Segundo Amarante (2007), essas diretrizes podem ser resumidas nas iniciativas de redução progressiva e gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos, garantia de assistência aos pacientes egressos dos hospitais, criação e sustentação da rede extra-hospitalar – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, centros de convivência, ambulatórios, programas de suporte social e defesa e promoção dos direitos humanos dos pacientes e familiares.

Nas duas últimas décadas a Reforma Psiquiátrica brasileira tem sido materializada por meio de portarias do Ministério da Saúde e pela constituição dos serviços extra-hospitalares visando adequar-se às orientações da política de saúde mental brasileira. Nesse processo, algumas noções adquiriram relevância tais como a concepção de trabalho interdisciplinar,

noções de acolhimento e escuta terapêutica, planos terapêuticos individualizados, reabilitação psicossocial e ações e parcerias construídas no território (AMARANTE, 2007).

As novas iniciativas que se concentram prioritariamente nos dispositivos extra-hospitalares buscam substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de atenção integral à saúde mental, conferindo maior resolubilidade, reduzindo a necessidade de internação hospitalar, intervindo nas situações que produzem exclusão e promovendo a inclusão dos portadores de sofrimento psíquico e, sobretudo, buscando qualificar a existência dessas pessoas.

Neste cenário, os serviços extra-hospitalares de saúde mental são criados em decorrência de um amplo processo de transformações que geram novos significados para um conjunto de ações e iniciativas que ocorrem simultaneamente nas áreas teórico-prática, técnico-assistencial, jurídica, sociocultural, política e ética na forma de lidar com o sofrimento psíquico. Em sua gênese, os novos serviços são, portanto, imbuídos de uma missão de operar as reestruturações no campo teórico-técnico, assim como criar novas formas de lidar com a diferença e com o sofrimento humano no âmbito ético e sóciopolítico (AMARANTE, 2007).

Entretanto, algumas questões se impõem a estas propostas: após anos de construção dessas novas iniciativas, os serviços extra-hospitalares de saúde mental cumprem as metas a que se propuseram ou as perseguem em seu processo ainda de constituição e estruturação? O que mudou nesses últimos anos de implementação das iniciativas da reforma psiquiátrica? Quais fatores surgiram que exigiram respostas ainda impensadas? Mas se responder a tais questões se constitui em intento demasiadamente complexo para esse trabalho pensemos em questões mais próximas: Como os serviços extra-hospitalares estão organizados? Como têm funcionado? Como os técnicos que neles trabalham têm elaborado seus programas e projetos terapêuticos? O que tem sido disponibilizado aos usuários desses serviços?

Segundo alguns trabalhos avaliativos referentes a Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) não há homogeneidade no processo de constituição, de estruturação e funcionamento desses serviços no que diz respeito às várias regiões do país (WETZEL, 2005; ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006; CAPSUL, 2008).

Wetzel (2005, p 20) assinala que, embora, os serviços extra-hospitalares tenham superado, em vários aspectos, o sistema asilar, alguns fatores, tais como as mudanças na sociedade, na legislação, na conformação das equipes e serviços, entre outros, interpõem-se como limitantes para que esses serviços operem, efetivamente, como substitutivos ao modelo hospitalocentrico. Esses fatores limitantes ocorrem porque os novos serviços convivem "pacificamente" com as instituições psiquiátricas tradicionais, dependendo esporadicamente

de internarem usuários em hospitais psiquiátricos, ou porque, mesmo sendo serviços que atuam na comunidade, na lógica de suas práticas ainda persistem condutas das práticas,de caráter asilar. Nas palavras da referida autora, muitos são os fatores que influenciam para que suas metas de substituição sejam retardadas:

> "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" (WETZEL, 2005, p.20).

Essa autora, ainda, ressalta que no novo paradigma que sustenta uma nova visão do objeto da psiquiatria, não há lugar para abordagem teórico-prática centrada na doença e em terapêutica meramente curativa com preocupação voltada exclusivamente para as manifestações sintomatológicas. Assim, destaca que, para o paradigma psicossocial de atenção aos indivíduos que sofrem psiquicamente o olhar centra-se no sujeito e em sua experiência existencial de sofrimento. Portanto, o objeto de intervenção torna-se mais complexo e carece, necessariamente, de ação interdisciplinar que busca transformar o sofrimento em formas de reinvenção de vida e subjetividade. Aquele velho objetivo técnico-terapêutico curativista de perseguição de solução-cura é substituído por estratégias psicossociais que enfrentam o problema através de percurso crítico constante sobre o próprio tratamento e intervenções interdisciplinares.

Leão e Barros (2008), em pesquisa realizada em um CAPS no município de São Carlos, interior do Estado de São Paulo, ressaltam para a presença de manifestações do modelo tradicional de psiquiatria nos serviços substitutivos. As autoras, com base na análise das representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção psicossocial e das possibilidades de inclusão social dos usuários, alertam para a predominância de visões dos profissionais sobre o sofrimento mental centradas ainda em um paradigma médico-biológico e assinalam que os CAPS tem enfrentando dificuldades no que se refere à reabilitação psicossocial por ainda enfatizarem os tratamentos clínicos e ambulatoriais e proporem, em proporção muito menor, ações de reinserção social.

Wetzel (2005), também, atenta para manifestações características do velho modelo de atenção em psiquiatria presentes nos CAPS. Primeiramente, a autora menciona o problema da "nova cronicidade", ou seja, um crescimento do número de pacientes crônicos que não sofreram institucionalização psiquiátrica, não nos moldes da manicomialização. Em outras

palavras, há um grupo de pacientes psiquiátricos que surgiu contemporaneamente, que vive na comunidade, mas que ainda permanece, em variadas condições, excluído socialmente. Também, salienta o fato de que para esse novo conjunto de usuários dos serviços de saúde mental, geralmente envolvendo pessoas portadoras de transtornos psicóticos graves, passa a freqüentar o serviço como fim em si mesmo, como os freqüentadores dos velhos hospitais psiquiátricos.

Os usuários, portanto, permanecem nos serviços sem um plano personalizado de tratamento, com uma identidade objetificada como casos "sem solução". Nessa condição as dificuldades e desabilidades são naturalizadas de forma semelhante a objetificação da doença desenvolvida pela psiquiatria dentro das instituições manicomiais, tal como a tradição basagliana denuncia (AMARANTE, 1996).

Wetzel (2005) aponta para a ritualização dos procedimentos terapêuticos em uma rotina de atividades que de meios acabam por se transformarem em fins e sobrepõem-se àqueles as quais deveriam se dirigir. Os atendimentos vão ocorrendo sem a participação efetiva do usuário que recebe passivamente o tratamento que lhe aplicam. Além disso, evidencia que há problemas relacionados tanto no que diz respeito à integralidade do sujeito quanto das ações. Quanto ao sujeito, a autora alerta para o fato de que, apesar dos profissionais se referirem ao usuário enquanto um "ser total" (p.189), essa noção é esvaziada, pois ninguém sabe exatamente o que isso significa. Como não há efetivamente uma integralidade das ações, de tal forma que vários profissionais referem-se a determinadas atividades que saem do padrão diário como "desvio de função" (p.200), retiram-se as possibilidades de um atendimento mais personalizado e ampliado. Finalmente, assinala que os serviços substitutivos não estão dando suporte real nas situações de crise e, portanto, não dispensam a internação hospitalar.

No município de Ribeirão Preto os serviços extra-hospitalares de saúde mental têm apresentado algumas dificuldades que, de diversas maneiras, se assemelham às referidas pelos autores acima mencionados.

Como ponto inicial há a forma segundo a qual esses serviços estão distribuídos no município e que não reflete uma equidade, proposta básica do Sistema Único de Saúde (SUS), de maneira que há uma desigualdade na oferta de serviços e possibilidades terapêuticas de acordo com as diferentes regiões da cidade e independentes das necessidades de saúde vivenciadas nos territórios. Por exemplo, em uma cidade, do porte de Ribeirão Preto, de aproximadamente 600.000 habitantes há um CAPS II que atende apenas a uma determinada região; as demais tem, como referências, equipamentos de caráter ambulatorial, cujas ofertas

terapêuticas são diferentes daquelas preconizadas pelas políticas de saúde e portarias do Ministério da Saúde para os CAPS, segundo as quais a integralidade dá relevância para a atenção psicossocial, além dos atendimentos clínicos.

Outra problemática observada diz respeito ao modo de organização dos serviços extra-hospitalares e à forma de relacionamento entre eles, apresentando dificuldades de se organizarem em rede (FIORATI, 2006).

De forma semelhante à questão relatada por Wetzel (2005), os serviços extra-hospitalares apresentam dificuldades para lidarem com o momento de crise do transtorno mental e não dispensam as internações hospitalares, funcionando, na prática, de forma complementar ao hospital psiquiátrico e não de forma substitutiva.

Os serviços, em sua maioria, disponibilizam aos usuários apenas atendimento médico-psiquiátrico e apresentam de forma limitada, alternativas terapêuticas diversas, segundo uma concepção de ampliação de possibilidades de cuidado, de atenção e de integralidade, tanto ao nível de organização dos serviços, quanto no ato terapêutico, propriamente dito. Há, portanto, uma carência de ações reabilitadoras compondo os projetos e programas terapêuticos nos serviços extra-hospitalares de saúde mental no município (FIORATI, 2006).

Quando esses serviços apresentam alternativas terapêuticas além da esfera médico-psiquiátrica, o fazem segundo uma lógica que reproduz pré-concepções valorativas que hierarquizam as diversas práticas em um sistema, ou seja, partindo da prática médica, as outras práticas decrescem em valor e investimento técnico e social.

Da mesma forma, como a prática médico-psiquiátrica mantém a centralidade das ações com relação às outras práticas terapêuticas relegando-as como ações de suporte ao tratamento médico-medicamentoso, é possível visualizar a carência de práticas com ênfase na reabilitação psicossocial dos usuários, que acaba sendo remetida à posição mais periférica das terapêuticas complementares, especializadas, mas não médicas. As estratégias de reabilitação psicossocial, embora, sejam preconizadas pelas próprias políticas de saúde mental como um recurso valioso na prevenção de um processo de cronificação da doença mental, evitando internações hospitalares, se constituem em uma ferramenta importante para a inclusão social do usuário, ainda que não recebam ênfase nos programas terapêuticos nos serviços, ou não sejam realizadas (FIORATI, 2006).

De que forma os serviços extra-hospitalares de saúde mental têm se constituído? Qual a oferta de práticas terapêuticas e como são desenvolvidas? De que forma as práticas reabilitadoras, que enfocam um modo de atenção psicossocial, estão inseridas no projeto terapêutico dos serviços pesquisados? Como os profissionais desses serviços concebem a

reabilitação psicossocial em termos da importância e investimento técnico e social dispensados a tal prática?

Na tentativa de responder a estas perguntas, realizamos a pesquisa em dois serviços extra-hospitalares do município de Ribeirão Preto: o Ambulatório Regional de Saúde Mental de Ribeirão Preto (ARSMRP) e o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II).

Importante ressaltar que outras questões, além das assinaladas até aqui, permeiam o estudo empreendido. A desestruturação social, presente em várias dimensões da vida desses usuários, é um fator importante que demanda maior atenção das equipes de saúde mental. Os portadores de transtornos mentais apresentam, frequentemente, uma dissociação e um distanciamento em relação ao processo social, permanecendo desvinculados das atividades e organizações oferecidas pela comunidade, como as de naturezas culturais, profissionais, de lazer, além de distantes das redes sociais de relacionamento interpessoal. Nessa condição, a desestruturação social se constitui em um importante fator desencadeante de episódios de crises. Ora, se esses fatores são tão importantes no processo clínico, então é de se supor que os projetos terapêuticos devessem considerá-los na elaboração de seus planos e ações (FIORATI, 2006).

Entretanto, o que se observa é que essa desvinculação generalizada em relação às dimensões do social apresentada pelos usuários, muitas vezes é justificada pelos técnicos como sendo uma característica intrínseca à doença.

Amarante (1996) relata a forma como os autores da tradição basagliana referem-se à doença mental como objetificação da identidade do sujeito enquanto doente e portador de determinados sintomas que, apesar de serem construídos institucionalmente, são considerados como sinais naturais da doença.

Em nome de certa classificação e determinação de causas para o transtorno mental, consideradas como mais ou menos reificadas pelos profissionais de saúde mental, determina-se uma certa desresponsabilização técnica frente ao problema. Esse sistema classificatório de causas imputa, sempre, aos próprios usuários e à sua família a responsabilidade pela doença e pelos fracassos no tratamento. Entretanto os projetos terapêuticos nunca são colocados em questão.

Desviat (1999) atenta para o fenômeno, mais ou menos presente em todas as regiões que empreenderam a desospitalização da loucura, que denomina de uma “nova cronicidade” e se reporta tanto às repetidas recidivas nas crises mentais quanto às estruturas dos serviços alternativos de tratamento mental, as quais ao desatrelarem-se de um compromisso com a

complexidade contribuem para o processo de cronificação do transtorno e suas manifestações, com um agravante, agora, a céu aberto, no território

Outro fator que se coloca como restritivo para um bom andamento do tratamento mental diz respeito às dificuldades familiares no manejo terapêutico do seu membro que adoeceu. Em muitos casos, a família do usuário, cansada e desesperada devido à falta de apoio generalizado, tenta, por via judicial, a internação permanente do paciente. No entanto, quando apoiadas e informadas, as famílias passam a somar esforços ao tratamento proposto. Frequentemente, os familiares relatam estarem sem recursos físicos e informativos para propiciarem um adequado e seguro cuidado ao paciente. Dizem tambem que, em alguns casos, nunca tiveram, em suas casas, uma visita domiciliar dos técnicos dos serviços onde fazem seguimento terapêutico (FIORATI, 2006).

Outro ponto de carência de cuidado detectado na pesquisa acima referida é a desvinculação do portador a qualquer dimensão organizada de rede social, o que, a nosso ver, demanda um processo de reabilitação que possa oferecer ajuda ao usuário de forma a capacitá-lo no sentido de poder aderir a uma rede social. Há necessidade de que conexões sejam construídas, disponibilizando vias de acesso a essas redes, o que só pode decorrer de um projeto de reabilitação que considere a complexidade dos casos e promova uma ação de reconstrução de um cotidiano para o portador de sofrimentos mentais.

Diante desse cenário, visualizamos que os serviços necessitam, preementemente, de um processo de reorganização que vislumbre, além das abordagens clínicas, uma maior preocupação com os aspectos psicossociais dos usuários, contemplando, assim, esses problemas detectados e que estão relacionados mais à sua condição existencial e social do que clínica, propriamente dita.

Toda essa problemática, a maioria delas detectadas durante a pesquisa de mestrado, demanda, sob nosso ponto de vista, uma retomada, por parte dos profissionais, de certo compromisso social com as reais demandas da clientela, e em consonância com as indicações éticas contidas nos objetivos da reforma psiquiátrica, as quais, com o passar do tempo e ingresso de novos trabalhadores, apartados dos processos de desconstrução manicomial, acabaram por se perder.

O que se observa, todavia, é que os tratamentos nos serviços extra-hospitalares selecionados para a pesquisa refletem uma característica de oferecer um projeto terapêutico no qual a ênfase está nos procedimentos clínico-medicamentosos e não nas ações voltadas para a atenção psicossocial.

Com relação a esse aspecto, estudos referem que as práticas reprodutoras da lógica fundada a partir dos saberes da medicina são mais valorizadas, técnica e socialmente, tanto pelos profissionais quanto pelos próprios usuários que passam a reproduzir as crenças e idealizações dos profissionais e do sistema de conhecimento que determina a racionalidade pela qual essas práticas vão ser legitimadas como detentoras de mais verdade que outras (PEDUZZI, 1998).

Assim, as ações relacionadas à reabilitação psicossocial ficam desvalorizadas nos serviços e condicionadas a possibilidades realizáveis ou não, mas, certamente, não tão necessárias quanto o tratamento psiquiátrico clínico-medicamentoso. Dessa forma, identificamos que o conjunto de estratégias envolvidas no processo de reabilitação psicossocial representa importante alternativa de cuidado ao portador de sofrimento mental, e, assim, deve constituir todo projeto terapêutico que considere as reais necessidades apresentadas pelos usuários dos serviços de saúde mental.

A reabilitação psicossocial mostra-se, portanto, como importante dispositivo de tratamento que preconiza a inclusão total do sujeito, em sofrimento mental e em desvantagem social, na sociedade e a restituição de seus direitos formais e subjetivos, assim como, a recuperação de sua cidadania, por meio de uma ação ética que valorize a dimensão sócio-histórica do sujeito.

Os autores que discorrem sobre a reabilitação psicossocial sinalizam para as práticas que a constituem como aquelas preconizadas pelos Movimentos de Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização da loucura. A perspectiva apontada pela reabilitação psicossocial é reposicionar o sujeito como centro do tratamento, secundarizando os sintomas e incluindo-o social e politicamente (SARACENO, 1999, 1998, 1996; PITTA, 1996).

Costa-Rosa (2000, p. 152), ao analisar o modo de atenção psicossocial em contraposição ao asilar, mostra que do ponto de vista do objeto de intervenção o modo psicossocial atribui toda a importância ao sujeito, mobilizando-o como principal participante no tratamento com vistas a sua autonomia. Como meio de trabalho, o modo psicossocial desloca-se do pólo "técnico-científico", característico ao modo asilar, e transfere-se para o "ético-estético", para o modo de atenção que valoriza o âmbito psicossocial. Portanto, no modo de atenção psicossocial as ações de cuidado priorizam a dimensão do simbólico (psíquica e sócio-histórica) do sujeito em contraposição à forma de tratamento centrada na dimensão do orgânico como era preconizado no modo de atenção característico ao modelo asilar.

Além disso, o autor refere que o modo psicossocial de atenção subverte as formas de organização institucional, as quais, de verticais ou piramidais, passam para um formato horizontal no modo de atenção psicossocial. Nas formas psicossociais de atenção há uma descentralização do poder, principalmente em relação à participação popular, com ênfase na criação de conselhos e co-gestão, assim como as relações que passam a ser dialógicas. O relacionamento com a clientela constrói novas formas de sociabilidade, nas quais o cliente sai de uma posição de interdição, tutorização, imobilidade e mutismo para alinhar-se a outra, de interlocução. Outro ponto importante salientado é a construção de projetos terapêuticos e ações interdisciplinares, a partir dos quais a equipe organiza-se democraticamente, valorizando todas as formas de desenvolvimento do sujeito cuidado.

Assim, esse trabalho apresenta o estudo realizado nos selecionados serviços extra-hospitalares de saúde mental, o Ambulatório Regional de Saúde Mental de Ribeirão Preto (ARSMRP) e do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), serviços extra-hospitalares de saúde mental no município de Ribeirão Preto por reconhecer a importância desses serviços no tratamento alternativo ao hospitalar.

O estudo, entretanto, não pretendeu avaliar os referidos serviços, mas identificar as formas segundo as quais esses serviços estão organizados, as concepções construídas por seus profissionais para explicar tal organização, quais práticas que escolhem para compor seus projetos terapêuticos e analisar como se insere a reabilitação psicossocial nesses projetos. Em momento algum esse trabalho pretende questionar a existência e a importância que esses serviços representam para a rede pública de saúde mental e para o cuidado ao portador de transtornos mentais. Temos a certeza de sua importância para atingir os objetivos da reforma psiquiátrica e também por serem sede de locais para tratamentos que pretendem a superação das formas manicomiais de tratamento psiquiátrico.

A nossa proposta, portanto, foi a de realizar uma investigação que identificasse os problemas que esses serviços tem apresentado e que representam alguns entraves aos tratamentos dos portadores de sofrimento psíquico no que diz respeito à integralidade das ações e recursos terapêuticos, possibilitando aos usuários acesso integral e com equidade tanto aos tratamentos clínicos quanto às ações psicossociais.

Esses aspectos, assinalados como o conjunto de problemas apresentados nos serviços, serão abordados segundo referencial teórico hermenêutico dialético de Jürgen Habermas. O primeiro aspecto tratado, tendo nesse referencial seu apoio teórico, relaciona-se à transformação da técnica e da ciência enquanto forças de coesão ideológicas em nossa sociedade e no campo da saúde o fenômeno apontado reflete a extrema ‘cientificização’ das

técnicas terapêuticas ao nível dos serviços em detrimento de outros enfoques que olhem para o sujeito (e não para a técnica, exclusivamente) por outros prismas que não aqueles preconizados pela ciência que, ao desvalorizar tais olhares, cria uma ritualização nas aplicações das ações terapêuticas, as quais são tratadas sob um ponto de vista que 'naturaliza' tais ações, de tal forma que, mesmo colocadas em cheque pelas reais necessidades da clientela, não são reavaliadas os profissionais. Outro aspecto importante, propiciado por este referencial é a proposta de uma racionalidade alicerçada prioritariamente em ação comunicativa e dialógica na base das construções coletivas e ações sociais, apresentando-se, portanto, como importante alternativa para produção de projetos terapêuticos e ações de saúde.

Assim, apresentamos os seguintes pressupostos: *os serviços extra-hospitalares tem disponibilizado aos usuários projetos terapêuticos pautados sobre modelo medicocentrado, com ênfase nos tratamentos psiquiátricos clínico-medicamentosos ao mesmo tempo em que as ações psicossociais voltadas para estratégias de inclusão social são secundarizadas nos programas. De acordo com esse funcionamento e assim organizados, os serviços em questão reproduzem uma lógica que se distancia dos objetivos da reforma psiquiátrica e contribuem para constituição de ações de saúde que se afastam de um projeto terapêutico baseado no modo de atenção psicossocial, apresentando aspectos residuais de um modo de atenção em psiquiatria característico do modelo de atenção asilar. Dessa forma há nos serviços pesquisados dois modos de atenção que, embora contraditórios, coexistem e mesclam-se às ações de saúde disponibilizadas pelos profissionais no cotidiano de seu trabalho. São eles: os modos de atenção psicossocial preconizados pelas propostas da reforma psiquiátrica e o modo de atenção asilar, modelo que se quer superar.*

No que diz respeito à constituição das equipes, a forma multidisciplinar é privilegiada e reflete poucas ações organizadas segundo a forma interdisciplinar. Assim, os atendimentos terapêuticos são desenvolvidos a partir do enquadramento das especialidades, apresentando poucas iniciativas de interlocução para constituição de projetos terapêuticos dialógicos e interdisciplinares. As ações terapêuticas mostram-se tecnificadas e centradas no núcleo de competência de cada profissão, reproduzem a tecnologia médica em suas próprias técnicas de trabalho e ao apresentarem um trabalho tecnificado, secundarizam as ações de reabilitação psicossocial.

Nesse sentido, esta pesquisa tem os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

- Analisar a forma como estão organizados os projetos terapêuticos dos serviços extra-hospitalares de saúde mental e como as ações de reabilitação psicossocial se inserem nos projetos terapêuticos dos serviços estudados.

Objetivos Específicos:

- Investigar a forma de organização dos dois serviços extra-hospitalares selecionados (o ARSM-RP e o CAPS II) da rede pública de saúde mental do município de Ribeirão Preto, como estão constituídos seus projetos terapêuticos e quais programas inseridos no projeto são disponibilizados aos usuários;
- Conhecer de que forma as equipes de profissionais se organizam e elaboram o projeto terapêutico do serviço;
- Interpretar as concepções que os profissionais constroem sobre a reabilitação psicossocial;
- Identificar a inserção da reabilitação psicossocial nos projetos terapêuticos dos serviços selecionados para o estudo;

Objetivos definidos, faz-se necessário, então, discutirmos a abordagem conceitual de dois termos utilizados frequentemente por nós e que se constituem em elementos importantes neste estudo. Os termos referidos são programa e projeto terapêuticos.

Quando utilizamos os termos programa e projeto o que estamos querendo dizer? Quais as diferenças e as relações entre esses dois termos? Sendo assim, fomos buscar propostas conceituais que contemplassem, pelo menos, um indicativo de uma definição para tais termos.

O caminho percorrido para se chegar minimamente a determinadas disposições conceituais desses termos mostrou-se difícil, considerando que não foram encontrados trabalhos científicos que propiciassem definições ou conceituações específicas dos termos. Empreendemos, portanto, uma busca por trabalhos que discutissem projetos e programas

terapêuticos, mesmo que não os definissem especificamente, e, a partir daí, procuramos inferir daí algumas disposições conceituais mínimas e provisórias dos termos em questão.

Inicialmente, buscamos por definições de programa e projeto em dicionário. Há varias definições para programa que vão desde os conteúdos apresentados nos meios de comunicação, repertório anunciado como intenções dos indivíduos nos partidos políticos, até diversão previamente planejada e dados contidos nos computadores, mas a definição que nos interessa é "plano, intento, projeto", ou "ações permanentes estabelecidas para atingir objetivos precisos". Já para projeto há as seguintes definições: "plano, intento, desígnio", "empresa, empreendimento", "plano geral" (FERREIRA, 1975, p. 1143 e 1144).

Tal situação nos leva a um primeiro entendimento desses termos como programa sendo uma apresentação específica de determinados conteúdos com objetivos e metas determinados, com uma formulação e com *modus operandi* estabelecido e normatizado e projeto como sendo a sinalização de um caminho a se atingir, com finalidades especificadas, objetivos gerais que se explicitam em um plano de esforços empreendidos para se criar produto, serviço ou determinados resultados (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

De acordo com texto de Merhy (2000), poderíamos inferir projeto terapêutico como sendo um plano geral no qual se formaliza uma determinada maneira de se promover a saúde compondo um certo modelo de atenção à saúde, a partir do qual se busca o encontro entre a capacidade de produzir certas práticas em saúde e o mundo das necessidades de saúde, fazendo desse encontro seu problema central de ação tecnológica e incorporando esses dois elementos aos seus objetos. No que diz respeito a programa terapêutico poderíamos inferir como sendo a apresentação de ações e práticas planejadas de forma a se viabilizar pragmaticamente o projeto terapêutico. Desta forma, o projeto terapêutico contém o programa ou programas.

Sendo assim, poderíamos acrescentar que, segundo essas construções conceituais o projeto terapêutico é um plano geral que reflete a filosofia norteadora do trabalho no serviço, as finalidades, missão e objetivos gerais, para que e a quem se destina, ou seja, o que caracteriza a maneira ou o modo de atenção e tratamentos à saúde disponibilizados por determinada equipe em determinado serviço, em determinado contexto e historicamente construídos. Com relação a programa terapêutico diríamos que se caracteriza por ser o repertório de ações e práticas organizadas de forma a se atingir determinadas metas e objetivos específicos direcionados a uma clientela específica que busca viabilizar determinados objetivos e fins, norteados pelo projeto terapêutico.

Da mesma forma, um projeto pode conter vários programas direcionados à clientelas com diferentes características contempladas pelo mesmo serviço. Por exemplo, um programa terapêutico, em determinados ambulatórios de saúde mental, que se destina a usuários portadores de distúrbios neuróticos, diferencia-se de um outro programa destinado a portadores de distúrbios psicóticos, entre outros. Assim como os CAPS, segundo diretrizes do Ministério da Saúde, apresentam três programas básicos destinados a usuários em estado variado do sofrimento mental, em caráter de atenção intensiva, semi-intensiva e não intensiva.

Neste trabalho, portanto, fundamentadas em Merhy (2000, p. 112), usaremos as definições de projeto terapêutico como sendo a disposição geral organizada em plano no qual se refletirá a maneira como no dia a dia os profissionais operam suas "caixas de ferramentas", compondo e atribuindo certo sentido às práticas de saúde que constroem e disponibilizam. Quanto a programa terapêutico, consideramos ser a planificação, disponibilização e aplicação prática da própria "caixa de ferramentas".

O Contexto da emergência dos serviços extra-hospitalares de saúde mental e o atual contexto

2 O CONTEXTO DA EMERGÊNCIA DOS SERVIÇOS EXTRA-HOSPITALARES DE SAÚDE METAL E O ATUAL CONTEXTO

Os serviços extra-hospitalares de saúde mental do Sistema Único de Saúde têm seu fundamento e organização a partir dos Movimentos de Reforma Psiquiátrica que se iniciaram na Europa e Estados Unidos em fins da década de 50 e incrementaram-se, principalmente, a partir da década de 60. No Brasil esses movimentos se iniciaram na década de 70, conhecendo seu auge nas décadas de 80 e 90.

Duas influências históricas geraram as condições que propiciaram o surgimento de movimentos sociais, reivindicando uma estruturação ética da sociedade apoiados nos valores de liberdade, direitos sociais, justiça, cidadania, entre outros. A primeira influência ocorre após duas guerras mundiais e a reestruturação dos países europeus com a redefinição das políticas sociais nos Estados Unidos e Europa, quando algumas questões econômicas, políticas, institucionais e éticas se impõem. Nesse ambiente de questionamento social e reordenação ética, os hospitais psiquiátricos ganharam a cena como foco de comoção social, ao serem comparados a campos de concentração, por se constituírem em espaços de exclusão, violência e confinamento compulsório.

Além disso, segundo Barros (1994), as políticas de bem estar social, a partir das quais, o Estado passa a centralizar o complexo de funções administrativas, desenvolvimento social e distribuição de recursos e assistência também influenciaram as reivindicações no sentido de se democratizar os espaços de tratamento do doente psiquiátrico. Com a consolidação dos direitos sociais, garantidos a todas as parcelas populacionais surgem as primeiras propostas de uma reforma dos espaços de exclusão, violência e iatrogenia em que se constituíam os hospitais psiquiátricos. Entretanto, a autora enfatiza que se estabelece uma contradição, pois com o advento do circuito do direito, tem-se, igualmente, o circuito da dependência e do assistencialismo marcando as novas iniciativas de abordagem a pessoa em sofrimento psíquico.

As propostas de reforma psiquiátrica surgiram já embasadas em um debate, no qual, de um lado, destacavam-se as propostas que privilegiavam as ações de reformas no interior das instituições hospitalares, no sentido de se minar as formas desumanas com que se revestiam as terapêuticas asilares e na tentativa de se criar formas mais humanizadas de tratamento psiquiátrico, remodelando-se as relações institucionais, sem, contudo, desmantelá-las; de outro, as propostas de desospitalização e desinstitucionalização, construídas no

processo de desmantelamento do modelo hospitalar de internação permanente do paciente psiquiátrico, e responsáveis pelo engendramento de serviços de atenção psiquiátrica que não retiravam o portador de transtornos psíquicos do convívio social com base em uma estrutura institucional extra-hospitalar (AMARANTE, 1995; BIRMAN E COSTA, 1994).

Dentre as diversas iniciativas de criação de serviços e estruturas que tentaram mudar a lógica manicomial surge a proposta italiana de desinstitucionalização que a partir das experiências anteriores, principalmente, das comunidades terapêuticas, propõe a superação das propostas que apenas focavam a reforma do espaço asilar. A experiência italiana, rapidamente, passa a confrontar o hospital psiquiátrico, os modelos das comunidades terapêuticas, da psicoterapia de setor e institucional e do modelo preventivista americano. No entanto, preserva dessas propostas o princípio da democratização das relações entre os atores institucionais e a idéia de territorialidade[7] (BARROS, 1994).

Dessa forma, vemos que a partir da experiência italiana a noção de território e atenção na comunidade vai estruturar-se de forma mais efetiva e no que diz respeito às novas formas de organização institucional a noção de território como campo de intervenção e atenção à saúde mental vai adquirir importância central e constituir elemento importante norteador dos projetos terapêuticos dos serviços extra-hospitalares de saúde mental.

O processo italiano ao distanciar-se dos modelos anteriores, desenvolve dois eixos, por meio dos quais orienta o projeto teórico-prático de transformações das abordagens de tratamento psiquiátrico: a desconstrução dos saberes e dos mecanismos de legitimação social da doença mental e as intervenções sobre essa condição humana, segundo uma perspectiva de enfrentamento político, e ao mesmo tempo, a ação voltada para a desmontagem do hospital psiquiátrico. Isto é, o projeto de desinstitucionalização italiano propõe a condução do esforço transformador sob o prisma de uma luta política para mudar a forma pela qual a loucura é objetivada pela sociedade e pelo saber médico-psiquiátrico, ao mesmo tempo em que preconiza a desconstrução do manicômio e a construção social de dispositivos de tratamentos em liberdade, colocando o sujeito em sofrimento no foco central dos cuidados e atenção e retira de cena a doença, objetivada e reproduzida pela instituição, pelo saber psiquiátrico e pela prática técnica exclusora e violenta. Na Itália, a reformulação da atenção psiquiátrica inaugura os Centros de Saúde Mental, serviços eminentemente extra-hospitalares, os quais

[7] A noção de território advinda da tradição do movimento de desinstitucionalização italiano é pertinente à possibilidade da oferta de atenção a portadores de sofrimento psíquico desenvolvida em espaços extra-muros e desinstitucionalizados, utilizando recursos comunitários como instrumentos terapêuticos, com vista ao desenvolvimento vital do sujeito, sem retirá-lo de seu contexto sóciocultural (BARROS; LOPES; GALHEIGO, 2007)

vão exercer importante influência para a construção dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil (GOLDBERG, 1994).

A discussão e o debate sobre as condições do tratamento psiquiátrico tradicional e as propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria chegam ao Brasil na década de 70. Tem-se, portanto, o processo histórico de formulação crítica e prática com o objetivo de reformulação de estratégias e o questionamento do modelo tradicional e manicomial de tratamento mental como o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica.

A psiquiatria brasileira passa por vários modelos entre o segundo pós-guerra e os anos 70. Esse período inicia-se marcado por um processo, no campo psiquiátrico, em que a medicina higienista com seu projeto de medicalização do social e sua vertente psiquiátrica caracteriza-se por desempenhar uma ação técnico-científica de poder disciplinar que auxilia o Estado na organização das instituições, no espaço urbano, como dispositivo de controle político e social em uma ação de higiene moral (BIRMAN, 1978, 1980).

Outras experiências mesclam-se influenciadas pelos projetos de reforma baseados nos modelos franceses, ingleses e norte-americanos e no início dos anos 70, a psiquiatria preventivista ganha espaço nos modelos brasileiros de atendimento e assume o lugar do arcaico projeto de prevenção higienista de controle disciplinar das condutas; é lançado o projeto da promoção da saúde mental, que balizou algumas experiências, inclusive sob a coordenação de projetos governamentais, em São Paulo, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro (AMARANTE, 1995).

O movimento de reforma psiquiátrica no Brasil, a partir de críticas que surgem, principalmente ao modelo preventivista, passa a apoiar-se, então, não apenas na crítica conjuntural ao sistema nacional de atenção psiquiátrica, mas alinha-se aos movimentos políticos e sociais de reivindicação pelos direitos democráticos. A movimentação político-social que mobilizava a sociedade na busca pela redemocratização do país, alinha-se ao Movimento de Reforma Sanitária, responsável, na década de 80, pela elaboração da proposta e implementação do Sistema Único de Saúde. Assim, a partir do final da década de 80 para os anos 90, o Movimento de Reforma Psiquiátrica alinha-se às propostas de desinstitucionalização da loucura e dos aparatos teórico-práticos do modelo hospitalocentrico, investindo na construção de equipamentos extra-hospitalares de atenção comunitária aos portadores de sofrimentos psíquicos (AMARANTE, 1995).

A partir da apresentação do projeto de lei do Deputado Paulo Delgado e das adaptações formuladas, principalmente com a elaboração e vigoração da Lei Federal sobre Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216 de abril de 2001) a reforma psiquiátrica passa a balizar as

diretrizes nacionais das políticas públicas de saúde mental, dispondo sobre a proteção e os direitos da pessoa portadora de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial no Brasil. Com base nas diretrizes de reforma psiquiátrica, foram implementados os primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como equipamentos que tinham como missão substituir o hospital psiquiátrico e fornecer atenção integral ao portador de transtornos mentais. Ao mesmo tempo, ocorrem progressos concretos nas formas de atendimento psiquiátrico, tais como redução do número de leitos nos hospitais, crescimento dos serviços ambulatoriais, hospitais-dia, centros de convivência e outros recursos (BRASIL, 2004; AMARANTE, 1995).

No Estado de São Paulo, na década de 70 do século XX, iniciativas são desenvolvidas no sentido de se organizar um atendimento descentralizado em saúde mental e de prevenção à hospitalização, ligadas às diretrizes de políticas estaduais vinculadas ao Programa de Regionalização da Assistência da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo (LANCETTI, 1989; SAEKI, 1994).

Na capital do Estado, iniciativas direcionaram-se para criação do Projeto de Ações Integradas de Saúde Mental na Zona Norte do Município de São Paulo, em 1982, no qual foi vivenciada uma gestão democrática de um projeto público de saúde mental em que foram implementadas equipes de saúde mental em Unidades Básicas de Saúde e Ambulatórios de Saúde Mental nessa região. Esses serviços reformulando seu modo de atenção nos moldes coletivos visavam à redução das taxas de internações hospitalares e reinternações (CESARINO, 1989).

Além disso, apesar do retrocesso seguido na atenção psiquiátrica, com o desmantelamento dessas iniciativas, fruto de ataques reacionários devido à mudança política no governo estadual, é inaugurado, em 1987, o Centro de Atenção Psicossocial "Professor Luiz da Rocha Cerqueira", com proposta de funcionamento vinculada às diretrizes preconizadas pelos movimentos de reforma psiquiátrica (YASUI, 1989).

O município de Ribeirão Preto presenciou o início do Movimento de Reforma Psiquiátrica a partir da década de 80, influenciado, principalmente, nesse momento, pelo modelo preventivista norte-americano. Porém, em meados de 90 incrementam-se os primeiros equipamentos da rede pública de atendimento e cuidado em saúde mental, em consonância com as preconizações dos movimentos de reforma psiquiátrica mundial e brasileiro e criam-se os serviços extra-hospitalares de tratamento em saúde mental. Nesse momento, cresce a influência das idéias provenientes da tradição basagliana, incentivadas, principalmente, pela experiência santista, que se colocavam na vanguarda em termos de propostas da

desinstitucionalização nos moldes da psiquiatria democrática italiana (ZERBETTO; ALENCASTRE; SAEKI, 1999).

As mudanças em consonância com as preconizações dos movimentos de reforma psiquiátrica no município iniciaram-se, na década de 80, fundamentalmente, no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto[8], sob a influência da Política de Saúde Mental do Estado de São Paulo, por meio do Programa de Regionalização da Assistência da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo (SAEKI, 1994).

O Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, que na época chamava-se Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto, constituía-se no principal equipamento de atendimento psiquiátrico da região e funcionava segundo a lógica manicomial, que, até então, monopolizava os modelos de tratamento. Alguns funcionários, nesse momento engajados em certas manifestações locais do movimento de reforma psiquiátrica iniciam, timidamente, algumas mudanças nesse hospital, e embasados por objetivos humanizadores, implantam alguns projetos embrionários de ressocialização para os pacientes (ZERBETTO; ALENCASTRE; SAEKI, 1999).

Em 1993 é criado o Núcleo de Luta Antimanicomial de Ribeirão Preto, o qual se mostrou extremamente importante na mobilização, levando à conquista da lei Municipal de Reforma Psiquiátrica de Ribeirão Preto e à realização do I Encontro Estadual do Movimento, evento preparatório para o Encontro Nacional. Em 1995, também em Ribeirão Preto, é criado o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS)[9], com a missão de colocar-se enquanto equipamento substitutivo às internações psiquiátricas. Em 1996, cria-se o Núcleo de Atenção Psicossocial para pacientes fármaco-dependentes (NAPS-F)[10] (ZERBETTO; ALENCASTRE; SAEKI, 1999).

Na cidade de Ribeirão Preto, as transformações no modo de atenção psiquiátrica e a criação de alternativas ao modelo asilar de tratamento ocorreram lentamente, com poucos serviços extra-hospitalares, concentrados em poucas regiões do município, e, ainda, apresentando problemas relacionados à transposição de manifestações manicomiais de relacionamento institucional para esses serviços que deveriam, justamente, se colocar como substitutivos a esse modelo. Além disso, os participantes do movimento de reforma psiquiátrica na região, apesar de reproduzirem o discurso desinstitucionalizante, eram, na

[8] Esse hospital fundado em 1944, como já mencionado, sob a denominação de Hospital Regional de Insanos, na década de 90 passa a se chamar Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto e a partir do ano 2000 a Instituição recebe o nome atual Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto.

[9] Atualmente esse serviço recebe a denominação de Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II).

[10] Atualmente esse serviço recebe a denominação de Centro de Atenção Psicossocial para dependentes de álcool e drogas (CAPSad).

realidade, flagrados mantendo, em suas práticas profissionais diárias, ações de cunho manicomial (ZERBETTO; ALENCASTRE; SAEKI, 1999).

Os serviços extra-hospitalares de saúde mental são criados, portanto, para cumprirem missão ético-política no panorama da reestruturação da atenção psiquiátrica no país, atendendo aos objetivos centrais do novo modelo, ou seja, a substituição do modelo hospitalocentrico pelo de atenção psicossocial, de caráter extra-hospitalar ao priorizar o tratamento na comunidade, utilizando os recursos territoriais para articular o portador de sofrimento à vida, entendendo que o próprio tratamento clínico não se dissocia dos cuidados psicossociais, mas que todas as iniciativas, que respondam as necessidades do usuário, estejam integradas no projeto terapêutico do serviço e no plano terapêutico individual.

Costa-Rosa (2000) refere-se à importância do projeto interdisplinar na construção de projetos terapêuticos segundo um modo psicossocial de atenção em saúde mental. Por meio do conceito de alternatividade, define alternativo como aquilo que se contrapõe a outra coisa na forma de uma contradição, propõe como alternativos, porque são contraditórios entre si, os modelos de atenção asilar e o psicossocial. Assim, insere o conceito de paradigmas para designar essas duas formas distintas e concorrentes pelas quais se mostram os dois modelos contrapostos de atenção e cuidado no campo da saúde mental: o modo de atenção apoiado no asilamento em hospitais psiquiátricos das pessoas acometidas por sofrimento mental e o modo de atenção apoiado sobre ações que se voltam para e se realizam no campo psicossocial. Nessa visão, o paradigma psicossocial substitui integralmente o antigo asilar, pois em todos os seus aspectos esse novo paradigma se contrapõe ao antigo. Um dos pontos ressaltados é a integralidade das ações e do sujeito como elemento central constituinte do paradigma psicossocial na atenção em saúde mental.

O contexto atual, contudo, nos mostra que não houve substituição integral do paradigma conservador representado pelo modelo centralizado na atenção médico-biológica, presente, sobretudo, no modelo asilar, pelo modelo psicossocial, representante do processo de transformação paradigmática operada a partir das propostas de reformulação da atenção psiquiátrica.

Em estudo anterior, realizado por nós, um dos aspectos detectados e que se constitui em dificuldade importante na inserção social dos usuários, foram alguns obstáculos encontrados na rede de serviços públicos de saúde mental do município e região, os quais coincidem com alguns dos aspectos apontados pelos estudos anteriormente citados. Identificamos manifestações nas relações institucionais dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, de elementos característicos de um modo tradicional de atenção psiquiátrica e

escassez de ações de inclusão social dos usuários e de intervenção no território (FIORATI, 2006).

A forma de organização dos serviços mantém uma hierarquização dos tratamentos, os quais, por sua vez, permanecem apoiados em extrema tecnificação e mantidos inquestionavelmente em detrimento de ações que assistam mais integralmente aos portadores de sofrimento psíquico, por meio de novas possibilidades e estratégias correspondentes às necessidades reais apresentadas por alguns usuários, que constituem os casos mais graves e mais complexos. Também evidenciamos posturas profissionais que refletem resquícios de modelo anacrônico de atenção psiquiátrica.

Um dos problemas mais comuns ligados a determinadas condutas habituais dos técnicos é o processo de culpabilização das famílias, por meio do qual as famílias passam a ser responsabilizadas pelo surgimento do transtorno e pelos insucessos do tratamento. Às famílias e aos usuários são imputados os fracassos, abandonos de tratamento e a não aderência ao mesmo; não vemos análise alguma que proponha, ou ao menos lance a hipótese, de que esses fracassos, abandonos e a não aderência aos tratamentos possam decorrer das estratégias escolhidas pelos serviços, que não abordam a problemática em toda a sua complexidade e não conseguem organizar o conjunto de suas intervenções, de forma a contemplar a integralidade das ações em saúde.

Melman (2001) confirma essa mesma tendência de culpabilização em relação às famílias em um serviço extra-hospitalar, na cidade de São Paulo. O autor aponta para a formação da família nuclear moderna e burguesa como origem dessa prática, na medida em que essa instituição passa a concentrar todas as funções de construção de sociabilidade dos seus membros.

Costa (1983) refere-se à formação da família brasileira moderna diante da constituição do Estado capitalista no país, ressaltando que, nesse processo, os equipamentos pedagógico-terapêuticos cumprem a importante função, face às novas necessidades de consolidação desse Estado capitalista, de imputar às famílias um conjunto de normatizações e intervenções disciplinares, para a construção de um modo de sociabilidade exigido por essa nova organização social.

De qualquer forma, nos serviços extra-hospitalares por nós visitados, as famílias e os usuários dos serviços de saúde mental estão expostos a um persistente processo de culpabilização, ao qual as instituições de saberes e práticas atuais sobre saúde e doença dão continuidade.

Nessa perspectiva, ao processo de culpabilização das famílias e usuários, vincula-se um outro: o da desistência dos técnicos de saúde de investirem em um plano terapêutico para o paciente, segundo uma atitude de desresponsabilização frente à impotência curativa e de salvaguardarem suas próprias auto-estimas profissionais e suas fantasias de controle e certezas técnicas inabaláveis.

Desviat (1999) atenta para essa questão quando aponta para um processo de cronicização dos novos serviços em saúde mental os quais, embora, tenham a proposta de substituírem a forma asilar de tratamento, transpõem para sua organização institucional, algumas das características dessa ultrapassada forma de cuidado em saúde mental Ressalta que essa desresponsabilização dos técnicos frente às complexidades e aos casos mais graves acaba por encobrir a impotência terapêutica diante da falência do ideal curativista do modelo médico-medicamentoso, centrado na enfermidade.

Marazina (1997) menciona algumas das observações realizadas em um serviço extra-hospitalar da rede de saúde mental do Município de São Paulo, onde esteve presente como supervisora. As observações são em relação ao sofrimento da equipe técnica quando não pode ancorar-se em suas convicções clínicas nas situações em que a realidade de alguns casos tende a desmentir sua validade universal. Relata como a relação intersubjetiva com o paciente pode tornar-se ameaçadora, quando o espaço ou a circunstância não oferecem mais o continente dos vínculos codificados, procedimentos cristalizados e ritualizados e certezas técnico-científicas. Isso, frequentemente ocorre quando as intervenções técnicas têm que sair do espaço interno dos serviços e transferir-se para o território.

A noção de território é importante para esse estudo, pois, como mencionamos anteriormente, vai se constituir em elemento central norteador das ações de saúde nos serviços extra-hospitalares com base nas preconizações da reforma psiquiátrica e das diretrizes da reestruturação na atenção psiquiátrica. A noção de território chega ao campo da saúde mental por duas vias. A primeira como estratégia apontada nos projetos da reforma sanitária a qual, segundo Mendes (1994) e Campos (1997), forma a questão central em torno da qual se articulou a luta pela implantação de uma rede eficaz de unidades básicas de saúde fundamental para elevação do padrão sanitário da sociedade brasileira e como garantia de oferta permanente de serviços básicos de saúde. Para tanto, esses serviços precisavam localizar-se o mais próximo da população, assumindo o setor público a responsabilidade de conhecer e resolver os problemas de saúde de cada comunidade/território ao entender responsabilização como uma atitude para além das atividades curativas, mas enquanto

compromisso em compreender e responder integralmente às necessidades epidemiológicas e sociais de uma comunidade inserida em determinado território/contexto.

A segunda via é por meio do movimento de desinstitucionalização italiana, cujos preceitos exerceram grande influência nos fundamentos dos serviços extra-hospitalares brasileiros. Segundo essa perspectiva, a responsabilidade na assistência envolve, entre outros aspectos, a valorização da demanda em que a pessoa é percebida como sujeito de direitos, de saber e de desejos, daí decorrendo o imperativo ético de não se hierarquizar necessidades, exigindo busca de estratégias de acolhimento integral das necessidades dos usuários em seu contexto (BARROS; LOPES; GALHEIGO, 2007).

Decorre dessa via a relevância que assume para as ações e estratégias da reabilitação psicossocial a noção de território. O território constitui campo principal de ação da reabilitação psicossocial. Saraceno (1998) assinala que restituir a contratualidade de cidadão é romper com a dicotomia entre tratamentos, serviços e contextos. A reabilitação psicossocial constitui a própria variável e a ponte fundamental entre o serviço, o sujeito e contexto, por meio da pesquisa e da busca permanente de recursos na comunidade.

Dessa forma, entende-se território como espaço que transcende a mera demarcação geográfica, embora ainda seja geograficamente determinado, entende-se território como espaço construído historicamente, com relações socioeconômicas e culturais constantemente criadas e renovadas, como espaço de produção de sentidos, de diferentes maneiras de viver, trabalhar, realizar intercâmbios culturais (BARROS; LOPES; GALHEIGO, 2007).

Nos serviços extra-hospitalares, em face de tendência observada em alguns estudos como o de (WETZEL, 2005 e de LEÃO, 2006) não se tem privilegiado o território como campo de atuação e desempenho de funções e ações psicossociais. Ao contrário, as equipes tem desempenhado prioritariamente suas funções nos espaços interiores ao serviço e desprezado os espaços da comunidade.

Wetzel (2005 p.192) propõe o termo “encapsulados” para designar a condição em que se encontram tanto usuários quanto profissionais de um CAPS, no qual desenvolveu uma pesquisa avaliativa. Ao referir-se a esse termo, a autora salienta o fato de que os usuários permanecem no CAPS por tempo indeterminado sem plano terapêutico individualizado e sem uma data estimada para alta; os profissionais, por sua vez, não desenvolvem projetos para ‘desencapsular’ (termo nosso) esses usuários, ou seja, há uma carência de projetos que atuem para fora do CAPS, ao mesmo tempo em que o projeto terapêutico institucional vê o próprio CAPS como fim terapêutico em si mesmo.

Leão (2006) realiza observação semelhante em relação a um CAPS no município de São Carlos. Essa autora aponta para o fato de que os profissionais desse serviço privilegiam as intervenções no espaço interno do CAPS e não desenvolvem de forma concreta projetos em parceria com a comunidade, concebendo o próprio CAPS como instrumento de inclusão social, em si mesmo. Dessa forma, alerta para a carência de projetos que demarquem ações de reabilitação psicossocial e assinala um fato interessante a partir do qual os profissionais eliminam essa lacuna delegando a função de sair da instituição para projetos em parceria com a comunidade, a estagiários, não a encarando, portanto, como função dos profissionais.

Ao mesmo tempo em que os estudos sinalizam para a escassez de estratégias de reabilitação psicossocial nos serviços extra-hospitalares de saúde mental chama-se a atenção para o fato do projeto terapêutico dos serviços ser organizado de forma a privilegiar o tratamento clínico médico-psiquiátrico em relação às ações de reabilitação psicossocial. Com base em outros estudos, aos quais nos referiremos, vemos que essa observação tem a ver com as relações interprofissionais e a interdisciplinaridade das ações terapêuticas nos serviços.

Da perspectiva das relações institucionais, esse aspecto soma-se aos já apontados como presentes nos serviços extra-hospitalares e que perpetuam relações burocráticas e institucionalizantes, típicas de um modelo de tratamento psiquiátrico e de relações institucionais arcaicos. As relações intersubjetivas nos serviços reproduzem um tipo de relação verticalizada, tanto no que diz respeito à relação terapeuta-paciente, como entre os próprios técnicos, refletindo, portanto, uma forma hierárquica e valorativa de relacionamento entre a equipe, no qual o médico ocupa o topo da estrutura e os demais profissionais vão ordenando-se em ordem decrescente, conforme o grau de prestígio atribuído a cada profissão na escala social das legitimações científicas conferidas pelo imaginário social hegemônico.

Essa tendência de organização institucional do trabalho hierarquizada valorativamente é apontada como algo recorrente em estudo realizado em equipamentos de saúde em uma região da cidade de São Paulo, na forma de organização do trabalho da maioria das equipes dos serviços de saúde (PEDUZZI, 1998). Isso nos remete a tendência, presente nos serviços extra-hospitalares de uma certa territorialização das identidades profissionais, em detrimento da interdisciplinaridade dos saberes e práticas, na constituição coletiva dos projetos terapêuticos (FIORATI, 2006).

Acresce-se que as equipes de saúde mental, em sua maioria, centram suas ações no modelo biomédico, com ênfase no tratamento dos sintomas, orientado, sobretudo, para as psicopatologias, em detrimento do sujeito e seu sofrimento. A organização das equipes também apóia-se em uma forma multidisciplinar, a partir da qual os vários tratamentos são

aplicados aos usuários de modo fragmentado, em detrimento da maneira interdisciplinar de saberes e ações como preconizam os projetos da reforma psiquiátrica para a construção de formas mais democráticas de tratamento em saúde mental (FIORATI, 2006).

Em Ribeirão Preto, os serviços extra-hospitalares nunca cumpriram integralmente com os objetivos declarados da reforma psiquiátrica brasileira, pois, na prática, não se colocam exatamente como serviços substitutivos à internação hospitalar. Além disso, nunca dispensaram as internações psiquiátricas hospitalares e todos (hospital e serviços extra-hospitalares) funcionam de forma complementar, em todos eles, em caso de crise aguda do transtorno mental, os usuários são encaminhados para a internação integral. Após a alta hospitalar os mesmos são re-encaminhados ao serviço de origem (ZERBETTO; ALECASTRE; SAEKI, 1999; FIORATI, 2006).

Os usuários ao obterem a alta hospitalar, saem com o encaminhamento para o serviço no qual já fazem seguimento, ou em caso de primeira internação, são direcionados ao serviço ambulatorial de saúde mental que pertence à região do município onde residem.

A existência de unidades de internação hospitalar em hospital psiquiátrico para casos agudos não é questionada e, inclusive a rede de saúde mental incorporou essa disposição funcional dos serviços, organizando-se de forma complementar.

Os serviços públicos de saúde mental, que recebem os pacientes egressos, em sua maioria, das internações hospitalares, garantem as consultas, os retornos médico-psiquiátricos e a medicação e oferecem de forma limitada, outros recursos terapêuticos descentrados da ação médica.

Isso gera conseqüências. A primeira e a mais visível é o aumento do número de internações hospitalares. Isto é, os pacientes, ao ficarem desassistidos, entre um retorno médico e outro, freqüentemente abandonam o tratamento, aumentando a probabilidade de recidiva na crise, e a chance de uma nova internação hospitalar. A outra conseqüência, relacionada a anterior, é o aumento do número de pacientes que são reinternados constantemente, em um circuito de um 'ir-e-vir' entre o serviço ambulatorial e o hospital.

Rotelli; Leonardis; Mauri (1990) atentam para o processo de *Revolving door*, ou "porta-giratória", processo que decorre da falta de atenção integral aos portadores de transtornos mentais, levando-os a permanecerem em um movimento circular entre vários serviços de saúde mental, incluindo hospitais.

A condição sob a qual os usuários dos serviços de saúde mental acabam se encontrando é semelhante a um inseto preso em uma teia, estão restritos a uma única realidade, construída sobre o trajeto hospital-serviço e vice-versa, tal condição é propiciada

pelo fato de que os usuários dos serviços não têm acesso a tratamentos integrais que lhes permitam a ele desenvolver seus potenciais de construção de autonomia.

Outra conseqüência é o aumento das internações judiciais. As famílias, culpabilizadas, destituídas de uma assistência mais próxima que os ajude no cotidiano, com seu ente familiar adoecido e ainda sem recursos para administrarem o tratamento no domicilio, apelam ao sistema judicial para garantir a internação do portador do transtorno.

Vários autores (Melman, 2001; Kinoshita, 1996; Mangia e Nicácio, 2001), entre outros enfatizam a necessidade de qualquer serviço de saúde mental organizar um projeto de reabilitação que contemple uma construção de um cotidiano, com base na recuperação, no sujeito, de sua função de se autodeterminar, de inserir-se histórica e culturalmente e estabelecer sua cidadania.

Cabe, então, indagar quais problemas há hoje nos serviços que têm dificultado a construção de projetos integrais de assistência ao portador de sofrimento psíquico? Quais fatores interferem na organização dos serviços, a qual têm se mostrado medicocentrada e protelando ações psicossociais?

É nesse sentido, que identificamos a necessidade e a importância dessa investigação que se propõe a conhecer e compreender, nos serviços públicos de saúde mental, o contexto atual de trabalho, sua forma de organização, assim como, evidenciar a existência, nesses serviços, de construção de projetos que incluam a reabilitação psicossocial e qual a perspectiva e concepção que os vários técnicos de saúde tem ou constroem sobre essa estratégia.

Um breve histórico da reabilitação psicossocial no Brasil

3 UM BREVE HISTÓRICO DA REABILITAÇÃO NO BRASIL

Quando pensamos em reabilitação é impossível não atrelar seu conceito à idéias de habilitação de condutas visando atender a padrões normativos de comportamentos e à normalização das capacidades sinalizando para um ideal de independência produtiva. Pensamos em re-capacitar alguém que, por algum motivo, perdeu a capacidade frente a requisitos sociais necessários à reprodução material da vida ou, simplesmente, frente a requisitos de sobrevivência. Entretanto, re-capacitar alguém inclui, implícita ou explicitamente, uma intervenção que execute um caminho para que essa pessoa reproduza, da melhor forma possível, o padrão das condutas dominantes socialmente dadas, em termos físicos ou mentais. Quando estamos frente a pessoas que se encaixam nas camadas envolvidas com problemas sociais, é fácil seguir o caminho que inclui os sistemas de normas como referencial e alvo a serem atingidos, com base nas arcaicas visões de reabilitação.

Ao mesmo tempo, a noção de reabilitação nos remete à questão da inclusão no trabalho e à discussão social dessa instância das produções humanas em correspondência ao estado atual do sistema capitalista de produção econômica e social.

Embora não formulasse a questão como reabilitação, o Tratamento Moral Pineliano nos remete a um ponto demarcador do início de uma concepção ideológica que visualiza o trabalho como recurso terapêutico e normalizador sobre as condutas irracionais da loucura.

Segundo Medeiros (2003), o Tratamento Moral insere-se na base das concepções fundamentais, motivadoras da criação de profissões cuja função original era promover ações reabilitativas, tais como a terapia ocupacional, entre outras. Sobre isso, destaca-se ser nos estudos sobre os fundamentos da terapia ocupacional que encontraremos uma concentração de material sobre reabilitação, considerando que essa área do conhecimento correspondeu às primeiras iniciativas reabilitativas. Embora a terapia ocupacional como profissão tivesse nascido apenas no início do século XX, as proposições relacionadas à aplicação de atividades laborativas como recurso de treinamento para a promoção de comportamentos produtivos em pessoas cuja capacidade para o trabalho social se encontrava deficitária ou inexistente devido à doença ou à perdas funcionais encontram seus fundamentos em concepções originárias do tratamento moral, recuperadas por Mayer nos Estados Unidos e por Simon na Alemanha, no início do século XX.

De acordo com Soares (2007), dois marcos históricos estão na base da criação de profissões cuja atividade principal se constituía no exercício da reabilitação, a saber: a

Revolução Francesa, em 1789, e a Primeira Guerra Mundial, em 1914. Embora, esses dois eventos estejam bastante separados na cronologia histórica, são esses os movimentos sociais que impulsionaram as principais transformações culturais e ideológicas na sociedade ocidental, fundadoras de determinadas necessidades sociais e as correspondentes respostas institucionais correspondentes.

O surgimento de concepções e práticas reabilitativas como fruto da herança histórico-cultural da Revolução Francesa e do Tratamento Moral, portanto, é resultado histórico da organização capitalista do mundo ocidental, da divisão da sociedade em classes sociais e do processo de especialização do trabalho humano. A base ideológica que sustenta essas ações enquanto necessidades sociais decorre de duas tendências principais: o humanismo despontando como a corrente filosófica que racionaliza o mundo (que antes era explicado por uma perspectiva absolutamente espiritualista), responsável pelo sistema de representações sociais que coloca a ciência como o grande modelo de referência ideológica, no lugar do catolicismo; e a segunda, a necessidade da organização dos espaços urbanos que se desenvolviam face ao advento do capitalismo. De acordo com esse novo modo de produção social, o trabalho passa a ser o foco fundamental, sob o qual as novas formas de sociabilidade vão se organizar, o Tratamento Moral surge, então, como resposta científica, no campo da medicina mental, fornecendo um dispositivo, da época, para organizar critérios de normatização social. Essa forma de tratamento decai devido ao fortalecimento da psiquiatria organicista do século XIX, ressurge, entretanto, na Alemanha com Simon, no início do século XX, e com Meyer, nos Estados Unidos, no final do século XIX e início do século XX, devido à crise econômica e pauperismo, levando o Estado a adotar um discurso populista-assistencialista e práticas reabilitadoras que utilizam o trabalho como forma de reinserção social (SOARES, 2007).

O segundo marco histórico no fundamento das práticas reabilitativas é a Primeira Guerra Mundial. Segundo (SOARES, 2007), pressões sociais dos participantes da Primeira Guerra Mundial por autonomia financeira e valorização social e a reivindicação pela absorção dos incapacitados no mercado de trabalho marcam o surgimento institucional de atividades profissionais apoiadas na prática de reabilitação, assim como outros fatores apresentam-se igualmente importantes e influentes, tais como: a expansão econômica que gera aberturas no mercado de trabalho possibilitando a ampliação do resgate de mão de obra, e o surgimento dos primeiros movimentos sociais de trabalhadores que lutavam por redução da jornada de trabalho, pela criação do seguro acidente de trabalho, entre outras metas. Assim contextualizados, esses movimentos levaram à criação de uma legislação trabalhista, e, a

partir deles, criou-se o primeiro serviço de reabilitação nos Estados Unidos, subsidiado pelo governo, em 1917, inicialmente para os veteranos de guerra e, em 1918 e 1919, extensivos aos acidentados da indústria.

Barros (1991), entretanto, situa o exercício da reabilitação como resultado das grandes transformações sociais advindas das duas guerras mundiais. A autora também remete a formação da noção e aplicação da reabilitação à organização das sociedades ocidentais, situando seu ponto culminante a partir da revolução francesa e aos valores proclamados no século XVIII, aos conceitos de igualdade, liberdade e fraternidade e à necessidade de estender a todos, os direitos e acessos à produção da vida. Contudo, assinala que é, principalmente, a partir da Convenção de Genebra, que re-atualizam os antigos valores da revolução burguesa, a partir da Declaração dos Direitos Humanos. Com a instauração do Estado do Bem Estar Social, nos anos 30 do século XX, que temos a implementação de sistemas gerais de seguridade social e de saúde para todos e nos anos 50/60 do século XX, assistimos à expansão das instituições assistenciais. É esse o cenário histórico que deflagra as condições materiais para o surgimento de instituições de reabilitação.

Birman (1980) cita o Plano Beveridge, na Inglaterra em 1942, segundo o qual se afirma o direito à saúde, englobando o próprio direito à vida. Nesse momento, é criada a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual define, institucional e politicamente, as perspectivas de reorganização das novas noções de saúde e doença, associando o conceito de saúde a um estado de bem estar físico, mental e social. O autor cita, ainda, a Conferência Geral da Organização Internacional do Trabalho, em 1944 na Filadélfia, e outras experiências vivenciadas no mundo que se instauram pelo mundo no sentido de uma implantação dos objetivos fundamentais de proteção social O autor salienta, no entanto, que essa ampliação da segurança social, pela qual a problemática de saúde assume um lugar central, não é uma dádiva do Estado e de suas classes dominantes, nem, tampouco, deve-se à moda do humanismo despertada pela II Guerra Mundial, mas é fruto das conquistas políticas dos movimentos dos trabalhadores desde o século XIX.

No entanto, com a política neoliberal, a qual tem seu principal motor nos Estados Unidos, a partir da década de 70, o Estado assistencial entra em crise. Assim, assiste-se a uma retirada do Estado como assegurador da assistência, endereçando ao setor privado a responsabilidade pela gestão dos problemas sociais e aos setores de curatela social, apoiada em filosofia filantrópica, a gestão das práticas reabilitativas e de recuperação de capacidades produtivas para a sociedade (BARROS, 1991).

Mas, ainda retomando ainda os primórdios da consolidação da reabilitação enquanto prática social ligada à saúde e à assistência social, segundo Soares (2007), um novo ciclo de eventos sociais mundiais foi responsável pela cientificização das práticas profissionais reabilitativas e por sua inscrição em especialidades apoiadas sobre abordagens médicas, distanciando-se das velhas bases de fundamento humanístico. A criação, na primeira metade do século XX, da Organização das Nações Unidas (ONU), da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da Organização para a Educação e Cultura (UNESCO), possibilitou a geração do Movimento Internacional de Reabilitação responsável pela emergência das profissões de Fisiatria, Medicina Física e de Reabilitação, a expansão dos cursos de Terapia Ocupacional dos Estados Unidos para diversos países, inclusive o Brasil, e, ainda, permitiu a criação institucional de vários centros de reabilitação para pessoas acidentadas e incapacitadas para o trabalho.

A partir dessa etapa histórica, as práticas de reabilitação afastam-se das concepções humanísticas, bases de sua origem, para apoiarem-se em concepções decorrentes do estabelecimento e consolidação das abordagens biológicas das doenças e da prática curativista impondo-se sobre os processos de saúde-doença.

No Brasil, o Movimento Internacional de Reabilitação exerceu uma pressão política para que as primeiras práticas de reabilitação fossem criadas a partir do final da primeira década do século XX, em uma sociedade marcada pelo início dos movimentos sociais trabalhistas responsáveis pela instauração de uma política governamental distributivista e pela ascensão de organizações de fundo assistencial, entidades beneficentes que se responsabilizaram pela reabilitação de pessoas com deficiências físicas e mentais (SOARES, 2007).

Soares (1990) analisa historicamente a reabilitação no estado brasileiro, no período de 1950 a 1980, e, segundo essa autora, as primeiras instituições no Brasil, mesmo não utilizando a denominação de reabilitação, datam do século XIX e tratavam de portadores de deficiências sensoriais e físicas. No Rio de Janeiro foram fundados o Imperial Instituto dos Meninos Cegos, em 1854, (hoje é chamado de Instituto Benjamin Constant) e o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos, em 1857.

Entretanto, foi para o atendimento de insanos mentais que surgiram, nessa época, as grandes instituições reabilitadoras: o Hospital D. Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1852, constituído sob a perspectiva do tratamento humanitário e moral, e, em São Paulo, no mesmo ano, o Asilo Provisório de Alienados da Cidade de São Paulo, que retirou os insanos da cadeia e enfermarias das Santas Casas. Em 1898 foi inaugurado o Hospital do Juqueri, em São Paulo,

cuja direção ficou a cargo do psiquiatra Franco da Rocha que, sob o nome de praxiterapia, introduziu o tratamento pelo trabalho, a partir do qual as atividades rurais, ligadas ao setor primário da economia, ganharam o maior investimento.

No Hospital Pedro II as atividades reabilitadoras utilizadas eram: oficinas de alfaiataria, marcenaria, saparia, flores e desfiação de estopa, atividades que segundo Soares (1990), ligavam-se já a produção urbana dos setores secundário e terciário da economia.

Ainda, no Rio de Janeiro, em 1911, foram fundadas duas colônias rurais para tratamento mental: a Colônia Juliano Moreira e a feminina, chamada Centro Psiquiátrico Nacional (Engenho de Dentro). Nesses locais, organizou-se um tratamento baseado em atividades agropecuárias. No entanto, na Colônia Juliano Moreira, ala masculina de tratamento, diversificaram-se as atividades, passando a funcionar por meio das oficinas de ferraria, mecânica, elétrica, carpintaria, marcenaria, tipografia e encadernação, sapataria, colchoaria e vassouraria (SOARES, 1990).

De acordo com a autora, o fato da ocupação terapêutica realizada no Hospital do Juqueri ser, predominantemente, rural sugere que a mão de obra dos doentes era destinada a complementar a produção agrária da política cafeeira exportadora, a qual, com a ascensão da indústria, declinava devido ao êxodo intenso de trabalhadores rurais para a cidade com a ascensão da indústria.

Em 1931, foi criado o serviço chamado "Assistência a Psicopatas" para o Estado de Pernambuco, sob a direção do neuro-higienista Ulisses Pernambuco. Esse serviço foi pioneiro, pois inaugurou o primeiro ambulatório público do país, com enfoque em prevenção. Além disso, foram inaugurados um hospital psiquiátrico para casos agudos, um manicômio judiciário e duas colônias agrícolas para doentes crônicos. Na colônia masculina o trabalho terapêutico pautava-se sobre atividades agrícolas e na construção de casas, as quais seriam habitadas pelos pacientes.

No Brasil, a utilização do trabalho como recurso terapêutico, sob a influência do tratamento moral, mantém-se até meados do século XX, quando a medicina mental organicista torna-se hegemônica na psiquiatria brasileira.

Soares (1990) menciona outros dois fatores que contribuíram para o declínio da forma de tratamento apoiado no trabalho. O primeiro está relacionado à política contencionista, na esfera social, do primeiro governo Vargas, durante o qual as verbas públicas sofrem cortes, com conseqüente redução drástica dos trabalhadores nos hospitais, com superpopulação hospitalar e a expansão de uma população excedente do capital, a qual, por sua vez também, gera um excedente de mão de obra, ocasionando o declínio da necessidade econômica de

reassimilação da mão de obra do doente mental. Durante o Estado Novo, são imputados alguns cortes violentos nas instituições psiquiátricas, resultando em repressão e afastamento dos cargos de direção de Ulisses Pernambuco e Nise da Silveira. A partir daí essas instituições incharam e superlotaram sua clientela.

Entretanto, foi nas instituições filantrópicas que a grande promessa da reabilitação ganhou expressão e desenvolvimento. Em 1919, o Rotary Internacional patrocinou a criação da Sociedade Internacional das Crianças Lesadas e a Sociedade Internacional para o Bem-estar dos Lesados. As instituições criadas no Brasil eram, predominantemente, na área de deficiência infantil, sendo as principais: Lar Escola São Francisco, em 1943; ABBR, em 1954; APAE, em 1954; Fundação das Pioneiras Sociais, em 1980; Fundação para o Livro do Cego no Brasil (s.d.); Sociedade Pestalozzi do Brasil, em 1975.

Essas instituições utilizavam atividades de reabilitação em várias áreas, algumas combinadas com atividades pedagógicas.

A reabilitação no interior das políticas públicas foi praticamente instituída durante o Governo Vargas, no que diz respeito a uma legislação voltada para a área, sob a influência da Organização Internacional do Trabalho, a qual difundia a tese da Seguridade Social e incorporava a reabilitação a toda a população. No entanto, no Brasil as iniciativas de organizar serviços de reabilitação foram delegadas aos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões, portanto, a readaptação para o trabalho limitou-se aos previdenciários acidentados e aposentados.

A partir da década de 40 do século XX, foram criados serviços de reabilitação para o trabalho, ligados às associações de várias categorias: IAPC (comerciários) e IAPI (industriários) e o Serviço de Reabilitação do SESI e os Centros de Reabilitação Profissionais (CRP), ligados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Esses serviços ligados às políticas públicas foram responsáveis por criar, na opinião pública, uma imagem e um discurso da possibilidade da reabilitação para o indivíduo deficiente, transformando-o novamente em uma pessoa produtiva e com a capacidade para adquirir autonomia econômica. No entanto, por se tratar de atividades assistencialistas, o retorno ao trabalho era altamente instável e a reabilitação passou a representar um apelo ideológico das políticas populistas, ao desempenhar a função de mascarar um crescente exército de reserva de mão de obra e o desemprego.

Nesse sentido, Soares (1990) afirma:

> "(...) a relação entre absorção do incapacitado reabilitado com os períodos de expansão econômica ou com a própria rotatividade da mão-de-obra não é identificada já que estes indicadores não são mensurados pelos programas reabilitacionais e estão fora do alcance de sua interferência. Desta forma, a responsabilidade social de ser ou não produtivo é deslocada para o próprio indivíduo reabilitado."(p.134).

Ao final da década de 70 do século XX, cerca de quatorze Centros de Reabilitação Profissionais funcionavam nas principais cidades brasileiras. Entretanto, a partir dessa década, um novo campo se abriu para as práticas de reabilitação. Ocorreu, nesse momento, um crescimento das instituições destinadas a trabalhar com uma população denominada, pelo eixo ideológico-político dominante, como marginal ao funcionamento social hegemônico, ou pertencentes a camadas sociais reconhecidas como vulneráveis a condição de marginalidade. Dessa forma, instituições como Fundação para o Bem-Estar do Menor (FEBEM), creches, asilos e presídios passam a ser alvos da ação de reabilitação de várias organizações governamentais ou não, inaugurando o início das intervenções psicopedagógicas, apoiadas no dispositivo da comunicação interpessoal e nos programas disciplinares (SOARES, 2007).

A criação dessas instituições e das metodologias de intervenções reabilitativas nesse campo surgiu durante o período em que o país ,era regido politicamente por uma ditadura militar, segundo a qual havia um controle geral do Estado por meio de um processo de despolitização e controle da sociedade civil. As políticas eram geridas por uma estrutura tecnoburocrática que para impor uma política desenvolvimentista reprimia duramente qualquer iniciativa de organização popular e é sob essas circunstâncias que havia a formulação e gestão das políticas públicas da época. Nesse momento, de forma a gerir uma camada populacional cada vez mais excluída dos sistemas de trocas sociais, essa gestão autoritária e ditatorial apoiou-se na teoria da marginalização social, a qual com base em uma análise estrutural-funcionalista propôs intervenções, buscando a adaptação normativa daqueles que se encontravam "marginais" ao processo social e aos padrões dóceis de conduta esperados por uma administração federal burocrática e ditatorial (BARROS, LOPES; GALHEIGO, 2007).

Sob esse referencial prático e teórico-conceitual da marginalidade social e das noções de adaptação e desadaptação (ou inadaptação) são disseminadas as denominações de desvio social, no campo do social e disfunção (física e mental), no campo da saúde.

Nessa época, portanto, a concepção e prática de reabilitação que se sobrepunham nas instituições sociais e de saúde e com base nos métodos escolhidos de intervenção foi uma

concepção de uma reabilitação de 'conformidade do social' aplicada sobre parcelas da população que segundo as teorias utilizadas eram desadaptadas ao contexto social maior. Assim, a vertente reabilitativa atuante em instituições como FEBEM e presídios ganhou incentivos, principalmente na década de 70.

Segundo Soares (1990), a implementação da reabilitação no país tem sido determinada, fundamentalmente, pelo modelo econômico vigente, o qual ora se vale da mão de obra excedente, ora a cria, ao gerar novos contingentes marginais. Em outros momentos a implementação de serviços de reabilitação cumpre funções no plano político-ideológico, quando, em sua aparente neutralidade, os programas governamentais, face a claros interesses de classe, propõem minimizar os efeitos dos excessos do capitalismo, fornecendo atendimentos específicos na área da saúde e assistência social, sem, contudo, mudar as próprias condições que promovem as incapacidades e a situação econômica geradora de pauperismo e desemprego.

Nas palavras da autora:

> "O economicismo, ao nível do planejamento burocrático-administrativo da Previdência, e o assistencialismo, ao nível do discurso das práticas de saúde e das entidades beneficentes conveniadas, se caracterizam como duas faces de uma mesma política social." (SOARES, 1990, p. 138).

Barros (1991) salienta que, com base nas orientações neo-liberais, as políticas econômicas no país tomam o rumo da crescente desresponsabilização do Estado pela Seguridade Social, resultando em duas situações para as ações de reabilitação: a primeira é aquela na qual as instituições de reabilitação passam a atrelar-se ao princípio custodial, o qual impõe aos usuários uma relação de tutela, e a segunda é aquela em que a racionalidade moderna ocidental impõe-se como a principal instância de resolutividade para os problemas sociais, por meio de seu representante ideológico: a racionalidade científica. Nesta segunda situação os equipamentos de orientação tecnocientíficas assumem a tarefa de reabilitar.

Quando uma pessoa apresenta dificuldade ou está impossibilitada de produzir sua vida social, civil e política, ela dispõe de instituições de cunho assistencial que trabalham com a racionalidade tutorial e de outras, ligadas à comunidade científica, com a função de produzir saúde. Nesses casos, segundo Barros (1991), ela é submetida a rituais de infantilizações e de afronta à inteligência, pois o saber científico, dentro dos saberes e valores que cria, transforma-se em retórica vazia, destituído de sentido, na medida em que permanece distante das reais necessidades dos usuários. A consequência disso, a autora nos diz:

> "(...) um desafio que se apresenta, quase como um impasse, de um lado os técnicos forçando ao máximo seu conhecimento e sua busca por novos saberes específicos, de outro os usuários silenciosos, abandonando os tratamentos ou questionando técnicos e instituições. Os objetivos e as promessas realizadas não se tornam, na esmagadora maioria das vezes, realidade." (BARROS, 1991).

As concepções e práticas de reabilitação, entretanto, movidas pelas determinações político-ideológicas e econômicas e que serviam, mais ou menos de forma geral, a uma metodologia de adaptação normativa a padrões de conduta esperados pela cultura hegemônica e dominante, começaram a ser questionadas por profissionais das áreas que exerciam funções reabilitativas, como por exemplo, pela terapia ocupacional. A partir, principalmente, da década de 80 do século XX, muitos profissionais dessa área iniciaram um processo de críticas a essas visões e práticas de adaptação à luz de análises com base em questões que emergem de sociedades cujas profundas desigualdades sociais levam à produção de amplas camadas de sujeitos vivendo em estado de exclusão social, de dissolução de vínculos, de vulnerabilização das redes sociais e de precarização das relações de trabalho de um lado e, de outro políticas públicas que visavam, eminentemente, apaziguar as contradições sociais geradas por tal situação (SOARES, 2007).

Essas críticas, associadas aos movimentos de democratização do país, aos movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica na saúde, vão ser responsáveis, inicialmente, por críticas à própria expressão reabilitação e, posteriormente, será criada uma concepção de reabilitação, a psicossocial, que mudará diametralmente a perspectiva segundo a qual se assentavam as velhas formas de reabilitação.

Nesse sentido, Benetton (1996) lembra, ao trazer uma visão crítica do próprio termo 'reabilitação', que a pessoa que teve um dedo quebrado, tendo passado por uma reabilitação pode ver todas as capacidades funcionais do seu dedo restituídas, porém como se estabelece essa relação para um esquizofrênico? E pergunta: "Quando é que um esquizofrênico fica bom? Quando ele volta ao que era antes?" Ora, se na situação do indivíduo com o dedo quebrado era apenas uma situação de reaquisição, como é um indivíduo com esquizofrenia reabilitado?

As mudanças na forma de atenção no campo da saúde mental consequentes às propostas do movimento de reforma psiquiátrica possibilitaram a criação de novas formas de atenção que privilegiavam, agora, os espaços comunitários, a formação de vínculos afetivos e sociais e a produção de trocas e intercâmbios e a necessidade de se recapacitar pessoas a produzirem sua vida material e simbolicamente na cultura.

As iniciativas de abrir as portas do manicômio possibilitaram novas conquistas como a criação de serviços extra-hospitalares que se propunham ser substitutivos do modelo hospitalocentrico de tratamento dos transtornos mentais. Essas iniciativas, também, possibilitaram pensar em novos territórios, nos quais a loucura poderia se libertar de uma única designação, a de enfermidade, e enquanto manifestação existencial humana ser olhada a partir de novas relações inscritas em novos espaços instituídos, que explorassem possibilidades híbridas e novos modos de subjetivação.

Saraceno (1998) evidencia a necessidade, após a luta antimanicomial, de buscar desconstruir o manicômio, de construir alternativas de serviços que vão colocar-se no lugar do hospital psiquiátrico e substituí-lo com o propósito de tratar a pessoa em sofrimento mental. O autor pensa em uma forma de reabilitação, a psicossocial, como um modo de solucionar, provisoriamente, a dicotomia entre sujeito e contexto e entre especialistas e tratamentos, com possibilidade de organizar serviços em saúde mental, que construam estratégias de tratamento considerando a complexidade do problema e efetivem, realmente, a promessa de inclusão total do sujeito com transtornos mentais nas dimensões da vida social, política e civil.

A concepção, portanto, instaurada agora é a de uma reabilitação que capacite o sujeito para buscar sua autodeterminação, não uma adaptação passiva à realidade, mas a autosubjetivação do sujeito na cultura e a abertura ou produção de espaços mundanos onde a diferença encontre lugar e expressão.

Bertolote (1996) entende que a reabilitação psicossocial não é uma reabilitação de doente, até, em certos casos, pode ser que uma pessoa doente necessite reabilitar-se no campo psicossocial, porém, na sua opinião, o verdadeiro sujeito da reabilitação psicossocial é o sujeito em desvantagem social. O autor entende a reabilitação como um processo de "remoção de barreiras", as quais impedem a plena integração social de uma pessoa, em desvantagem, em sua comunidade e efetive sua possibilidade ao exercício pleno de seus direitos e cidadania. Salienta que a reabilitação psicossocial é o processo, por meio do qual, um indivíduo, antes privado do exercício pleno de seus direitos, pode exercê-los a partir de condições de vida diferentes que lhe são oferecidas, de forma que possa ter removidas as barreiras ao seu desenvolvimento.

Contudo, o autor ressalta outros dois pontos essenciais à construção de um processo em reabilitação psicossocial. O primeiro diz respeito aos saberes. Ao questionar os saberes médicos e paramédicos como saber e prática de poder de uns sobre outros apoiados por técnicas cientificamente legitimadas, Bertolote (1996) concebe a reabilitação psicossocial como um campo de experimentações por excelência, no qual, conhecimentos diferentes

intercambiam-se, mas, não há um corpo teórico único e próprio. O segundo ponto está relacionado à prática, ou seja, se não há uma teoria explicita da reabilitação psicossocial, não há, portanto, um profissional especialista na área.

Nesse sentido, na reabilitação psicossocial, caminha-se por meio de um processo de identificação dos parceiros nessa prática, componentes de diversas áreas do conhecimento, que constroem os saberes e práticas que vão delineando o campo da reabilitação psicossocial. Fica então, evidenciado o caráter interdisciplinar da reabilitação psicossocial, na medida em que vários campos do conhecimento interligados e comprometidos com uma situação de inclusão social que envolve desde profissionais de saúde a profissionais na área de administração, jurídica, legislativa, entre outras. Assim, entende-se que estratégias de reabilitação psicossocial devem acontecer em um terreno intersetorial, interinstitucional e intersubjetivo. Intersetorial no que diz respeito aos vários setores das organizações político-sociais, como as citadas acima. Interinstitucional porque deve envolver várias instituições, tais como serviços e organizações sociais ou culturais e intersubjetivas, considerando que toda estratégia psicossocial envolve necessariamente um diálogo entre os sujeitos envolvidos, terapeutas, usuários, gestores, governantes e sociedade.

Pitta (1996) enfatiza o aspecto da interdisciplinaridade e refere que se a reabilitação psicossocial fosse seguir um referencial teórico, teria que retirá-lo de muitos referenciais para compor um corpo plural de conhecimentos.

Costa –Rosa (2000) salienta a necessidade de práticas interdisciplinares no sentido de se construir projetos terapêuticos coerentes aos intuitos e objetivos da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização.

Portanto, a partir da reforma psiquiátrica e da criação de serviços extra-hospitalares de tratamento dos transtornos mentais o conceito de reabilitação tem mudado e a noção e as práticas que formam a reabilitação psicossocial mostram isso.

Saraceno (1999) alerta para o fato de que muitos profissionais de saúde têm se preocupado em aproximar sua prática clínica dos preceitos da reabilitação psicossocial, o que se deve a três motivos. O primeiro está relacionado à desconstrução dos manicômios e aos processos de desospitalização, embora não se tenha efetivado uma completa desinstituicionalização, porém a população manicomial foi reduzida e, portanto, esses processos geraram a carência de serviços com determinadas estratégias que realizassem os objetivos de se tratar comunitariamente. O segundo ponto de aproximação das práticas de reabilitação psicossocial, consequente ao anterior, diz respeito ao aumento dos direitos civis conquistados pelo movimento antimanicomial para os portadores de transtornos mentais.

Finalmente, o terceiro ponto que expressa essa atração pela reabilitação psicossocial é o incremento dos estudos epidemiológicos, por meio dos quais foram questionados velhos prognósticos psiquiátricos de incurabilidade ou outros prognósticos que situavam a esquizofrenia, por exemplo, diante de perspectivas bastante desfavoráveis e 'naturalmente' constitutivas de antigas certezas técnicas.

Saraceno (1996), ao referir-se em coro com outros autores, à interdisciplinaridade inerente à prática da reabilitação psicossocial, ressalta a necessidade de uma construção teórica para essa prática. Adverte, entretanto, que essa deveria distanciar-se das concepções clínicas tradicionais e da própria noção de clínica, pois, para ele, uma prática que se diz 'clínica' denota um sentido de submissão do sujeito tratado.

Ao lembrar-nos que temos um inconsciente, Bezzerra (1996) discorda, em parte, da disposição absolutamente contrária à clínica da maioria dos profissionais que lidam com a reabilitação psicossocial, sub-valorizar a clínica nos serviços e estratégias terapêuticas em saúde mental. O autor concorda com a crítica à psicanálise quando alguns seguidores dessa modalidade terapêutica anunciam um sujeito essencial, segundo uma visão estruturalista presente na psicanálise. No entanto, o autor refere que com base na concepção psicanalítica de "sujeito descentrado", pela qual o sujeito é um ser aberto às multifacetadas produções da cultura e sede das construções de novos modelos de subjetivação passa-se a haver uma noção de sujeito que se desatrela daquela pela qual é visto de maneira individualizada, mas aquele que está em completa conexão com a cultura e sociedade. Nesse sentido, para pensar um sujeito nessa perspectiva, conseqüentemente, altera-se a noção de clínica: "(...) fazer clínica não é apenas lidar com a interioridade psicológica do sujeito, mas lidar com a rede de subjetividades que o envolve (...)" (p. 141). Isto é, ao olhar o sujeito como uma rede de crenças e desejos produzidos singularmente nesse indivíduo, pode se pensar uma clínica que provoque reações sinalizando para uma potencialização do sujeito em multiplicar, de maneira mais criativa, sua capacidade de ordenação de suas práticas psíquicas, sociais e políticas.

Entretanto, em geral, há um desencantamento com o mundo em geral, na medida em que muitas de nossas esperanças, em uma sociedade mais democrática e justa, diminuem e são abaladas por sofrermos, diariamente, ao assistir aos espetáculos de desrespeito generalizado ao ser humano, consequências das formas sofisticadas de dominação, social e econômica, criadas de forma globalizada e, sobretudo, por vemos os direitos proclamados distanciarem-se, cada dia mais, da promessa de realização democrática. Esse desencantamento com a sociedade coincide, por sua vez, com o desencantamento com um modelo de racionalidade, eleito para representá-la ideologicamente, a ciência.

Santos (1989) ressalta a necessidade de uma segunda revolução epistemológica, segundo a qual o senso comum não pode ser mais desqualificado como tem sido perante o conhecimento atual; refere também a necessidade de construirmos novos modelos de conhecimento que proponham uma transformação mútua, dialética e conjunta da racionalidade científica e senso comum.

Barros (1991) refere-se à necessidade de se abandonar o cientificismo presente na ideológica crença da eficácia mágica das técnicas terapêuticas e encarar a complexidade dos problemas a partir de uma postura na qual cooperem vários saberes: antropológicos, culturais, artísticos e éticos. Sublinha que diante de um processo de desconstrução das arcaicas formas de reabilitação está a necessária compreensão de que o campo no qual se dão as práticas reabilitadoras pertença ao universo dos direitos humanos e que seja abandonada a ideologia da "vocação terapêutica" que aprisiona o técnico em ações e intervenções completamente destituídas de sentido para o usuário (p. 103).

Nessa perspectiva, a reabilitação psicossocial pretende-se uma prática re-inventada e que considera a invenção de novas instituições (Rotelli et al, 1990), nas quais a complexidade possa ser analisada e novos sentidos possam construir-se em consonância com as reais necessidades dos portadores de sofrimento psíquico e, sobretudo, não fragmentando o sujeito e não o dissociando de suas práticas sociais e produção da vida.

Referencial teórico

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico que permeia esse estudo parte das reflexões teórico-filosóficas de Jürgen Habermas, centrando-se em três enfoques analítico-teóricos do autor. O primeiro diz respeito à relação entre a dialética do trabalho e a da interação, o segundo baseia-se nas reflexões sobre as funções que assumem a técnica e a ciência enquanto forças de coesão ideológica na sociedade contemporânea e que, ao tecnificarem todas as dimensões da vida social e política, passam a colonizar a esfera da interação humana. O terceiro enfoque relaciona-se à possibilidade apresentada por Habermas (1989) da constituição de consensos normativos dialógicamente construídos e fundados sobre bases democráticas na condição da isenção de coerções e violências no encontro interdiscursivo e intersubjetivamente mediados pela linguagem. Esse último aborda a Teoria da Ação Comunicativa, a partir da qual o autor propõe uma racionalidade fundada na intersubjetividade e na interação humana impondo-se à racionalidade instrumental na condução de projetos de ação social (HABERMAS, 1988).

Ao discorrer sobre a dialética do trabalho, interação e representação, desenvolvidas por Hegel, nas Lições de Hiena, Habermas (1987) propõe uma distinção da categoria trabalho, introduzida pelo pensamento marxiano, em dois componentes que, embora na prática permaneçam interdependentes, analiticamente tornam-se irredutíveis um ao outro: o trabalho como ação teleológica abarcando racionalidade instrumental orientada pelo princípio técnico e a interação social-humana fundada na ação comunicativa. Segundo o autor, há uma relação recíproca entre trabalho e interação sendo que não há uma relação de derivação automática uma da outra, mas uma relação dialética. O trabalho como ação dirigida a fins determinados é constituído por duas dimensões: a ação racional apoiada sobre regras técnicas e saber determinado e ação estratégica que visa um sucesso efetivo segundo critérios de utilidade com relação às finalidades propostas. Em outra perspectiva, a interação refere-se à ação comunicativa fundada por normas consensuais, apoiada na intersubjetividade que visa ao entendimento mútuo, a partir do qual as pessoas se colocam de acordo em relação a projetos e planos de ação.

Em Técnica e Ciência como Ideologia, Habermas (1987) ao discutir a proposta de Marcuse de unidimensionalização da cultura por meio da ciência e da técnica, indica a teoria sobre a ideologia tecnocrática, decorrente de um estágio de ações intervencionistas do Estado para manutenção dos modos de produção capitalista, como a forma privilegiada de legitimação da dominação, manutenção de um processo de despolitização das massas e de

ocultação da violência social subjacente às relações de produção e ao modo de existência imposto.

Nessa obra, Habermas dialoga com Marcuse a partir da proposição desse último, de que, com a perda de importância relativa do proletariado e sua assimilação pelo sistema, dissolve-se a base real da negação e desaparece qualquer perspectiva de superação da ordem existente. Além disso, como a ciência e a tecnologia passam a funcionar como as principais forças produtivas e de coesão ideológica, a sociedade se unidimensionaliza e passa a ser a esfera da administração total. Da mesma forma, os aparelhos de poder instrumentalizam-se como órgãos executivos da razão científica e técnica. Portanto, a dominação, segundo essa perspectiva, se exerce enquanto ciência e tecnologia. A partir daí, Marcuse conduz sua tese de que em um mundo emancipado racionalmente e não sob as formas da dominação, a ciência seria outra, tanto em sua aplicação quanto em seus conteúdos, e, portanto, haveria uma "nova ciência".

Habermas endossa parte da teoria marcuseana, no que diz respeito à ciência e à técnica, isto é, além de tornarem-se as principais forças produtivas no capitalismo tardio, funcionam como ideologia. O progresso autônomo da ciência e da técnica vai determinar o desenvolvimento da vida social. O Estado absorve a lógica específica da razão técnica e científica e passa a orientar suas decisões não pela prática, mas sim tecnicamente. A visão de mundo que afirma o caráter necessariamente técnico da ação do Estado corresponde à ideologia tecnocrática. Essa ideologia propõe uma perspectiva, segundo a qual o desenvolvimento do sistema social é determinado pela lógica do progresso técnico-científico e o efeito imediato é a despolitização das massas, a ocultação dos verdadeiros interesses que subjazem a esse funcionamento social e geram o impedimento da opinião pública de manifestar-se em questionamentos críticos, pois, na medida em que os fundamentos do funcionamento tecnocrata respondem somente a imperativos de uma racionalidade técnica, tornam-se imunes a qualquer contestação.

Habermas vai além, propondo que a medida em que a ideologia tecnocrática apresenta questões práticas sob a forma de questões técnicas, esta exclui do debate público os temas significativos para a práxis e produz um resultado ainda mais grave: a invalidação na consciência dos homens da distinção entre ação instrumental e ação comunicativa. O Homem passa a auto-objetivar-se na perspectiva exclusiva da ação instrumental e do comportamento adaptativo e a ação comunicativa é, então, absorvida pela ação instrumental.

Habermas (1988), contudo, traz a proposição de racionalidade apoiada em ação comunicativa que se contrapõe à racionalidade instrumental. A racionalidade comunicativa,

portanto, permeia a dimensão na qual ocorrem os processos da interação humana realizados pela intercomunicabilidade apoiada nas trocas intersubjetivas e simbolicamente mediadas pela linguagem. De acordo com o autor, é essa racionalidade que possibilita a construção de projetos sociais dialógicamente instaurados, isto é, a construção coletiva apoiada no diálogo, a partir do qual os discursos tenham o mesmo estatuto de validação. Dessa forma, o filósofo propõe uma ação comunicativa livre e isenta de coações, que se colocaria na base da formação de consensos normativos para viabilização de projetos sociais multiculturais e processo civilizatório apoiado em valores de solidariedade social.

Para que o enfoque teórico que trabalha as ações comunicativas sob determinadas condições de validação possa tornar-se útil, não basta que os homens se comuniquem entre si, mas precisam fazê-lo sob determinadas condições. Como ressalta Aragão (2002), Habermas propõe uma "situação ideal de fala", na qual há uma exigência de simetria de posições e discursos, uma igualdade de chances entre todos os sujeitos que necessitam estar imbricados na circunstância dialógica, ou seja, a ação comunicativa constituída tem que se dar livre de coações e restrições aos interesses de qualquer participante. Para isso, o filósofo propõe uma teoria do agir comunicativo, o qual se daria sob determinadas condições de validade.

Aragão (2002, p. 113), salienta que, na situação de fala, dois ou mais sujeitos se entendem mutuamente, por meio da comunicação lingüisticamente mediada, necessitando, para tanto, que esses sujeitos estejam inseridos em um mesmo universo simbólico compartilhável, a saber: que o conteúdo da fala tenha sentido para todos os participantes, que as frases proferidas estejam gramaticalmente corretas e que se estabeleça uma relação social entre os partícepes da conversação.

Nesse sentido, três condições se fazem necessárias para a legitimidade do discurso, as quais formam as "pretensões de validez": a - quando se quer comunicar sobre algo no mundo objetivo, a pretensão de validez é que as afirmações sejam "verdadeiras"; b - quando o conteúdo das sentenças pretende um acordo face a algo da vida social, as afirmações devem ser "justas ou corretas"; e c - quando as descrições versam sobre estados subjetivos, a pretensão de validez é que as afirmações sejam "sinceras ou verazes". Dessa forma, segundo Ayres (2002), a validação intersubjetiva de um discurso ocorre em três níveis e em correspondência com as pretensões de validez, acima descritas, são: a - proposições que pretendem compartilhar certezas do mundo vivido devem conter uma "verdade proposicional"; b - aquelas que tratam de projetos socialmente compartilháveis que buscam o sucesso prático, as proposições devem conter uma "correção normativa"; c - a comunicação efetiva intersubjetiva deve conter "autenticidade expressiva" (p. 33).

Habermas (1989, p.41) salienta que as proposições de verdade por serem referidas ao mundo objetivo, as normativas ao mundo ético-social e as proposições referentes à autenticidade do interlocutor serem do âmbito do mundo subjetivo, a linguagem preenche três funções: a - função de reprodução cultural ou de presentificação das tradições; b - a função da integração social ou da coordenação dos planos de diferentes atores no processo de integração social; e c - função de socialização da interpretação cultural das necessidades.

Se uma dessas expectativas de validade é colocada em questão por um dos participantes da prática comunicativa, esta é suspensa e uma nova forma comunicativa toma lugar, a qual Habermas (1989) chama de "Discurso"[11]. O filósofo refere que por meio de uma via discursiva instaura-se uma conversação baseada em um diálogo empenhado na argumentação racional convincente, visando o entendimento mútuo e isento de qualquer forma de coação interna ou externa, restabelecendo a comunicação condicionada pelas pretensões de validez reafirmadas e revalidadas discursivamente, ou seja, os sujeitos voltam a partilhar o conteúdo proposicional, normativo e retornam a uma condição de acordo intersubjetivo.

Segundo Aragão (2002, p.123;125) "O discurso é, portanto, uma forma de comunicação que procede através de argumentos para obter formas de conhecimento válido.". Mas a autora questiona: "...como se produz a intersubjetividade do entendimento?" Em um processo comunicativo entre sujeitos, ela aponta a necessidade de considerar a orientação dos participantes por meio das pretensões de validez e da universalidade do sentido, partilhadas entre os partícepes de um mesmo universo simbólico, sendo que "...compreender o sentido de uma expressão e reagir à pretensão de validez de que seja correta são exatamente a mesma coisa.". E é dessa forma que os participantes entram em interação e que vão, em todo o processo dialógico-discursivo, buscar incessantemente uma interpretação cuja finalidade pode ser um consenso, visando o entendimento e orientação para a ação, por meio de uma harmonização dos seus próprios planos de ação com os dos outros, ou seja, o entendimento para a coordenação para a ação. Porém, segundo a autora, há ainda outro nível de busca de entendimento que não visa à coordenação dos planos de ação conjunta, mas a pura finalidade de compreender, que é a posição do observador ocupada por um cientista social; este, em um primeiro momento, está apartado do sistema de ação social, por pertencer à comunidade

[11] Em HABERMAS, J. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989., há uma nota do tradutor, na qual este adverte que optou por traduzir o termo "Diskurs" por "Discurso" contra a tradução francesa que traduz por "discussão". Ele assim optou, por referir um sentido para "Discurso" como situação que remete à uma conversação animada ou uma discussão minuciosa ou ainda argumentações arrazoadas ou explanações que dois ou mais sujeitos se dirigem uns aos outros em situação de comunicação.

científica, mas para se colocar como intérprete desse sistema social, ele precisa captar sob quais condições as pretensões de validez podem ser compartilhadas nesse sistema social, o que só é possível em um contexto de comunicação. Dessa forma esse observador, intérprete-social, ao mesmo tempo em que precisa fazer parte do processo comunicacional dessa sociedade que busca interpretar, precisa localizar-se dialógicamente com qualquer outro membro dessa comunidade. Entretanto, a autora adverte que a prática comunicativa cotidiana é muito distorcida, pois está submetida a todos os processos de coerção interna e externa que levam a pratica comunicativa a não se motivar racionalmente, mas por meio dessas coercitividades. Assim, a interpretação só pode acontecer sob a condição de um criticismo mútuo e busca "de esclarecimento das propriedades formais da ação orientada para alcançar entendimento" (p.127). Dessa forma espera-se alcançar um conceito de racionalidade mais amplo que o veiculado na prática cotidiana social.

Dessa maneira, Aragão (2002) conclui que em Habermas o conceito de racionalidade é indissociável da prática social fundada na intersubjetividade do entendimento, contudo, o filósofo busca, igualmente, superar o conceito de racionalidade instrumental, ampliando a noção de razão, para o de uma razão que contém em si as possibilidades de reconciliação consigo mesma, segundo uma razão comunicativa. Portanto, Habermas não se posiciona contra a racionalidade instrumental, da ciência e da técnica, pelo menos não tanto quanto em "Técnica e Ciência como Ideologia", na medida em que essas são indissociáveis do processo de autoconservação do homem. Para ele, a ciência e a técnica ampliam as possibilidades humanas, libertando o homem do julgo das necessidades materiais; o desenvolvimento da espécie humana, resultado do processo histórico do desenvolvimento tecnológico, institucional e cultural, é, portanto, processo interdependente.

Entretanto, a racionalidade deve submeter a razão instrumental à comunicativa, para que, na prática social, prevaleça a ação comunicativa. Em certo sentido, Aragão (2002) enfatiza que, assim caracterizada, a ação comunicativa é uma ação social que busca a intersubjetividade do entendimento tanto no plano do conhecimento, quanto no da ação. Assim, assume função dupla: tanto social quanto epistemológica, fundamentais para a coesão social e para a construção de uma crítica, buscando a emancipação humana e social.

Segundo Rouanet (1989) o pensamento habermasiano elabora uma teoria da comunicação ideal, apoiada nos conceitos de interlocução dialógica imprescindível à construção de projetos consensuais e democraticamente estabelecidos. O estatuto atribuído por ele ao nexo entre teoria e prática e à hermenêutica do conhecimento, segundo o autor, se dá em quaro níveis.

O primeiro deles diz respeito à constituição da conexão entre conhecimento e interesse e ao domínio de objetos da ciência, por meio da concepção dos interesses cognitivos que intermedeiam todo processo de construção de conhecimento. Assim, por meio dessa reflexão Habermas pode desmascarar a pretensão objetivista inerente à autocompreensão da ciência.

O segundo nível é representado pela passagem da esfera da interação à do discurso e vice-versa e à esfera da situação lingüística ideal. Nesse momento, Habermas pode mostrar que a condição de possibilidade da interação é o discurso, na medida em que para haver uma interação humana, há a presunção de que as validações subjetivas, das quais partem os sujeitos, possam ser problematizadas discursivamente. Nessa perspectiva, a interação é, também, condição para o discurso, uma vez que é no terreno da interação intersubjetiva que os participantes, enquanto atores, podem comunicar-se livremente e fundar um consenso válido.

O terceiro nível é o da homologia dos procedimentos para a validação das proposições. Isso ocorre porque a lógica do discurso é a mesma tanto nas proposições relativas à práxis quanto nas relativas aos valores. Isto é, Habermas efetua uma dissolução das fronteiras entre os contextos teóricos e os práticos, pois a lógica dos discursos teóricos desvenda a presença dos interesses práticos e, reciprocamente, o sentido presente nas práticas revela os valores formadores dos contratos vivenciais intersubjetivos.

O quarto nível traduz de que forma, no pensamento habermasiano, a crítica do conhecimento e a crítica da cultura, permitem que a teoria da comunicação possa demonstrar como a ciência ignora sua relação com a prática e pretende relacionar-se, sem mediações, com seu domínio de objetos. Da mesma forma, mostra como a cultura ignora sua essência política e propõe um sistema que julga obedecer somente a imperativos técnicos.

Assim, Habermas apresenta um quadro teórico de referências que permite, por um lado, questionar a ilusão objetivista da ciência e, por outro lado, questionar a ilusão tecnicista da cultura, fundando, ao mesmo tempo, a possibilidade de se pensar uma práxis alternativa a partir da análise hermenêutica dos discursos e produção de atos comunicativos livres e autênticos e a criação de consensos sociais válidos (HABERMAS, 1989 e 1990).

O referencial teórico adotado, portanto, nos permite olhar os processos de produção de saúde nos serviços, interpretando-os à luz das divisões do trabalho que se operam, pensando as atividades profissionais segundo suas especificidades e dimensionalidades enquanto, por um lado, ações instrumentais, já que as ações de saúde constituem-se em determinadas aplicações de certas tecnologias visando determinados êxitos técnicos, e, por outro, segundo sua dimensionalidade da interação intersubjetiva e inter-humana operada entre os diversos

agentes. Em perspectiva complementar é possível situar os processos de tecnificação das ações de saúde produzidas, bem como, a construção de espaços dialógicos e intersubjetivamente orientados para a construção dos projetos terapêuticos.

Optamos por esse referencial teórico porque acreditamos que tais reflexões correspondem idealmente aos nossos propósitos de estudar as formas pelas quais os trabalhadores dos serviços de saúde mental constroem seus projetos terapêuticos, apoiados em determinadas disposições discursivas nas quais estão presentes determinados elementos ideológicos, a partir dos quais podemos interpretar sobre como se dão as escolhas entre as alternativas terapêuticas, os esquemas de validação que os profissionais desses serviços fornecem aos seus discursos de forma a propiciar a criação de um sistema hierárquico valorativo entre os vários procedimentos técnicos e terapêuticos que fundam seus projetos e programas terapêuticos.

Percurso metodológico

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudo

Analisar a forma como estão organizados os projetos terapêuticos dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, identificar como as estratégias de reabilitação se inserem nesses projetos e interpretar as concepções elaboradas pelos profissionais sobre a reabilitação psicossocial, envolvem aspectos que transcendem aos elementos captáveis de forma imediata na qual tais projetos, programas e atividades se apresentam na prática cotidiana, ou seja, não se trata de uma descrição formal dos projetos terapêuticos, de como se organizam e se mostram na percepção da realidade imediata. Em outras palavras, não se trata de descrever um mapa, a partir do qual os projetos, por si só, por meio de uma observação simples, explicariam as condições nas quais os atendimentos terapêuticos são oferecidos aos clientes dos serviços, mas conhecer porque têm essa organização. Trata-se de identificar o porquê determinadas práticas são priorizadas em relação a outras. E, ainda, trata-se de entender as razões pelas quais as pessoas que elaboram tais projetos priorizam exatamente essas práticas e não outras; quais os motivos que as levam a determinadas opções, em detrimento de outras; quais os significados que esses atores sociais usam para valorizarem mais determinados modelos terapêuticos e colocarem outros em segundo plano.

Do nosso ponto de vista, esses aspectos não permitem uma análise do problema por meio de uma instrumentação quantitativa dos dados, pois os elementos constituintes do processo de análise interpretativa são de natureza ideológica, das construções históricas, concepções e significados. Portanto, a abordagem que mais corresponde a nosso intuito é a qualitativa, por se tratar de uma pesquisa no campo do social.

Minayo (1994) refere cinco pontos que definem uma certa especificidade do método investigativo no campo do social. O primeiro é que o objeto de estudo para as ciências sociais é histórico, as sociedades humanas ou as relações sociais que as constituem são mutáveis no tempo e no espaço, o que leva a uma certa transitoriedade das concepções construídas, porque são provisórias e, potencialmente, passiveis de transformação.

O segundo pressuposto é que o objeto de estudo possui uma “consciência histórica”, não como uma “consciência real”, mas como uma “consciência possível”. O processo de conhecimento, assim como, o objeto de estudo tem origem e se desenvolve na construção

histórica do real e no desenvolvimento social, portanto, dessa forma "tanto os indivíduos como os grupos, e também os pesquisadores, são dialeticamente autores e frutos de seu tempo histórico." (MINAYO, 1994, p. 20/21).

O terceiro ponto assinalado que caracteriza esse processo do conhecimento é a identidade entre sujeito e objeto: ambos são humanos, e, como tal, tanto o pesquisado quanto o pesquisador, mesmo separados por limites sócioculturais, têm um substrato que os fundamenta e gera um movimento empático de identificação entre ambos.

A quarta característica é que tal processo de construção do conhecimento traz, implicitamente, elementos ideológicos. Tanto as construções sociais dos vários atores não são destituídas de crenças estabelecidas por uma determinada ordem interessada na perpetuação de um certo estado de coisas, quanto nenhum processo de conhecimento ou estudo é isento de uma parcialidade explicativa sobre um recorte do real.

E, por fim, o objeto de estudo é, essencialmente, qualitativo, pois adentra uma área histórica, cultural, política e ideológica, que não pode ser apreendida por meios quantificáveis ou estatísticos.

A autora salienta ainda que a abordagem metodológica qualitativa pode ser desenvolvida com base em várias correntes filosóficas, dentre as quais as mais representativas são a fenomenologia e o materialismo dialético. Para o materialismo dialético, a base material da construção da vida determina a produção da consciência. No entanto, sublinha que mesmo essa corrente de pensamento não pode prescindir da dimensão da subjetividade permeando qualquer processo de conhecimento (MINAYO, 1994).

Bertrand (1989) assinala que na ação histórica dos homens, como agentes da transformação social, eles fazem a história, embora, na maioria das vezes, inconscientemente. Mesmo nos grandes momentos da história, e em situações revolucionárias, as ações humanas não se dão sem um suporte simbólico. Essa inconsciência dos homens de sua ação histórica se dá devido a uma consciência parcial, ou um desconhecimento, de como suas práticas contribuem para reproduzir ou transformar a realidade. Em seguida, essa inconsciência ocorre devido à forma pela qual os homens representam sua existência, pois esta construção se desenvolve no imaginário. Ocorre também devido a um processo de pré-figuração que os homens fazem de suas aspirações, as quais, ao terem um esquema construído na subjetividade, mesmo que venham a se realizar, se realizam de maneira muito diferente das formas idealizadas, pois são frutos de uma negociação contínua com outras aspirações ou outras idealizações.

Portanto, para investigar as concepções que os trabalhadores dos serviços de saúde mental constroem, levando-os a investirem em determinadas formas de tratamento, relegando outras, requer uma maneira de abordar o objeto tendo em vista os aspectos apontados pelas autoras referidas acima, que são os elementos ideológicos, valores e determinados acordos intersubjetivos constitutivos das escolhas efetuadas pelos agentes sociais, no campo da saúde mental presente nos serviços extra-hospitalares, na construção dos seus projetos terapêuticos. Assim como, um estudo como este não pode prender-se, unicamente, aos aspectos materiais existentes na essência da construção histórica das consciências, fica evidente considerar também os aspectos subjetivos que fundamentam o arsenal simbólico que permeia as ações e as idealizações dos atores sociais durante a produção social de seu trabalho nos serviços de atendimento em saúde mental.

Nesse sentido, Chizzotti (2003) realça que na pesquisa qualitativa o que se destaca é a análise dos significados que os indivíduos imprimem a suas ações, uma análise que se dá

> "(....) no meio ecológico em que constroem suas vidas e suas relações, à compreensão do sentido dos atos e das decisões dos atores sociais ou, então, dos vínculos indissociáveis das ações particulares com o contexto social em que estas se dão" (CHIZZOTTI, 2003, p. 78).

Portanto, de acordo com nossos objetivos, optamos por um estudo qualitativo, por meio do qual poderíamos realizar uma análise dos elementos que constituem as noções, os valores e as crenças que permeiam as concepções que fundamentam os projetos terapêuticos situados na base da forma de organização do trabalho cotidiano desses equipamentos de saúde mental, no município de Ribeirão Preto.

As técnicas de coletas de dados escolhidas foram entrevistas do tipo semiestruturadas e grupos focais.

5.2 O campo: desenvolvimento dos procedimentos da coleta de dados

O município de Ribeirão Preto fundado em 1856, localiza-se no território do Estado de São Paulo, a 313 km da capital, na região nordeste do Estado. A cidade é centro de uma região administrativa composta por 25 municípios e possui uma população urbana estimada em 563.107 habitantes (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

Ribeirão Preto é um município pólo qualificado como Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), cuja rede de saúde é composta por 40 Unidades de Saúde e Ambulatórios de Referência e nove Núcleos de Saúde da Família (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

A rede de serviços de saúde mental do município é composta por um Ambulatório Regional de Saúde Mental (ARSMRP), um Ambulatório Regional de Saúde Mental do Distrito Central, um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), um Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas (CAPSad), um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), um Núcleo de Saúde Mental ligado à Unidade Básica Distrital de Saúde-CSE Cuiabá, um Hospital-Dia, uma Unidade de Atendimento de Urgência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, duas Enfermarias em Hospital Geral -Hospital das Clínicas (32 leitos) e 80 leitos no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

As vias de acesso aos serviços do ARSMRP, ao CAPS II, ao CAPSad, ao CAPS III e ao Núcleo de Saúde Mental-CSE ocorrem por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS). O usuário que necessita de atendimento especializado em psiquiatria vai à UBS mais próxima de sua residência e após avaliação clínica poderá ser encaminhado para um desses serviços, de acordo com a localização de sua residência. Se, no momento em que a UBS não estiver em funcionamento (no período noturno, por exemplo), houver urgência, o usuário deverá procurar o Pronto Socorro Central, cujo funcionamento é de 24h. A via de acesso ao Ambulatório Regional de Saúde Mental do Distrito Central é por meio de encaminhamento do CAPS II. Esse ambulatório funciona como um serviço de retaguarda do CAPS II. Até o ano de 2003 os dois serviços funcionavam no mesmo prédio e com a mesma equipe, sendo que, após essa data os serviços se separaram, embora ainda permaneçam interligados uma vez que o ambulatório recebe os usuários do CAPS II cujos quadros clínicos registram uma melhora permitindo que o tratamento possa ser efetuado por meio de retornos mais distanciados temporalmente.

A via de acesso ao Hospital-Dia é por meio de encaminhamento da Unidade de Atendimento de Urgência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo ou das unidades de internação do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto.

Os serviços selecionados para o trabalho de pesquisa foram: o Ambulatório Regional de Saúde Mental de Ribeirão Preto (ARSMRP) e o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS-II), os quais foram escolhidos pela importância que ocupam na rede de serviços de saúde mental do município. O Ambulatório Regional de Saúde Mental de Ribeirão Preto, o maior

deste tipo na cidade e na região, é referência para a população de extensa área do município e atende, além de usuários de várias regiões do território municipal, pessoas também de outras duas cidades da região administrativa do município de Ribeirão Preto.

O Centro de Atenção Psicossocial II foi selecionado por ser o único serviço de saúde mental nessa forma de organização do município e por representar, atualmente, um dispositivo importante no cuidado ao portador de sofrimento psíquico intenso, constitui-se como referência alternativa de atendimento em saúde mental em substituição ao modelo de atenção centrado na internação hospitalar.

O Centro de Atenção Psicossocial III não foi selecionado porque na época em que iniciamos a coleta de dados este serviço ainda não havia sido inaugurado e o Núcleo de Saúde Mental não foi escolhido porque em contato prévio com a gerência do serviço, esta sinalizou que o corpo de profissionais e a própria gerência não estariam dispostos a colaborar ou participar da pesquisa devido à etapa de transição vivida pelo serviço na mudança de gerência e no estabelecimento de projeto terapêutico.

5.2.1 Locais da pesquisa

As informações sobre os serviços pesquisados foram obtidas durante as entrevistas, ocasiões nas quais permanecíamos no local por algumas horas o que nos possibilitou tempo e condições adequadas para a obtenção de dados, tais como a disposição dos cômodos, a função destinada a cada sala, a disposição do mobiliário, a ocupação e circulação humana no local, as atividades realizadas e o aspecto geral do imóvel destinado a sediar o serviço correspondente.

Ambulatório Regional De Saúde Mental De Ribeirão Preto - ARSMRP

O ARSMRP está localizado na região central da cidade e tem por objetivo prestar atendimento especializado na área de saúde metal, oferecendo tratamento psiquiátrico para transtornos mentais em geral dentro do território sob sua responsabilidade. Funciona das 07:00 às 18:00h. e atende a uma população de 330.000 habitantes oriundos das regiões norte, sul e leste de Ribeirão Preto, além de pessoas dos municípios de Dumont e Serra Azul. Segundo informações obtidas durante a realização das entrevistas, há uma média de seis a oito

mil atendimentos de pacientes/ano. O censo do serviço só registra as consultas médicas e não atualiza os demais atendimentos terapêuticos.

Os atendimentos são realizados em uma casa mal conservada e que foi adaptada de forma precária para comportar as atividades ali realizadas. Na sala da frente funciona a secretaria onde ficam os prontuários e o guichê de atendimento ao público. Alguns cômodos são usados como consultórios médicos e psicológicos e constituem as principais divisões institucionais para atender a clientela. Além disso, dispõe de sala de terapia ocupacional, salas de grupo, sala de enfermagem, sala de reunião, sala de espera, localizada na garagem e farmácia.

Segundo Portarias do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), o conceito de ambiência refere-se ao cuidado com o espaço físico dos serviços por entendê-lo como um espaço social, profissional e de relações intersubjetivas que proporciona atenção resolutiva, acolhedora e humana, ou seja a constituição dos espaços de saúde vai além da composição física, simples e formal de ambientes. O conceito de ambiência deve seguir três eixos: o primeiro refere-se à confortabilidade do espaço que visa a privacidade, a individualidade, o conforto e ao acolhimento dos sujeitos que ali transitam. Atenta-se para a constituição física do espaço, para iluminação, construção e disposição dos cômodos, condições de ventilação, entre outros. O segundo eixo na concepção de espaço de saúde, considera as subjetividades dos sujeitos e o terceiro eixo diz respeito à otimização dos recursos e transformação do espaço existente em um ambiente acolhedor e humano.

Nas entrevistas realizadas foi recorrente a reclamação dos profissionais em relação ao espaço físico do ARSMRP. Relatam que as dependências são velhas e sem reformas, os consultórios não oferecem privacidade, assim como as salas de grupos, pois há transmissão de sons de uma para a outra. Quanto ao quesito da confortabilidade, queixam que este deixa a desejar em todos os aspectos; as salas, de forma geral, do ponto de vista físico, são quentes e abafadas e, frias, nas perspectivas estética e simbólica, pois não possibilitam o desenvolvimento subjetivo do usuário. Elas são mobiliadas apenas com mesas e cadeiras de madeira escura, que lembram as “velhas repartições públicas” do século XIX descritas por Machado de Assis. As paredes revelam que há muito tempo não são pintadas, além de não terem adornos como quadros, enfeites, cortinas, entre outros. Frente a isso verifica-se que há uma inadequação em relação aos três eixos reportados que conceituam a ambiência em serviços de saúde e cuidado.

O quadro de recursos humanos é composto por 32 funcionários, sendo: sete médicos psiquiatras, três psicólogas, duas enfermeiras, duas assistentes sociais, uma terapeuta

ocupacional, dois farmacêuticos, três auxiliares de enfermagem, três auxiliares de farmácia, quatro auxiliares de serviços de saúde, três escriturários e um gerente.

O serviço oferece consultas médico-psiquiátricas nas seguintes modalidades:

1- com agendamento (retorno médico com referência do ambulatório, casos de seguimento, reencaminhados ou encaminhados das internações); 2- consultas de triagem: encaminhados das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para avaliação psiquiátrica; 3- atendimento de urgência: esse tipo de atendimento é ocasional, pois o paciente, nesta condição, deve ser atendido, primeiramente, nas UBS e depois encaminhado ao atendimento ambulatorial.

Além das consultas médicas, o ARSMRP proporciona consultas psicológicas de triagem e seguimento, psicoterapia de apoio, individual ou em grupo, grupo de família, visita domiciliar e atendimentos de terapia ocupacional, individuais ou em grupo.

Cabe também ao ambulatório a supervisão técnica do programa de residências terapêuticas, as quais somam vinte residências. Do total das casas doze são administradas pela organização não governamental Sociedade Espírita Caminho da Luz (SECAL), cujo financiamento é da esfera estadual. O restante das residências terapêuticas, constituído por oito casas, é coordenado, administrativamente, pela organização não governamental Vicente de Paulo e recebe recurso financeiro federal, proveniente diretamente do Ministério da Saúde.

Semanalmente ocorre uma reunião de equipe na qual são discutidos assuntos relacionados ao serviço, a rede de saúde mental do município e região, questões administrativas, e alguns casos de usuários que, porventura, apresentem necessidade urgente de tomada de decisões da equipe. Porém as questões referentes aos aspectos mais técnicos de cada profissão são discutidas separadamente em reuniões realizadas diretamente com a gerente. Nesse sentido, cada setor profissional elabora seu plano e projeto terapêutico direto com a gerência, sem que seja apresentado ou discutido em reunião geral da equipe.

Centro De Atenção Psicossocial II

O Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS- II), fundado em 1995, é um serviço regionalizado e único nessa modalidade na cidade. Atende a região do distrito central que corresponde aos seguintes bairros: Vila Tibério, Vila Virgínia, Campos Elíseos, Centro, Jardim Califórnia, Boulevar, Higienópolis e Sumaré, com um total de 107 mil habitantes. Funciona de segunda à sexta-feira das oito às dezessete horas.

Localiza-se em uma das regiões nobres da cidade e, por isso no momento de sua instalação, enfrentou resistência da população local. Funciona em uma ampla casa que no período do trabalho de campo estava passando por reforma (pintura e reparo das paredes). No entanto, da mesma forma que o ambulatório, o serviço apresenta o aspecto carregado denotativo de "serviço público", visto que se observa certo descuido na manutenção e disposição dos mobiliários e algumas impessoalidades na organização dos espaços.

Nos cômodos da casa estão dispostos a sala de espera, os consultórios, médico e de psicologia, a sala de grupo, a sala de enfermagem, a sala dos técnicos e a copa onde são servidas as refeições dos usuários. Na parte externa, há duas salas que são destinadas às oficinas, uma sala da secretaria e da gerência, uma cozinha e uma dispensa.

O espaço de um serviço de saúde mental é um dos territórios pelo qual o usuário circula e, assim, pode ser entendido como parte do espaço terapêutico. Nesse sentido, passa a exercer papel importante na constituição psíquica e subjetiva dos sujeitos em suas relações intersubjetivas. Evidencia-se, portanto, que a ambiência transcende o *setting* e passa a cumprir papel constitutivo dos sujeitos enquanto sujeitos coletivos (CAPSUL, 2007).

Em síntese, o ambiente de um serviço de saúde mental passa a ser entendido como um ambiente de cuidado, constituído por elementos conscientes e inconscientes, representando o espaço de cuidado imediato e o espaço imaginário, de proteção ao desamparo. Tal ambiente é dinâmico, pois envolve estágios de crise e de transição, e trata-se de um lugar concreto que se une ao simbólico do cuidado. Diante do exposto, atenta-se para a necessidade de que o espaço terapêutico se contraponha ao modelo físico do asilo psiquiátrico visto que, nesse sistema, o usuário era mantido violentamente excluído da sociedade, além de se constituir em um espaço de contenção da criatividade do homem ali encerrado para tratar sua desrazão e as manifestações desatinadas.

Por isso, o espaço físico dos serviços de saúde mental adquire tanta importância, não pode ser qualquer lugar, organizado de qualquer forma, mas necessita ser um espaço cuidadosamente constituído para cumprir com objetivos básicos dos serviços extra-hospitalares de acolhimento, resolubilidade, responsabilização, integralidade e todos os objetivos que visam às ações terapêuticas no cuidado ao usuário.

O CAPS II estudado, de acordo com a portaria 336 (BRASIL, 2004) a qual normatiza a modalidade dos CAPS segundo ordem crescente de porte/complexidade, apresenta os seguintes regimes de atendimento: o intensivo destinado aos usuários cujo quadro clínico necessita de atendimento diário; o semi-intensivo àqueles que necessitam de acompanhamento frequente, embora não diário e cuja frequência seja estabelecida a partir do

seu projeto terapêutico; e o não intensivo que é o regime de atendimento destinado aos usuários cujo quadro clínico necessita de atendimentos menos freqüentes. Segundo os depoimentos dos profissionais do CAPS II que participaram do estudo, eles atendem 39 usuários no regime intensivo. No regime semi-intensivo atendem 76 usuários e no não-intensivo, 130.

De acordo com a mesma portaria, um CAPS II deve funcionar das oito às dezoito horas durante cinco dias úteis da semana, em dois turnos, podendo ter mais um turno até às 21h. NO CAPS II estudado há apenas uma equipe mínima em um turno, no período da manhã. A equipe, na época do trabalho de campo, era composta por um médico psiquiatra, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, um oficineiro que também exerce a função de musicoterapeuta e um gerente. A maioria dos técnicos trabalha no período da manhã, sendo que, no período da tarde, há, em alguns dias, a enfermeira e o oficineiro/musicoterapeuta. Todos os técnicos perfazem um horário de vinte horas semanais.

As atividades terapêuticas oferecidas são consulta médica, psicoterapia, terapia ocupacional, musicoterapia, atendimentos em grupo ou individuais, grupo de família e oficinas terapêuticas.

A pessoa, ao chegar ao CAPS II é recebida pelo médico que encaminha a outro profissional de nível universitário, o qual elaborará o plano terapêutico individual, contendo as atividades das quais o cliente deverá participar e se houver necessidade, o usuário será encaminhado a um terceiro técnico para avaliação e atendimento individual especializado.

O serviço também possui uma unidade ambulatorial, Ambulatório Regional do Distrito Central, instalado em outro local que recebe os usuários cujos quadros clínicos estejam melhores ou que acusem necessidade de poucos atendimentos e terapêuticas breves.

5.2.2 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos selecionados para participarem dessa investigação foram os profissionais técnicos de nível superior e de nível médio que atuavam diretamente na assistência ao usuário. Essa escolha considerou que para estudar a forma de organização dos serviços, como são elaborados os projetos terapêuticos pelas equipes, as concepções de reabilitação psicossocial e a inserção das ações psicossociais havia a necessidade de se buscar informações diretamente

com os agentes responsáveis pela elaboração das propostas de trabalho em saúde contidas no projeto terapêutico do serviço e também com aqueles que promovem as intervenções práticas terapêuticas, na forma de trabalho, com a clientela. O outro critério de escolha foi a disponibilidade dos sujeitos em participar da pesquisa.

Para as entrevistas o grupo foi composto por dezenove pessoas sendo quatro auxiliares de enfermagem, duas enfermeiras, duas psicólogas, duas terapeutas ocupacionais, três assistentes sociais, um auxiliar de serviços de saúde, três médicos psiquiatras e dois gerentes. Dos grupos focais participaram dois auxiliares de enfermagem, três enfermeiras, três psicólogas, duas terapeutas ocupacionais, três assistentes sociais, quatro médicos psiquiatras e dois gerentes. Ressaltamos que tanto para a entrevista como para o grupo focal os gerentes foram computados separadamente da categoria dos médicos, embora sejam profissionais médicos, devido ao cargo que ocupam.

Os sujeitos da pesquisa são constituídos, de maneira geral, por pessoas que em sua maioria são do sexo feminino, encontram-se na faixa etária que vai aproximadamente dos trinta a sessenta anos, a maioria possui grau de escolaridade do nível superior, tendo uma minoria formada no ensino médio constituída pela categoria de auxiliares de enfermagem. A categoria profissional dos médicos, quando comparadas proporcionalmente a outras categorias não médicas, englobam o maior número de profissionais.

Importante observar que nos dois serviços selecionados para a pesquisa os profissionais dividem-se em dois tipos, segundo um referencial histórico. Há entre os mais velhos uma parcela significativa de profissionais que integra os serviços desde sua origem e participou, como observador ou ativista, dos movimentos de reforma psiquiátrica e do processo de discussão e proposição do modelo de atenção psicossocial em saúde mental. Dentre esses profissionais, uma parcela participou como ativistas de movimentos, tais como O Movimento de Luta Antimanicomial, constituindo-se em agentes importantes no processo de transformação da atenção e cuidado nos serviços de saúde mental do município de Ribeirão Preto. Há, entretanto, uma parcela, dentre esses profissionais, que participou em graus diferentes desse movimento, mas que hoje, entretanto, se tornou crítica do processo de reforma psiquiátrica. Essas pessoas, ao apontarem para alguns aspectos das proposições da reforma que apresentaram dificuldade em sua realização, tendem a projetá-los como obstáculos intransponíveis, favorecendo, assim, o retorno às velhas posições e ações de um modelo de atenção que se propôs superar.

Há também os profissionais mais jovens pertencentes a uma parcela que tende, por um lado, a não historicizar as mudanças, como se elas sempre tivessem sido desta forma e, por

outro, quando unidos a profissionais críticos ao processo de reforma psiquiátrica, tornam-se responsáveis, na atualidade, por uma forma de trabalho mais tecnificado.

Para a realização da presente pesquisa, participamos de reuniões com as equipes de cada um dos serviços, nas quais foi apresentada a proposta do estudo. Aproveitamos também para esclarecer sobre a necessidade de realizarmos entrevistas com os profissionais envolvidos na assistência aos usuários, sobre o tipo de entrevista, tempo estimado de duração e os procedimentos éticos que permeariam a coleta de dados.

Durante a exposição sobre a investigação alguns profissionais verbalizaram suas preocupações sobre o acesso que teriam aos resultados do estudo à respeito de seu trabalho. Mencionaram, ainda, sua desconfiança com relação a vários pesquisadores que não teriam retornado para apresentar suas conclusões, de forma a atualizá-los em relação ao conhecimento produzido a partir da pesquisa. Após consultarmos de que forma poderíamos fazer a devolutiva dos resultados, propuseram que o fizéssemos na reunião de equipe.

Ao final da reunião, os profissionais que concordaram em participar da pesquisa disseram seus nomes e a respectiva disponibilidade de dia e horário para a entrevista.

5.2.3 Entrevista semiestruturada

Todo homem procura compreender sua existência e quando está engajado em uma ação, no trabalho ou em outras formas de produção material da vida, teoriza-a de forma espontânea. Para tal, utiliza os materiais que a sociedade coloca à sua disposição e os compartilha, de forma mais próxima, com os integrantes do grupo ou meio social que frequenta. Esses materiais são as idéias, as imagens, as normas, os valores, os mitos, os projetos, ou seja, esse imenso material intelectual produzido pela sociedade e, pelo qual, a sociedade se reproduz.

De acordo com Bertrand (1989), quando os elementos que constituem esse material fornecido socialmente aos homens se ordenam segundo uma lógica, se articulam com uma certa coerência, e sob certas regras, formam sistemas de representações, os quais nada mais são do que formas sociais de consciência, a partir das quais os homens se constroem. Isto é, eles recriam suas relações sociais por meio das imagens, dos mitos, crenças, idéias, projetos, e demais elementos que a sociedade ou grupo lhes disponibiliza. Dito de outra maneira, esses

elementos exprimem, sob forma, mais ou menos indireta, as relações reais entre os homens, as de natureza material e simbólica, sob as quais, os homens vão edificar suas vidas.

Quais os elementos constituintes em um sistema de representações sociais fundamentam as escolhas terapêuticas das equipes dos serviços de saúde mental? Quais elementos estão na base dos esquemas de valor atribuído a cada uma das atividades desenvolvidas pelas equipes? Como conceituam a reabilitação psicossocial e como se insere essa estratégia clínica nos esquemas de escolha e valorização técnica e social dado por essas equipes?

As entrevistas semiestruturadas são o recurso e o instrumento, pelo qual podemos investigar esses aspectos. Para Minayo (1994), as entrevistas colocam a palavra como símbolo de comunicação por excelência e o que torna as entrevistas um instrumento privilegiado de coleta de dados em uma pesquisa qualitativa, é o potencial da fala contida nos depoimentos, a qual é reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos. A autora salienta que a entrevista, por si só, é capaz de "(...) transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas." (p. 110).

Para Minayo (1994) a entrevista, além de ser um instrumento privilegiado de interação, também é um fato social, pois há uma relação interpessoal estabelecida. Refere que a entrevista é um recurso que traz o caráter histórico e social da fala e, portanto, é um campo de expressão das construções sociais; assinala ainda que todas as formas de discurso na comunicação refletem e são determinadas pela dimensão material da reprodução da vida social. A entrevista, como interação dialógica, discursiva e comunicativa reflete e refrata a realidade objetiva.

Além disso, acrescentaríamos que a dimensão da subjetividade não pode ser desprezada na constituição dos conteúdos da interação comunicativa, estabelecida na situação da entrevista, no sentido em que a realidade objetiva e subjetiva se interseccionam na constituição do ser humano e na própria constituição do real, na medida em que, os homens ao reproduzirem sua vida socialmente, o fazem também pré-figurando aquilo que é uma montagem imaginária de suas idealizações, na construção e recriação do real. A realidade objetiva não é constituída apenas das ações materiais dos homens, mas a própria ação material dos homens é, em certa medida, determinada pelas suas aspirações imaginárias, quando estas são prefiguradas nas ações, enquanto possibilidades de realização concreta daquilo que foi idealizado (BERTRAND, 1989).

Portanto, a nosso ver, as entrevistas como interação dialógica e comunicativa são marcadas pelo encontro humano e pela contingencialidade da interação intersubjetiva que as constitui.

Minayo (1994) alerta para um processo que se manifesta no momento em que se pesquisa um grupo social: o surgimento de uma situação na qual algumas informações não aparecem, senão sob uma forma velada, e outras que são apresentadas de uma certa maneira para parecerem com aquilo que o grupo pretende mostrar em relação a si mesmo. Em outras palavras, em um grupo social, mesmo que existam conflitos e diferenças, sua existência depende de uma coesão interna que compartilha segredos, significados e temas proibidos. Portanto, o relativo sucesso de uma pesquisa é determinado pela capacidade de se adentrar nessa área de informações difusas e de resistências. Assim, vemos como a dimensão subjetiva está presente na constituição da realidade objetiva.

O tipo de entrevista escolhida foi a semiestruturada, por se mostrar mais adequada, no sentido de não se restringir a um roteiro pré-determinado e fechado e também pelo fato possuir um eixo de enfoque organizando a questão endereçada aos profissionais dos serviços de modo que a entrevista possa fluir a partir desse eixo proposto pela pesquisadora. Deste modo, não se trata de entrevistas totalmente abertas, já que apresentam um eixo norteador do diálogo estabelecido no momento da entrevista.

Segundo Triviños (1987), a entrevista semiestruturada tem a vantagem de ser realizada na presença do pesquisador o que favorece o surgimento e identificação de pontos escuros, regiões de conflitos e divergências no interior do grupo, os quais possivelmente não se evidenciariam se a entrevista fosse completamente estruturada.

De acordo com Víctora; Knauth; Hassen (2000), a importância de ter claros os objetivos da pesquisa, os quais a tornam uma importante ferramenta para compreensão dos elementos e aspectos que constituem as informações que nos propusemos estudar. Fica evidente,portanto, que as entrevistas, em pesquisas, não fornecem apenas dados relevantes sobre a realidade objetiva dos serviços estudados, mas, também, muniram dados sobre as visões de mundo, de homem, saúde e doença. Esses elementos estão na base das escolhas dos profissionais em relação a determinadas modalidades terapêuticas em detrimento de outras, algumas são valorizadas, técnica e socialmente, e outras são desvalorizadas, como concebem a reabilitação psicossocial e como a situam no sistema de valorizações e escolhas que efetuam, no cotidiano, para elaboração de seu plano técnico e programa terapêutico.

As entrevistas foram realizadas no período de dezembro de 2007 a fevereiro de 2008.

Conforme mencionado anteriormente, foram realizadas dezenove entrevistas distribuídas da seguinte forma: onze no ARSMRP e oito no CAPS II. Quanto à categoria profissional dos entrevistados, temos: duas psicólogas, três assistentes sociais, duas enfermeiras, duas terapeutas ocupacionais, três médicos psiquiatras, quatro auxiliares de enfermagem, um oficineiro/musicoterapeuta e duas gerentes.

No ARSMRP foram realizadas onze entrevistas com os seguintes profissionais: uma psicóloga, duas assistentes sociais, uma terapeuta ocupacional, dois médicos psiquiatras, três auxiliares de enfermagem e um gerente. No CAPS II foram oito distribuídas da seguinte forma: uma psicóloga, um psiquiatra, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, um oficineiro/musicoterapeuta e um gerente.

As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho dos profissionais e gravadas em fita cassete após o consentimento do entrevistado. A duração dos depoimentos variou de trinta minutos a uma hora e trinta minutos.

Todos os profissionais foram orientados sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I), o assinaram e tiveram uma cópia do documento.

Por serem entrevistas semi-estruturadas, eram constituídas por duas perguntas que refletiam os temas buscados em nossos objetivos: 1- "Descreva o seu trabalho no serviço, objetivos, relacionando com os outros profissionais da equipe e com o projeto terapêutico do serviço e como é elaborado o projeto terapêutico do serviço." e 2- "Qual sua concepção sobre reabilitação psicossocial e descreva ações psicossociais presentes no seu serviço?"

Os entrevistados, de maneira geral, foram receptivos, cooperativos e preocupados em fornecer corretamente as informações solicitadas e, nesse sentido, o que permitiu que os depoimentos transcorressem em clima agradável e participativo para ambas as partes.

5.2.4 Grupos focais: uma proposta para a construção intersubjetiva do conhecimento

Em vários momentos deste estudo, salientamos sobre os problemas decorrentes da tendência cientificista que tem acompanhado a organização dos serviços extra-hospitalares no que diz respeito, sobretudo, à operação ideológica de hierarquização entre as práticas terapêuticas privilegiando as que seguem modelo e tecnologia apoiados nas ciências médicas positivas, com desvalorização de práticas fundamentadas em outras abordagens, como as psicossociais.

Da mesma forma, criticamos o cientificismo, principalmente a partir da escolha do referencial teórico que optamos, por meio do qual discutimos, à luz das análises filosóficas habermasianas, o valor da construção de projetos e planos de ação sociais apoiados em consenso normativo, dialógicamente instaurados, por meio de uma simetria comunicativa e igualdade de chances entre os participantes. Também, em nossa metodologia realçamos o valor da intersubjetividade na construção do conhecimento diante de uma prática científica monológica, que se pretende imediatamente objetivada por meio de técnicas autolegitimáveis.

Onocko-Campos e Furtado (2006) propõem uma metodologia para avaliação de CAPS baseada em pesquisa avaliativa participativa, segundo abordagem qualitativa, na qual pesquisadores e pesquisados cooperam em todos os processos da avaliação, pesquisa e construção do conhecimento.

Segundo esses autores, processos positivistas de construção de conhecimento originam-se em uma ontologia realista que pressupõe uma realidade independente do observador e regida por leis naturais, fundamentada em uma epistemologia dualista que fragmenta sujeito e objeto e em uma metodologia que busca uma essência no objeto. Em um paradigma construtivista interpretativo, paradigma defendido pelos autores, a perspectiva ontológica considera a existência de múltiplas realidades socialmente construídas, destacadas do regimento de leis naturais. Segundo metodologia hermenêutica, as verdades em ciências são construídas por meio de consensos, em um processo de interação intersubjetiva.

Acresce-se que, de acordo com a metodologia proposta, a pesquisa avaliativa participativa apresenta vantagens inquestionáveis por propiciar a inclusão de vários pontos de vista e mais discussão, fomentar a discussão, viabilizando e ampliando a utilização dos resultados da avaliação. Além disso, permite a inclusão do elemento político no processo de construção do conhecimento e apropriação do conhecimento pelos trabalhadores, otimizando a oferta terapêutica aos usuários.

Quando entramos em contato com as gerentes dos serviços estudados para lhes explicar o projeto de pesquisa, elas foram unânimes ao nos informarem sobre o esgotamento das equipes com pesquisas científicas realizadas nesses locais. Segundo elas, os profissionais "estavam escaldados" com a vinda dos pesquisadores, com seus questionários, com os sorrisos simpáticos, o humilde agradecimento após cada entrevista concedida e, sobretudo, com o fato de desaparecem após estes encontros, de forma que profissionais desconhecessem os resultados do estudo para o qual, gentil e anonimamente, haviam contribuído.

Cientes disso, apesar de que havíamos proposto anteriormente que a devolutiva poderia ser na reunião de equipe por meio de uma exposição dos resultados, revimos essa

postura e avaliamos que a realização do grupo focal cumpriria papel essencial para inclusão dos profissionais no processo de construção do conhecimento, o que poderia, inclusive, contribuir com o serviço na elaboração de propostas de seu projeto terapêutico.

A partir de leitura intensiva e da análise das entrevistas alguns temas foram propostos. A seguir realizamos o grupo focal nos respectivos locais de trabalho, na presença dos profissionais responsáveis pela assistência direta ao usuário.

A utilização de grupos focais para coleta de dados em pesquisa científica nas ciências sociais e humanas tem sido apontada por alguns autores (TANAKA; MELLO, 2004; GATTI, 2005) como técnica indicada, preferencialmente, para situações de geração de teorizações do que para verificação ou para teste de hipóteses prévias, como foi proposto no nosso estudo. Entretanto, Gatti (2005) não exclui esse último uso e afirma que, quando se utiliza grupo focal para fins de verificação de idéias prévias, frequentemente, o pesquisador surpreende-se com a densidade do material que pode extrapolar hipóteses iniciais e gerar novas e interessantes categorias de entendimento bem como possibilitar novas inferências relacionadas com o problema em exame.

Atualmente, os grupos focais têm se mostrado muito úteis para o aprofundamento de análises que enfocam valores sociais e culturais, normas, aspectos morais, crenças, imagens, idealizações, mitos, entre outros, permitindo também compreender, em um estudo determinado, por que certo ponto de vista torna-se preponderante em relação a outros e quais fatores se relacionam a isso. Além disso, essa técnica permite o acesso às trocas simbólicas em determinado grupo social, maior interação entre seus membros, situações de consensos, dissensos entre os participantes e, ainda possibilita descobrir "não somente no que pensam e expressam, mas também em como elas pensam e porque pensam o que pensam" (GATTI, 2005, p. 9)

Diante dessa discussão, a partir de uma pré-análise das entrevistas e mediante a proposição de temas emergentes e consensuais nos discursos contidos nas narrativas dos sujeitos, realizamos dois grupos focais - um em cada serviço pesquisado com a participação dos entrevistados e outros profissionais, os quais se dispuseram a participar do grupo. Da mesma forma, acreditamos ter alcançado um aprofundamento dos elementos de análise e de dados correspondentes àqueles que buscamos nesta pesquisa. Em outras palavras, pudemos gerar uma via de acesso às trocas simbólicas e promover interação entre as equipes dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, facilitando o entendimento da razão pelas quais determinadas opções terapêuticas tornam-se preponderantes em relação a outras e a

compreensão de como pensam as pessoas e porque assim o fazem. Acreditamos que todos esses aspectos possam enriquecer os dados colhidos por meio das entrevistas.

Acreditamos ainda que essa proposta tenha representado avanços, pois veio ao encontro de nosso anseio por desenvolver pesquisa científica, apoiada em metodologia que privilegia as produções dialógicamente construídas, no encontro humano das intersubjetividades e de seus horizontes culturais.

Após uma primeira análise das entrevistas foram retirados alguns eixos temáticos que foram selecionados como disparadores da discussão nos grupos focais.

Os grupos focais foram realizados em maio de 2009, um em cada serviço, e agendados de acordo com a disponibilidade das equipes. Deles participaram dezenove sujeitos que se distribuíram da seguinte forma: dois auxiliares de enfermagem, três enfermeiras, quatro psiquiatras, três psicólogas, duas terapeutas ocupacionais três assistentes sociais e dois gerentes. Importante informar que algumas pessoas dos grupos focais não participaram das entrevistas (foram contratados no período entre a realização das entrevistas e os grupos focais), e que alguns participantes da entrevista não participaram dos grupos focais, pois não se encontravam no trabalho no dia em que a atividade foi realizada (férias, ou turno de trabalho diferente da hora de realização do grupo). Entretanto, a maioria dos participantes dos grupos focais foi constituída por participantes das entrevistas.

No início de cada grupo focal, relembrávamos a solicitação feita pelos profissionais sobre a apresentação dos resultados da investigação e, em seguida, apresentávamos a opção pelo grupo focal enquanto uma oportunidade para a devolução do que havia emergido da análise das entrevistas. Além disso, informávamos aos participantes sobre um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II) elaborado para esse fim. Todos o leram e o assinaram.

Após essa introdução, apresentávamos, sumariamente, a história dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, o referencial teórico adotado na pesquisa e os eixos temáticos selecionados. Em seguida, iniciávamos a discussão no grupo focal, coordenado pela pesquisadora com a colaboração de uma observadora responsável por registrar as falas, também gravadas em fita cassete, com o consentimento dos integrantes. Para tanto, utilizávamos dois gravadores dispostos em diferentes locais da sala. A transcrição das fitas foi realizada pela pesquisadora.

Durante a discussão os participantes construíam a alguns consensos sobre os temas apresentados e, ao final esboçavam uma análise do trabalho que realizavam. Também, se propuseram a dar continuidade às discussões em fóruns posteriores, destacando os problemas

apontados com referência aos eixos temáticos apresentados. Esta faceta será abordada e desenvolvida em capítulo pertinente à análise e discussão dos dados.

5.3 Análise dos dados: abordagem interpretativa reconstrutiva

A abordagem proposta para análise dos dados é a interpretativa reconstrutiva, apoiada no referencial teórico da hermenêutica dialética, segundo a concepção teórico-filosófica de Jürgen Habermas.

Segundo Habermas (1987), a hermenêutica dialética não se constitui em uma metodologia específica e um método particular com técnicas determinadas de investigação científica e de tratamento de dados. Essa abordagem filosófica, entretanto, em sua opinião, dispõe de processo que envolve autocompreensão daquilo que se quer apreender interpretativamente da realidade e, nesse sentido, apresenta um caminho para o pensamento.

Habermas é um dos filósofos contemporâneos que iniciou sua produção intelectual ligado aos autores da Escola de Frankfurt e, a partir da década de 70 do século XX, passou a criticar o conceito de razão decorrente do paradigma da consciência para orientar-se segundo proposições da guinada linguística da filosofia, a qual retira a autoconsciência do sujeito do seu lugar de condição da racionalidade para delegar à linguagem o instrumento de racionalidade, pelo qual se pode ter acesso aos conteúdos do pensamento e à dimensão intersubjetiva da produção dos conhecimentos e das ações humanas (ARAGÃO, 2002).

É por isso que Minayo (1992) descreve a aplicação da hermenêutica dialética enquanto possibilidade de interpretação da realidade como averiguação de sentido por meio de análise lingüística ou temática "na qual importa, mais que a expressão verbal, a compreensão simbólica de uma realidade a ser penetrada" (p.220). Entretanto, distingue-se da análise do discurso e da lingüística, pois para esta última o principal objetivo é a demonstração de um sistema de regras de uma linguagem natural, sendo que para a hermenêutica a linguagem tem importância central por ser o instrumento que traduz as experiências fundamentais de seres falantes, comunicativamente competentes cuja racionalidade manifesta-se na busca pelo entendimento mútuo para orientar suas ações.

De acordo com Aragão (2002), Habermas, por substituir a consciência enquanto critério de racionalidade, elabora uma ciência reconstrutiva, a qual, ao ligar-se à tradição hermenêutica, propõe uma distinção entre explicar e compreender. Enquanto a explicação dos

fenômenos permanece refém dos eventos ou estados observáveis e delineados pela experiência sensorial e perceptiva, a compreensão está direcionada para o sentido dos proferimentos. Da mesma forma, enquanto a explicação constitui método de experiência individual de um sujeito solitário que se ocupa em descrever a realidade para um outro, a compreensão se revela como atividade intersubjetiva, comunicativa, cujo sistema conceitual é partilhado e construído pela comunidade que busca o entendimento sobre algo no mundo.

A dimensão de uma ciência reconstrutiva revela-se na condição de que a apreensão de sentido de um texto, discurso ou ação não ocorre por meio do conhecimento explícito expressado pelos proferimentos internos ao texto ou discurso, mas trata-se de buscar descobrir reconstrutivamente as estruturas que geraram e permanecem subjacentes à produção das formações simbólicas.

Sendo assim, Minayo (1992) sintetiza alguns pressupostos básicos de uma possível metodologia fundamentada na abordagem hermenêutica do conhecimento. Nesse sentido, o intérprete deve tomar "a sério" o ator social que é o autor do texto ou discurso, que será interpretado. Esse "a sério" significa que o outro dispõe de uma dialogicidade frente ao intérprete, não é apenas um objeto a ser desvendado ou explicado, mas está em uma condição de diálogo com aquele que pretende compreender algo. Assim como, o pesquisador só pode compreender o conteúdo significativo de algo quando está em condições de tornar presentes, reconstrutivamente, as razões e as condições que subjazem a produção daquele autor, ou seja, o intérprete coloca-se na posição do outro trazendo as condições históricas que possibilitaram àquele autor produzir determinado texto, discurso ou ação. Portanto, as condições da intersubjetividade e historicidade permeiam todo o percurso interpretativo da construção do conhecimento por meio da hermenêutica.

O caminho da tarefa interpretativa, portanto, visa diferenciar a compreensão do contexto da comunicação, do contexto da produção das condições do conteúdo da comunicação e do contexto do pesquisador. Outra tarefa é trazer o sentido que o texto ou discurso permite a partir do mundo da vida do autor, de sua cotidianidade, do universo compartilhado com seus contemporâneos e interlocutores que concordam ou discordam sobre algo no mundo objetivo, no mundo social e no mundo de intersubjetividades. Isto é, o intérprete busca entender porque o autor pesquisado apresenta aquele conteúdo de uma determinada forma e não de outra.

Para tanto, entrevistas foram realizadas com os profissionais dos dois serviços extra-hospitalares do município de Ribeirão Preto e, portanto, nossa tarefa interpretativa iniciou-se na busca pela compreensão das construções discursivas e do contexto histórico que as

possibilitaram e levaram os autores a produzirem determinados discursos referentes às suas práticas.

A análise dos dados, com base nas entrevistas realizadas, seguiu o seguinte roteiro respeitando o referencial teórico exposto:

- Ordenação dos dados: realizamos um processo de leitura e releitura das entrevistas transcritas e elaboramos uma disposição de um início de classificação com a identificação de pontos em comum, tais como temas, assuntos e abordagens ou relações que são compartilhados pelos vários discursos.
- Identificamos temas emergentes que delinearam um certo universo compartilhado entre os profissionais dos serviços pesquisados.
- Discutimos esses temas nos grupos focais com os profissionais de cada serviço de forma a identificar consensos, dissensos e novas disposições discursivas emergentes da discussão dos temas.

A seguir iniciamos o processo interpretativo, operacionalizado da seguinte forma:

- Estabelecemos relações com o campo das determinações fundamentais, as quais já foram preliminarmente abordados nas fases exploratórias do tema pesquisado e que são marco teórico fundamental da análise, envolvendo a compreensão de como se inserem e se inscrevem tais disposições discursivas no contexto sociohistórico e conjuntural, cultural e político geral cujo grupo social, autores dos discursos analisados, estão inseridos. Nesse caso o grupo social compreende os profissionais dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, diretamente ligados à assistência ao usuário. Já o marco sociohistórico considerado demarca o surgimento desses serviços no contexto histórico político que em determinado momento e sob determinadas razões passa a demandar a criação de serviços de atenção psiquiátrica de caráter comunitário e não hospitalar ou asilar.
- Estabelecemos relações dos discursos referentes às ações com a constituição histórica desse grupo social nos serviços pesquisados. Como e de que forma os entrevistados construíram e organizaram os serviços e os projetos terapêuticos disponibilizados. A qual contexto sociohistórico e político-cultural corresponde à determinada forma de organização.
- Relacionamos a essa disposição organizativa e aos discursos referentes às atuações terapêuticas a inserção de ações de reabilitação psicossocial nos projetos terapêuticos dos serviços.

- Interpretamos as concepções que os profissionais elaboram e compartilham sobre a reabilitação psicossocial relacionando-as às análises da forma organizativa dos serviços e dos projetos terapêuticos e as razões pelas quais determinados fatores (históricos, contextuais e intersubjetivos) operam na base das opções terapêuticas desenvolvidas pelos projetos terapêuticos.

A análise das entrevistas revelou alguns temas emergentes que tendem a se configurar como discursos consensuais e que foram agrupados em determinados conjuntos temáticos tendo como base os objetivos específicos que são investigar a forma de organização dos serviços, conhecer a forma de elaboração dos projetos terapêuticos pelas equipes, interpretar as concepções dos profissionais sobre reabilitação psicossocial e identificar a inserção de ações de reabilitação nos projetos terapêuticos.

Assim, elaboramos uma organização da discussão desses temas sob os seguintes conjuntos temáticos, os quais nos permitiram uma abrangência suficiente para abordar as questões emergenciais das falas das entrevistas de forma elucidativa: organização do trabalho, dos serviços e reabilitação psicossocial. No conjunto temático organização do trabalho, enfocaremos o assunto sob as perspectivas da tecnificação do trabalho em saúde, do trabalho centrado na tecnologia médico-clínica e da precarização do trabalho nos serviços. No grupo que focaliza a organização dos serviços, visualizaremos as questões organizadas sob ótica referente aos projetos terapêuticos, organização das equipes e as ações terapêuticas. E, por fim, o bloco temático, no qual traremos a discussão sobre a reabilitação psicossocial e apresentaremos as concepções reveladas pelos profissionais em suas falas e de que forma, coerentemente à elas, inserem-se as ações de reabilitação psicossocial nos projetos que elaboram ou que disponibilizam.

Dessa forma, acreditamos ter contemplado aquilo que Minayo (1992) assinala como sendo uma possibilidade de realização técnica do método de análise, apoiada na abordagem hermenêutica dialética em relação às comunicações e ações referentes à área da saúde e que ao utilizar o caminho do pensamento proposto por Habermas, procura possibilitar uma interpretação aproximada e provisória da realidade, posicionando as relações intersubjetivas mediadas simbolicamente pela linguagem em seu contexto para entendê-las a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que são produzidas.

5.4 Procedimentos Éticos da Pesquisa

No mês de agosto de 2007 enviamos o projeto de pesquisa ao então Secretário Municipal de Saúde, juntamente com a carta solicitando autorização institucional para desenvolvimento da pesquisa e com a folha de rosto para apresentação ao Comitê de Ética em Pesquisa. Em 23 de agosto de 2007 obtivemos a autorização solicitada para realização da pesquisa nos dois serviços de saúde mental selecionados.

A seguir o projeto de pesquisa, a folha de rosto e a carta de aprovação do Secretário Municipal de Saúde foram, então, enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP), obtendo-se sua aprovação para a realização do estudo em oito de outubro de 2007 (Anexo I).Os cuidados com a observância dos procedimentos éticos durante a investigação foram: durante as entrevistas, houve a apresentação da pesquisa e seus objetivos a cada sujeito pesquisado e o esclarecimento dos procedimentos éticos; mediante a concordância do sujeito apresentamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I) para sua apreciação e assinatura. Por meio do Termo se assegurou sobre o anonimato das identidades dos participantes, o sigilo das informações e a garantia de seu uso exclusivo para fins da pesquisa científica. Além disso, o Termo esclareceu sobre a possibilidade de que cada participante pudesse desistir em qualquer etapa da pesquisa, sem prejuízo algum a sua pessoa e sobre o fato de sua participação ocorrer por sua livre e espontânea vontade.

Para realização dos grupos focais, encaminhamos ao Comitê de Ética uma solicitação de inclusão de um novo instrumento de coleta de dados e anexamos um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II). Tal solicitação foi aprovada na 116ª reunião ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (AnexoII). Por meio desse novo termo esclarecemos aos sujeitos sobre a livre participação nos grupos focais, o anonimato das identidades e sobre a liberdade de cada participante de se retirar da pesquisa a qualquer momento.

Análise e discussão dos dados

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Realizamos a análise dos dados utilizando o referencial teórico da hermenêutica dialética de Jürgen Habermas, segundo uma abordagem interpretativa reconstrutiva. Nessa abordagem o enfoque analítico privilegia o compreender ao explicar. Procura interpretar o sentido das escolhas e dos proferimentos que os sujeitos emitiram durante os procedimentos de coleta de dados e, longe de fornecer descrições dos ambientes e das pessoas que os habitam, o caminho analítico buscou a construção compartilhada do conhecimento, uma atividade intersubjetiva na produção coletiva do entendimento sobre o tema estudado. A dimensão reconstrutiva ocorreu principalmente face à nossa preocupação em contextualizar as mensagens linguísticas emitidas e entendê-las sob a ótica de como foram produzidas. Historicizá-las, porém, sempre tendo como horizonte reconstrutivo a dialogicidade dos sujeitos envolvidos.

Efetuamos, durante a fase de análise do material coletado, um processo exaustivo leitura e releitura do conteúdo das entrevistas, em seguida procuramos estabelecer algumas formações simbólicas e mensagens discursivas que delineavam alguns conjuntos temáticos e cruzamos esses temas prévios com nossos objetivos específicos que consistiram em investigar a forma de organização dos serviços extra-hospitalares de saúde mental selecionados e a constituição do projeto terapêutico; buscamos, também, conhecer a forma de elaboração do projeto terapêutico pela equipe dos serviços, interpretar as concepções elaboradas pelos profissionais sobre a reabilitação psicossocial e identificar as ações da reabilitação no projeto terapêutico.

Posteriormente, organizamos o material em alguns conjuntos temáticos que serão expostos a seguir.

A partir da análise do conteúdo das entrevistas e de algumas categorias temáticas que se expressaram nas formações discursivas levamos esses temas emergentes para serem discutidos nos grupos focais, realizados um em cada serviço selecionado para a pesquisa.

A seguir, portanto, faremos a exposição da análise das entrevistas, organizada sob a forma de três conjuntos temáticos e cada qual sendo subdividido em outros subitens.

Após essa etapa, faremos a análise dos grupos focais.

Ainda, neste capítulo efetuaremos algumas discussões envolvendo propostas de superação das problemáticas identificadas durante a etapa de análise dos dados.

6.1 As entrevistas

O contato inicial com os sujeitos que participaram das entrevistas se deu por meio da nossa participação na reunião de equipe, a qual foi realizada, semanalmente, em cada serviço selecionado para o estudo. Inicialmente por meio de contato com a gerente de cada serviço, explicamos o conteúdo da pesquisa, as técnicas de coleta de dados e os procedimentos éticos envolvidos. Após esse contato, fomos convidadas a participar da respectiva reunião de equipe de cada serviço estudado, quando expusemos o conteúdo e objetivo da pesquisa, as técnicas de coleta de dados escolhidas e sobre os procedimentos éticos seguidos na pesquisa.

Nessas reuniões, os sujeitos que se dispuseram a participar forneceram seus nomes, dias e horário disponíveis. As entrevistas seguiram, portanto, a disponibilidade dos sujeitos participantes e de acordo com as datas por eles assinaladas.

Apresentaremos as discussões ilustrando-as por meio de citações de falas das entrevistas e, para tanto, codificamos as citações em determinadas letras: P para demarcar as falas da pesquisadora e entrevistadora; E para demarcar as falas dos entrevistados, seguidas por um número que corresponde à ordem segundo a qual foi realizada a entrevista, ou seja, o sujeito E1 representará o primeiro sujeito entrevistado, o E2 o segundo, e assim sucessivamente.

A partir dessa explicação necessária, passaremos à análise dos conjuntos temáticos emergentes do conteúdo das entrevistas, repertoriados a seguir.

6.1.1 Organização do trabalho

6.1.1.1 O trabalho tecnificado

O trabalho desenvolvido nos serviços extra-hospitalares de saúde mental pesquisados é percebido e descrito de forma diferenciada pelos profissionais conforme a sua condição de possuir ou não nível de escolaridade superior. Dessa forma, os técnicos de formação universitária descrevem o trabalho como uma propriedade intelectual e material que é desenvolvida, invariável e necessariamente, por eles, considerando seu conhecimento

especializado e um determinado conjunto de técnicas que viabilizam tal conhecimento na prática. Assim, eles se referem na maioria das vezes "ao meu trabalho":

> "Sou psicóloga, meu trabalho é centrado no paciente, o objetivo é obter reações referentes ao tratamento, ao bem-estar, à saúde mental, à melhoria do paciente." (E1).
>
> "....sou enfermeira fiz especialização em psiquiatria e meu trabalho é coordenar o trabalho de enfermagem e fazer o acolhimento no serviço" (E6).
>
> "Sou assistente social. Meu trabalho aqui é...eu atendo os usuários, as famílias, para orientação, encaminhamento, benefícios...." (E7).
>
> "Sou psiquiatra, meu trabalho é o atendimento de pacientes psicóticos, neuróticos graves, pacientes com depressão, depressão psicótica que precisam ser medicados, então são encaminhados pra mim" (E12).
>
> "O meu trabalho aqui,...vou descrever o que faço aqui...eu desenvolvo algumas atividades..." (E14).

Em outra perspectiva, quando analisamos as falas de profissionais de nível médio, tais como auxiliares de enfermagem observamos que eles se referem ao trabalho do serviço primeiramente como um todo e, muitas vezes, esta descrição é acompanhada do pronome "nós" ou "o nosso trabalho". No entanto, essa referência ao "nós" não significa necessariamente, que se identificam e falam tendo como referência a esfera do coletivo, mas de uma maneira geral, esses profissionais apresentam seu trabalho se remetendo ao trabalho dos técnicos e, principalmente, dos médicos, de tal forma que muitas vezes percebem seu papel de forma despersonalizada, referenciando suas funções como dependentes e coadjuvantes ou como um prolongamento natural das funções ocupacionais dos demais técnicos, como no exemplo a seguir:

> "Então o nosso trabalho aqui é com pacientes psiquiátricos e quando o paciente chega aqui ele é recepcionado pelo pessoal da recepção, quando ele não é nosso ele passa por uma entrevista com a enfermeira ou a assistente social e aí é agendado uma consulta...." (E3).

De uma maneira geral os profissionais auxiliares de enfermagem, como vemos no depoimento acima, diante da pergunta solicitando a sua descrição pelo profissional em relação às suas atividades ocupacionais, descreviam as atividades de trabalho tendo como referência o

rol de atividades do serviço ou as atividades dos médicos e demais técnicos. Somente quando alertados quanto a essa questão descreviam suas próprias atividades:

> "Então, o meu trabalho o que é? O paciente chega pra consulta eu tenho que pegar a pasta chamá-lo, aí a gente checa os sinais vitais e o paciente fica na sala de espera, quando o paciente não ta bem tem uma cama ali no meio que é pro paciente que não está bem, e aí eles passam pelo médico, aí se for necessário alguma orientação de enfermagem o médico retorna pra nós. Quando a enfermeira está é ela que faz, mas se ela não está nós mesmos fazemos" (E3).

Como percebemos nesse depoimento, mesmo quando o entrevistado descreve as atividades sob sua atribuição, descreve-as sempre referenciadas a outros profissionais. Não há a preocupação em narrar as próprias funções, no caso dos profissionais auxiliares de enfermagem que não apresentam um conjunto de técnicas definidoras de seu núcleo de competência profissional. Essa característica muda quando o profissional é de nível universitário, quando a descrição de suas atividades é, então permeada por exposições de técnicas que definem e legitimam todo o seu campo profissional.

Nesse sentido, os profissionais técnicos de nível superior apropriam-se de suas funções e demarcam determinados territórios teórico-práticos fundadores de fortes identidades profissionais especialistas:

> "...algumas atividades você sendo um profissional, você tem a aprovação para fazer aquilo de acordo com a sua formação, por ex. um psicólogo chega aqui ele já sabe que ele vai fazer psicoterapia; o médico chega aqui ele já sabe que vai fazer um atendimento médico, porque tem uma estrutura já pré-conversada...É exatamente isso o tratamento médico, atendimento psicoterápico, psicoterapia de apoio e terapia ocupacional, são profissionais habilitados pra fazerem o que estão aqui pra fazerem." (E11).

> "...atendo pacientes psicóticos, neuróticos graves, pacientes com depressão, depressão psicótica, são pacientes graves que prescrevemos a medicação correta. Não faço psicoterapia, embora eu pudesse fazer pois tenho formação para isso, mas devido à falta de tempo que temos pra atender toda a demanda, temos que centrar nosso trabalho na parte medicamentosa." (E12).

> "...faz parte do meu trabalho avaliar se o mais conveniente é psicoterapia grupal ou individual. Às vezes o paciente chega e fala: Ah! Mas eu não quero terapia em grupo. A gente respeita é claro, não vai colocar paciente em grupo se ele não quer, mas se a gente avalia e chega a conclusão que o melhor pra ele é o grupo, vamos com jeito até que um dia ele concorda em participar do grupo."(E1).

Entretanto, quando descrevem como se dá o relacionamento entre as funções desempenhadas pelos vários profissionais há uma argumentação de que existe uma complementaridade entre as diversas ações terapêuticas e uma percepção de que não se pode considerar os trabalhos especializados isoladamente sob pena de não responder integralmente às necessidades de saúde do usuário. Porém, descrevem essa articulação com outros profissionais como sendo apenas um encontro de funções justapostas e, uma vez, agrupadas no rol de ofertas terapêuticas do serviço, são desempenhadas de forma, não totalmente isoladas umas das outras, mas contidas em um núcleo próprio de ação; vão sendo efetivadas longe dos espaços coletivos e concentradas nos espaços tecnologicamente organizados e determinados pelo saber especialista.

> "Mas todo o trabalho depende da equipe também. Não dá pra fazer um trabalho sozinha, a equipe está muito reduzida, então a gente fica trabalhando mais focado." (E17).
>
> "O trabalho do psicólogo está atrelado ao trabalho do médico, da assistente social, da TO, dos enfermeiros, dos auxiliares de limpeza, enfim a equipe como um todo." (E13).
>
> "Atualmente, estou fazendo psicologia, não que isso seja exigência, sempre fiz grupo operativo, junto com a psicóloga e às vezes até sozinha, a gente sempre fez outras atividades, de oficina, algumas vezes, mas isso vai ajudar a atender até mesmo os casos de família com mais propriedade."(E15).

Essa discussão nos reporta ao que Campos (2000a) denomina de núcleo e campo de competência. A institucionalização dos saberes e sua organização em práticas profissionais ocorreriam mediante a conformação de núcleos e campos. O núcleo de competência de uma profissão é entendido como a aglutinação de conhecimentos que vai delineando a conformação de determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso ou utilidade do produto ou serviço a ser consumido e que seriam, supostamente, capazes de atender a necessidades sociais. O núcleo, portanto, demarcaria a identidade de uma área de saber conformada em uma prática profissional e que apresenta um conjunto de técnicas, supondo-se responder, sob forma de trabalho, a determinadas necessidades sociais. Por campo de competência, entende-se um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão se interseccionam com outras no desempenho de funções e atividades que conformam um determinado território de ação com objetivos e projetos, como, por exemplo, o campo da saúde mental.

Segundo essa concepção, é comum, em vários campos do saber encontrarmos uma certa "fetichização" de métodos e técnicas, o que confere um caráter dogmático às teorias que produzem tais sistemas técnicos. Isto é, as disposições disciplinares organizadas em determinadas profissões quando apropriadas de forma dogmática pelos profissionais tendem a tomar a forma de verdades universais, cujos conceitos adquirem um caráter de conteúdo permanente e essencial representativo de fatos empíricos dados e imutáveis, portadores de uma natureza fenomenomênica determinada e sempre observada da mesma forma.

A formação profissional na área da saúde, voltada para o modelo biomédico e individualizante, herdeiro das instâncias da produção e estabelecimento do conhecimento positivo sobre processos de saúde-doença, produz técnicas precisas e objetivas voltadas para a abordagem do sujeito em seu processo de adoecimento. A atuação profissional, assim tecnificada, desconhece ou desprivilegia toda dimensão social da produção das doenças e, portanto, não investe em abordagens que intervenham com o sujeito em seu sofrimento existencial no mundo e, tampouco, investem em ações coletivas, já que as supostas causas do adoecimento são individuais e, dessa forma, são tratadas por meio das técnicas pré-estabelecidas por um saber produzido sobre o indivíduo em sua organicidade e não em sua dimensão coletiva de auto-reprodução no mundo social. Essa maneira de ver o homem e os processos de saúde-doença que o acomete apoiada em abordagem biológica e organicista tende a produzir e reproduzir técnicas terapêuticas como sendo imutáveis, pois estas são correspondentes a um determinado conhecimento, produzido pela ciência positivista, referente ao corpo doente.

Por conseguinte, é muito difícil que o trabalho tecnificado em saúde se transforme com vistas a adaptar-se à novas necessidades de saúde que se impõem em alguns contextos e Campos (2000b) afirma que essa dogmatização ao redor das teorias e técnicas pode tornar-se extremamente nociva para um serviço de saúde, porque reproduz a existência de profissionais que se prendem acriticamente a saberes cristalizados.

Entretanto, seria insuportável para os profissionais e para os sujeitos em tratamento uma prática de saúde que permanecesse todo o tempo experimentando. É imprescindível que os saberes tradicionais balizem a prática atual e apresentem um guia seguro para um saber fazer acolhedor; enfim, a teoria e suas técnicas são necessárias. Contudo, a nocividade de uma prática dogmatizada por teorias e técnicas pré-estabelecidas residiria em não assentir em se transformar quando a vida teima em transcender os conceitos imortalizados das teorias, o que leva o autor acima referido a descrever uma situação anedótica, na qual, quando um sujeito

mostra-se maior que a cama, ordene-se tecnicamente que lhe cortem os pés, já que a cama (representando a técnica e a teoria) seria intocável.

Em seu livro, 'Técnica e ciência como ideologia', Habermas (1987), na herança da teoria weberiana de desencantamento das tradições[12] e da teoria crítica[13] que propõe a fusão da técnica e da ciência com os sistemas da dominação, atenta para duas tendências do capitalismo avançado: o aumento do intervencionismo do Estado para garantir a lealdade das massas a um sistema social esmagado por crises e a forma de conseguir tal efeito por meio, não mais da ideologia da troca livre e justa, mas por meio do processo da transformação da técnica e da ciência nas principais forças produtivas e ideológicas. O Estado intervencionista, para manter a coesão das massas no sistema econômico-político, busca a legitimação do poder de duas formas: 1- em uma plataforma de recompensas aumentando a garantia de segurança social e ascensão fornecidas pelo desenvolvimento técnico-científico e 2- pela manobra ideológica de tornar plausíveis suas ações aos membros de uma democracia, substituindo o exercício de discutir questões práticas pela idéia da eficácia de guiar as ações dominantes, ao resolver questões políticas, exclusivamente pela via técnica e administrativa.

Ora, a uma massa da população despolitizada pelo esvaziamento de qualquer forma de discussão política e recompensada pelo incremento técnico-científico que comanda as esferas do mundo da vida, algo mais temível pode acontecer do que simplesmente a técnica e a ciência tornarem-se as próprias formas de legitimação do poder, que é a imposição de uma consciência neopositivista que torna inútil o sistema referencial da interação na comunicação cotidiana. A despolitização da massa da população que é legitimada por uma consciência tecnocrática é, ao mesmo tempo, uma auto-objetivação dos homens em categorias que fusionam a ação dirigida a fins, a instrumental, e os comportamentos adaptativos: os modelos reificados da ciência invadem o mundo vivido sociocultural e adquirem um poder objetivo sobre a autocompreensão (WIGGERSHAUS, 2006).

---

[12] Max Weber (1999) e (2005) autor clássico da sociologia, em Economia e Sociedade e em A ética protestante e o espírito do capitalismo, apresenta uma visão em que a sociedade capitalista ocidental inaugura uma racionalização progressiva da sociedade, com a institucionalização do progresso científico e técnico e sua dominação em todas as esferas institucionais sociais transformando as instituições e as formas de legitimação. Há uma secularização e um desencantamento das cosmovisões orientadoras das ações na tradição cultural com uma conseqüente racionalização das ações.

[13] Visão teórico-filosófica ligada à tradição filosófica da Escola de Frankfurt e proposta por seus principais representantes, Theodor Adorno e Max Horkheimer, a teoria crítica defende que sob o signo de uma racionalidade instrumental autonomizada, a racionalidade da dominação da natureza se liga à irracionalidade da dominação de uma classe de homens sobre outras, as forças produtivas imobilizadas operam a estabilização de relações de produção alienadas. Os autores invertem a esperança de Marx que pensava que a ciência e a técnica representavam um potencial emancipatório para se transformarem, nessa visão, em forças de repressão social.

Assim, no lugar da interação entre os homens podemos encontrar agentes atuando instrumentalmente na sua relação com os outros, considerando as condutas como regularidades observáveis e passiveis de controle. Nessas relações, os sujeitos são tomados como objetos, não são normas e valores validados consensualmente que determinam as ações, mas regras de adequação técnica. Dessa forma, em suas relações intersubjetivas os sujeitos podem estar apenas reiterando regras técnicas e valores interessados que não representam acordos dialógicamente construídos.

As consequências desse processo são evidenciadas com freqüência o que é denominada por Habermas (1988, p.218) de "colonização do mundo da vida pela razão instrumental". Há uma tecnificação de todas as esferas da vida sociocultural, de tal forma que, se uma determinada ação é tecnicamente orientada, passa a ser dispensável qualquer forma de debate para que tal ação se legitime. Assim, há uma fetichização da técnica como detentora de um poder legitimatório em si mesma, ao ter sua suposta e inquestionável eficácia cientificamente comprovada.

Na esfera da saúde não é diferente. Há uma tecnificação geral das ações em saúde que orienta o trabalho nos serviços, cristalizando determinadas formas de intervenção, as quais, por serem extremamente técnicas, não são questionadas quanto à sua aplicabilidade no cotidiano quando as necessidades dos usuários pedem outras formas de respostas dos profissionais, solicitam ações inventadas frente a situações inéditas que a complexidade da vida sociocultural inaugura ao nível da vida diária dos sujeitos.

Habermas (1987) distingue duas esferas da ação humana, trabalho e interação, que se relacionam dialeticamente sem reduzirem-se uma a outra. O trabalho caracteriza-se por se orientar exclusivamente por racionalidade instrumental, ação teleológica que visa fins específicos utilizando determinados meios. A ação instrumental é constituída por duas dimensões: saber e conjunto de regras técnicas, primeiramente, e ação estratégica que visa êxito com relação ao objetivo determinado. Em outra perspectiva, porém complementar, a esfera da interação humana é orientada por racionalidade comunicativa que objetiva o entendimento recíproco entre os homens para coordenarem suas ações sociais, por meio de construção de acordos consensuais, democraticamente estabelecidos. Para o autor, entretanto, o trabalho, por ser puramente técnico, não pode adquirir autonomia absoluta na ação humana, sob o risco de ocultarem-se os interesses cognitivos e sociais intermediadores dos objetivos que permeiam a esfera do trabalho. Para que o trabalho humano enfoque sempre necessidades sociais reais humanas, a interação e a racionalidade comunicativa necessitam comandar a ação instrumental. Ou seja, o entendimento intersubjetivo que visa à formação de acordos

dialogicamente construídos deve balizar toda ação técnica e estratégica, para que os interesses sociais e democráticos imponham-se sobre os particulares, ocultados sob a pura aplicação técnica de determinadas ações.

O trabalho em saúde é organizado sobre sustentáculos predominantemente médico-clínicos, apoiados no conhecimento técnico-científico, sendo composto, portanto, pela dimensão da ação instrumental constituída pelas regras técnicas e saber legitimador e ação estratégica que visa determinados resultados. Em outro aspecto, as ações psicossociais apóiam-se, integralmente na interação entre agente de saúde e usuário e, ao não serem constituídas por técnicas específicas, permeiam-se por ações fundadas em racionalidade prática, voltadas para necessidades psicossociais, materiais e simbólicas, da vida cotidiana dos usuários. Sob essa ótica, outra ação em saúde pode ter como base a dimensão da interação humana, nesse caso entre agente-agente no processo de elaboração dos projetos e programas terapêuticos que as equipes disponibilizam a sua clientela.

Organizados, prioritariamente, segundo critérios técnicos, os profissionais dos serviços estudados orientam suas ações de trabalho, considerando, sobretudo, determinados objetivos que visam, cada vez mais, êxitos técnicos, tais como remissão de sintomas; já as ações que necessitam de um processo intersubjetivo de entendimento mútuo para a construção de estratégias psicossociais ficam à margem, recebendo pouco incentivo material e humano.

> "...sou psiquiatra e trabalho aqui com psiquiatria clínica que se presta ao atendimento de casos que vêm por demanda das UBS e egressos das internações hospitalares e para segmento medicamentoso" (E8).

Assim, as ações terapêuticas dos profissionais, nos serviços de saúde mental pesquisados, vão se fechando cada vez mais em seus consultórios ou em espaços determinados tecnicamente para encerrarem determinados procedimentos, enquanto as ações coletivas e psicossociais vão sendo, em alguns casos, minimizadas ou delegadas àqueles que não possuem diploma universitário ou, ainda, para os graduandos estagiários. Nos serviços por nós pesquisados, a realidade parece corresponder a essa discussão. Dessa forma vemos:

> "O médico e mesmo as psicólogas, eles ficam nos consultórios o tempo todo, eles ficam atendendo o tempo todo lá dentro. A psicologia faz alguns grupos, mas os médicos ficam dentro dos consultórios, não têm muito contato com os pacientes, eles quase não vêm aqui fora. Às vezes, entre uma consulta e outra, eles vêm e passam, conversam um pouco, mas correndo porque a agenda é lotada, sempre tem muita gente pra atender." (E17).

> "Porque neste momento eu estou trabalhando assim, se algum paciente é encaminhado pra psicoterapia, tem que ficar em fila de espera, tem uma lista pra atender, eu fico mais centrada nisso. Também tem um aliado que é voluntário e as estagiárias....Mas eu vou avaliando e estabelecendo prioridades.(E13).

Há um exemplo interessante. Uma profissional, em um dos serviços da pesquisa, narra que nesse local, em determinado momento, eles desenvolveram acompanhamento terapêutico (AT)[14] com os pacientes, mas que infelizmente isso acabara. Ao ser questionada sobre a razão do término da atividade, respondeu:

> "È uma pena não. Aconteceu o seguinte: o pessoal da UNIP veio com a proposta de fazer AT, no estágio. E aí o pessoal da equipe não conseguia se organizar, nem pra encaminhar pro estágio...Então foi um trabalho que funcionou, mas acabou o estágio, as meninas foram embora." (E15).

É interessante a colocação da profissional quando diz que o trabalho funcionou. Entretanto, se funcionou, perguntamo-nos: por que a equipe não se organizou para dar continuidade ao trabalho?

> "Acabou, eu diria, porque acabou o estágio e a psicóloga tinha 4h de trabalho, pra uma região de 100.000 pessoas, então não dava pra dividir com toda a demanda de atendimento individual, sabe aquele enfoque que tem que atender paciente sem parar no consultório? Então nós tivemos que interromper." (E15).

O mito de onipotência que cerca a ação tecnificada e cientificamente orientada dos profissionais guia a organização do trabalho centrado em seu núcleo de competência, minimizando as ações em um campo maior, atravessado por diversos saberes e práticas, o que amplia as possibilidades da clínica, abre um leque maior de alternativas de intervenção com o usuário e aumenta as chances de vida qualificada para o mesmo.

A forma de organização do trabalho nos serviços extra-hospitalares de saúde mental pesquisados, portanto, não tem observado o princípio da integralidade, segundo as diretrizes de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) que poderiam ser resumidas em três eixos: 1- ações, no serviço, que ampliem as possibilidades de contemplarem todas as necessidades de saúde do usuário; 2- a articulação com a comunidade e a busca por recursos no território e

[14] AT é uma sigla padronizada na literatura que trabalha o assunto que quer dizer acompanhamento terapêutico, um procedimento clínico que trabalha com o cliente nos espaços públicos, fora dos espaços institucionalizados para atendimento terapêutico. Atende o sujeito onde sua dificuldade psicossocial se mostra.

intersetoriais de mecanismos e instrumentos de desenvolvimento do sujeito; e 3- articulação política na busca por definição de políticas públicas que vão ao encontro de respostas satisfatórias às demandas epidemiológicas da clientela (CORDONI Jr, 2001).

Em perspectiva complementar, a ação instrumental se sobrepõe nos serviços à dimensão da interação, compreendendo as condutas como regularidades técnicas aplicáveis sob quaisquer aspectos e circunstâncias e ao sobrepor uma relação instrumentalizada e tecnificada, objetifica o sujeito e unidimensionaliza a prática sobre o único enfoque da adequação técnica, minimizando o valor de aplicabilidade relacionada ao campo da intersubjetividade na relação terapêutica.

Além disso, a extrema tecnificação do trabalho nos serviços leva a outra consequência. Ao minimizar e desprestigiar ações desenvolvidas no território, nos espaços coletivos e apoiadas na interação intersubjetiva, o trabalho hipertecnificado retoma um modelo de trabalho centrado na dimensão biológica do sujeito, na busca por soluções puramente medicamentosas ou curativistas de uma manifestação patológica que se esgotaria ao ser encontrada em sua extensão orgânica e corpórea; desconhece, portanto, as dimensões simbólicas, socioculturais e políticas relacionadas aos processos saúde-doença, ao sofrimento existencial ligado ao adoecimento mental e às expressões subjetivas singulares da pessoa em sofrimento.

Nesse sentido, a re-valorização do biológico faz com que a forma de organização do trabalho nos serviços privilegie a intervenção medicamentosa e supervalorize o trabalho do profissional médico. Desta forma, o núcleo de competência do psiquiatra acaba impondo-se a todo um campo de competência, no qual transitam e se relacionam vários outros saberes e práticas terapêuticas. Não que o profissional médico tenha vital importância no conjunto dos trabalhos terapêuticos nos serviços, mas sua supervalorização em detrimento de outras ações alimenta o processo de uma re-biologização do objeto de trabalho da atenção em saúde mental, relegando as dimensões psicossociais que a atenção substitutiva sempre pretendeu construir nos serviços extra-hospitalares de saúde mental.

Assim, esse será o tema discutido no próximo tópico e conjunto temático apontado nesse trabalho.

6.1.1.2 O trabalho centrado na tecnologia médico-clínica: a reprodução da tecnologia médica como matriz técnico-ideológica

O trabalho nos serviços investigados está organizado tendo como centro a prática médico-clínica. O tratamento disponibilizado aos usuários enfatiza as consultas médico-psiquiátricas, o diagnóstico, o tratamento psicopatológico e o seguimento medicamentoso; portanto o trabalho do profissional médico funciona como organizador central em relação aos outros profissionais não médicos, de tal forma que o tratamento médico é considerado dentro de uma dimensão de necessidade absoluta, como atividade imprescindível, sendo que as outras atividades terapêuticas são vistas em um campo de possibilidades, condicionadas a recursos materiais e humanos, mas não necessariamente presentes nos serviços. Ou seja, as outras atividades profissionais de saúde não são percebidas e consideradas como imprescindíveis ao serviço; são tratadas discursivamente como necessárias, mas não como absolutamente necessárias e indispensáveis; em síntese, são vistas como atividades profissionais viáveis nos serviços.

> "Qual o nosso objetivo ao fazer a visita domiciliar? Ver se o paciente está seguindo o tratamento que, infelizmente, é em cima de um tratamento medicamentoso." (E6).

> "Falta de médico! Se, sai um médico, a demanda está muito grande. A gente chega a fazer por dia até doze acolhimentos que vêm das UBS para iniciarem o tratamento. E esses pacientes precisam, nesse momento estar passando pelo médico para iniciarem o tratamento." (E2).

> "O paciente vem, ele deseja ser consultado, consulta, pega a receita, pega o remédio e vai embora. Se der tudo certo ele não volta, se ele não ficar bem ele volta." (E4).

> "E essa coisa de triagem também cansa, você fica todo o tempo tentando convencer, a gente ficou dez/onze anos tentando dizer pras coordenações, pros médicos que era importante ter outros profissionais na triagem, que outros profissionais têm condições, podem fazer, mas sabe aquela coisa, passar do modelo médico pra outra coisa....o modelo médico é muito forte, não só dentro dos médicos, mas em nós também, os profissionais de saúde, especialmente, os médicos, enfermeiros, que têm aquilo enraizado." (E15).

Em momento algum identificamos, nas falas dos entrevistados, uma situação na qual, se o paciente chega e não está bem, ocorra a utilização de outros meios para acalmá-lo ou acolhê-lo, sem que seja necessário recorrer-se ao profissional médico e à medicação. Também, não há menção de que a partir de determinadas estratégias psicossociais estabelecidas nos serviços, a medicação possa diminuir ou até mesmo ser prescindível.

> "Excesso de demanda e falta de médicos pra atender, esse é o nosso problema, às vezes tem paciente passando mal porque ele não está se dando bem com o remédio e não tem médico pra atender. É esse o problema você sabe que o paciente precisa de atendimento médico-psiquiátrico e não tem como atender." (E6).

> "Nós tentamos suprir essa lacuna fazendo visita domiciliar pra ver se ele está tomando corretamente o medicamento." (E6).

A gravidade dos quadros psicopatológicos justifica, na visão dos profissionais, a hegemonia da ação médica ao considerá-la como a única capaz de conter a sintomatologia grave, sendo a medicação considerada como um dispositivo tecnológico, não só indispensável, mas também contendo uma potência de resolubilidade próxima as soluções mágicas. Isso confere à ação médica e ao medicamento um caráter de necessidade apodítica, ou seja, uma acepção de verdade absoluta, uma evidência, uma compreensão objetiva de uma situação ou evento dados em si mesmos, como irrefutáveis, como únicas formas empíricas, nas quais uma determinada situação ou evento possam ocorrer (JAPIASSU; MARCONDES 2006).

> "....é um atendimento ambulatorial pra pacientes com problemas psíquicos, atendimento médico e, no caso dessa unidade, o maior número de atendimentos é o atendimento médico, mas também em relação ao tipo de paciente que a gente atende, por ex. um terço dos nossos pacientes são esquizofrênicos, então realmente precisa de atendimento médico, porque não tem como tratar esse paciente sem uma medicação..." (E11).

> "...são tantos os problemas que essa clientela tem que às vezes o paciente chega aqui, está cansado, não tem dinheiro pro ônibus, perdeu o emprego, a família ta pressionando, o cara ta péssimo, você dá o remédio, ele vai acalmando, acalmando" (E5).

> "Quando o paciente chega agitado, está muito agressivo, é chamado o reforço pra ajudar, que tem a guarda municipal, então a gente chama o reforço pra ajudar a segurar pra ele ser medicado, às vezes tem até que restringir no leito até a medicação fazer efeito e ele se acalmar."(E3).

Ayres (2002), ao remontar os signos e significados fundadores de relações de necessidades que se colocam na base da construção conceitual do discurso do risco em epidemiologia, discorre historicamente sobre os metaconceitos de necessidade e do possível e suas relações com o conhecimento objetivo, desde a metafísica aristotélica até a modernidade. O conceito de necessário, como algo associado ao Bem Supremo e à Verdade Absoluta, é referido nessa discussão como tendo sua raiz na filosofia de Aristóteles, entretanto, segue, no pensamento moderno com o estatuto de primazia no fundamento do conhecimento objetivo do homem sobre o mundo, no sentido de um processo do conhecimento da realidade que se constitui a partir de dados apriorísticos e no sentido de que a coisa a ser conhecida possui uma "substância", uma essência que a constitui intrinsecamente, qualificando-a permanentemente. Enquanto que o possível preenche o lugar de uma virtualidade, de uma potencialidade que poderá vir a ser, portanto, não possui, ainda, o estatuto de uma coisa dada, pois aquilo que permanece como uma possibilidade, pode vir a não acontecer.

Com base na relação dialética entre as noções de atual e não atual na construção da realidade objetiva, esse autor mostra como o possível, por meio de sua concepção enquanto potência inscrita em uma existência que poderá vir a ser, como uma tendência a tornar-se realidade, associa-se a uma experiência com a dimensão de um real não atual, por isso virtual, enquanto que o necessário liga-se à dimensão do atual, ao que se evidencia necessariamente no real e àquilo que é eterno, entendendo eterno como o que sempre é e, portanto, é sempre atual. Assim, o atual impõe-se ao não atual e o necessário impõe-se a potencialidade.

O pensamento moderno, embora se desligue da cosmologia aristotélica e negue discursivamente o valor da metafísica como via de acesso ao conhecimento objetivo reatualiza a primazia do necessário sobre o possível, na medida em que enfatiza o poder de verdade positiva das experiências à realidade situada no mundo sensível enquanto fatos atuais e do conhecimento como processo de desvelamento de realidades anteriores, dadas aprioristicamente na natureza. Dessa forma, a ciência moderna não consegue se libertar dos dogmas, pois não consegue se libertar, igualmente, da primazia da lógica das necessidades apodíticas na construção do conhecimento objetivo, na medida em que busca uma verdade absoluta e a uma objetividade sem mediações com o real.

Para Chauí (2002), a tese aristotélica é que ciência só pode ser definida pelo universal, pois a essência que compõe o objeto a ser conhecido é permanente, exatamente por ter como núcleo o necessário. O possível, o provável e o particular compõem a dimensão do acidental e do acidental não poderá sair ciência. De uma certa forma, percebe-se que essa tese fundamenta, de maneira geral, as ciências da natureza: a classificação dos organismos vivos

em espécies e gêneros na biologia e o estudo dos movimentos na física, como exemplos mais clássicos. Para essas ciências a força de uma tese está em sua capacidade de ser generalizável, universal e necessariamente, no fato de poder ser apreendida.

Como poderíamos pensar a relação entre prática e conhecimento médicos e as práticas profissionais não médicas nos serviços estudados a partir dessa discussão? Afirmamos que por meio da análise dos discursos presentes nas entrevistas há a percepção de que, de forma geral, os profissionais tratam as ações terapêuticas médico-clínicas desenvolvidas pelos médicos como absolutamente indispensáveis segundo uma concepção de necessidade apodítica que refletiria algo que adquiriu o estatuto de inquestionabilidade, próprio às verdades dadas aprioristicamente.

A prática médica ao organizar-se como campo conceitual e técnico com base nas ciências modernas reitera uma condição de conhecimento representativo de uma natureza imediata, como sinais de uma compreensão não mediatizada com as coisas, uma compreensão objetivamente dada. Em perspectiva complementar, percebemos que a concepção que cerca esse modo de encarar o saber e a tecnologia médicos reflete uma acepção de conhecimento sobre o real que capta o objeto a ser conhecido como portador de uma substancialidade inerentemente dada, capaz de resistir ao tempo e imune às várias interpretações que lhes possam ser dadas.

Ou seja, a doença mental, o objeto de estudo e intervenção da psiquiatria, é concebida como fato extralinguístico, cuja essência é dada aprioristicamente na natureza e imune a qualquer dimensão cultural e histórica. Ora, se essa prática psiquiátrica detém um conhecimento sobre algo imutável e possuidor de determinadas características que podem ser reproduzidas em qualquer lugar e em qualquer época, temos uma prática médica que detém uma verdade resistente e essencial sobre o objeto, uma verdade inquestionável e, portanto, a intervenção justa e legitimada, cujas técnicas advém desse conhecimento, também se conserva resistente a possibilidades, que interferem, mas permanecem vislumbradas apenas. Sendo assim, é possível compreender, ao menos inicialmente, a razão dessa prática médica e sua tecnologia serem consideradas nos serviços, como imprescindíveis, sob quaisquer aspectos, por todos: médicos, profissionais não médicos, usuários e familiares, como imprescindíveis, sob quaisquer aspectos, adquirindo a aura de uma necessidade apodítica.

Ao mesmo tempo, as outras profissões não médicas, se posicionam em relação à prática e às ações médicas, de maneira complementar, constituindo-se em ações terapêuticas de apoio à terapêutica médico-clínica. A prática médico-psiquiátrica ocuparia, se fossemos desenhar um mapa ou uma representação do posicionamento estratégico relacionada às várias

ações realizadas terapeuticamente com os usuários, a localização nuclear. Já as outras práticas profissionais se posicionariam ao redor, como coadjuvantes do tratamento clínico-psiquiátrico medicamentoso. Além disso, a prática médica é considerada como a verdadeira forma de trabalho, como se outras ações, por exemplo, as psicossociais[15], não fossem trabalho e, caso fossem desenvolvidas nos serviços, isso só ocorreria porque o "verdadeiro trabalho" já teria sido realizado:

> "...você acaba tendo que priorizar, aquilo que é absolutamente necessário, não dá para manter tudo que precisa ser feito e a equipe às vezes não tem tempo necessário pra fazer outras coisas, por ex. existe o grupo de família, não dá pra ter vários grupos de família, não dá pra fazer outro tipo de atendimento, a obrigação com a execução do trabalho, tolhe a criatividade." (E8).

> "No meu caso, eu tenho que fazer os atendimentos clínico-medicamentosos, então eu acabo sendo focado para aquilo, não tenho tempo pra pensar em outras coisas, fico focado naquilo que é estritamente necessário." (E12).

A organização institucional além de mostrar que o modelo predominante da organização das práticas de saúde, desenvolvidas nos serviços de saúde mental extra-hospitalares, pesquisados é o modelo médico, mostra que é em torno da racionalidade clínica que as demais áreas profissionais agregam seus trabalhos específicos. Se, por um lado, esses trabalhos especializados das áreas profissionais não médicas são engendrados e configurados com base em determinadas necessidades sociais, organizados em especialidades pelo próprio modelo tecnológico contemporâneo e, portanto, dotados de uma autonomia especialista e considerados necessários para composição das ações globais de saúde, por outro, ao serem desqualificadas socialmente em relação à forma de trabalho médico, essas práticas profissionais não médicas passam a reproduzir a tecnologia médica em seus próprios núcleos de competência profissional.

Há uma organização das práticas profissionais que reflete, aparentemente, uma situação paradoxal: de um lado as profissões não médicas permanecem secundarizadas em relação à prática médico-clínica e, por outro, elas emprestam do saber médico um cabedal teórico-prático para se tecnificarem em suas próprias especialidades. Ou seja, embora as práticas profissionais não médicas fechem-se em invólucro técnico especializado, elas o

[15] Voltaremos a essa questão mais adiante, quando discutirmos sobre as ações de reabilitação psicossocial nos serviços. Por ora, nos manteremos na discussão sobre a questão da relação entre as áreas profissionais que compõem a equipe técnica desses serviços e que são responsáveis pelo tipo de organização do trabalho desenvolvido nesses espaços.

fazem tomando (emprestando) do saber médico aquilo que as farão especialidades. Duas tendências, portanto, podem ser observadas na organização do trabalho nos serviços: as profissões não médicas buscam um certo nível de padrão técnico, reproduzindo a tecnologia médica que, por sua vez, encontra-se em posição privilegiada ao ter sua prática como a central entre as ofertas terapêuticas e como a de maior valorização social.

Apesar de haver uma esfera discursiva nos serviços que sinaliza para uma organização do trabalho apoiada sobre uma articulação entre os vários membros da equipe e os diversos saberes e práticas que os acompanham, na verdade, as diferentes áreas que atuam em saúde e na assistência ao paciente o fazem de forma fragmentada, sem uma articulação no sentido de uma interlocução de saberes, fundando-se em projetos terapêuticos consensuais e dialógicos. Cada profissional atua em sua área, resguardado por um invólucro teórico-metodológico, que o salvaguarda em uma legitimação para determinada ação e garante lugar no interior da equipe, embora utilize, em grande medida, o arsenal teórico-prático do campo médico e permaneça periférico em relação à prática médica.

Peduzzi (1998), ao evidenciar essa fragmentação entre os vários profissionais técnicos nos serviços de saúde, salienta que esse processo decorre de uma manifestação ideológica que fundamenta a prática dos médicos como a centralizadora de todas as intervenções, pois é considerada, ideologicamente, como a detentora de uma cientificidade e tecnicidade, ao mesmo tempo em que as práticas não médicas permanecem periféricas e complementares à atuação médica, por serem consideradas, pela mesma ideologia, como desprovidas de cientificidade e tecnicidade. Argumenta, ainda, que essa ideologia opera uma divisão entre o saber que tem a maior fundamentação científica, maior valor social, e aquele que se aproxima da experiência cotidiana, o qual inclui uma maior interação com o paciente e que tem seu valor reduzido na concepção social.

Assim, quanto mais o saber profissional aproxima-se da dimensão da vida prática e cotidiana e da interação direta com o paciente, tal como ocorre com as profissões não médicas, mais esse saber é destituído da aura científica e menor será seu valor técnico e social, ou seja, a especificidade desse saber não médico não é reconhecida como tendo complexidade suficiente para integrar uma mesma hierarquia na qual o saber médico detém a autoridade técnica e social reconhecida. Dessa forma, o saber médico, paramentado de cientificidade, é idealizado como o saber da verdade, enquanto os outros saberes, não médicos, ao distanciarem-se da aura científica e tecnicamente qualificada, são relegados à dimensão periférica e profana (PEDUZZI, 1998).

Luz (1994), ao contextualizar as transformações na assistência psiquiátrica sob a perspectiva dos equipamentos extra-hospitalares que surgiram propondo-se como substitutivos ao tratamento asilar, afirma que as políticas públicas, cumpridoras do papel de mediatizar as práticas e os saberes institucionais, de longe são coerentes às práticas, programas e normas institucionais. O problema reside na manutenção das práticas fundamentadas e centradas em apenas um agente institucional, o médico, e às quais a autora se refere como práticas que persistem em uma organização anacrônica, centralista e verticalista.

Se, como refere Peduzzi (1998), a desigualdade entre os vários profissionais, entre seus saberes e valor social e a relação hierárquica instaurada entre a esfera do trabalho mais investida de cientificidade e aqueles mantidos perifericamente como sendo de menor valor social e técnico, refletem tensões e conflitos no trabalho de uma equipe multidisciplinar, então, por que os agentes não médicos tendem a reiterar essa relação assimétrica de subordinação?

Segundo a autora, essa relação é mantida por meio da mesma operação ideológica que funda a hierarquia entre as profissões com base nos referenciais de cientificidade e tecnicidade. Ao colocar a profissão médica na posição de a mais alta na escala hierárquica, essa ideologia lhe confere um alto valor e prestígio social, os quais as outras profissões de saúde tentam alcançar reproduzindo a tecnologia da profissão médica em suas próprias constituições técnicas. Mas, ao fazerem isso reiteram a própria relação de hierarquia por manterem a ideologia que investe mais valor em algumas atividades em relação a outras.

Ao compartilhar as pré-concepções sociais que conferem plena legitimação à prática médico-psiquiátrica para uma construção hegemônica, detentora de poder social sobre outras práticas e saberes, os agentes não médicos desistem de construir, coletivamente, um projeto assistencial abrangendo a complexidade e a multidimensionalidade das necessidades dos usuários dos serviços de saúde mental.

Ao organizarem o trabalho segundo um modelo biomédico, os agentes de saúde geram ações terapêuticas centradas no tratamento dos sintomas, com foco dos saberes orientado para as psicopatologias, em detrimento do sujeito e seu sofrimento. Da mesma forma, a organização institucional ao apoiar-se em uma hierarquização valorativa, na qual o topo é ocupado pelo profissional médico e em ordem decrescente se organizam as profissões que correspondem aos ideais de cientificidade valorizados socialmente, os vários tratamentos vão sendo aplicados de forma fragmentada. Cada profissional cerca-se de um conjunto de técnicas

que, quando emprestados do cabedal de conhecimentos médicos, isso vai proporcionando legitimidade e prestígio social às profissões especialistas.

Os serviços extra-hospitalares de saúde mental surgiram em decorrência da reforma psiquiátrica e no contexto do fomento à crítica ao modelo manicomial. No entanto, esses serviços perdem, pouco a pouco, essa dimensão política na disposição de papéis e intervenção social, para, gradualmente, embasarem sua forma de organização e seus programas terapêuticos segundo uma dimensão técnica, centrada no saber tradicional psiquiátrico fundado na nosologia das psicopatologias. Dessa forma, está em andamento uma descaracterização da função dos serviços substitutivos, sobretudo, do objetivo central da reforma psiquiátrica de criar equipamentos extra-hospitalares em substituição aos manicômio, com ênfase nas ações psicossociais.

Os autores que se referem à desinstitucionalização (Rotelli, Leonardis, Mauri, 1990), segundo a tradição basagliana, preconizam a incompatibilidade entre um projeto de reforma psiquiátrica desinstitucionalizante e a hegemonia médico-psiquiátrica, a dominação e exercício de poder social da psiquiatria, revestido sob o manto da cientificidade, a que Amarante (1996) chama de "psiquiatrismo", ou seja, a relação da psiquiatria com os interesses históricos, econômicos e sociais que determinam sua área de atuação e interesse. Ora, há claros interesses econômico-sociais envolvidos, que se interpõem a uma democratização no atendimento em saúde mental, por meio da integração de vários saberes e práticas. Eles são representados pela indústria de medicamentos, de equipamentos e pelo corporativismo médico-psiquiátrico.

O ingresso de novos trabalhadores nem sempre assegura um conhecimento sobre os movimentos de reforma psiquiátrica sobre a dimensão política da criação e inserção desses serviços extra-hospitalares. Sem esse engate histórico, o entendimento ético-político relacionado à função desses serviços, os objetivos centrais e motores da reforma psiquiátrica, ao permanecerem somente nos discursos dos trabalhadores mais antigos, tornam-se vazios e destituídos de sentido.

Portanto, os serviços, livres de um certo compromisso com uma ordem alternativa ao modelo que inicialmente se pretendeu ultrapassar, reorganizam-se, sobretudo, com base no referencial biomédico centrado nas psicopatologias, deslocando-se do eixo norteador da subjetividade do usuário como centro de cuidado, para voltarem a desempenhar um ato terapêutico centrado na remissão de sintomas, a partir de um ideal curativista.

Wetzel (2005) salienta que esse fenômeno de uma certa retomada, ao nível dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, de formas de tratamento medicocentradas,

relaciona-se, em alguns casos, à falta de formação continuada dos profissionais, às pressões exercidas pela indústria de psicofármacos e a um certo descompromisso das esferas gestoras municipais com os objetivos da reforma psiquiátrica, de forma que permanecem atrelados a seus próprios interesses.

Desviat (2003) refere que a partir da década de 90, observa-se uma re-biologização da psiquiatria, seja por meio de um reducionismo a critérios fisicalistas, seja com base em novas teorias genéticas, ou devido a alguma disfunção ao nível dos neurotransmissores, sendo que a tendência é a psiquiatria converter-se em uma neurociência clínica. Lembra, ainda, que dos anos 60 aos 90 do século passado, teorias que consideravam a esfera das interações humanas como fundamental para uma terapêutica mental começaram a decair a partir de meados dos 90 para os anos 2000. Isso ocorreu em virtude da influência da psicanálise, das psiquiatrias de setor na França, da comunitária americana e do próprio movimento de desinstitucionalização italiano terem, de certa forma, perdido espaço para um outro avanço tecnológico-instrumental representado pela tecnologia das neuroimagens e pelas mudanças nos sistemas nacionais de distribuição de recursos e financiamento ao campo da saúde e de investigação científica, os quais se voltaram, sob pretexto de maior objetivação, para a necessidade de explicar, baseados em evidências claras e objetivas, a doença mental segundo bases neurobiológicas detectáveis por exames apoiados em imagens.

A decorrência principal disso é que todo o processo envolvendo o adoecimento mental passou a ser explicado por fenômenos aprisionados na esfera neuroquímica que, ao mesmo tempo, explicavam-se como causa e consequência do transtorno mental. Todas as esferas simbólicas e psicossociais, as dimensões das experiências existenciais, culturais, intersubjetivas, familiares e sociais envolvidas com o adoecimento mental foram relegadas ao total desconhecimento e inexistência (COSTA, 2004).

Ora, assim colocadas, começamos a entender algumas questões envolvidas com o processo que apontamos no sentido de que, nos projetos terapêuticos dos serviços extra-hospitalares de saúde mental pesquisados, as intervenções clínicas médico-psiquiátricas são consideradas extremamente necessárias, imprescindíveis, enquanto que as ações psicossociais são remetidas ao campo do possível, condicionadas a distribuição de recursos humanos e materiais e ao tempo.

As consequências dessa reorganização centrada no modelo médico remetem para a periferia outras formas de intervenções terapêuticas, desinvestindo-as de valor técnico e social. Dessa forma, a organização do trabalho, nos serviços pesquisados, ao centralizar-se na prática de atendimento médico-psiquiátrico e secundarizar outras abordagens terapêuticas e,

inclusive, ações que incluam estratégias de reabilitação, demite-se de responder com integralidade às necessidades de saúde dos usuários.

Os outros profissionais técnicos, ao se verem relegados a uma posição periférica na escala de importância e de investimento social em relação ao profissional médico, absorvem desse profissional seu modelo de atuação e seu sistema de saberes e práticas, fechando-se, igualmente, em suas salas de atendimento, em formas ritualizadas de relacionamento com o usuário e aderem a uma territorialização das identidades profissionais. Dessa forma, as equipes se organizam em atuações especializadas e multidisciplinares, fragmentadas em suas várias áreas, aplicadas de forma individualizada, por cada profissional em sua área, sem uma construção coletiva e interlocução dos saberes/práticas e projetos terapêuticos que respondam, singularmente, às reais necessidades do usuário.

Assim, com base em uma organização de trabalho centrada no tratamento medicamentoso e no profissional médico-psiquiatra e as profissões não médicas ao reproduzirem a tecnologia médica para adquirirem semelhante prestígio e valorização social conferidos aos médicos, remetem as ações psicossociais para um campo ainda mais desprestigiado ainda.

> "Aqui é diferente, aqui é ambulatório, aqui o paciente vem pra consulta, você não vai acompanhar o paciente seis horas seguidas. O paciente vem pra consulta, vem pra uma TO, vem pra fazer uma terapia, os grupos. É um atendimento com agendamento. Ele é encaminhado pra cá, de outras unidades, mas é pra ter acompanhamento médico só no consultório." (E3).

Hirdes (2001) atenta para um processo, de certa forma, comum nos serviços de saúde mental, que diz respeito à uma certa dissociação entre tratamento e reabilitação e habitualmente esse processo está ligado a outro, no qual há, igualmente, uma dissociação entre quem elabora os projetos e quem os executa.

Em outras palavras, vemos que há um ponto de ligação entre essa observação e a de Peduzzi (1998). A reabilitação psicossocial é uma prática que se insere e passa a ter sentido em uma ação de reconstrução de um cotidiano, juntamente com o usuário, ou seja, a possibilidade de se estar em contato direto com a dimensão do cotidiano é condição intrínseca à reabilitação. Já os tratamentos, principalmente os comandados pela clínica médica, demarcam um espaço que faz a interface direta com os saberes e com o campo do científico. Isto é, os tratamentos de caráter clínico são investidos de uma valorização técnica e social na medida em que se aproximam das formações epistemológicas das disciplinas e dos sistemas

de conhecimento, delimitados de cada prática e saber profissional. A reabilitação, ao se aproximar das práticas cotidianas da vida, perde o valor técnico em relação ao que pode ser considerado procedimento clínico e que, por não ter um valor clínico, pode ser exercida por qualquer um.

Assim, observamos que o espaço dos tratamentos é o dos consultórios, dos grupos terapêuticos e outros procedimentos clínicos que têm técnicas explícitas, abordagens, linhas entre outras. Porém, enquanto prática que se remete à dimensão da vida diária, a reabilitação psicossocial é desinvestida da necessidade de constituir uma ação técnica, para ser remetida ao campo do senso comum e, portanto, sendo o espaço do qualquer lugar e, portanto, do desvalorizado.

Nos serviços extra-hospitalares de saúde mental que pesquisamos existem muitos atendimentos em consultórios, grupos terapêuticos, não observamos dispositivos e estratégias, ou observamos em menor grau, que se constituam em possibilidades de proporcionar aos usuários instrumentos para ajudá-los a produzir sua vida material e simbolicamente na cultura, com ações no território.

Em consonância com as pretensões do projeto científico da modernidade de constituírem-se enquanto verdades objetiváveis imediatamente no real, percebemos que as equipes profissionais dos serviços extra-hospitalares de saúde mental que estudamos, ao sobreporem as práticas clínicas, as quais apóiam seu cabedal técnico-prático no conhecimento científico positivo, às outras práticas terapêuticas reproduzem uma racionalidade, segundo a qual seus saberes geram uma técnica auto-reproduzível, que se legitima em si mesmo, encobrindo os interesses sociais que as fundam e encobrindo, igualmente, as necessidades contextuais dos usuários e atualizando a pretensão objetivista da ciência moderna. Isso ocorre ao mesmo tempo em que a prática médico-clínica, centralizada e soberana, atualiza e reproduz os valores de uma concepção de conhecimento como reflexo direto de verdades aprioristicamente dadas da realidade e em uma realidade intransformável e ahistórica.

Dessa forma, na organização do trabalho institucional, nos serviços extra-hospitalares de saúde mental que pesquisamos, o trabalho médico adquire uma aura mitificada de eficácia máxima, ao elevar-se à categoria de uma necessidade apodítica, proporcionada e reproduzida socialmente por todos os agentes imbricados nos processos de saúde produzidos nesses serviços: os médicos, os profissionais terapeutas não médicos, os profissionais de nível médio e os próprios usuários, familiares e sociedade.

Entretanto, não são apenas esses os fatores que tem afastado os profissionais desses serviços da construção de projetos terapêuticos que contemplem ações integrais de saúde,

articulados a recursos interdisciplinares e intersetoriais, valorizando ações comunitárias, coletivas e territoriais. Outras influências têm determinado o empobrecimento dos projetos terapêuticos, a fuga organizacional em uma extrema tecnificação do trabalho e a centralização mitificada do trabalho em apenas um agente institucional, o médico. As orientações de determinadas políticas públicas descompromissadas com os objetivos éticos do projeto da reforma psiquiátrica, também foram os responsáveis, em grande medida, por uma certa precarização das relações de trabalho e organização institucional nos serviços extra-hospitalares de saúde mental no município de Ribeirão Preto. Desse tema trataremos a seguir.

6.1.1.3 A precarização das relações de trabalho nos serviços extra-hospitalares de saúde mental do município de Ribeirão Preto

As transformações ocorridas no mundo do trabalho tais como a introdução de novas tecnologias, aceleração do ritmo, mudanças na organização das instituições, processo econômico-político da globalização, entre outros, provocam grande impacto nas relações de trabalho, modificando-as e criando novos desafios organizacionais de serviços (LANCMAN, 2004).

O trabalho que atende às necessidades de saúde é uma forma de trabalho social constituído por determinado conjunto de práticas, articuladas à organização sociopolítica e econômica de uma dada sociedade, às políticas sociais, e que são componentes de trabalho coletivo, histórico e organizado socialmente para atender aos carecimentos sociais e de saúde. Entende-se carecimento como algo que altera biopsicossocialmente o indivíduo, atingindo seu ritmo vital e diário devido a sofrimento físico ou mental, ou mesmo devido a uma falta, uma carência de algo que se mostra necessário para seu desenvolvimento (SCHRAIBER e MENDES-GONÇALVES,1996).

Outra característica básica do trabalho em saúde é que as atividades têm sempre como objeto um sujeito, um outro ser humano que se constitui e se autosubjetiva no mundo socialmente produzido e compartilhado com o sujeito que oferece sua ação em forma de trabalho. Na assistência à saúde mental o trabalho se organiza tendo como objetivos principais tratar o sofrimento psíquico do sujeito que o apresenta e incluí-lo socialmente. Assim, três componentes básicos são necessários para o desenvolvimento das atividades de trabalho em saúde: 1-o sujeito a quem se destina o cuidado, 2-ferramentas, instrumentos e meios que

incluem conhecimentos, métodos, técnicas e recursos para realização do trabalho e 3-a finalidade que se pretende alcançar. Essas três dimensões do trabalho não existem isoladamente, são interdependentes e se conformam mutuamente e, essa relação existe em determinados contextos culturais e históricos sujeitos, portanto, a transformações que vão provocar, continuamente, readequações nessas dimensões visando o atendimento das necessidades a que se propõe (MERHY, 2000).

A assistência à saúde e saúde mental é condicionada, ainda, por outro agente institucional uma vez que, ao situarmos os serviços extra-hospitalares de saúde mental no contexto do Sistema Único de Saúde e reconhecermos a natureza desses serviços como públicos, tem-se um intermediário institucional que é o gestor público, o qual, em nosso caso, situa-se a nível municipal. São gestores plenos do SUS os secretários municipais de saúde de alguns estados, os quais assumem determinadas tarefas a partir da implementação do SUS e do modelo de descentralização adotado em direção a municipalização da gestão. A descentralização em saúde predominante no Brasil, do tipo político-administrativo, envolveu não somente a transferência de serviços, mas também de responsabilidades e recursos da esfera federal para os municípios e estados. Nesse sentido, coube ao gestor municipal a administração e distribuição dos recursos advindos das esferas federais e coordenação dos programas de saúde estabelecidos pelos serviços. Para tanto, conta com os coordenadores de áreas (LEVCOVITZ, 2001).

A organização institucional dos serviços de saúde, a organização do trabalho, a elaboração e efetivação de programas, a distribuição de tarefas e o gerenciamento institucional ao nível dos serviços ficam diretamente ligados e em função das orientações do gestor municipal e dos coordenadores. O envolvimento dos secretários de saúde e coordenadores com determinadas orientações político-partidárias pode facilitar a assistência em saúde, o desenvolvimento e crescimento dos serviços ou, pelo contrário, uma determinada gestão em saúde pode dificultar ou desorganizar o trabalho nos serviços se as atuações dos gestores e coordenadores estiverem direcionadas a interesses particulares. Na verdade, de acordo com Goulart (2001), as políticas de saúde no Brasil ficam, na maioria das vezes, submetidas a um processo paralisante de mão dupla, seja o dos mecanismos autoritários e clientelistas das esferas centrais, ou da postura dependente, isolacionista e parasitária das esferas locais de poder.

A forma de organização institucional dos serviços e a própria organização do trabalho ao nível das equipes profissionais dos mesmos influenciam diretamente na qualidade da assistência prestada à clientela e nos resultados dos trabalhos terapêuticos efetuados. Para que

o vínculo entre a equipe e entre esta e a clientela se construa e perdure, condições mínimas de trabalho devem ser asseguradas que, além daquelas que garantam os direitos trabalhistas tais como estabilidade dos contratos de trabalho, salários condizentes, chances de crescimento, entre outras. Em síntese, diversos fatores são igualmente importantes para assegurar boa qualidade do trabalho e da assistência, entre os quais se destacam as adequadas condições de espaço físico para realização das atividades de trabalho, disponibilização de recursos humanos, de forma que os serviços contem com um número adequado de profissionais para constituírem as equipes técnicas, disponibilização de recursos materiais para desenvolvimento dos programas e investimento na qualificação dos trabalhadores, entre outras.

Nos serviços extra-hospitalares de saúde mental que pesquisamos evidenciamos, por meio das entrevistas, um certo processo de sucateamento de suas condições de funcionamento que levam a uma precarização das relações e condições de trabalho nessas instituições. Os espaços físicos nos quais funcionam os serviços não são adequados e no caso do ambulatório é absolutamente inapropriado. Há carência prolongada e contínua de recursos materiais e humanos e os profissionais vêem-se frequentemente sobrecarregados, assumindo tarefas de outro profissional que deixou o serviço, realizando atividades de forma mecanizada e quantitativa, sem observar as reais necessidades da clientela

Como podemos ver pelos depoimentos abaixo:

> "...a gente não tem muito tempo, até que gostaríamos de conversar mais, mas não tem muito tempo, porque é muito atendimento, então não dá pra ficar conversando, mas olha, se a gente tivesse mais tempo pra ta conversando com o paciente, seria bem melhor. Se a gente tivesse mais tempo, porque de uma consulta pra outra, não tem tempo, às vezes o paciente quer conversar, você até corta ele um pouco, porque você não pode passar do horário, porque se passa do horário, depois o médico não vai atender, então os horários são muito controlados, então a gente não tem muito tempo pra conversar direito com o paciente. Às vezes você fica uns 15 ou 20 minutos com um paciente, mas é porque não tem outro no momento pra atender. Mas eles querem desabafar com agente." (E3)..

> "As dificuldades maiores é aquela parte dos recursos materiais, casa, condições adequadas. Por ex. essa sala aqui é da TO, do outro lado tem uma sala de grupo, onde teve a reunião que você foi, mas assim ta totalmente inadequado. Eu fazia muito grupo do lado de lá enquanto a TO estava aqui fazendo grupo também, todo mundo fica escutando tudo, você não tem nenhum sigilo....teria que ter uma unidade mais adequada, salas adequadas pra a gente ficar mais tranqüilo. Onde eu estou atendendo, também, a sala dá pro pátio, tem um vitrô, que todo mundo passa. Outra coisa, também, a gente atende bastante, por ex. eu

> atendo a cada meia hora, não faço intervalo, o médico também atende, aquela continuidade, então não sobra tempo pra estar discutindo os casos, quando dá, a gente discute nessa reunião, senão tem que ficar pegando profissional no corredor, num intervalinho" (E1).

Além da falta de recursos materiais e ambientais de trabalho, as equipes têm trabalhado com número reduzido de profissionais.

> "Mas na prática é tudo muito complicado, nós somos uma equipe reduzidíssima: uma psicóloga de vinte horas, um TO de vinte horas, uma assistente social de vinte horas, duas enfermeiras, sabe aquela coisa, escolha de Sofia, eu não posso fazer tudo que eu gostaria, então tenho que escolher pra ficar menos pior." (E5).

> "....a falta que eu sinto aqui é de recursos materiais, mas eu já há muito na prefeitura, não espero mais, não corro mais atrás, não vou basear meu trabalho nisso, já foi o tempo em que eu ficava:- ah! Se eu não tenho condições materiais não realizo meu trabalho, não!- Eu tenho que ser profissional. Além disso, eu não vou esperar que o prefeito mande algo além de sulfite e lápis de cor. Então o material, o equipamento, o espaço físico é todo deficitário. Material da prefeitura, eu não recebo há anos. Eu recebo assim: fita crepe, cola e barbante. Para nós, material é fundamental, não tem como trabalhar sem material, então eu vou atrás." (E10).

A portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 define alguns parâmetros de funcionamento dos CAPS, estabelecendo que se organizem em ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional, constituindo-se em CAPS I, CAPS II E CAPS III. Também define a capacidade de funcionamento, em cada modalidade, em termos da capacidade operacional, funções, horários de funcionamento, atividades e recursos humanos (BRASIL, 2004).

Desta forma, para a modalidade CAPS II, como se situa um dos serviços pesquisados no nosso estudo, a preconização propõe o seguinte modelo:

- População: 70.000 a 200.000 habitantes
- Turno: dois turnos das 8h às 18h, cinco dias na semana e terceiro turno até 21h
- Recursos humanos: 1 psiquiatra, 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível superior e 6 de nível médio
- Atividades desenvolvidas: atendimentos individuais, grupais, em oficinas, visitas domiciliares, atendimento a família e atividades comunitárias. Além disso, prevê uma refeição por turno.

No CAPS em que sediamos a pesquisa há um profissional técnico de nível superior das seguintes áreas: psicologia, terapia ocupacional, serviço social e musicoterapia; um de nível médio, o auxiliar de enfermagem, todos contratados por vinte horas, exceção para os profissionais médicos e enfermagem, pois há dois psiquiatras em regime de vinte horas cada um, bem como duas enfermeiras, o que reforça nossa observação de que, nos serviços, o trabalho permanece medicocentrado, pois há mais médicos do que o preconizado pelas diretrizes e os outros profissionais constituem uma equipe mínima, trabalhando em um único turno. Assim, o que vemos nesse CAPS é que há profissionais de nível superior realizando atividades terapêuticas em apenas um turno. No outro havia uma enfermeira e um musicoterapeuta que, permaneciam no serviço para responderem às necessidades dos usuários, sendo que, o musicoterapeuta não cumpria este turno todos os dias. Percebemos que as atividades ficam concentradas no período da manhã, período no qual há maior número de técnicos e o turno da tarde fica esvaziado de atividades, Tal distribuição faz com que, no período matutino, os profissionais permaneçam sobrecarregados de atividades, tendo quatro horas por dia para aplicarem as atividades de atendimentos individuais, grupais, oficinas e atendimento as famílias. Os sujeitos entrevistados mencionam a necessidade de contratação de mais um profissional por área para formarem outra equipe mínima para o turno da tarde.

No ambulatório a situação é ainda mais crítica porque esse equipamento é responsável pela assistência da maior região do município e, apesar, de serem sete médicos psiquiatras, os profissionais alegam que esse número é reduzido para atender a, aproximadamente, entre seis a oito mil pacientes ao ano. Além dos médicos há três psicólogas, duas assistentes sociais, uma terapeuta ocupacional, duas enfermeiras, três auxiliares de enfermagem, profissionais diretamente ligados à assistência ao usuário e contratados por trinta ou vinte horas semanais. São esses os profissionais responsáveis pela atenção a uma região com 330.000 habitantes, sendo que a atenção ambulatorial é a única disponível a essa população, no campo da saúde mental. Os profissionais, de forma geral, alegam que trabalham em número muito reduzido para a demanda e que as condições de trabalho não permitem qualquer variação no que diz respeito ao atendimento formal e mecanizado da clientela, centrado, fundamentalmente, na consulta médico-psiquiátrica; referem ainda que a comunicação entre os profissionais é dificultada devido ao processo ininterrupto dos atendimentos, mantendo-se cada profissional atomizado em seu mundo de atividades o que impossibilita a troca de informações entre os profissionais, a elaboração coletiva do projeto terapêutico e o crescimento e fortalecimento da equipe.

Os ambulatórios constituem-se, especialmente em municípios maiores, em serviços cujas funções corresponderiam a de suporte a uma rede consistente e suficiente de CAPS e, nesse caso, teriam a função de atender aos transtornos mentais menos graves e em articulação com as equipes de atenção básica em cada território. Porém, em municípios menores ou em regiões que não possuem CAPS, os ambulatórios devem se responsabilizar pelos transtornos mentais graves e articularem-se com a rede de atenção básica para os casos menos graves. Nessas situações, como é o caso do ambulatório da pesquisa, é necessário que o ambulatório se aproxime, o máximo possível da forma de atendimento de um CAPS (BRASIL, 2007).

Por meio das entrevistas vemos que o ARSMRP está distante de apresentar um funcionamento próximo ao de um CAPS.

> "A assistência à saúde mental é insuficiente pro tamanho de Ribeirão Preto. É uma cidade com um crescimento populacional grande, e a oferta de serviços de saúde mental não acompanha. Quando fecharam os hospitais, havia a proposta de criação de serviços, serviços diurnos, CAPS, e continua não tendo. Se você pegar a minha agenda, você vê que eu estou marcando pro final de maio. É lógico que isso interfere na qualidade do serviço. Você vê, um caso novo com retorno pra daqui a dois ou três meses, assim mesmo porque você reserva um tanto pros retornos, senão era pra quatro meses. Hoje mesmo é dia de eu fazer paciente extra, quase todo dia a gente ta fazendo paciente extra. Aí chega um ponto que você não consegue atender paciente extra também. Então existe esse problema aí, que o serviço sozinho não consegue resolver." (E8).

O atendimento oferecido pelo ARSMRP não apresenta uma série de atividades necessárias à composição integralizada do tratamento preconizado para CAPS. Não dispõem de um quadro e programas que atendam às necessidades integrais no campo psicossocial e têm poucas articulações com o território, no sentido de propor alternativas de inclusão social do usuário.

Dessa forma, podemos perceber por meio dos depoimentos que o trabalho dos profissionais apresenta extremas dificuldades no que tange à sobrecarga de tarefas, carência de intercâmbio de informações, isolamento e falta de elaboração coletiva das atividades ligadas à assistência:

> "A gente não tem uma relação muito estreita. Os trabalhos são mais individualizados e eu como única profissional da área fico mais isolada ainda. O que a gente faz é a discussão de casos quando necessário e da forma que a gente consegue fazer, ou na reunião, ou

> fora da reunião, em algum horário em que você consegue encontrar o profissional que também trabalha no caso." (E10).
>
> "A partir de um certo momento começamos a atender toda uma região. Então a gente perdeu muito, porque a equipe que, antes atendia a uma demanda pequena, passou a atender toda a uma demanda de uma região do município, aí o trabalho de ressocialização ficou meio perdido. E aí teve uma época que começamos a atender de tudo como um ambulatório." (E15).
>
> "Se tivesse mais profissionais a gente poderia estar mais em contato com a comunidade, a gente teria horas de trabalho pra poder fazer mais contato." (E14).

Além disso, a situação precária de trabalho nos serviços torna-se mais aguda devido a uma rede deficitária de serviços de assistência à saúde mental, que mantém uma oferta desigual em cada região, com recursos mal distribuídos pelos serviços.

> "Eu acho que Ribeirão ta muito limitado, a gente não tem muitas oportunidades de uma atenção mais ampliada ao paciente, não tem as famosas oficinas, não tem CAPS suficiente pra uma cidade desse porte, o de álcool e drogas e o CAPS II é só pros pacientes daquela região e os de outra região ficam desprovidos de atendimentos como eles oferecem. Tem um Centro de Convivência que é limitado, fica dentro de um hospital." (E6).
>
> "Faltam serviços em Ribeirão pros pacientes ficarem mais tempo, serviços que tenham mais recursos terapêuticos, como CAPS, hospital-dia, onde eles poderiam ficar mais tempo, vir mais vezes, participar de outros tipos de atividades." (E9).
>
> "....pra diminuir a quantidade de internações que, na verdade, entre o ambulatório e o hospital fica essa lacuna né, que teria que ser preenchida pelos CAPS, de atenção psicossocial. Mas infelizmente não temos esse CAPS, vinculado ao nosso serviço." (E6).

Percebemos que a rede de serviços continua tendo, como referência central, o hospital:

> "Agora em Ribeirão, eu acho que tem essa mentalidade de que é preciso ampliar as internações, que é preciso criar vagas para internações, não se investe em Ribeirão, deveria ter mais centros de convivência..." (E19).

A orientação das atuais políticas públicas na área de saúde mental favorece o agravamento da situação por não se observar investimentos que fortaleçam a rede de serviços

extra-hospitalares de saúde mental e por incentivar o aumento dos leitos hospitalares e o patrocínio das ações ligadas ao ato médico.

> "Porque assim, a grana que eles desmontaram as internações hospitalares, que era pra ser repassada de uma forma e a gente não consegue receber a grana por conta do funcionamento. Então eu acho que é muito difícil." (E15).

> "A gente sabe que a política.....não é equipar os serviços e investir em sua construção,.... prefere criar hospitais a dar equipe mínima pros serviços que já existem e tentam fazer o melhor trabalho." (E15).

> "Aí a gente recebe um comunicado que só é possível sair ou viajar com os pacientes acompanhados de um médico, aonde isso? Isso é uma questão complicada. Como você pode pensar no bem estar de uma pessoa se você tem um ato médico por traz? Ou seja, tem uma corrente fortíssima da psiquiatria impedindo o fluxo dessa liberdade. Tem paciente que vem sozinho pro serviço, volta sozinho e agora vai ser tutelado como um incapaz? E quem garante que o médico vai dar conta em uma crise que o paciente tem por aí? Agente não é carcereiro de ninguém, não. Não somos policiais, somos uma referência saudável e se agente não pensar como uma referência saudável, agente só vai deixar mais doente essa pessoa." (E19).

Ou seja, há poucos investimentos na construção e solidificação dos serviços, no fortalecimento das equipes, na montagem de uma rede articulada de serviços de saúde mental no município. Tampouco, há implementação de novos serviços extra-hospitalares necessários para responder ao aumento da demanda referida nas entrevistas. Desse quadro, decorre a instauração de um processo de precarização das relações e condições de trabalho nos locais de atendimento, pressionando e sobrecarregando os profissionais existentes.

Como menciona Lancman (2004), a partir das novas condições sob as quais o trabalho se reproduz com o aumento do desemprego e subemprego, essa situação cria uma grande mobilidade no mercado de trabalho e favorece relações precárias de trabalho. Essa precarização gera quatro conseqüências: a intensificação do trabalho e o aumento do sofrimento psíquico naqueles que permanecem, a neutralização das formas de mobilização contra as condições que impõem sofrimento, o funcionamento do trabalho sob uma estratégia do silêncio, acrítica e paralisante e o crescimento do individualismo.

Perguntamo-nos, inevitavelmente, como esses trabalhadores, sensivelmente, cansados, e alguns deles herdeiros da movimentação ético-política responsável pela criação de tais serviços, vendo-se desacreditados frente aos recuos em relação aos percursos trilhados, irão cuidar do sofrimento psíquico do outro. Como isso será possível se eles mesmos se veem

diante do seu próprio sofrimento ao não conseguirem modificar a situação geradora de relações precárias no trabalho às quais estão submetidos?

No campo da saúde e saúde mental não basta pensar a situação da precarização das relações de trabalho apenas no âmbito ergonômico ou em avaliação pautada na área da saúde do trabalhador, segundo a qual é possível pensar uma ação de prevenção de adoecimentos, ligados ao trabalho por meio de mudanças efetuadas no mobiliário, instrumentos e ambiente. Isso é necessário, mas não se esgotam aí a problemática, nem as soluções. A mudança da realidade de trabalho no campo da saúde e saúde mental envolve ações interdisciplinares e intersetoriais voltadas aos trabalhadores cujo principal objeto de trabalho é o cuidado ao outro, ou seja, um cuidado que envolve, necessariamente, aspectos relacionados diretamente ao campo vital dos sujeitos.

Merhy (2003), ao pensar uma situação tipo ideal, que possa operar sobre os modos de produção de saúde e sobre o jogo social implicado neste processo de produção, o da saúde, e ao situá-lo como um fenômeno social e histórico-situacional, propõe uma interpretação da produção de saúde nos serviços como acontecimentos nos quais três forças sociais se imbricam e se inter-relacionam em um jogo permanente de pactuação: os usuários vistos como conjunto de indivíduos e grupos portadores ou produtores das necessidades de saúde, os profissionais como aqueles que dominam certos saberes e práticas, certos modos de saber fazer atos de saúde e que operam sobre as necessidades de saúde, e aqueles que ocupam os espaços institucionais reconhecidos como legítimos para governar e contratualizar, os gestores.

Segundo essa concepção, apesar desses três setores sociais não serem vistos como blocos homogêneos, podendo cada um se intercambiar em diferentes situações, o autor parte da noção de que pensar em modelos de atenção à saúde envolve, antes de tudo, pensá-los como relações de contrato, de acordos nem sempre falados e deliberados, mas como um processo de contratualização entre esses três atores sociais que, ao entrarem no jogo, partem do que lhes é definidor nesse processo e negociam, a partir daí, seus poderes. Assim, é frequente ocorrer situações nas quais as lógicas de contratualização privilegiam certos atores em relação a outros. Entretanto, para um modelo que pretende pautar-se pela centralidade do usuário e que para tanto deseja um contrato que se ordenará pela defesa da vida individual e coletiva, deve explorar as tensões contidas nos potenciais em jogo e tentar sobrepor uma linha de produção de contratualidades que modifique o sentido dos modelos de atenção que são hegemônicos.

O caminho, portanto, de modificação das condições geradoras do processo de precarização das relações de trabalho ao nível dos serviços de saúde e saúde mental é, sobretudo, político.

Mas, como garantir que as necessidades de saúde, móvel caracterizador básico dos atores usuários, centralizem os objetivos e finalidades pelas quais qualquer contrato possa se instaurar, agregando as capacidades e potências colocadas no jogo político entre os três setores de atores sociais imbricados no processo pactuado de construção institucional de serviços e de produção de saúde? Em outras palavras, como garantir, como propõe Merhy (2003), que os trabalhadores, com base nos saberes e práticas disponíveis ao cumprimento das ações que buscam suprir as necessidades de saúde colocadas pelos usuários, possam intermediar o processo de contratualização com os atores que governam os recursos públicos, os gestores?

É por meio do fortalecimento dos sujeitos e pela construção de democracia institucional, nos responde Campos (2000b). Inspirado por pensadores como Marx, Gramsci, Foucault, Deleuze e Guatarri, o autor propõe uma ação social emancipatória, imbuída na tarefa de dissolução do papel de controle dos micropoderes, de forma a conhecer os caminhos sociais e institucionais por onde se consolida a dominação dos blocos hegemônicos, para buscar uma correlação de forças que confronte os poderes instituídos e que vise à construção de espaços de poder compartilhado; para ter acesso ao exercício do poder, às informações e tomar parte das decisões. Entretanto, a construção desses espaços coletivos[16] de poder compartilhado e de instituições democráticas requer um complexo processo, envolvendo diversos atores, organizados por meio de movimentos sociais, além de uma práxis coletiva em direção à construção de um novo tipo de consenso, ao alterar o modo de gestão das instituições. Ao mesmo tempo a alteração de uma lógica burocrática para uma democrática no funcionamento de uma instituição depende, por sua vez, da construção de sujeitos.

Para esse autor, a constituição dos sujeitos não se dá de forma isolada e individual, mas em relação direta e imbricada com a constituição dos Coletivos[17], em um processo permanente de produção recíproca entre elementos pertencentes a um mundo interno do sujeito e ao contexto externo do mundo. Essas duas dimensões do ser (subjetividade e contexto social) formam-se como espaços existenciais contíguos, que vão interagindo uns sobre os outros, criando zonas mescladas de mútua influência.

[16] A noção de espaço coletivo é entendida por Campos (2000b) como sendo "arranjos concretos de tempo e lugar, em que o poder esteja em jogo, e onde, de fato, se analisem problemas e se tomem deliberações."(p.42).

[17] O autor apresenta a noção de Coletivos que significa grupos humanos que se formam e se constituem para cumprirem determinados objetivos e finalidades.

O processo de contratualização possível em um Coletivo, ou entre um Coletivo e outros, ocorre por meio de um investimento de todos os sujeitos que constituem os Coletivos na criação de pactos negociados que incluem, de um lado, desejos e interesses dos sujeitos, e, de outro, necessidades sociais e instituições. A elaboração e gestão de contratos prevêem, necessariamente, uma região intermediária, um espaço de mediação, um espaço aberto que compreenda um jogo de distintas possibilidades e de reacomodação, reposicionamento e recomposição do poder. Esse espaço é possível devido à existência de um mecanismo humano - a formação de compromisso[18]. Ou seja, os sujeitos organizados em um Coletivo, como uma equipe de um serviço de saúde, podem elaborar e gerir contratos entre a própria equipe, entre esta e os usuários e com segmentos da sociedade, por meio do mecanismo da formação de compromisso, de forma consciente, o que requer intervenção deliberada do sujeito nessas relações para administrar os elementos polares implicados, os desejos e interesses, as necessidades sociais e as instituições impostas. Nesse processo, o sujeito nem é senhor absoluto das decisões, nem se submete completamente ao poder dominante das instituições sociais, mas, consciente e coletivamente, o reposiciona.

Entretanto, os sujeitos precisam, em algum nível, ver os seus desejos e interesses vislumbrados nos projetos pactuados. Em outras palavras, precisam obter algum tipo de prazer na realização de tarefas que conformam seu trabalho. Se em dada circunstância, as imposições institucionais impõem-se absolutamente sobre quaisquer outros elementos, o desequilíbrio patológico se instaura: se no plano da subjetividade, quando os desejos necessitam ser completamente reprimidos, instaura-se a neurose, no plano dos Coletivos, o trabalho desprazeroso e desqualificado se impõe.

Lancman (2007) lembra que, se por um lado o trabalho pode cumprir papel fundamental na constituição identitária dos sujeitos, por outro, pode ser fonte de intenso sofrimento e desagregação quando as relações de trabalho se encontram precarizadas.

Essa relação com o trabalho fica visível nas falas abaixo:

> "A gente vive numa sociedade que a gente é enquadrado dentro de um processo, a gente tem que participar dentro de um processo que nos é imposto, a gente não tem liberdade e aí a gente reproduz esse sentido enlouquecedor, onde ninguém ta nem aí com nada, a gente reproduz

[18] Campos (2000b) retira a noção Formação de Compromisso da psicanálise, entretanto, lhe dá uma compreensão ampliada ao estender o conceito freudiano que significa os diversos acordos que o sujeito realiza entre forças originárias do inconsciente que constituem as forças mobilizadas em sua economia interna e as imposições externas do ambiente, da cultura e das relações sociais, ampliando sua possibilidade para a realização de tarefas nos Coletivos, em que os sujeitos levam seus desejos e interesses na formação de projetos, mas têm que negociá-los entre si e entre as necessidades sociais, só que agora de forma consciente.

> esse sentido pros nossos pacientes também, parece que não são só os pacientes que precisam da reprodução de um novo sentido, nós também. (E19).
>
> "Às vezes eu acho que falta um pouco de reconhecimento e, também, a gente fazer mais cursos, mais atualização. A gente fica muito abandonado, a gente não tem nada...não tem reciclagem, não tem supervisão. A gente acaba cronificando. Às vezes eu brinco, nossa eu to 17 anos aqui, 24 na psiquiatria, a gente acaba achando que é tudo normal." (E7).
>
> "Outra coisa é que nós somos pessoas e trabalhar com pessoas é sempre muito difícil....E o próprio trabalho que é muito difícil, por isso é que a gente precisa de psicoterapia, supervisão, mas às vezes é mais difícil trabalhar com o colega de trabalho do que com o paciente, com a gente mesma é muito difícil lidar." (E13).

Como visualizar, então, caminhos que sinalizem para a resolubilidade dos problemas atuais, os quais foram reiteradamente ressaltados nas entrevistas?

Uma das ações possíveis e necessárias já foi apontada no depoimento acima: a necessidade dos profissionais serem também cuidados, terem seus sofrimentos relacionados ao trabalho acolhidos em alguma instância pela instituição e a criação de espaço de atenção, acolhimento e cuidado às equipes de profissionais. Nesse sentido, várias são as ações possíveis, tais como supervisão institucional, processo de educação continuada e permanente, fórum de discussões e tomada de decisões envolvendo os vários atores imbricados no processo de produção de saúde nesses serviços.

Entretanto, todas essas ações passam a ter sentido quando nos reportamos a um conceito que vem sendo referido com frequência por alguns projetos em saúde e nas áreas sociais que é o empoderamento dos atores envolvidos nas ações de um serviço, instituição ou organização social.

Não é, entretanto, objetivo desse trabalho dissecar e aprofundar o conceito de empoderamento, mas algumas breves referências mostram-se úteis para apontarmos, mesmo que embrionariamente, possibilidades de superação das relações precárias instauradas nos serviços de saúde mental do município de Ribeirão Preto.

O conceito de empoderamento surgiu com os movimentos civis nos Estados Unidos, na década de setenta, por meio das reivindicações das organizações ligadas à bandeira do poder negro no processo de conquista de cidadania plena (COSTA, 2000).

Mais recentemente, entretanto, o emprego do conceito de empoderamento tem se multiplicado em vários campos do conhecimento, tais como administração, saúde, economia,

organizações comunitárias, sociologia política, entre outros. Acresce-se o fato do uso conceitual de empoderamento ser utilizado por correntes neoliberais com objetivo de desresponsabilizar a esfera estatal de seu papel mediador entre as ações de grupos econômicos majoritários e as necessárias políticas públicas como medidas de seguridade social, o emprego mais comum concentra-se na perspectiva progressista que define o empoderamento como constructo que une as várias competências individuais em ações coletivas, visando à ampliação dos espaços de tomada de decisões, de consciência dos direitos sociais na busca de aquisição de poderes, em processo de emancipação dos sujeitos excluídos das esferas das decisões políticas (HOROCHOVSKI; MEIRELLES, 2007).

De forma geral, a definição de empoderamento que tem sido usada, nas áreas da saúde e social, é muito próxima da noção de autonomia que, em síntese, refere-se à capacidade de indivíduos e grupos poderem decidir sobre questões que lhes dizem respeito, opinar e escolher cursos alternativos de ações nas múltiplas esferas, política, econômica, cultural, de trabalho, entre outras. Em outras palavras empoderamento significa o processo pelo qual indivíduos e grupos (comunidades, organizações, unidades de serviços, etc) buscam conquistar recursos que lhes permitam ter voz, visibilidade, influência, capacidade de ação e decisão.

Em saúde esse processo caracteriza-se, principalmente, na busca de usuários e profissionais pela ampliação dos espaços de negociação e contratualização das ações de produção de saúde que visam responder às necessidades sociais. Na saúde mental os profissionais, movidos pelos ideais dos movimentos antimanicomiais e pelos objetivos da reforma psiquiátrica, que abarcaram grandes aspectos dessas reivindicações, buscam criar ações psicossociais para angariar recursos destinados aos sujeitos tratados e em sofrimento para conquista de autonomia e cidadania. Mas como esses profissionais, presos em precárias relações de trabalho nos serviços, vão organizar ações de autonomia para os usuários, se eles mesmos necessitam angariar suas próprias esferas de autonomia?

Assim, alertamos para a necessidade de criação de espaços para a potencialização de ações que proporcionem um cuidado a essas equipes de profissionais, abrindo possibilidade para que os trabalhadores, emponderados, possam exercer efetivas ações de transformações efetivas nos serviços e na qualidade da assistência em saúde que prestam.

Dessa forma, vemos ser premente, a necessidade de criação de fóruns por meio dos quais os trabalhadores dos serviços de saúde mental de Ribeirão Preto possam se apropriar de mecanismos de decisão, mudança e transformação das relações de trabalho instauradas e construírem estratégias de assistência aos usuários que respondam de perto às necessidades que apresentam.

6.1.2 A organização dos serviços

6.1.2.1 Projeto terapêutico

Há falta de clareza nos discursos dos entrevistados em relação aos projetos terapêuticos existentes nos serviços pesquisados. Os sujeitos referem-se ao projeto de seu serviço de formas variadas. Alguns a ele se referem como inexistente. Outros apontam para o projeto institucional, advindo dos órgãos gestores como a Secretaria de Saúde do Município ou o Ministério da Saúde. Alguns profissionais, mais antigos nos serviços e mais engajados no processo de reforma psiquiátrica, ressaltam a existência de vários projetos correspondentes às diversas fases que marcaram a construção dos serviços. Essa parcela de sujeitos, ora lamenta alguns retrocessos vividos em algumas etapas, como a atual fase, ora expressa certo otimismo, projetando esperanças de que mudanças são viáveis. Há ainda outros sujeitos, principalmente, os profissionais de nível médio, como os auxiliares de enfermagem que mostram uma não compreensão do que seja um projeto terapêutico; ora referem-se a ele repertoriando as atividades oferecidas nos serviços, ora se reportando às ações médico-clínicas; ou ainda não se referindo de modo algum.

> "Projeto terapêutico do serviço? Eu não acho que tenha algum projeto específico. É um ambulatório que cumpre as funções de um ambulatório." (E10).

> "O projeto terapêutico do serviço, aqui a gente elaborou....já tem esse programa, já vem da Secretaria tem também com a gerente, a gente senta pra elaborar o melhor pra cada setor. Então a gente não elabora, assim, de ter no papel, o que tem no papel é o que vem da Secretaria. A gente tem uma reunião por mês com a gerente e aí agente discute as mudanças no atendimento." (E1).

> "Com relação ao projeto terapêutico do serviço, acho que é mais no sentido de atender às normas do Ministério da Saúde. Diminuir as internações, atender os egressos, prevenir as internações, melhorar aderência ao tratamento, pra que ele continue usando a medicação" (E9).

> "Eu to aqui há muitos e muitos anos, desde o começo e há projetos e projetos e eu estou tentando pensar qual o projeto agora. Não, eu acho que tem uma linha que fica. O projeto é a gente estar proporcionando uma assistência psicossocial pra portadores de dificuldades

> emocionais graves, psicóticos. E aí a gente tenta não ficar focado só na assistência clínica, mas a gente sempre busca muito a questão da reinserção. A gente tem sempre muito pouca perna, então a gente ta sempre sonhando." (E13).

Entretanto, alguns sujeitos mais engajados ou críticos com história de luta pela reformulação da atenção psiquiátrica no município apresentam uma visão ampla e profunda da problemática enfrentada nos serviços e das dificuldades para elaboração ou construção de projetos terapêuticos que atendam à integralidade das necessidades de saúde dos usuários.

> "Eu acho que o projeto terapêutico do serviço, inicialmente, é tentar resgatar algumas coisas do paciente da doença dele que podem ser trabalhadas pra ele conseguir mais autonomia, pra não precisar mais desse serviço. O objetivo é voltar, não precisar mais desse serviço, tentar desinstitucionalizar, na verdade seria essa, mas é um desafio. Porque às vezes a gente faz o contrário, assim de trazer o paciente muito aqui pra dentro." (E18).

> "Agora, como eu entendo o projeto terapêutico do CAPS? Eu entendo que é um projeto que você pensa na pessoa, na questão individual e quais são os benefícios que ela pode ter a partir do que é pensado pra ela, do que é elaborado, a partir dessas necessidades do paciente é elaborada uma sequência de atividades que fazem parte desse projeto terapêutico. Agora o projeto institucional, eu acho que tem um monte de controvérsias. Eu falo dos princípios que eu acredito. Eu acredito que qualquer projeto terapêutico tem que necessariamente estar vinculado a uma vida na sociedade. Você tem que trabalhar em função de uma proposta, eu diria, política, de uma palavra que eu não gosto muito, de ressocialização e da reforma psiquiátrica (porque eu acho que você não vai reformar, mas vai construir). Então eu acho que todo projeto terapêutico tem que visar o bem estar dessa pessoa junto na comunidade é aí que o serviço deve atuar. Tem que fazer o trabalho interno, mas visando sempre essa amarração externa. E nesse sentido eu vejo que tem um pouco de dificuldade, que eu percebo que o direcionamento de Ribeirão Preto não visa muito trabalhar a pessoa inserida em um contexto, trabalha mais a pessoa inserida dentro de um serviço." (E19).

Ao lermos esses relatos, fica a impressão de um vazio institucional, um vazio de criação, de inventividade de novos caminhos, de planos, de busca de recursos e que as equipes permanecem repetindo um rol de atividades de forma mecânica e ritualizada, uma gama de ações não repensadas, nem reavaliadas e repetidamente aplicadas sem, contudo, retomar-se o sentido que fundamentou essas ações. Em outras palavras, acreditamos que as equipes não

têm conseguido elaborar projetos, ou reelaborá-los de acordo com as atuais situações atuais impostas e que requisitam novas respostas ou iniciativas projetadas.

A postura predominante é a de referir a não existência de um projeto especifico, ainda que tenha havido projeto importante, vivo e respondente, como no CAPS em tempos passados. Contudo, no momento atual, projeto algum, concreto, é explicitado.

Ao mesmo tempo, quando é referenciado algum projeto, mesmo que seja de forma teórica (como deveria ser, ou como se concebe um projeto para determinado serviço, etc), permanece uma descrição vazia de significado, restrita a apenas uma noção de projeto terapêutico, sem o referencial concreto de uma proposta norteadora das atividades práticas do serviço, ou pelo menos o que, na prática, reflete um desconhecimento funcional, sem, portanto, incorporá-lo no cotidiano do serviço.

Cabe, entretanto, outra observação no que se refere às últimas falas; elas refletem discursos mais contextualizados conforme os objetivos da reforma psiquiátrica. Apesar de lamentarem os problemas situados na base da elaboração de projetos, parece não problematizarem o fato de eles mesmos estarem paralisados nesse percurso. Ou seja, é como se o projeto terapêutico tivesse sua existência anterior à própria ação da equipe. Detectam problemas relacionados às ações existentes, muito concentradas nos serviços, carecendo de ações externas. Contudo, não problematizam a inexistência do próprio projeto, como se este tivesse que ser dado externamente por alguma instância e não construído pela equipe. Dessa forma, os sujeitos não se veem na função de elaboração e gerência de um projeto terapêutico.

Nessa perspectiva, fica a dúvida: por que as equipes têm se demitido da tarefa de elaboração, construção e gerência dos projetos terapêuticos dos serviços? Por que, mesmo ao detectar limitações em relação às atividades que disponibilizam, não encaram como sua a responsabilidade de reelaborar, construir e gerir o projeto terapêutico?

Antes de discutirmos essas questões, torna-se útil retomarmos a discussão sobre a própria noção de projeto terapêutico. Embora já tenhamos traçado uma incipiente conceituação do termo na introdução desse estudo, por retomarmos o tema, lembramos o que ressaltou Merhy (2000): um projeto terapêutico caracteriza-se por conformar a filosofia primordial que guia as ações e os objetivos centrais de todo o trabalho em um serviço. É o que designa o modo operacional de uma determinada equipe de profissionais que toma, como referencial, determinadas necessidades de uma clientela as quais, cruzando com formas determinadas de compreensão de cuidado e atenção a essas necessidades, vão gerar determinadas ações em forma de trabalho. Ou seja, um projeto terapêutico é o conjunto de ações formadas por atos de produção de saúde que se configura como resultado da interface

entre as ofertas tecnológicas dos profissionais (cuidado, saberes e instrumentos) e as necessidades de saúde dos usuários, gerando ações segundo um plano geral que reflete uma determinada filosofia de trabalho.

Sendo assim, a depender da forma como uma certa compreensão de mundo, homem e sociedade, saúde e doença, ou racionalidade imponha-se, em uma determinada época, produzindo orientações ético-políticas fundadoras de objetos de investimento das pessoas envolvidas em determinado conjunto de ações, os projetos também irão contemplá-los como expressão direta dos ideais motores dessa visão de mundo.

Sabemos que durante muitos anos, os programas de atenção em psiquiatria foram regidos pelo procedimento recorrente de separação do doente da comunidade, pelo poder hierárquico centralizado na figura do médico psiquiatra que operava como suporte unificado no tratamento dispensado ao paciente e, portanto, nesse modelo, os projetos terapêuticos não existiam, pois o tratamento era determinantemente regido pela ação medicamentosa visando a remissão sintomatológica. Com o processo de desconstrução desse modelo, iniciam-se os avanços na terapêutica psiquiátrica, permitindo abordar as psicoses para além da visão redutora da cura medicamentosa pautada na concepção bioquímica, ampliando-a para dimensões que abarcam toda a complexidade da experiência do adoecimento mental. É nesse contexto que se insere a criação dos planos multidisciplinares contidos em um projeto terapêutico. Não é possível, portanto, abordar a noção de projeto terapêutico em saúde mental, a não ser por meio dessa abordagem ampliada capaz de tratar a experiência do sofrimento mental em toda a sua complexidade.

Um projeto inclui, necessariamente, um mapeamento de condutas genéricas que, em princípio norteia a ação de todos face às finalidades de determinadas posturas ético-políticas. Os processos de construção que demandam os projetos terapêuticos, entretanto, mostram que há um modo singular a cada equipe, lugar, região, cultura que, muitas vezes interroga, modifica, contextualiza e inventa novas saídas àquilo que, no plano geral, permanece generalizável. O que significa dizer que o processo de construção de um projeto terapêutico comporta, além de um certo grau de flexibilidade das condutas gerais, um espaço para emergência daquilo que não se prevê por meio das posturas institucionais regulares, construído por meio de saberes múltiplos advindos do encontro entre as várias subjetividades reunidas em campo (CAMPOS, 2000b).

De acordo com Habermas (1988), qualquer plano social para a ação coletiva dos homens na produção da vida e do mundo requer duas condições antropológicas da existência e reprodução da espécie humana que são o trabalho e a interação, a ação instrumental e a ação

comunicativa. O controle técnico dos processos naturais e a organização simbólica da intersubjetividade são condições intrínsecas ao desenvolvimento da vida humana. Para haver, entretanto, o desenvolvimento da vida humana na perspectiva da emancipação social e política visando uma sociedade livre da dominação de homens sobre homens, a ação comunicativa deve referenciar e comandar toda a ação técnica, de forma a garantir que o entendimento mútuo e intersubjetivo entre os humanos, constituído pelos consensos éticos e sistemas de valores sociais acordados, balize a ação técnica em forma de trabalho e os interesses de uma maioria coloquem-se como os verdadeiros direcionamentos democráticos.

Para tanto, Habermas (1988) recorre à noção de consenso fundado para designar o processo de entendimento mútuo entre os homens, lingüisticamente mediado, com a finalidade de coordenação da ação social, obtido em processo de argumentação que permite aos participantes levar, às últimas consequências, o princípio da dúvida radical, livre de quaisquer formas de coação e violência, sendo, portanto, caracterizado, pela liberdade da crítica e do debate que pode, inclusive, levar à revisão ou superação de sistemas fundados em determinados marcos teóricos ou institucionais. E, para garantir, por sua vez, esse processo livre de coação, o filósofo insiste em que todos os participantes da discussão instaurada tenham chances simétricas com relação à escolha, elaboração e proferimento dos discursos e na assunção de papéis em uma verdadeira situação dialógica. Segundo o autor, se essas condições forem observadas, significa que se assume metodologicamente um interesse emancipatório da espécie, isto é, uma situação comunicativa ideal geradora de consenso fundado verdadeiro, no qual todos os participantes sejam interessados, protagonistas, livres e iguais.

Se pensarmos o projeto terapêutico como um tipo de consenso fundado é fácil perceber a necessidade dessa constituição dialógica enquanto terreno básico e norteador do processo de construção do projeto, segundo o marco teórico-prático do princípio da integralidade e das ações ampliadas em saúde nos serviços de saúde mental. Para vermos constituída essa situação dialógica, é necessário, contudo, que existam indivíduos atuando no papel de sujeitos agenciadores desse projeto, o que nos remete às questões colocadas acima: por que os profissionais dos serviços de saúde mental pesquisados não se atribuem (ou não têm se atribuído) a responsabilidade pela revisão, elaboração ou reelaboração e gerência dos projetos terapêuticos dos seus serviços?

Retomando Campos (2000b), vemos que para a elaboração e sustentação de projetos por coletivos organizados para cumprimento de determinados objetivos, é necessária a constituição de sujeitos emponderados, amadurecidos, responsáveis e democraticamente

organizados. Seguindo as propostas deste autor, compreendemos que para elaborar projetos algumas situações necessitam ser observadas e incluídas no processo de construção coletiva de um projeto.

Inicialmente há necessidade de objetos de investimento claros que impulsionem um coletivo a agir, um processo dialógico de crescimento pelo qual se superem medos e resistências em relação ao novo e desconhecido, questionando os sólidos alicerces de uma organização conhecida, porém carente de superação, e a condição parasitária de alienação e paternalismo nas quais as equipes muitas vezes se encontram. Sendo assim, o processo de elaboração de um projeto estabelece quase que um processo terapêutico e pedagógico para a equipe, porque é estruturante para os sujeitos que o elaboram, é constituidor de subjetividades, propiciam aprendizado para os sujeitos e sua auto-reinvenção constante enquanto subjetividades dotadas de autonomia. Todo projeto, porém, é resultado de processo de negociação entre elementos moleculares representados principalmente pela esfera dos desejos, em geral inconscientes para os sujeitos, e a cristalização de necessidades sociais acessíveis à consciência, porém contaminadas e distorcidas pela disseminação de valores dominantes de uma hegemonia social de uma época determinada.

Outro aspecto importante intrínseco à construção de projetos, sugerido por Campos (2000b), é que o objeto de investimento dos sujeitos para a ação não possa ser compreendido ou sentido, pela equipe, de forma absoluta, como se o que é proposto e investido fosse solucionar de forma definitiva todos os problemas. Os objetos têm que ser parciais, transicionais, efêmeros e contingenciais porque respondem a situações sociais e culturais que mudam e exigem diferentes respostas a diferentes necessidades. Passar do investimento de um ponto de vista total e imutável, a um sempre renovado é tarefa de análise constate de um coletivo.

Além disso, a elaboração de um projeto parte de uma dimensão utópica, antevista e idealizada para garantir uma postura de ir em busca de certos objetivos. Isso porque os seres humanos são, em si, seres construtores de projetos que desenvolvem seu “ser no mundo”, sempre por meio de um vir a ser. Ou seja, o homem sempre busca viabilizar um sonho consciente por meio de uma antecipação mais ou menos calculada e toda ação humana parte de conteúdos imaginários e não só de elementos concretos do mundo social. Dessa forma, um projeto é ação intencional, porém, negocia o tempo todo com o antevisto, o imprevisto, o inédito e até, com o indizível que é apenas anunciado, mas não presentificado. Se pensarmos por meio da compreensão heideggeriana de existência, poderíamos pressupor a idéia de homem como um ser que se projeta no futuro. Um projeto, portanto, ao englobar a noção da

passagem do tempo ligado ao ser, toma como referência o passado e as angústias do presente para tornar-se uma aposta endereçada ao futuro (HEIDEGGER, 2002).

O objeto de investimento para um projeto, portanto, relaciona uma dinâmica entre o passado, que coloca aquilo que está estruturado, o presente que representa o momento da práxis e o futuro que engloba o que se deseja ou o que se projeta.

Quando nos reportamos às equipes dos serviços de saúde mental que pesquisamos, notamos haver um vazio no que diz respeito ao projeto terapêutico. Ora ele é mencionado como inexistente, ora como as ações gerais diretrizes provenientes dos órgãos gestores, ou, ainda, comparado ao que havia no passado em outras formas de organização do serviço. Isto é, percebemos as equipes paralisadas em uma postura inercial de reprodução de ações técnicas, mais ou menos consideradas como consensuais, mas nunca revistas ou repensadas.

Primeiramente, notamos que as equipes apresentam muita dificuldade em perceberem a provisoriedade dos objetos de investimento que moveram os projetos iniciais desses serviços. Aprendemos, com base nos discursos, que os profissionais investiram em alguns modos de organização e ações como formas acabadas e finais sob as quais um serviço extra-hospitalar, segundo os critérios da reforma psiquiátrica, deveria funcionar. Quando essas formas e ações foram questionadas pela novidade de setores de profissionais que chegaram aos serviços, nem sempre compromissados com os objetivos da reforma, as equipes sentiram-se impotentes e, em alguns casos, tomaram as ações, ou mesmo os objetivos da reforma, como inviáveis e retornaram, em certa medida, a referenciais teórico-metodológicos do passado ao invés de inventarem novas ações, ainda impensadas, para responder aos desafios dos objetivos éticos propostos pela reforma psiquiátrica.

> "Então hoje, nas minhas atribuições eu só sou (a entrevistada refere-se a sua profissão, que não será citada devido a questões éticas), então a gente acabou desenvolvendo, por causa dessas fronteiras que a gente foi encontrando no meio do caminho esse modelo que a gente está funcionando..., parece que assim, não tem dado muito conflito. Então, você me pergunta o que eu penso hoje, eu não sei, houve épocas que a gente funcionou mais no sentido de uma ressocialização...Atualmente, eu tenho pensado assim: já que estamos com uma demanda muito, assim, voltada para a doença, porque aqui a gente ta atendendo paciente numa situação muito difícil, então a gente acaba ficando mais focado na questão da doença mesmo...então, às vezes fica muito focado, ainda, muito no médico. Mas eu acho que nós profissionais temos uma dificuldade, nesse período de transição, de desmontar, de desconstruir o modelo hospitalocêntrico, acho mais difícil a gente desconstruir nosso manicômio interno." (E15).

Os profissionais, portanto, diante de dificuldades e atritos gerados face à tamanha novidade apresentada pelo modelo psicossocial alternativo ao manicomial, acuaram-se e retornaram ao terreno conhecido, das ações previstas e resguardadas pela organização puramente técnica. Os profissionais, entretanto, ao se dispensarem da tarefa de reinventar novas ações para velhos problemas e ao se paralisarem em velhas ações para responder aos novos problemas, demitem-se da responsabilidade de continuarem a construir um projeto terapêutico para o serviço que possa repensar o que não deu certo sem, contudo, "jogarem fora a água do banho com a criança junto", inviabilizando, portanto, todo o processo de inovação do modelo psicossocial. E mais: vão além, pois, ao se alienarem da responsabilidade da elaboração e gerência do projeto terapêutico se apartam, inclusive, da tarefa de todo ser humano, criativo que é a de autoconstituir-se enquanto sujeito.

Dois enfoques teóricos sugerem tendências nas formas culturais, oriundas a partir do capitalismo tardio, e aprofundadas na contemporaneidade, que se aproximam dessas questões ressaltadas no que diz respeito às equipes de saúde mental. Essas teorias levantam algumas teses sobre grandes modificações nas formas de sociabilidade e da organização social para a práxis que atingem profundamente o modo de coordenação das ações sociais, da produção de sentido no mundo e constituição dos sujeitos.

A primeira delas já enfocamos quando tratamos do referencial teórico habermasiano e diz respeito à análise de Habermas (1987) sobre a tendência, após a técnica e a ciência terem se tornado as principais forças produtivas e de coesão ideológica, de a esfera da interação humana ser colonizada pela razão instrumental em uma sociedade tecnocratizada. Nessas condições, o debate argumentativo para coordenação das ações sociais fica restrito ao reino técnico das ações instrumentais e ao ser inteiramente justificado e legitimado com base nos preceitos técnico-científicos, o debate crítico perde sentido, pois a verdade fica demonstrada de antemão com base nas verdades já dadas na esfera da ciência e da técnica.

Essa teoria explica, em parte, a tendência das equipes substituírem o debate crítico das esferas dialógicas para elaboração de projetos terapêuticos por ações puramente técnicas autolegitimáveis. Ou seja, as equipes dos serviços extra-hospitalares dispensam o debate crítico constituidor de processo de elaboração e construção de um projeto para investirem globalmente, em ações técnicas que já se encontram legitimadas e consensualmente dadas nas esferas do conhecimento e da prática profissional nos serviços.

Habermas (2000), entretanto, realça que não são somente os planos sociais de ação coordenada que perdem sua dimensão de elaboração com base nos processos de interação humana e do debate crítico intersubjetivo autoconstituidor para serem substituídos pela

legitimação técnica das ações. A esfera política também se vê sucumbida frente à tecnificação das orientações para a tomada de decisões.

O outro enfoque teórico que toca nessa questão é trazido por Campos (2000b, p.177), o qual, por meio de análise crítica igualmente endereçada a racionalidade instrumental propõe a idéia de "sujeito desnecessário", aquele que não encontra mais lugar para sua práxis autoconstituidora no mundo.

No contexto em que a práxis política perde expressão diante de uma realidade tecnificada, o sujeito, enquanto resultado direto do processo autoformador na práxis política, também perde sentido, assim como os espaços da esfera pública[19], os quais, ao serem resultado direto da práxis política dos sujeitos, também são desvalorizados e substituídos por aspectos da esfera do privado. Dessa forma, o sujeito, destituído de sua práxis política autoformadora e dos espaços nos quais sustenta a constituição de sua subjetividade, adquire um sentido de não existência porque passa a ser desnecessário. O sujeito, assim, ao se ver destituído em sua força de legitimidade naquilo e nos espaços que o constitui, se anula e paralisa-se frente a tarefas, reconhecidamente, de sua esfera práxica: demite-se de exercer o papel de sujeito e de coordenar suas ações sociais de acordo com um plano coletivo, enquanto sujeito.

O mundo globalizado passa a ser comandado pelas grandes corporações econômicas, apoiadas, por sua vez, pelas organizações que dão o sustentáculo tecnológico. Sendo assim, a sociedade tecnocrática, com base na ocultação do político sob o técnico, ao se somar às orientações neoliberais que promovem o enfraquecimento do Estado e do seu braço político, o governo, e submetendo-os à dominação dos grandes conglomerados econômicos, geram além do enfraquecimento do sujeito, enquanto agente da práxis política, o enfraquecimento das próprias esferas públicas, nas quais o poder é negociado (HABERMAS, 1984).

Ora, é na esfera pública que os sujeitos elaboram seus planos e projetos para a ação social. Ao enfraquecer-se a noção de sujeito, enquanto agente da práxis, e das esferas públicas, enquanto espaço político da ação coletiva produtora da vida social, enfraquecem-se as iniciativas para elaboração de planos de ação social e projetos institucionais.

---

[19] O uso da noção de esfera pública denuncia uma multiplicidade de significados. Porém o uso que fazemos é decorrente das ciências sociais que utiliza conceito de esfera pública, relacionado aos espaços designados ou caracterizados por terem como atributo principal a tarefa de promover o bem comum, o bem público a todos os cidadãos. O sujeito dessa esfera pública é o coletivo de homens e mulheres, organizados socialmente, portadores de determinadas opiniões públicas, cuja função crítica se refere a constituir e sustentar o caráter público dos debates a respeito dos destinos políticos e sociais de uma sociedade. Bem como, a esfera do privado não significa apenas os espaços íntimos, mas, sobretudo, aqueles que resultam dos interesses particulares de homens e grupos (HABERMAS, 1984).

A dificuldade, portanto, das equipes dos serviços extra-hospitalares de saúde mental que investigamos pode estar relacionada com essas duas manifestações culturais apontadas pelos referidos autores. Em síntese, a substituição da construção de projetos por meio da interação intersubjetiva dialógica que sustenta a práxis política dos coletivos para a constituição de planos para a ação social, pela pura e simples aplicação de tecnologias autolegitimáveis pelo conhecimento e práticas profissionais, torna os profissionais reféns de uma razão instrumental. Com base nesse referencial, a prática de construção e elaboração de projetos terapêuticos torna-se desnecessária, pois já se tem de antemão um rol de atividades técnicas determinadas, prontas para serem aplicadas.

Da mesma forma, o sujeito constituidor de projetos encontra sua ação, igualmente, dispensável face ao declínio das esferas públicas e políticas, arena dos debates críticos fundadores dos planos comuns e projetos orientadores para a coordenação social. Se, na sociedade em geral, a ação política dos sujeitos organizados passa a ser substituída pelas decisões, técnica e economicamente orientadas por poderosas corporações capitalistas, nas instituições, a ação intersubjetiva de construção de projeto é substituída por planos técnicos de ações pré-determinadas pelas esferas gestoras e gerenciais, ou simplesmente pelas esferas do conhecimento especializado de cada profissão.

Mas, como superar tal situação? À primeira vista parece-nos que essa dificuldade é estrutural e as formas tradicionais de luta por alternativas mais democráticas de existência e formação de consensos sociais ficam sempre predispostas à dominação. A partir do final do século XX assiste-se a uma desqualificação dos interesses populares, conquistas de classes e trabalhistas importantes associada à crescente desmobilização das forças reivindicatórias e das organizações políticas que as sustentavam. Diante de tal panorama, como conseguir a constituição de sujeitos, o fortalecimento das esferas públicas e dos coletivos, imprescindíveis para a construção de projetos de mudança?

Habermas (1987, 1988), apesar de denunciar sistematicamente o império da razão instrumental e a colonização da esfera da interação humana pela racionalidade técnica e científica, acredita ser possível reposicionar a racionalidade comunicativa sobre a técnica e garantir, portanto, a viabilização de consensos verdadeiramente democráticos, na prática. Apesar da teoria da ação comunicativa ideal apoiar-se, entretanto, em dimensão utópica, porque permanece dentro da virtualidade de uma vida, ainda, irrealizada, para o filósofo a denúncia sistemática das situações em que a comunicação intersubjetiva é invadida e pervertida pelas esferas da racionalidade instrumental e mantida refém de interesses privados possibilita um caminho de superação emancipatória. Além disso, a prática de formação de

grupos humanos interessados na prática dialógica e democrática de fundação de consensos, também representa uma importante forma de superação e exercício emancipatório.

Para Campos (2000b), as tentativas metódicas dos sistemas de dominação podem produzir, sob certas circunstâncias, imobilidade e impotência, porém, não isolamento autístico paralizante. Pode-se chegar ao agir burocrático, à práxis alienada e ao bloqueio da possibilidade de investimento dos sujeitos em objetivos e objetos, tanto que o sistema hegemônico tem conseguido, funcionalmente, algumas conquistas nesse sentido. Entretanto, os homens têm demonstrado, historicamente, a capacidade de reagir e também de criar projetos de mudança em face às situações incômodas. É preciso, portanto, investir na formação de coletivos democráticos e reposicionar o sujeito no centro da vida política, mesmo que isso requeira envolver-se com a luta contra condutas hegemônicas e contra uma certa visão de mundo dominante, envolvendo-se, inevitavelmente, na luta com àqueles que a sustentam.

Segundo Franco (2003 p. 183), inspirando-se em Thomas Kuhn[20], há na saúde dois paradigmas em constante estado de tensão, responsáveis pela contradição entre dois modelos alternativos de projetos terapêuticos, a saber: o modelo "médico produtor de procedimentos" e o modelo "produtor de cuidados". O primeiro, operante nas instituições de saúde, apóia-se na concepção de saúde versus doença, centra seu foco de atenção na patologia e no corpo anatomofisiológico. O segundo, pelo contrário, apóia-se na concepção de saúde e doença como processos complexos, englobando pluralidade de fatores, foca o cuidado no sujeito e suas necessidades para além do corpo biológico, concebendo o sofrimento como processo que envolve dimensões do campo do simbólico e das intersubjetividades. Este último, entretanto, conforme o autor, é o modelo instituinte, isto é, aquele que disputa com o anterior a condição de instituído, aquele que se pretende substituto do que está sendo operacionalizado e detém a hegemonia das práticas antigas e atuais[21].

No campo da saúde mental, diríamos, em conformidade com o autor referido acima, que há, igualmente, dois paradigmas, em estado de tensão permanente, geradores de modelos conflitantes, que se alternam nas orientações dos projetos terapêuticos elaborados e nos atos assistenciais praticados: o modelo biológico, centrado na psicopatologia e o modelo

[20] KUHN (2007) em A estrutura das revoluções científicas, insere a noção de paradigma como referente à organização de determinado conhecimento formando uma matriz disciplinar, metodológica e conceitual, ao longo do tempo e de forma processual, compartilhada e reconhecida por determinada comunidade científica.

[21] O Autor, ainda tomando Kuhn (2007) como referência, empresta deste a noção de crise epistemológica que significa um momento relacionado a determinado paradigma, em que este entra em crise e vê suas bases metodológicas e conceituais contestadas por outras visões decorrentes da existência, ainda que apenas pressentida, de outro paradigma que se pretende instituir.

psicossocial, centrado no sujeito em sofrimento. Esses dois modelos, representantes de paradigmas concorrentes nas concepções dos processos em saúde mental, se alternam, em alguns momentos, e se misturam, em outros, porque segundo Kuhn (2007), o paradigma que se pretende instituir não substitui, mecanicamente, mas o caminho é processual e, nos períodos transicionais, são aspectos de ambos que se confundem na prática cotidiana dos membros de uma comunidade que compartilha determinados objetivos e projetos.

Nos serviços de saúde mental estudados, observamos uma situação na qual esses dois modelos ora se alternam, ora se misturam para constituição das práticas assistenciais selecionadas como atos de produção em saúde, representantes de determinados projetos terapêuticos veiculados ao devir do processo de construção desses serviços. Por meio das entrevistas, aprendemos que, se nos momentos iniciais de inauguração dos serviços predominava a prática apoiada no segundo paradigma que guiou os movimentos de reforma psiquiátrica, mesmo pressionada pela hegemonia e tradição do primeiro, as entrevistas evidenciam que a prática, atualmente, recuou para aspectos característicos do primeiro paradigma (centrado no biológico, na doença e nos medicamentos), apesar dos discursos apoiarem-se no segundo, na ilusão de que as metas ainda refletem o modelo psicossocial por excelência.

> "Os serviços extra-hospitalares de saúde mental foram construídos com determinados objetivos, a gente tem que trabalhar pra que esses objetivos sejam cumpridos, o objetivo de inserir o paciente na comunidade. Temos que repensar formas de atendimento que façam com que o paciente não fique tanto aqui dentro. Porque você vê, as pessoas quando não conhecem nada de novo, são nos velhos paradigmas que elas vão buscar suas práticas, então temos que repensar esse modelo que institucionaliza o CAPS e faz disso aqui um manicômio menor" (E16).

> "O projeto é estar proporcionando uma assistência psicossocial, a gente tenta ficar focado nisso, mas nem sempre é possível. A gente sempre busca muito a questão da inserção, mas a gente tem, ainda, muito pouca perna e também tenta desfocar muito do clínico, mas acaba que a situação vai desfavorecendo você trabalhar com o fora, tem tão poucas aberturas que você vai centrando mais na parte clínica." (E13).

> "E como eu aprendi, há anos atrás, quando existiu o projeto de CAPS, o objetivo era, pelo que eu saiba, e sempre foi a inclusão e eu nunca perdi de vista isso na minha cabeça, só que 20h de carga horária é complicado abranger...por isso que eu acho que é uma miscelânea, assim, meu trabalho, eu sinto que é um pouquinho de cada coisa, eu acho que deveria ser como era há um tempo atrás. (E14).

Os discursos, como vimos, refletem esse conflito. A ação assistencial, na prática, é medicocentrada, mas aquilo que é idealizado, as ações psicossociais, tratadas como existentes em passado recente, mas recuperável, são projetadas, agora, para um futuro provável, entretanto virtual.

Franco (2003), ainda registra que o projeto terapêutico constitui-se em conjunto de atos pensados, ações consideradas ideais em determinada concepção paradigmática, em um período histórico específico e compartilhado por comunidade unida por objetivos e metas comuns e específicos. Nesse sentido, o projeto terapêutico tem, inevitavelmente, uma dimensão de programação para o futuro e só adquire materialidade quando executado por meio das ações de trabalho dos profissionais. Nesse momento, entretanto, deixa de ser projeto para se concretizar em atos assistenciais. Ou seja, o projeto pode até mesmo nem se converter, integralmente, em atos assistenciais, mas um projeto está sempre em uma dimensão virtual, imaginada, e só se materializa quando se transforma em ações de trabalho as quais, em saúde, constituem-se em atos assistenciais.

Se considerarmos essas observações do autor referido, então, nesse sentido os serviços de saúde mental que pesquisamos têm, portanto, projeto terapêutico. Isto é, ele não é inexistente como falamos anteriormente, mas existe de uma forma idealizada, projetada para um futuro, no qual ações de inclusão social do usuário voltem a ser priorizadas. No presente, todavia, os atos assistenciais, ainda, não se constituem em concretizações desse projeto terapêutico, mas, refletem um momento de recuo em relação a um passado recente, no qual o paradigma médico biológico retoma uma certa hegemonia nas ações terapêuticas realizadas nos serviços devido a vários fatores tais como reações corporativistas de alguns profissionais médicos, orientações das políticas públicas e dificuldades das equipes de profissionais para lidarem com concretizações de um projeto terapêutico tão inovador quanto o psicossocial.

Sendo assim, instrumentalizar os profissionais das equipes dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, de forma que sejam capazes de formularem e operacionalizarem projetos terapêuticos que atendam às reais necessidades dos usuários, constitui-se, hoje, em tarefa prioritária nos serviços e significa, sobretudo, incorporar a idéia de multicausalidade na produção dos problemas de saúde e saúde mental em que o saber médico seja um dos componentes (prioritários, com certeza), mas, necessariamente compartilhado, em iguais níveis de importância aos saberes de outros profissionais.

Há, portanto, uma necessidade premente nos serviços no sentido de libertar esses profissionais do aprisionamento em que se encontram em seu trabalho, com a consequente redução de sua potência na resolubilidade dos problemas de saúde decorrentes das

necessidades dos usuários. Contar que os profissionais podem se tornar dispositivos de mudança é crer que a ação política dos sujeitos em ação coletiva pode e deve ser restaurada e estimulada ao nível dos serviços. É, sobretudo, uma ação coletiva ampliada a que se faz hoje necessária para capacitar os profissionais a reestruturarem projetos terapêuticos segundo o paradigma psicossocial; essa situação deve ser foco de atenção das esferas governamental, dos gestores e também das universidades, no sentido de que dessa instituição – a universidade - partem os vários conhecimentos sistematizados que vão integrar e constituir um projeto terapêutico psicossocial nesses serviços.

6.1.2.2 A organização das equipes

As equipes técnicas nos serviços organizam-se sob a forma multiprofissional. Há profissionais de diferentes áreas, representantes das profissões de saúde e das categorias técnico-profissionais determinadas.

A forma pela qual ambas as equipes trabalham é por meio da organização multiprofissional, segundo a qual cada profissional oferece o seu atendimento com relativa independência em relação aos outros, mantendo, obviamente, relações de trabalho e algum referencial que noteie suas ações com base em determinados planos comuns, porém, de forma geral, cada área profissional desenvolve seu trabalho tendo como referencial de ação preferencial, determinadas atribuições que lhe são conferidas pela exclusividade de sua especialidade. Desta forma, as atividades terapêuticas oferecidas aos usuários são delimitadas por categorias profissionais que se colocam como somatórias no processo de aplicação de atividades (uma prática profissional somando-se a outra ou simultaneamente, sendo que ambas mantêm suas atribuições claramente diferenciadas), ou mesmo, em sentido complementar, as práticas se organizam em disposição linear, uma se seguindo à outra, mantendo sempre suas dimensões de atribuições específicas bem delimitadas, uma acabando, onde se inicia a outra. Seja como for, as equipes de ambos os serviços, mesmo apresentando graus diferentes, se organizam por meio da forma multidisciplinar. Ou seja, cada profissão representa uma demarcação clara e sólida de um conjunto de conhecimentos, técnicas, determinações epistemológicas e metodológicas que habilita e legitima o profissional daquela área a exercer certas funções como sendo exclusivamente suas, seguindo uma orientação disciplinar.

> "Cada profissional aqui faz um horário, eu faço meu horário, eu faço 20h, venho quatro vezes por semana, cinco horas por dia e a gente tem um tempo para cada consulta, que é de 30 minutos pros retornos e uma hora para caso novo. Com os outros profissionais, o contato que a gente tem é esse é durante o período do dia, cada período do dia a gente encontra um profissional diferente, porque eles também têm as suas horas e muitas vezes como a gente tem um número de pacientes para serem atendidos, a cada meia hora, tem uma agenda, então a gente acaba se relacionando com eles, além da relação de amizade, coleguismo pessoal, e também por conta dos pacientes, porque às vezes a gente atende pacientes de outros profissionais."(E9).

> "O relacionamento é que é complicado, principalmente com os profissionais da equipe. A gente não tem uma relação muito estreita. Os trabalhos são mais individualizados. O que a gente faz é a discussão de casos, quando necessário e da forma que a gente consegue fazer, ou na reunião, ou fora da reunião, em algum horário que você consegue encontrar o profissional que também trabalha no caso, porque a gente tem paciente que às vezes vem pra TO, mas também vem pra psicologia, pro médico, então você tenta discutir o caso com todos os profissionais envolvidos."(E10).

> "A gente trabalha sim com a equipe, com o psiquiatra, com a terapeuta ocupacional, com a enfermeira, assistente social, na discussão de casos, encaminhamentos, visando uma maior integração. Às vezes é um pouco difícil, porque todo mundo tem muita atividade, e às vezes é um pouco difícil. Onde a gente costuma discutir caso de paciente é na reunião de equipe, ou então onde a gente tenha a oportunidade de discutir."(E1).

Mesmo quando os entrevistados se referem a encontros para a discussão de casos, a organização da equipe permanece multiprofissional, pois, apesar de chegarem a determinações de forma comum entre a equipe, o modo pelo qual executam suas ações, evidencia que permanecem fechadas em seu núcleo de competência profissional.

> "Aqui é um trabalho de assistência ligado à saúde mental e está inserido em uma proposta interdisciplinar, uma coisa que a gente tenta fazer, mas nem sempre acontece" (E13).

> "Eu tenho uma ressalva, eu acho que isso não é uma coisa muito legal, porque acaba só uma pessoa assumindo o que fazer com aquele paciente, quais as demandas, se são psicológicas, se são sociais, se são familiares, então fica só ele pra inserir o paciente na grade de atividades, nas atividades e propostas que o CAPS tem. Eu sou mais a favor que toda APR, toda a estruturação do plano terapêutico de qualquer paciente seja feito em reunião de equipe, e não por um profissional só." (E12).

Algumas teorias discorrem sobre as formas de funcionamento e organização de equipes que podem ocorrer por meio de três disposições: multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar (JAPIASSU, 2006; PEDUZZI, 1998).

De acordo com Japiassu (2006), as equipes, os projetos, os saberes, as pesquisas e a produção de conhecimento, entre outros, podem fomentar seu funcionamento com base na forma multidisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar. Sob a forma multidisciplinar, os vários saberes e especialidades que podem se encontrar diante de um objetivo comum ou não mantêm seus saberes e determinadas técnicas correspondentes que os classificam enquanto especialidades, segundo os compartimentos epistemológicos e práticos específicos. Cada especialidade ou disciplina se relaciona, nesse intento comum, por meio de um somatório, conservando delimitação privativa das funções que lhe são, por direito técnico, atribuídas. Dessa forma, a organização multidisciplinar mantém uma fragmentação do objeto do saber, no caso de uma pesquisa ou produção de conhecimento e fragmentação da integralidade do objeto de intervenção, no caso de projeto de ação social.

A forma interdisciplinar caracteriza-se por um relacionamento entre saberes e especialidades que se reúnem face à determinados objetivos e tarefas comuns para resolução de certos problemas ou problema. Porém, no projeto e na ação produzida pelo intento e trabalhos comuns, em determinada equipe de pessoas, há uma cooperação entre os saberes e especialidades, sob a qual, o produto do engenho comum não se submete, no processo da construção coletiva, a uma quebra de intervenções diferenciadas, mas reflete um campo de interfaces entre os vários saberes e especialidades que cooperaram na tarefa grupal proposta.

No campo das produções transdisciplinares, há cooperação entre saberes e especialidades, entretanto, o novo é que o fazem por meio de um atravessamento das disciplinas envolvidas. A transversalidade entre as especialidades e saberes fundados pode gerar um novo modo de coexistência entre as várias disciplinas, podendo, ainda, fundar novos campos de conhecimento e práticas ampliadas e um novo paradigma, pelo qual o problema ou objeto que reuniu tal iniciativa coletiva passa a ser trabalhado com base na complexidade que apresenta e não mais norteado por métodos de simplificação, reducionismo a determinadas categorias, ou, mesmo por abordagens fragmentadas do objeto.

Peduzzi (1998) diferencia dois tipos de equipes de trabalho – a de equipe agrupamento e a de integração. A primeira caracteriza-se pela justaposição de funções e ações e pelo agrupamento formal dos integrantes, de tal modo que a fragmentação do objeto de intervenção da equipe fica evidente, na medida em que a nenhum dos integrantes, com sua função e conjunto de ações determinados pela delimitação particularista de sua especialidade,

cabe a integralidade das ações demandadas, ficando os trabalhos especializados decompostos em vários pedaços de fragmentos, sem uma articulação orgânica do conjunto das ações. A equipe denominada de integração caracteriza-se pela composição e articulação sistêmica entre os diversos saberes e ações, e, além disso, pela interação entre os membros da equipe que trabalham na criação e construção constantes de nexos e conexões entre as distintas ações e os variados saberes técnicos, requerendo para tanto, a instauração de um terreno para estabelecimento das relações de trabalho, no qual a comunicabilidade aberta ao diálogo confira a tônica geral das interações entre os integrantes da equipe.

Iribarry (2003) acrescenta às definições dos campos disciplinares a noção de conexão entre várias disciplinas seguindo um nível hierárquico (uma área que se sobrepõe a outras) que orienta as outras disciplinas em interfaces, no caso da interdisciplinaridade. A transdisciplinaridade, entretanto, é uma dimensão que envolve coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas em um sistema horizontal, sob uma axiomática geral, visando uma finalidade comum. O autor exemplifica essas duas formas de organização disciplinar aplicando-as a definições de equipes. Na organização interdisciplinar, uma equipe de saúde, por exemplo, coordena a assistência interdisciplinarmente, reunindo várias especialidades ao redor de um objetivo comum, uma problemática ou um caso de difícil resolução, criando interfaces entre as áreas de atuação. Contudo, o conhecimento médico ainda norteia o foco central e predomina sobre as outras especialidades.

Na forma transdisciplinar, quando uma especialidade passa a não responder face à determinada complexidade, outra é chamada a contribuir juntamente com a anterior, ampliando-se mutuamente em um novo conhecimento sobre o problema ou objeto. Assim, utilizando o mesmo exemplo da equipe de saúde, o conhecimento médico não ocuparia mais um nível hierárquico, mas todos os conhecimentos e especialidades coordenariam-se no sentido de fundarem um conhecimento ampliado sobre o problema, de tal forma que as especialidades já não permanecem como núcleos fechados em si mesmos, mas estariam abertas a novos conhecimentos capazes de esgarçar, reciprocamente, suas fronteiras.

A discussão que envolve as modalidades disciplinares na construção do conhecimento, na fundação das especialidades e sobre as áreas dos saberes e campos técnicos remete à definição de disciplina. Para Japiassu (2006), a disciplina apresenta uma aproximação ao sentido de ciência, embora lembre que, se toda ciência é uma disciplina, nem toda disciplina é uma ciência. Se disciplina é um campo organizado de precisões epistemológicas que reúne um tipo de conhecimento formando uma ciência determinada, disciplinaridade significa a exploração científica e especializada de determinado domínio homogêneo de estudo técnico-

científico. O que permite evocar um conjunto sistemático e organizado de conhecimentos com características próprias que vão delimitar planos de ensino, métodos, materiais e especialidades científicas e profissionais.

O autor, entretanto, atenta para uma limitação intrínseca ligada a forma disciplinar de organização do conhecimento e do seu enclausuramento na atuação exploratória das especialidades. Refere não haver mais, na contemporaneidade, lugar para uma prática científica e social apoiada na fragmentação disciplinar. A interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade se apresentam, portanto, como uma necessidade histórica.

A organização disciplinar é, sobretudo, um recorte reducionista da realidade, um esquema ideal pouco representativo da complexidade de uma realidade empírica. Ao mesmo tempo, esse corte arbitrário da realidade representa uma abstração conveniente a indivíduos e grupos com interesses particulares na propagação e reprodução daquele estado de coisas, muitas vezes para manutenção de poderes privados. E o campo no qual são mais evidentes as consequências da fragmentação disciplinar, além da produção de conhecimentos, é a divisão e especialização do trabalho (JAPIASSU, 2006).

Outros fatores, entretanto, se colocam na base da necessidade histórica da inter e transdisciplinaridade nas esferas da produção do conhecimento, do trabalho e da ação social. Os primeiros são representados pela extrema complexificação do mundo e da vida, pela globalização das relações mundiais que tendem a se organizar inter-retroativamente e instaurar sistemas interdependentes, a multidimensionalidade da realidade humana e social e a pluralidade cultural. Em seguida vê-se a necessidade de se resgatar a unidade do homem, fraturado em múltiplos fragmentos, desconectados pela divisão das ciências, nas dimensões biológica, psicológica, cultural, social, histórica, entre outras.

As equipes de saúde mental nas quais focalizamos nosso estudo refletem, com clareza, a discussão apresentada.

Por meio dos relatos vemos que as equipes organizam-se de forma multiprofissional, aglutinando-se em ações parciais, justapostas em somatório uma com relação à outra em simultaneidade, ou mesmo sucedendo-se uma a outra em processo linear e segmentado.

Se considerarmos as definições discutidas, as equipes dos serviços apresentam, entretanto, uma diferença notável. Enquanto a equipe do Ambulatório se organiza unicamente de forma multiprofissional, com base na justaposição de papéis e atribuições, para organização do trabalho fragmentado pelas diferentes especialidades, as quais não se articulam em uma forma orgânica de um projeto coordenado pela cooperação dos

conhecimentos de forma a ampliarem-se mutuamente, a equipe do CAPS mescla uma forma multiprofissional com vestígios de interdisciplinaridade.

O CAPS II, em seu funcionamento inicial (quando ainda encontrava-se na forma de NAPS), apresentou uma organização de equipe apoiada na forma interdisciplinar, e até mesmo com algumas características da organização transdisciplinar. Mas, no decorrer do tempo, com a inclusão de novos profissionais cuja visão era mais corporativista e face às orientações de diferentes gestores, esse modo de funcionamento de equipe passou a ser questionado e uma forma multidisciplinar tomou lugar, substituindo, gradualmente, a forma transdisciplinar segundo a qual trabalharam no passado, na época em que os objetivos e orientações seguiam de perto as preconizações dos movimentos de luta antimanicomial. Isso fica evidente no relato abaixo:

> "Olha na realidade, assim, acho que realmente parece que a construção desses serviços está em construção mesmo, porque nós já passamos por tantas, tantas formas de trabalhar, tantas idéias, tantos jeitos, que acho que tem algumas coisas que a gente avançou mais, hoje tem mais um trabalho de comunicação. Hoje, eu diria, que a gente ta, assim, eu sinto que a gente deu uma parada, pra a gente ver aonde nós vamos. Porque quando a gente começou acho que houve uma distorção, todos nós achávamos que íamos fazer tudo, então assim, médico podia orientar, fazer uma orientação social, tinha assim, coisas muito específicas da área do médico, do psicólogo, mas o restante a gente podia fazer todo o trabalho. Isso deu muita dificuldade na equipe, porque não era o modelo que nós estávamos acostumados e também porque era um modelo bastante avançado, eu acredito até que seria o mais adequado. Hoje, eu acho que a gente tem um modelo que funciona e que pelo menos não tem tanto atrito na equipe, que é a questão de cada um ser responsável por sua área e seu trabalho."(E15).

O relato acima também traz uma problemática de compreensão do que seja realmente uma forma inter ou transdisciplinar de funcionamento de uma equipe na construção e aplicação do seu projeto terapêutico. Tal problemática é apontada por Japiassu (2006), quando se refere ao papel efetivo das especialidades no inter-relacionamento inter ou transdisciplinar, que pode oscilar entre a hiperespecialização de um lado, e o generalismo, de outro.

Se, de um lado, as profissões hiperespecializadas condenam seus especialistas a se encerrarem em um universo epistemológico segmentado, o qual reduz o sujeito a saber sempre mais sobre uma coisa só e acaba por não saber quase nada sobre nada, pois a segmentação do conhecimento impede sua integração em um sistema maior para dar-lhe

sentido ampliado sobre a realidade, de outro lado, porém, vê-se o generalista reduzido a saber quase nada, ou muito pouco, sobre tudo.

Assim, se na perspectiva de Japiassu (2006) há uma incompreensão pragmática do que seja uma forma organizacional inter ou transdisciplinar no que diz respeito à construção do conhecimento, na perspectiva da compreensão, elaboradas, muitas vezes, pelos entrevistados, apresenta-se o problema da confusão, na esfera da ação, do que seja do âmbito de cada um e do que é de todos, de tal forma, que confundem, no campo prático da divisão do trabalho, aquilo que deveria pertencer, de um lado, à esfera da construção dos projetos para a ação, e, de outro, a ação propriamente dita.

Dessa forma, retomando Iribarry (2003) e o exemplo da equipe de saúde, o modelo transdisciplinar poderia ser traduzido como a implementação de diagnósticos e planos terapêuticos ampliados. Isto é, poder-se-ia elaborar diagnósticos nos quais não só as determinações médicas predominassem, mas todas as outras áreas acrescentariam suas definições diagnósticas, ampliando-se, igualmente, os planos terapêuticos. Nessa perspectiva, um diagnóstico de esquizofrenia do tipo paranóide, por ex, não seria descrito apenas pelo código F.20.0 e suas descrições médicas, tais como transtornos na área do pensamento, percepção e comportamento, mas seria descrito com base nos conhecimentos psicológicos e em suas concepções referentes às formas de subjetivação do sujeito sob essa circunstância, nos conhecimentos terapêuticos ocupacionais com as consequências práxicas que trazem para a dimensão da ação do sujeito na vida e com base na produção do cotidiano, nos conhecimentos sociais e de enfermagem, entre outros. Nesse sentido, também o plano terapêutico amplia-se, incluindo não apenas a medicação de forma predominante sobre outras terapêuticas, mas as outras terapêuticas adquirindo igual valor de aplicação, na medida em que o olhar sobre o processo de sofrimento inclui necessariamente todos os saberes e tecnologias envolvidos.

A confusão entre as esferas da prática propriamente dita e a elaboração de projetos para a ação, gera sérias conseqüências para o entendimento dos profissionais sobre os modelos disciplinares, ocasionando resistências, caso uma compreensão disforme sobre a transdisciplinaridade ameace a percepção e os desejos de realização presentes em cada especialidade.

Aqui remetemo-nos novamente a Campos (2000b), cuja reflexão traz à tona a dimensão inevitável dos desejos humanos e as expectativas de cada um a respeito de sua identidade pessoal e profissional. Apoiando-se na visão psicanalítica, o autor assinala que os

desejos estão, inexoravelmente, imbricados em todo processo de construção de projetos e constituição de coletivos humanos, tais como equipes de saúde.

Na perspectiva das formações subjetivas, os integrantes de uma equipe quando constroem os projetos terapêuticos de um serviço não só tomam as necessidades de saúde apresentadas por uma população de usuários, mas, igualmente, tomam, nem sempre de forma consciente, seus desejos e expectativas de realização e de crescimento profissional e suas habilidades criativas que precisam encontrar expressão e que na fase adulta, a expressão da criatividade se dá, preferencialmente, na forma do trabalho.

Na base da produção dos coletivos organizados para a ação social há um conflito inerente entre dois campos de objetivos: de um lado atender a necessidades sociais, por meio da produção de bens ou serviços, ou seja, produção de valores de uso que atendam a necessidades sociais e, de outro lado, assegurar a sobrevivência do coletivo e dos integrantes, permitindo que seus desejos, necessidades e interesses encontrem forma de expressão e realização em alguma medida. Reconhecer, segundo Campos (2000b), que essa polaridade existe na constituição de todo coletivo humano é condição imprescindível a um gerenciamento e supervisão democráticos dessas equipes e a própria sobrevivência do coletivo.

Dessa forma, a ligação dos trabalhadores com a produção de valores de uso e de troca tem que se estabelecer por meio da realização de um trabalho prazeroso, da possibilidade do trabalhador ter uma margem de negociação dos seus interesses que reflita, de um lado, desejos inconscientes e, de outro, interesses gerados com base nos valores socialmente transmitidos pela cultura da qual faz parte. Em outras palavras, o trabalhador não pode renunciar à sua subjetividade para suprir apenas e inteiramente a outras. Há que se criar um campo de negociação, no qual contratos e formações de compromisso possam ser elaborados e os interesses acordados entre gerenciadores, profissionais e usuários.

Na avaliação e gerenciamento dos serviços fala-se sempre em resultados e nunca em produtos ou realizações. Para uma forma tradicional e burocrática de gerenciamento de equipes esse é o modelo. Resultados são o que importa e, prioritariamente, quantitativos. Porém, para uma forma democrática de gerenciamento e supervisão de equipes esses fatores subjetivos do trabalhador não podem ser negligenciados e precisam se constituir em elementos principais na elaboração de projetos e constituição de coletivos. Criar, portanto, um espaço de elaboração intersubjetiva e dialógica entre a equipe é vital para a saúde e bom funcionamento das equipes de trabalho de forma que seus interesses e objetivos se coadunem com os dos usuários e gestores. O trabalho, nessas condições, precisa adquirir a dimensão de

uma obra e não simplesmente de um resultado. Os trabalhadores precisam sentir-se sendo e exercendo todo seu potencial de criatividade e ao mesmo tempo suprir necessidades sociais para as quais seu trabalho está voltado. Assim, as ações de saúde tornam-se "O Produto que fosse um pouco Obra e a Obra que fosse sempre algum Produto" (CAMPOS, 2000b, p.134).

Assim, quando nos reportamos às equipes do estudo, vemos que vários desses aspectos estiveram e estão na base do tipo de funcionamento segundo o qual se organizaram.

No ARSMRP, com base nos depoimentos, entre as equipes que antecederam e a atual pouca diferença há na forma de organização. A forma multiprofissional foi se construindo, a partir de uma estrutura na qual só havia médicos e pessoal de enfermagem até a década de oitenta e a partir da década de noventa profissionais de outras áreas passaram a ser contratados, tais como psicólogos, terapeuta ocupacional e assistentes socais. A forma multiprofissional, entretanto, nunca abrandou a disposição fragmentada e justaposta, pela qual as várias especialidades foram sendo introduzidas, em forma de trabalho, por meio das ações terapêuticas disponibilizadas ao usuário. Atualmente, os profissionais distribuem-se segundo suas especialidades em ações relativamente independentes umas das outras, sendo discutidas, em cada setor, diretamente com a gerência, sem espaço concreto e regular para elaboração de projetos coletivos que envolvam a cooperação dos saberes em produção dialógica de uma prática de saúde ampliada.

No CAPS II, entretanto, segundo a história narrada por um participante ocorreu um retrocesso na forma de organização da equipe em razão de vários fatores, entre eles: ingresso de profissionais médicos que questionaram a forma transdisciplinar apoiados em valores corporativistas relacionados diretamente a atos reservados a sua profissão; certas orientações de gestores que mudaram disposições anteriores com relação ao trabalho e organização do serviço e o desgaste de membros da equipe que trabalharam sempre no sentido de garantir as esferas democráticas de funcionamento do serviço.

No processo histórico do CAPS, referido em relatos dos entrevistados, percebemos que essa dimensão das subjetividades dos profissionais esteve presente em todo processo de constituição desses serviços e marcou toda a trajetória de idas e vindas que, principalmente, o CAPS II apresenta em seu histórico de organização.

Os profissionais do CAPS II, em uma determinada época apresentaram uma organização transdisciplinar, pela qual segundo o depoente "todos faziam de tudo" e, ainda que se resguardassem algumas propriedades do médico e do psicólogo, todos realizavam tarefas atribuídas a outras áreas profissionais. Perguntamo-nos, nesse momento, quem fazia o que, quais tarefas e funções eram socializadas e quais eram particularizadas? Quando há uma

hierarquia de saberes e práticas, sendo a prática clínica médica a mais alta na hierarquia, como fica a distribuição das tarefas socializadas entre a equipe? Todos fazem todas as tarefas, igualmente distribuídas entre todos os membros da equipe ou há preferências para realização das funções, segundo critério determinado pela profissão mais prestigiada? Essas questões, de difíceis respostas requerem, para que possamos alcançar possíveis soluções, estudos mais pormenorizados com relação à formação de equipes, e remetem à questão levantada no que diz respeito à visão equivocada de transdisciplinaridade que confunde um campo transversal epistemológico e de construção de projetos para a ação e o campo da ação propriamente dita.

Campos (2000b) alerta que a superação absoluta das especialidades é tarefa inviável e que a integração e a ampliação das ações de uma equipe dependem menos da diluição das especialidades do que da construção coletiva das ações ampliadas.

Nesse sentido, de acordo com as reflexões trazidas até o momento, realizar uma organização transdisciplinar em uma equipe não é, necessariamente, exercer as funções de outro profissional, mas sim a produção cooperada sem hierarquia em torno de um objeto comum, o que envolve uma dimensão cognitiva que engloba todos os saberes horizontalmente e, ao mesmo tempo, amplia as fronteiras de todos os campos de conhecimento e prática envolvidos, fundando um novo conhecimento ampliado sobre o assunto ou objeto trabalhado.

Voltando ao exemplo da equipe hipotética de saúde referida por Irribarry (2003), na qual o olhar sobre um diagnóstico abandona a disposição monodisciplinar médico-clínica e engloba outros referenciais teórico-práticos considerando-os de igual valor na determinação de um problema, os recursos práticos desenvolvidos também se ampliarão e cada campo específico de conhecimento e técnica terá suas fronteiras epistemológicas atravessadas pelos outros campos. Essa construção transversal de saberes e práticas poderá fundar um novo campo epistemológico ampliado, a partir do qual novas práticas poderão ser disponibilizadas aos usuários.

Boaventura (2007) propõe, para uma nova produção do saber e para uma nova ação social no mundo, uma metodologia ecológica que inaugure um movimento contra-hegemônico, colocando-se contra a dominação absoluta da ciência, e instaure uma produção de conhecimento ampliada a todos os setores da sociedade. O autor não propõe, de forma alguma, prescindir da ciência, pois isso representaria um suicídio cultural. O conhecimento fundado na modernidade é imprescindível para algumas questões, mas não reponde a tudo. Para as questões complexas que se colocam na contemporaneidade é necessário ampliar os limites de uma ação puramente apoiada no sistema técnico e científico e agregar conhecimentos de amplos setores da sociedade e das sociedades periféricas, não dominantes.

Dessa forma, vemos que o movimento de reflexão crítica atual de diversos autores aponta para a necessidade histórica de um sistema de produção de conhecimento e de produção de ações sociais em que a transdisciplinaridade seja o referencial para formas de organização coletiva de trabalho, nas quais a dialogicidade dos saberes e práticas crie possibilidades de produção de novos paradigmas atravessados por amplos setores do conhecimento e práticas técnicas diferenciadas.

Há, portanto, a necessidade de se recolocar essa discussão nos serviços de saúde mental que compuseram o estudo de forma que as confusões conceptuais e pragmáticas não interponham resistências anacrônicas ao modo transdisciplinar para elaboração de projeto terapêutico e constituição e organização das equipes.

6.1.2.3 Ações terapêuticas

As atividades desenvolvidas em serviços extra-hospitalares de saúde mental, de acordo com as diretrizes da reforma psiquiátrica, têm a prerrogativa de se colocarem como suporte terapêutico. Ou seja, não devem ser disponibilizadas sob a ótica de uma forma de ocupação do tempo e entretenimento, mas como forma de produzir subjetivações, tratar o sofrimento e incluir socioculturalmente o sujeito (CAPSUL, 2008).

As atividades oferecidas nos serviços do estudo são fundamentalmente as mesmas, diferindo quanto à presença de oficinas em apenas um deles. Ainda, possuem em comum um eixo que parte de um ponto central que é o atendimento médico-psiquiátrico para a periferia onde são realizados outros atendimentos, tais como grupos psicoterápicos, de terapia ocupacional e de família, entre outros.

As atividades, nos serviços estudados, são desenvolvidas preferencialmente nos serviços, com poucas incursões para o território. São realizadas tendo como referencial básico as orientações técnicas norteadoras de cada especialidade, ou seja, são oferecidas prioritariamente atividades terapêuticas grupais, apoiadas em modelos de dinâmicas de grupo estabelecidas, tais como grupos operativos, grupos de referencial psicanalítico ou outros, atendimentos psicoterápicos ou terapêuticos geralmente realizados em consultórios, e as oficinas terapêuticas. As poucas atividades realizadas nos espaços externos aos serviços são as visitas domiciliares, contudo estas não são desenvolvidas conjuntamente com o usuário, mas sim para o usuário. Atividades cuja realização requeira a atuação externa dos agentes,

terapeutas e usuários, na procura de sentidos existenciais inéditos que envolvam recursos construídos ou buscados na tessitura do território, do campo sociocultural são raras e, assim, acaba sendo gerada não a inclusão social do usuário, mas a sua inclusão no serviço.

No ARSMRP, as atividades são realizadas inteiramente dentro do serviço, são desenvolvidas no interior de salas determinadas para cada profissional especialista e não há menção de realização de oficinas, sendo que as atividades são exemplificadas apenas pelos atendimentos terapêuticos formais.

No CAPS, além dos atendimentos terapêuticos estabelecidos por cada área profissional, são desenvolvidas as oficinas de tapeçaria, de argila, de vasos, de leitura, de exibição e discussão de filmes e de artes plásticas (pintura em tela e em tecido). Essa última é referenciada por todos os profissionais entrevistados, pois se constitui na única atividade realizada fora do CAPS; acontece em importante espaço cultural da cidade e apresenta-se como 'A Atividade', representando o esforço, a persistência e o orgulho de alguns profissionais, mesmo diante de muitas adversidades. Além disso, o CAPS realiza uma amostra anual das obras realizadas nessa oficina.

> "Tem um trabalho aqui que eu acho maravilhoso, que é um ateliê de pintura, uma oficina de pintura que é feita na Casa da Cultura, que é fora daqui, pra pessoas que, realmente, não estão demandando estar aqui dentro."(E13).

> "Nós temos várias oficinas aqui, de tapeçaria, de argila...Nós temos uma oficina muito bacana que acontece na Casa da Cultura que é a oficina de pintura. Essa atividade é muito,interessante, porque nós fazemos uma vez por mês o Café com Arte e os pacientes expõem suas obras é muito bacana mesmo"(E16).

A outra diferença entre os dois serviços é demarcada pelas festas. No ambulatório não há qualquer tipo de atividade recreativa ou de cunho afetivo (afetivo no sentido de mobilização afetiva por meio de ambientes de relações intersubjetivas que não visam o tratamento clínico, por excelência). Já o CAPS organiza festas que se distribuem nas datas determinadas e comemorativas e festas mensais dos aniversariantes.

Há relatos, entretanto, que apontam para a execução, ao mesmo tempo, de atividades clínicas, enquanto ocorre uma festa. Assinalam que alguns profissionais permanecem no espaço da festividade, enquanto outros continuam atendendo em seus consultórios. Não há, portanto, uma valorização dessas atividades como necessárias, mas como algo de menor valor, que pode acontecer e ficar sob responsabilidade de qualquer um, enquanto que as

atividades clínicas não podem ser interrompidas para que todos os profissionais, participem física e presencialmente da atividade festiva.

As atividades humanas, em geral, em um serviço extra-hospitalar de saúde mental, não devem ser um fim em si mesmas, mas um campo de criação de terrenos existenciais, nos quais novas formas de subjetivação possam enfrentar as conseqüências geradas pelo sofrimento psíquico e recriação de um cotidiano que busque ganhos em autonomia. Assim como, as atividades terapêuticas constituem dispositivos do projeto terapêutico e, longe de reproduzirem mecanismos de docilização, normatização e entretenimento como no modelo manicomial, representam formas pelas quais espaços de relações intersubjetivas são criados, e oportunidades de construção de identidades, uma vez que as atividades são, sobretudo, desencadeadoras da expressão do potencial humano criativo responsável pela existência significativa dos homens (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001).

As atividades desenvolvidas em serviços extra-hospitalares de saúde mental devem ter funções e finalidades bastante diferenciadas daquelas desenvolvidas em ambientes de tratamento psiquiátrico, de caráter fechado e asilar. No modelo hospitalocentrico as atividades eram realizadas segundo um enfoque institucionalizante, eram aplicadas em uma perspectiva de ocupar um tempo inexistente, perdido, destituído de qualquer sentido de utilidade na dimensão do cotidiano. A ocupação ocorria para suprir uma realidade existencial formada de ausências, ausências de intercâmbios, de produções humanas, de criatividade, denominado frequentemente como o "lugar zero da troca". Dessa forma, as atividades realizadas em uma realidade asilar tinham o objetivo de controle, sujeição e exclusão (MANGIA; NICÁCIO, 2001, 74).

Assim, a superação das diversas formas consubstanciais à lógica manicomial, leva à criação de ações terapêuticas nos serviços extra-hospitalares de saúde mental com base em outra racionalidade na aplicação das atividades. Nessa perspectiva o trabalho terapêutico volta-se para projetos de produção de sentido, para construção de espaços de interação entre as pessoas, contextos e recursos sócioculturais, comunitários e territoriais (ALMEIDA; OLIVER, 2001).

A dimensão do cotidiano passa a ter um sentido especial nesse contexto. Ao voltar-se o olhar terapêutico para uma construção concreta da qualidade de vida do sujeito, busca-se efetivamente a transformação da realidade e a criação de planos de vida significativos que busquem, minimamente, projetos de construção de uma vida plena. A realização terapêutica de atividades visa as necessidades do sujeito, as quais compõem a consistência vital do dia a dia de qualquer pessoa. As atividades que serão enfocadas, portanto, nesse contexto, vão

desde aquelas ligadas à manutenção da vida diária e de autocuidados até àquelas relacionadas à recriação permanente da vida social. Nesse sentido, o homem é visto em sua cotidianidade, inserido em um mundo intersubjetivo, cuja existência só passa a ter sentido na participação e conjunção com outros homens. É aí, no terreno das trocas e relações humanas que o cotidiano se forma e é produzido, um contexto no qual o sujeito se move, vê a passagem do tempo, consubstancia sua experiência existencial e recria sua singularidade (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001).

Arendt (2008) alude à ação humana como a condição fundamental da vida dos homens no mundo. Indica três atividades que compõem a base fundamental da vida ativa humana: o labor, o trabalho e a ação. O labor corresponde à dimensão da reprodução biológica da vida que contém o desenvolvimento vital físico e metabólico. Aqui se encerram as atividades ligadas à sobrevivência da espécie. O trabalho representa a atividade de construção, instrumentalização da vida, produção de objetos que moldam o tipo de existência do homem como produtor e modificador da natureza. A condição viável do trabalho humano é a mundanidade, terreno no qual se transcendem as existências individuais. Por fim, a ação é a práxis, a dimensão política da existência humana, a ação entre os homens intersubjetivamente mediada. A ação é a condição segundo a qual os homens podem habitar o mundo e é a possibilidade da percepção histórica e da pluralidade humana. Para a autora as três atividades reunidas formam as condições gerais da existência humana, a qual poderia ser resumida na viabilidade humana da singularidade e da pluralidade ao mesmo tempo:

> "A pluralidade é a condição da ação humana pelo fato de sermos todos os mesmos, isto é, humanos, sem que ninguém seja exatamente igual a qualquer pessoa que tenha existido, exista ou venha a existir."(ARENDT, 2008, p.16).

Na visão referente ao campo de conhecimento terapêutico ocupacional, as atividades têm um potencial estruturante sobre o ser, propiciam a estrutura de um estado de coisas, estabelecem mecanismos internos, resgatam a unidade do homem em sua condição biológica e cultural e em seu campo experencial biográfico e coletivo. E no campo das produções de saúde as atividades, por isso mesmo, podem ocupar o elemento centralizador e orientador da construção do processo terapêutico (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001).

Dessa forma, as ações terapêuticas desenvolvidas em um serviço extra-hospitalar de saúde mental têm a função de resgatar o complexo universo humano, muitas vezes fragmentado e dissociado, na condição das pessoas que se encontram em sofrimento psíquico.

E essa missão deve corresponder a todas as atividades realizadas, desde aquelas que abarcam as necessidades básicas de sobrevivência, autocuidados e vida diária, quanto as que permeiam a reprodução da vida social, sob uma perspectiva práxica e da existência política dos homens.

Nos serviços pesquisados, no entanto, as atividades acontecem e são disponibilizadas preferencialmente no interior dos próprios serviços, mantendo reduzidas as iniciativas de atividades desenvolvidas no território e em contato com a comunidade. Esse dado é referenciado pelos próprios profissionais:

> "O CAPS tem uma parceria com A Casa da Cultura, então têm professores que...aqueles usuários que conseguem pintar, desenhar são encaminhados pra A Casa da Cultura, técnicos do CAPS participam. Fazem exposições, já teve em diversos locais na cidade, a última foi no CAPS. Mas eu acho que está muito dentro da instituição CAPS. Então na minha opinião precisaria ter mais aberturas pra fora do CAPS, pra cidade, pra sociedade. Eu percebo uma tendência a se institucionalizar também no CAPS. É virar um pouco um mini-hospital" (E12).

Há um paradoxo, no entanto, entre o discurso e a prática. Enquanto na prática as atividades seguem sendo desenvolvidas, em sua maioria, encerradas nos espaços internos dos serviços, no discurso há uma valorização de atividades cuja dimensão é da ordem das relações humanas inseridas na comunidade e da produção do cotidiano no mundo. Exemplo disso é a forma pela qual é referida pelos profissionais do CAPS II a oficina de artes realizada em espaço cultural da cidade. Muitos a referenciaram como uma atividade especial e sempre tratada por meio de termos tais como "muito legal", "atividade bacana". Todavia, na prática as atividades permanecem sendo realizadas, prioritariamente, nos serviços.

> "Ainda, o CAPS está muito centrado dentro dele mesmo, então, ele está assim...as coisas, os instrumentos estão ali, nele, dentro do CAPS. A gente deveria fazer um trabalho pra que eles fossem inseridos...assim...em um instrumento da sociedade, clube, centro de convivência, enfim, outros suportes sociais que tem a cidade, então acabam ficando ali, também porque os pacientes se sentem protegidos, a equipe também protege e vai ficando tudo ali" (E12).

> ".Então, isso é uma questão...um paradoxo né, porque agente vive ouvindo a equipe, pela experiência, da história, da nossa história, agente percebe que é muito ruim o serviço se tornar um manicômio de portas abertas, uma institucionalização. Eu vejo que é um paradoxo, porque agente sabe que esse não é o nosso caminho, mas existe um, uma idéia por traz disso, uma questão muito forte, uma corrente muito forte que é do pensamento de que o louco tem que se tratar em um

> lugar, onde existe um serviço, um aparato pra conter, pra trabalhar essa pessoa e eu acho que isso precisa ser desmontado, desconstruído." (E19).

Há que se retomar, portanto, ao nível dos projetos terapêuticos dos serviços algumas discussões dos verdadeiros objetivos que permeiam a aplicação de atividades terapêuticas e sua relação com a produção de sentido. As atividades são sempre produções que reportam ao universo integral humano, são realizadas e significadas no campo cultural, mas trazem a integralidade da condição humana e permitem a estruturação do ser e das existências. Para tanto, as dimensões do cotidiano e do território precisam ser retomadas, nos serviços, como campos privilegiados de atuação terapêutica e reabilitativa, porque aí, no campo da mundanidade, nas palavras de Arendt (2008), é que é possível completar as experiências que ficaram destituídas de sentido e significado ou criar novos sentidos e significados para as experiências vividas.

6.1.3 Reabilitação Psicossocial

> "E tinha um paciente, especificamente, que me dizia isso, numa avaliação de fim de ano, ele falou: 'então ta bom, já melhorei num monte de coisas, não tenho mais crise, eu to estabilizado, faz muito tempo que eu não interno, melhorou minha relação familiar'. Foi falando tudo que ele melhorou, a relação familiar, a mudança de crenças, de pensamentos, a organização, tudo, foi fazendo uma lista, mas aí ele falou: 'e agora o que eu faço com tudo isso? Aonde eu ponho tudo isso? Aonde eu vou trabalhar? Aonde eu vou estudar?" (E10).

As dificuldades psicossociais apresentadas pelas pessoas portadoras de transtornos mentais e a necessidade da criação de ações, nos serviços, que respondam a essas dificuldades, no sentido de buscar sua superação são reconhecidas em todos os discursos contidos nas entrevistas. Com raras exceções, os profissionais reconhecem, discursivamente, que as questões fundamentais do processo da reforma psiquiátrica encontram-se ainda em caminho de construção e enfrentamento, bem como a busca de superação de velhos modelos de atenção e que a continuidade dos processos de mudanças, incluindo suas práticas profissionais, tem que vislumbrar ações concretas para aproximar as experiências existenciais da loucura dos espaços físicos, socioculturais e de legitimidade cidadã. E, como fica claro,

conforme expresso no depoimento citado acima, os profissionais manifestam uma preocupação no que diz respeito à carência de ações reabilitativas.

As ações de reabilitação psicossocial, contudo, permanecem nos serviços do estudo, em situação de espera. Ou são tidas como necessárias, porém de difícil realização concreta, devido a variados fatores que vão desde a carência de recursos materiais e humanos, falta de tempo disponível dos profissionais. Em outros casos, são concebidas como atividades que não fazem parte do campo das responsabilidades dos serviços e que, portanto, deveriam ser oferecidas em locais externos aos mesmos.

> "Então, mudar no discurso é muito fácil, mas...dá mais trabalho fazer a ressocialização, a equipe se divide muito, o trabalho em equipe é muito desgastante. É trabalhosa essa questão, porque é difícil mirar nesse objetivo, da construção de uma nova cidadania pro doente mental, resgatar coisas, mas eu sinto que é muito difícil. Nós estamos sempre sendo atropelados por mudanças. Mas na hora de fazer com esses objetivos, fica muito difícil. Nós temos pacientes que eu acho que deveriam estar num centro de convivência e não num centro de tratamento."(E15).

> "O que o serviço oferece é, principalmente, o tratamento médico e medicamentoso. O paciente vem pra consultar com o médico, pra pegar o remédio, e do médico ele é encaminhado pra a TO ou psicologia. Esse é o modelo do ambulatório desde que ele existe. O projeto é este e a oferta é esta. Não há espaços pra outras atividades, de que jeito iria se fazer isso aqui?"(E10).

Mas se nos discursos a reabilitação psicossocial é mencionada como dispositivo necessário, por que na prática ela não é implementada ou efetivada com consistência pelos profissionais, nem contemplada com excelência pelos projetos terapêuticos? Ou dito de outra forma, se na prática os profissionais relegam ao segundo plano a realização de atividades relacionadas às estratégias de reabilitação psicossocial, por que na dimensão discursiva sua importância é, não só reconhecida, como também são enaltecidas as poucas atividades desenvolvidas no campo da reabilitação psicossocial? Exemplo disso é a destacada referência à oficina de artes plásticas desenvolvida pelo CAPS II em lugar cultural da cidade.

No ambulatório é um pouco diferente. Apesar da maioria dos entrevistados referir-se à ausência de atividades voltadas para a reabilitação psicossocial, reconhecem-nas como necessárias. Alguns dão ênfase à atividade de supervisão das residências terapêuticas e as visitas domiciliares desenvolvidas nesse serviço, enquanto outros associam a presença de

ações da reabilitação à terapia ocupacional. Há, ainda, um terceiro grupo de profissionais, minoritário, que assume claramente não ser atividade própria para um ambulatório.

Para aproximarmo-nos desse aparente paradoxo é necessário analisarmos as concepções que os profissionais dos serviços do estudo mantêm sobre a reabilitação psicossocial.

Três concepções básicas podem ser destacadas da análise das entrevistas, sendo que: uma é muito próxima da preconizada pelos autores que abordam o assunto e diz respeito àqueles profissionais que fizeram ou fazem parte de grupos ligados a movimentos de luta antimanicomial e lutaram diretamente, ou lutam ainda, pelos objetivos da reforma psiquiátrica. Uma segunda concepção importante encontrada nos relatos discursivos dos profissionais é a visão que associa a reabilitação psicossocial a alguma forma de normalização das condutas e habilidades dos sujeitos tratados, segundo uma esfera pedagógica. Esses se referem, com frequência, aos "trabalhinhos" que os usuários desenvolvem, na terapia ocupacional, ou associam-na à capacidade dos usuários aprenderem a se portarem o mais normal possível na sociedade para se inserirem em algum trabalho ou sistema produtivo, ou mesmo para que possam ser aceitos nos vários ambientes sociais e familiares. O terceiro recorte que efetuamos na análise diz respeito à concepção de reabilitação psicossocial como importante dispositivo, mas remetida a um lugar idealizado, adequado para realizá-la. O serviço é o local para o tratamento, a reabilitação seria atividade própria para as oficinas abrigadas, centros de convivência, ou outros locais que não o espaço do serviço.

A terceira concepção, entretanto, de certa forma permanece ligada à segunda, pois reflete, igualmente, uma visão normativa de reabilitação e não de um processo de estratégias de produção de sentido e subjetivações. O que a difere da segunda é que enquanto para esta a reabilitação pode ser realizada nos serviços, por alguém (profissional adequado), a última remete a lugar imaginário a possível efetivação dessa esfera de atividades.

Focalizemos mais detalhadamente cada uma delas.

A primeira concepção que destacamos diz respeito aos profissionais que estiveram engajados nos movimentos de reformulação da atenção psiquiátrica nas últimas décadas do século XX e início do século XXI. Esses movimentos, como já mencionamos anteriormente, foram os responsáveis pelas mudanças efetuadas no modelo de tratamento e abordagem ao sofrimento psíquico que propôs a substituição dos estabelecimentos asilares por serviços abertos e comunitários com base extra-hospitalar. Além disso, as transformações realizadas, e ainda em vias de construção, ocorreram em diversas áreas da esfera das ações sociais, não só do ponto de vista do campo técnico-assistencial, mas pela criação de novos serviços, práticas

e cuidados diferenciados. Os agentes e os movimentos dessas transformações questionaram o entendimento teórico-conceitual do modelo antigo da psiquiatria, propondo sua desconstrução e a reconstrução de uma epistemologia que focasse, em primeiro lugar, o sujeito em sofrimento e não a doença. Assim como no campo jurídico-político criaram-se ações no sentido de garantia ao exercício da cidadania dos sujeitos e no campo sócio-cultural pretendeu-se transformar as noções presentes no imaginário social no que diz respeito à loucura buscando novas formas de inclusão e lidar com a diferença (AMARANTE, 2007).

Para atingir esses amplos objetivos, portanto, foi proposta uma reorientação das ações nos serviços de saúde mental de modo a propiciar formas de cuidado e atenção que não ficassem restritas, exclusivamente, à atuação clínica. Ou seja, além do tratamento clínico, tratamento psiquiátrico-medicamentoso e aqueles circundantes que se assemelham à tecnologia médica, a nova orientação propunha a construção de espaços de sociabilidade, de trocas e agenciamento de subjetividades. A proposta pretendeu contemplar a dimensão de um modelo de atendimento ao sujeito com transtornos mentais que superasse a metodologia do modelo hospitalocêntrico, vislumbrando apenas a doença retirando a subjetividade da pessoa que só era vista sob a ótica da patologia. Isto é, naturalizava-se uma existência patológica que suplantava a subjetividade daquele que a portava (AMARANTE, 1996).

Toda a história da psiquiatria tem sido a exploração do pressuposto de uma causa cuja função é oferecer um elemento determinante objetivo, ou seja, o empreendimento da psiquiatria é todo sob a idéia de que seu saber é obtido estabelecendo-se conexões causais entre condutas manifestas e algo em algum lugar, lesões, conflitos, entre outros, que ao ser apreendido, a explica. Nessa perspectiva, o esforço de aplicar o modelo biomédico à psiquiatria para torná-la científica retira a subjetividade (e tudo que a condiciona como possibilidade humana criável e recriável contingencialmente na cultura) do campo do objeto de intervenção da psiquiatria, submetendo-a a uma concepção de sujeito determinado, objetivado e a apreensão psicopatológica passa a ser a mera percepção desse sujeito determinado e imutável dos manuais nosológicos e classificatórios (GOROSTIZA E ALTABLE, 2003).

Nessa nova visão, recusa-se, portanto, uma abordagem exclusivamente sintomatológica da experiência do sofrimento mental em benefício de uma clínica diferenciada e renovada que desloca da classificação enclausurada da nosologia a abordagem central em saúde mental para abarcar toda a diversidade de aspectos e a multidimensionalidade de fatores condicionantes das experiências do sofrimento mental. De

acordo com Costa-Rosa (2000), esse processo de mudança pode ser qualificado como uma genuína mudança de paradigma, o da atenção psicossocial.

Sendo assim, alguns agentes que participaram dos movimentos de reformulação da atenção psiquiátrica, após a luta pela desconstrução dos aparatos manicomiais, concentraram seus esforços em criar serviços com projetos terapêuticos ancorados na idéia de reabilitação psicossocial.

Dessa forma, as estratégias da reabilitação psicossocial centraram sua ação na afirmação da autonomia e cidadania do sujeito em sofrimento psíquico, no deslocamento do modelo de atenção biomédico e hospitalar para dispositivos extra-hospitalares, ações territoriais de inclusão, de reconstrução de um cotidiano com sentido existencial pleno e a produção de projetos terapêuticos interdisciplinares que cuidassem dessa pessoa em sofrimento de forma ampliada e integral.

Comecemos pela noção de autonomia. A autonomia recebe um lugar de destaque nos objetivos da reabilitação psicossocial e da reforma psiquiátrica que abraça vários de seus objetivos. A idéia de autonomia, entretanto, tem na modernidade seu advento, pois remete à representação imediata de liberdade humana que se impõe às estruturas heterônomas pelas quais a sociedade medieval ocidental exercia, centralmente, sua forma de dominação e legitimação do poder. O capitalismo e sua organização político-cultural, a modernidade, trouxeram, portanto, a idéia da liberdade como um valor que qualifica e caracteriza o humano e afirma o indivíduo, em sua capacidade de livre escolha e autodeterminação, como um princípio. Isto é, o princípio de autonomia, apoiado na tradição moral e política liberal da liberdade e livre arbítrio do sujeito, diz respeito à capacidade da pessoa de tomar suas próprias decisões sem coerções de nenhuma espécie, o que remete ao direito reconhecido ao autogoverno, ao domínio de si mesmo a intencionalidade e capacidade de tomar decisões voluntárias (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Se, por um lado, a noção de autonomia remete à constituição do projeto da modernidade e de seu sujeito racional autônomo pilar fundamental da idéia de cidadania, por outro o próprio projeto moderno de homem retirou do doente mental a possibilidade de tornar-se esse sujeito, pois lhe extraiu o direito humano básico da autonomia, sob a argumentação da desrazão e da incapacidade ao autogoverno, condenando-o ao reino heterônomo dos tratamentos hospitalares e das decisões soberanas dos agentes médicos. O triunfo moderno racionalista rejeitou, portanto, seu próprio princípio de sustentação ideológica, a liberdade, e omitiu-se perante as instituições repressivas que encerravam todos que resistiam ao império da razão.

Não foram poucos os autores que apontaram para o caráter eminentemente contraditório do capitalismo e seu projeto político cultural da modernidade. Além de Karl Marx, Max Weber (2005) define a modernidade pela sua condição de extrema racionalização que provoca o fenômeno do desencantamento do mundo e da invenção do indivíduo e sua subjetivação. O autor assinala, contudo, que o drama da modernidade é que ela está fadada a lutar contra si mesma e destruir parte dela mesma, como se dá com o sujeito que é criado e destruído pelas formas de dominação capitalista.

Sendo assim, a reabilitação psicossocial preconiza a retomada pelo sujeito em sofrimento psíquico de sua condição de direito a uma existência autônoma, ou seja, retomar o poder de governar sobre sua própria vida, de produzi-la socialmente como um cidadão. Trata-se, inclusive, para a reabilitação psicossocial de um projeto de luta pela emancipação pessoal, social e cultural que permita não só o convívio social, mas a inclusão nas esferas de produção e reprodução do mundo e da vida, coletivamente realizada.

Todavia, se há uma distorção na luta por autonomia que, segundo Alverga e Dimenstein (2005), chega-se mesmo, no processo da reforma psiquiátrica a tomar a produção de autonomia como um determinado ideal de cura, a luta pela recuperação da autonomia pelo sujeito em sofrimento psíquico e institucionalizado, é uma necessidade colocada e inegavelmente relevante para qualquer projeto terapêutico.

A luta por autonomia para o sujeito em sofrimento psíquico e pela restituição de seu direito à cidadania envolve ações que não podem se esgotar nas atuações terapêuticas que ocorrem nos serviços. A recuperação ou a construção de espaços de expressão e produção de sentido para o sujeito em sofrimento, de inclusão nos processos de trocas de bens culturais e econômicos, de produção da vida simbólica e material só pode ser realizada no território, espaço pelo qual perpassam as lutas cotidianas de todas as esferas e segmentos sociais pela sua própria emancipação em um mundo de não tão pequenas e resistentes desumanidades.

A reabilitação psicossocial, portanto, preconiza, além da superação de um modelo de atenção puramente biomédico que encerra o sujeito em suas determinações existenciais, psicopatológicamente dadas e as práticas terapêuticas nos serviços, a saída para o fora dos espaços institucionalizados de tratamento.

As práticas de saúde e saúde mental atuais exigem uma intervenção do técnico no sentido de apresentar um compromisso com o potencial de renovação da concepção de saúde, que, ao ser destituída das velhas concepções prometéicas do curativismo, passa a entender o sistema como organismo vivo, incompleto, indeterminado, dinâmico e que a saúde longe de ser concebida como estado de reparação de danos ou genérico bem estar passa a ser vista

como produção de vida constante, processo coletivo e cotidiano de produção da vida das populações e dos sujeitos, o que implica em toda a multiplicidade de possibilidades de concepções, ações e criações e sugere, por sua vez, que fazer saúde tem como base a realidade do homem como ser social e ao seu entorno material e simbólico.

Voltar-se para uma ação de produção de saúde que tenha como terreno o território, entretanto, exige a superação da noção de trabalho comunitário ou territorial como exercício assistencialista que vê na população ou sujeitos em estado de vulnerabilidade social, a impossibilidade de autodeterminação. Tampouco, trata-se de ações movidas por orientações de grupos ou instituições financiadoras que percebem as práticas comunitárias e territoriais como de baixo custo, e mais adequadas às populações dos países em desenvolvimento. Mas trata-se de promover, mesmo, a emancipação cultural e política dessas populações e sujeitos (ALMEIDA; OLIVER, 2001).

Reabilitar psicossocialmente em saúde mental trata-se, portanto, de processo dinâmico que partindo do fio condutor da história particular construída na relação vincular terapêutica entre terapeuta e usuário prossegue e amplia-se para a construção de uma concreta qualidade de vida cotidiana que implica, necessariamente, em atender-se as condições de vida que envolve trabalho, organização coletiva, redes de relacionamento interpessoais, entre outros. Nesse sentido, a reabilitação psicossocial atinge uma dimensão tanto do pessoal quanto do coletivo, na medida em que contempla tanto ações que vislumbram as singularidades, as ressiginificações dos projetos de vida, quanto a participação efetiva dos sujeitos na vida, por meio de novas formas de conhecimento e relacionamento dos sujeitos com o mundo (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001).

Também envolve o trabalho na dimensão pragmática do cotidiano. Entre as múltiplas realidades que condicionam o universo humano há uma que se apresenta por excelência e, que ao ocupar uma posição privilegiada por ser a dimensão da realidade que se impõe à consciência de maneira maciça, urgente e intensa, autoriza-lhe a designação de realidade predominante, é a realidade cotidiana. O cotidiano é o palco no qual se desenvolvem as lutas diárias pela sobrevivência, que dá sentido à produção instrumental e de objetos necessários à reprodução da vida humana, bem como se apresenta enquanto mundo intersubjetivo, que se compartilha indefinida e necessariamente com outros homens por meio das contínuas ações de construção do mundo e da linguagem, patrimônio comum que intermedeia as experiências que se fundam na vida cotidiana e permite interpretar até as experiências em campos mais delimitados de significação (BERGER; LUCKMANN, 1978).

Quando Pedro Gabriel G. Delgado se refere, na contracapa de *Libertando Identidades. Da reabilitação psicossocial a cidadania possível,* de Benedetto Saraceno (1999), à "formidável banalidade da vida quotidiana", é a essa dimensão que quer salientar e que constitui o terreno fundamental do exercício da cidadania para os sujeitos sociais. A condição humana de poder habitar um espaço mundano, trocar bens materiais e simbólicos objetiva e intersubjetivamente e relacionar-se em rede familiar e social, essas condições mínimas é que asseguram a dignidade ao viver humano.

Nesse sentido, Pitta (1996) propõe, quando se refere ao plano ético-estético presente nas propostas contidas nos projetos de reabilitação psicossocial, um projeto que dimensione a existência humana sempre referenciada ao outro, preocupando-se constantemente em pontuar a necessidade de se ter sempre na finalidade das ações a justiça e a igualdade distributiva entre os homens.

A reabilitação psicossocial, portanto, nessa perspectiva, não é

> "...a substituição da desabilitação pela habilitação, mas um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos: é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito habilitador (SARACENO,1999, P.112).

Além disso, a reabilitação psicossocial promove a reunião de diversos saberes e experiências em prática interdisciplinar e a intersetorialidade das ações, reunindo vários setores da sociedade para contemplar os objetivos de explorar os recursos disponíveis ao sujeito social no processo de exercício de cidadania.

Alguns profissionais dos serviços deste estudo viveram a proposição desses referenciais porque participaram ativamente do processo de luta pela reformulação da atenção psiquiátrica no município e da construção do processo da reforma psiquiátrica. Constituem, assim, a parcela de trabalhadores dos serviços extra-hospitalares de saúde mental pesquisados que trazem o primeiro recorte que efetuamos na análise das concepções sobre a reabilitação psicossocial, enxergando-a sob a perspectiva do paradigma da atenção psicossocial.

> "Reabilitação psicossocial....eu acho que seria resgatar algumas dificuldades que todas as pessoas têm, o doente mental, outras pessoas. Resgatar valores, espaço na sociedade, na vida, em casa, no cotidiano, então eu acho que é amplo. Agora quando a gente fala em saúde mental, a gente pensa que o cidadão que vem procurar a gente, ele possa estar bem integrado na vida, na família, na vida de lazer, no cuidado dele, no entendimento que ele tem. Então eu entendo reabilitação como aberturas para que ele tenha, que ele possa

> continuar vivendo, transitando nesses itens que eu falei, família, casa, sociedade, nas habilidades sociais, físicas. Então pode ser tudo, poder participar de um clube, poder ir a um baile, poder pintar, se relacionar com a família, poder cozinhar, poder entender o transtorno que ele tem"(E12).
>
> "...eu acho que é ajudar essa pessoa a efetivamente estar na vida e estar na vida é eu poder estar na minha casa e poder sentir que eu estou na minha casa e fazer coisas que a gente faz, cuidando de mim, tomando banho, comendo, poder estar no meu quarteirão, poder estar na minha praça, na feira livre, poder estar na vida, me sentir útil, a pessoa precisa se sentir útil de alguma forma. Claro que a gente pensa será que dá para ele trabalhar, sim, mas principalmente se sentir útil, eu faço, eu me vejo nisso que eu faço."(E13).
>
> "Mas eu acho que falta muito pro meu conceito de reabilitação psicossocial, ou seja, reabilitar a pessoa pra que ela possa recuperar habilidades que ela perdeu com a doença, com as internações, com o isolamento....Então é um espaço de estarem trocando. Então, têm muitos pacientes que conseguem alcançar , mas tem aqueles pacientes que não precisam de médico todo mês , mas passam pelo médico todo mês, então, ainda está muito focado no médico."(E15).

Um dos profissionais tem uma visão ainda mais radical ao questionar o sentido da palavra reabilitação, afirmando que tal expressão tem a conotação de ações normalizadoras e institucionalizantes:

> "Então, primeiro que a reabilitação já é uma palavra equivocada, porque a gente reabilita carro, um monte de coisas, agora reabilitar o emocional, essa questão eu acho muito complicado. A gente passou por um momento em que o manicômio era o hospital psiquiátrico fechado, onde as pessoas ficavam lá trancadas e abandonadas, aí depois com o fechamento desses hospitais e a criação desses novos serviços a gente, por incrível que pareça, continua pensando da mesma forma, a gente quer reabilitar, fala em reabilitação, a gente não pensa em desconstrução e na construção de uma outra história, que passa pelos profissionais de saúde, passa pela comunidade, pelas comunidades organizadas, por uma questão política. Não basta só criar serviços, criar umas normas pra esses serviços e fazer esse controle, porque o que a gente faz é mais um controle da loucura, digamos assim. Eu acho que a gente tem que deixar a loucura fluir mais, a gente tem medo, a gente continua tendo medo da loucura, se essa loucura é permitida, a gente é olhado como marginal no trabalho, você está permitindo que as pessoas enlouqueçam, não! É muito pelo contrário, a gente precisa que elas enlouqueçam, pra a gente poder trabalhar isso, claro que de uma forma...eu não estou falando que a gente tem que deixar todo mundo louco, mas a gente precisa olhar de uma forma diferente, olhar mais de perto, a gente mete um remédio,

> mete um projeto terapêutico, pra controlar essa pessoa, mas a gente não tem a noção de quem é essa pessoa, onde mora, aonde vive, quais as relações dela, como se dá essa relação fora do serviço, como a gente vai elaborar alguma coisa? (E19).

Há discussão sobre a palavra reabilitação como sendo ou não um termo adequado aos movimentos de luta antimanicomial. Entretanto, no nosso caso não nos ateremos a ela, basta que esclareçamos que ao nosso ver a reabilitação psicossocial é dispositivo central na composição das estratégias desse novo paradigma de atenção em saúde mental, o paradigma da atenção psicossocial (COSTA-ROSA, 2000). Nessa perspectiva, como nos mostram Mangia e Nicácio (2001), a reabilitação psicossocial supera velhos modelos de reabilitação que se apoiavam em padrões de normalidade produtiva e social e de acordo com Bertolote (1996) a reabilitação psicossocial não reabilita pessoas buscando sua aproximação a algum padrão de normalidade, mas é fundamentalmente um processo de remoção de barreiras ao desenvolvimento humano de grupos e sujeitos, de restituição plena de direitos sociais e políticos e resgate de processo vital com sentido humano.

Dessa forma, vemos que a visão ligada ao paradigma da atenção psicossocial prossegue nos serviços por meio da persistência de alguns profissionais que insistem em permanecer atentos aos objetivos éticos que promoveram as reformulações da atenção em saúde mental em atendimento às reivindicações antimanicomiais e que permanecem em construção face aos novos elementos emergentes que desafiam a criatividade dos novos projetos.

Os profissionais que contribuem para a promulgação dessa visão, contudo, não constituem a maioria dos trabalhadores dos serviços. Há, ainda, duas concepções predominantes nos serviços que atrelam a reabilitação psicossocial, nos moldes da discussão acima trazida pelo depoente, à concepção de normalização do sujeito doente no sentido de aproximá-lo de padrões idealizados de conduta, comportamentos e funcionamento social. A diferença entre as duas é que enquanto uma concebe a existência de reabilitação no próprio serviço, apenas atrelada a determinado profissional, a outra a idealiza em qualquer lugar imaginário, porém não no serviço. Vejamos mais de perto cada uma delas.

O segundo recorte, portanto, que efetuamos na análise das concepções sobre reabilitação psicossocial dos profissionais entrevistados diz respeito a uma visão mais tradicional de reabilitação, conceito que traz embutidos elementos de uma concepção que fundamentou a criação das primeiras ações de reabilitação.

As primeiras noções de reabilitação fundam-se nas premissas de retomada de uma normalidade produtiva ou de funcionamento social adaptado, que habilitaria ou reabilitaria o sujeito desabilitado a viver em sociedade e retomar alguma atividade produtiva no sentido de manter-se em condição ocupacional adequada, mesmo sendo ocupação destituída de sentido criativo e existencial para o sujeito. O trabalho, nesse caso, não era entendido enquanto um direito social do cidadão, mas enquanto um meio/fim terapêutico que viabilizaria a adaptação do sujeito (desaptado) ao seu meio social e aos ideais dessa sociedade de funcionalidade adaptativa e produtiva (SOARES, 2007).

Nesse sentido, os sujeitos que fazem parte desse recorte apresentam uma concepção que, de alguma forma, reflete essa visão de reabilitação enquanto processo de aquisição ou reaquisição de determinadas habilidades que os levaria a cumprir papéis desejados por uma comunidade em questão. Além disso, é frequente a associação dessa função a determinado profissional que seria habilitado, por sua vez, a exercer a atividade de reabilitar. Não é questionada ou refletida a visão de uma reabilitação psicossocial enquanto conjunto de estratégias e ações éticas a nortear um projeto terapêutico e as ações gerais de uma equipe de um serviço que enfoque o resgate de uma vida significativa e cidadã para o usuário.

> "Reabilitação psicossocial é quando o paciente tem condições de viver bem na sociedade, consegue se cuidar, realizar suas atividades de vida diária, você percebe que ele consegue fazer os seus cuidados, sozinho. Tem uma certa independência, consegue pegar ônibus, realizar algumas tarefas. Às vezes o paciente até consegue voltar para um trabalho, ou senão consegue fazer alguma coisa que ele aprende, quando não consegue voltar ao trabalho que ele tinha antes. Ele começa a se dar melhor com a família, a sociedade. Acho que é isso. Ele vai participando dos grupos, das oficinas e vai aprendendo a fazer algumas atividades e às vezes eles podem até a começar a vender e ganhar um dinheiro. Acho que é isso, é viver melhor lá fora." (E17).

O entrevistado confirma a concepção de reabilitação como aquisição de habilidades sociais desejáveis. E mais adiante ele afirma que tal função deve ser efetuada por determinado profissional cuja especialidade o legitima para o exercício da reabilitação:

> " A TO tem uma série de atividades que os pacientes participam e começam a desenvolver esse lado. Nós temos uma oficina aqui que os pacientes vão pra Casa da Cultura, lá eles pintam e podem vender os quadros, a gente faz exposições. E tem outras oficinas, de cerâmica, de tear." (E17).

Da mesma forma, as falas expressam que a reabilitação fica realmente a cargo de apenas um profissional que teria tal função, na prática e os demais não participam. A terapia ocupacional é freqüentemente reconhecida como tal profissão responsável direta pela atividade da reabilitação. Isso se deve, principalmente, à própria constituição histórica e institucionalização da profissão, que tem seu desenvolvimento extremamente associado ao próprio desenvolvimento histórico das práticas reabilitativas (SOARES, 2007).

Quando perguntados sobre a participação de outras categorias profissionais na prática de reabilitação respondem que:

> "É mais a TO mesmo. O médico e, mesmo a psicóloga, eles ficam nos consultórios o tempo todo, eles ficam atendendo o tempo todo lá dentro. A psicologia faz alguns grupos, mas os médicos ficam dentro dos consultórios, não têm muito contato com os pacientes, eles quase não vêm aqui fora. Às vezes, entre uma consulta e outra, eles vêm aqui, quando querem perguntar alguma coisa pra gente, alguma informação, aí eles passam, conversam um pouco, mas correndo porque a agenda é lotada, sempre tem muita gente pra atender. Então é mais a TO mesmo que faz essa parte." (E17).

Em algumas situações, os entrevistados expressam a precariedade que cerca a vida dos usuários e a necessidade de uma intervenção psicossocial, todavia, não vislumbram possibilidades de intervenção com respeito a essa situação como projeto terapêutico da equipe, chegando mesmo a parecer que não concebem tal função como própria da equipe do serviço:

> "Eu acho que pra esse objetivo, deixa a desejar. O paciente vem, ele quer ser consultado. Consulta, vai embora, pega sua receita, pega o remédio, e se der tudo bem, bem, se não ta bem ele acaba voltando, então não é uma coisa que assim, que se tem uma reabilitação. A única coisa que tem aqui, que eu percebo, que é mais ou menos isso aí é a TO. Ela dá um suporte. Porque aí eles têm trabalhos, ela procura desenvolver com eles a capacidade pra ta fazendo o que eles podem, o que eles são capazes. É a única parte que eu vejo que trabalha essa parte, com reabilitação. E os pacientes aqui vêm muito da periferia e eles não têm muitos recursos, não têm ninguém pra ajudá-los, orientá-los, é o tipo de paciente muito carente, pobre. Na psiquiatria tem muito esse problema, eles são muito pobres, pobre de tudo, de carinho, de amor, de família, são jogados, muitos deles a família não quer, são muito carentes. E aí junta tudo, né, a pobreza, a sujeira. Então, é um tipo de paciente que precisa de muito estímulo, e quem ta afim? Não é? Por mais que a gente faça, não dá pra fazer tudo. Muitas vezes o paciente chega aqui sujo, a maioria deles vêm sujos, com odor, como você pode estar apalpando? Então não tem como. Aqui

> falta muito então precisa ter mesmo capacidade, senão...O que a gente pode orientar a gente orienta." (E4).

A reabilitação psicossocial, nesse caso, é entendida como ação pontual, rotina de trabalho de um profissional específico e com a missão determinada de inserir o usuário em um sistema visando a sobrevivência do próprio sistema, enquanto uma estrutura interdependente de relações sociais e institucionais, a qual seria validada, aprioristicamente, em uma ordem social imutável, imune às ações políticas e às relações de forças entre segmentos sociais concorrentes. Isto é, o usuário deve ser adaptado ao sistema pela intervenção terapêutica do profissional habilitado para tanto.

Essa concepção se contrapõe ao entendimento que se quer imprimir à reabilitação psicossocial como inclusão pelo poder da contratualidade e da emancipação cidadã, pela inclusão da diferença nas formas de expressão culturais da sociedade e não a adaptação passiva da diferença à uniformidade das condutas sociais institucionalizadas. Assim como, o entendimento que se quer imprimir é de processo de envolvimento intersetorial e interdisciplinar, englobando setores sociais diferenciados além da saúde, tais como as instâncias políticas, administrativas, econômicas, culturais, entre tantas outras que possam cooperar para a remoção de barreiras ao pleno desenvolvimento humano das categorias de pessoas em desvantagem social. Isso transcende o compromisso terapêutico, mas é uma postura ética que todo vínculo terapêutico deve se comprometer, de tal forma que essas ações devem estar previstas e orientadas com base em projeto terapêutico que integre todo tipo de ação que contemple o desenvolvimento humano dos usuários.

Uma forma de pensar a reabilitação psicossocial, segundo Oliveira e Dorneles (2005), é como processo de resistência e contraponto ao contexto cultural criado pelo sistema econômico-político da sociedade capitalista que nos coloca diante do quadro de uma inexorável degradação humana, expressa pelos preocupantes desequilíbrios ambientais e produção de doenças epidêmicas, bem como a exclusão de amplas parcelas humanas das vias de trocas de bens e serviços, levando-as a uma existência absolutamente desumana. O processo de busca de emancipação de parcelas de pessoas excluídas envolve, de acordo com os autores, três ecologias: do meio ambiente, das relações sociais e da subjetividade humana. Essas três dimensões se oferecem como pilares de instâncias de diálogos, de formulações políticas, e de fomento a contextos éticos para a produção da saúde psicossocial, forjando consensos éticos e solidários de enfrentamento às desigualdades e exclusões e criação de uma ética-estética de um novo tipo de viver coletivo e singular.

Dessa forma, os autores questionam quais os ambientes que integram o território pelo qual circulam os usuários dos serviços de saúde mental são propícios à saúde ou ao adoecimento? O quê ou quais elementos do território poderiam ser explorados como recursos de produção de saúde mental? De que forma o patrimônio terapêutico inscrito na história das reformulações na saúde mental é realmente utilizado nos serviços de saúde mental e esse patrimônio é potencializado na utilização dos recursos comunitários? A esta última pergunta os autores respondem negativamente.

Os serviços, mesmo aqueles de caráter aberto, oferecem tratamentos que ainda se impõem como bens simbólicos, peças de barganha e artifícios de dominação, pois não constroem diálogos e mantêm os usuários presos a uma objetificação da doença e a eles mesmos enquanto os portadores da doença. É necessária, portanto, a saída para o devir cotidiano das cidades. É preciso levar essas pessoas, consideradas os usuários desses serviços, a produzirem cultura na cultura geral e, para tanto, há que se ter sistemas institucionais verdadeiramente terapêuticos nos serviços, a formação dos profissionais voltada para essa realidade, qualificação e capacitação permanentes para a construção de programas que contemplem uma nova forma de agir terapêutico que supere o modelo dos tratamentos enclausuradores (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Alverga e Dimenstein (2005, p.61) incomodam-se com o fato de que os novos serviços em saúde mental ainda reproduzem certa lógica manicomial, entretanto, não somente nas esferas previsíveis da administração e financiamento, mas como hábitos arraigados nas próprias subjetividades dos profissionais. Sendo assim, as novas modalidades terapêuticas não garantem, por si sós, a superação do modelo manicomial porque há, ainda, desejos incrustados nas subjetividades dos trabalhadores de exercício de poder e, conseqüentemente, de exclusão dos usuários das possibilidades de emancipação. Nesse caso, seriam necessárias intervenções moleculares que gerassem uma produção de novas subjetividades, que confrontassem as subjetividades "serializadas" e "homogeneizadas" produzidas pela economia política do capitalismo mundial que mantém a miséria social às custas da segregação e exclusão das diferenças para manter o poder dos dominantes.

O que vemos é que, em consonância com os autores acima, há uma coexistência entre dois tipos de trabalhadores em saúde mental nos serviços pesquisados, mesmo após a reforma psiquiátrica. Um segmento que é a favor da desinstitucionalização e outro que trabalha nos moldes tradicionais da psiquiatria e que esses dois conjuntos de profissionais não se excluem mutuamente, podendo, inclusive, haver mescla das duas atuações em um mesmo agente.

Dessa forma, podemos observar essas três concepções de reabilitação psicossocial como reflexo dessa mescla de posições frente às estratégias geradas pelo processo de reforma psiquiátrica.

O terceiro recorte que efetuamos reflete uma concepção dos profissionais dos serviços em estudo, segundo a qual ações de reabilitação psicossocial não são vistas como pertinentes ao serviço ao qual pertencem. Nessa concepção, o serviço constitui-se em espaço específico para tratamento e a reabilitação não é pensada como parte das suas funções, sendo remetida sua viabilidade para um lugar imaginário. Essa visão é muito próxima da anterior e apresenta um ponto importante para a nossa análise, no que diz respeito à cisão explícita entre tratamentos e reabilitação, entre ação clínica e ação psicossocial e o remetimento da reabilitação como função para ser desenvolvida em espaços apropriados para isso, os quais não devem ser confundidos com os espaços de tratamento clinico.

> "Eu diria assim, que a gente seria mais uma coisa de manutenção e de prevenção. Prevenção no sentido de que na medida em que você tem um serviço de terapia ocupacional, então você consegue, por ex., um paciente com quadro depressivo que não está conseguindo trabalhar e coisa e tal, o que a gente vai conseguir aqui? O atendimento clínico dele para remeter os sintomas de origem mais biológica, controlar os sintomas depressivos em si, e você vai ter ao mesmo tempo apoio psicológico e também o apoio da terapia ocupacional, que muitas vezes é voltado para a manutenção das habilidades....a gente até consegue fazer com que esse paciente não saia do ambiente social, do ambiente de trabalho dele, evite que no tempo em que ele ficou mais comprometido, que ele vá precisar de um serviço de reabilitação mais intensivo, um hospital-dia, uma coisa assim. Então é nesse sentido aí que temos o preventivo e a manutenção....a gente tem também o serviço da assistência social, que muitas vezes vai até a casa do paciente, vê as condições, orienta a família, a gente tem familiar aqui que vem pegar o remédio semanalmente, e isso quem faz, quem localiza são, geralmente, as assistentes sociais, a gente precisa desse acompanhamento mais encima, que é até que deveria, parte disso, deveria ser suprido pelo programa da saúde da família, mas esse programa não está totalmente implantado em Ribeirão Preto e então a gente tenta manter esse paciente inserido. Acho que é esse o papel do serviço nessa questão da inserção social." (E8).

> "Eu acho assim, Ribeirão ta muito limitado, a gente não tem muitas...não tem muita oportunidade pra isso, a gente não tem as famosas oficinas que eles tanto falam, não tem os CAPS. Ribeirão só tem um CAPS e que é só pros pacientes daquela área e só tem o Centro de Convivência. Eu acho que se pra eles existisse mais oportunidades como essa, a reabilitação seria maior. Então eles não têm muito o que fazer. Mesmo os que saíram, que eram os moradores

> do hospital, eles ficam limitados, os bairros não oferecem...os bairros de Ribeirão não têm muito a oferecer...Então o que precisaria muito, ajudaria muito no trabalho do serviço é se houvesse as oficinas, eu acredito, centros de convivência, aí a reabilitação seria melhor." (E2).
>
> "Do jeito que a gente funciona aqui, eu acho que o serviço até tenta fazer isso. A gente tem a terapia ocupacional, que faz algumas oficinas, tem o atendimento psicológico, tem atendimento pra família...a gente não conseguiria implementar um serviço muito especializado, pra casos mais graves, esses casos teriam que ser atendidos em outro lugar, ou então a gente teria que remodelar o que está sendo feito aqui, pra a gente poder atender esse atendimento...Então como a gente dá conta de muita coisa, eu acho que não daria pra ser feito aqui**.** Eu não vejo uma forma de fazer mais do que a gente está fazendo. Ou então teria que remodelar tudo." (E9).
>
> "Olha a gente tenta melhorar as pessoas, justamente pra ela ser mais feliz, pra se inserir na vida, você tenta ajudar a melhorar os aspectos da doença, reforçar os aspectos de saúde daquele indivíduo, pra ele viver melhor. Na medida em que isso acontecer ele vai se inserir melhor na família, no trabalho, e isso é muito importante, porque a pessoa vai se sentir melhor...Então a gente precisaria de outros equipamentos pra poder inserir as pessoas, que não tem na cidade. Então eu acho que nesse aspecto a oficina terapêutica é muito importante, as pessoas acabam ficando ociosas, mas porque elas não têm aonde se inserir." (E11).

Por que a tarefa da reabilitação psicossocial é remetida para outros serviços, ou espaço imaginário apropriado para a realização da inclusão social? A inclusão social precisa de um espaço e pessoas específicas para isso? Por que a reabilitação e a inclusão social não podem ser desenvolvidas pela mesma equipe que trata?

A reabilitação psicossocial não se caracteriza por ser uma intervenção, mas um conjunto de estratégias apoiadas em postura ética frente ao usuário de resgatar-lhe espaços, expressão e legitimidade. Isso não se realiza em consultórios. Pode até começar nos consultórios, mas tem, necessariamente que se encaminhar para o território. Dessa forma, as ações que constituem a atenção psicossocial superam a compreensão de uma clínica desenvolvida em espaços fixos e inauguram formas diferenciadas de atuação terapêutica, bem como as ações de reabilitação psicossocial diferenciam-se das ações comuns desenvolvidas na clínica, introduzindo novos campos de atuação, novas formas de abordagem do problema e das soluções e como lembra Saraceno (1996) não dispõe de teorias acabadas como as teorias de ordem científica como as das ciências médicas e das áreas que nasceram sob sua influência.

Sendo assim, vemos que há um relaxamento em relação à reabilitação psicossocial, pois as ações desse campo não são consideradas parte de um processo de valorização social, como detentoras de cientificidade e são destituídas de valor de eficácia, sendo consideradas, ao menos inconscientemente, de menor importância que as ações médicas ou das terapêuticas que delas decorrem.

Em sentido complementar, assim como a terapêutica médico-psiquiátrica assume maior relevância em relação às ações de saúde como um todo, observamos que nos serviços extra-hospitalares de saúde mental que estudamos, o medicamento torna-se o dispositivo absoluto de credibilidade curativa, adquirindo um valor apodítico frente a outras atuações terapêuticas, ao ser considerado como o "Bem Supremo", intervenção indispensável, portador de uma promessa de eficiência máxima diante do sofrimento.

Não é nosso objetivo refletir sobre questões relacionadas ao medicamento, entretanto, uma discussão básica se faz necessária no que diz respeito à sua relação com o investimento desigual que se faz nos serviços entre a terapêutica medicamentosa e a atenção psicossocial.

O medicamento, segundo Lefèvre (1991, 141), assume, na sociedade capitalista, uma dimensão de mercadoria simbólica ao traduzir um processo de reificação da saúde, no qual um agente químico que apresenta uma funcionalidade concreta de alívio de dor e sofrimento torna-se um símbolo, na perspectiva da concepção de saúde focada no biológico, da própria Saúde, entendendo este estado como um estado idealizado de perfeita ausência de processo mórbido, de doença e de impedimento da morte. Partindo da visão do usuário de serviço de saúde (também como usuário de medicamentos) como portador de uma tripla face, paciente, indivíduo e consumidor, o autor refere que o medicamento, mesmo possuindo um papel ambíguo ao representar conflitos como o natural e o artificial, a doença e a saúde (objeto bom e objeto mau), é vivido simbolicamente pelo "paciente/indivíduo/consumidor" como a potência máxima da eficiência e eficácia na obtenção de saúde e, conseqüentemente, contra a morte, a dor e o desconforto.

Costa (2004) vai além e analisa que na contemporaneidade a dimensão corpórea passou a comandar a formação das identidades e as relações intersubjetivas, de tal forma que a existência pessoal passa a ser vista apenas do ponto de vista somático, em detrimento dos valores e elementos éticos. Nessa perspectiva, a saúde passa ter uma importância sobre qualquer aspecto da existência humana, ter um corpo saudável, sem doenças, eternamente jovem e sempre pronto ao gozo é o ideal de consumo e de felicidade absoluta na sociedade atual. Isso se deve principalmente, de acordo com essa análise, ao avanço tecnológico e científico na detecção de imagens intracorporais que traduziram, com base na linguagem

científica, a possibilidade por excelência de detecção dos processos mórbidos e retardamento do envelhecimento. Nesse sentido, na busca do ideal de perfeição corporal e de saúde o medicamento passa a objeto de consumo que visa, permanentemente, o afastamento completo da dor e do sofrimento e da viabilidade a um estado contínuo de êxtase absoluto.

Assim, vemos que o medicamento, além de ser um agente quimioterápico concreto, adquire uma condição simbólica de dispositivo de restabelecimento total da saúde e instrumento de garantia de afastamento do sofrimento e estado prolongado de uma vida monopolizada pelo prazer.

Há interesses claros da organização econômico-política na reprodução da idéia de uma dimensão mágica de curabilidade transposta ao dispositivo medicamentoso e sua propagação como mercadoria de consumo de primeira linha, que são as indústrias farmacêuticas e os agentes que ganham economicamente com o mercado farmacêutico.

Desviat (2003) assinala o peso das determinações políticas e econômicas sobre as atividades científicas no campo da saúde e como são privilegiados os programas de investigação que abordam, em perspectiva quantitativa e biológica, a problemática mental do ponto de vista genético e psicofarmacológico.

Entretanto, o privilégio e a supervalorização da atividade clínico-medicamentosa acompanhados da subvalorização de atividades encampadas pela reabilitação psicossocial, não se explicam apenas do ponto de vista econômico e político ao favorecer determinados segmentos sociais que lucram com o mercado de psicofármacos e pela ideologia cientificista que paramenta a área médica e suas sub áreas de maior cientificidade, retirando o mesmo das ações psicossociais. Há também uma compreensão desse fato de uma perspectiva da racionalidade que acompanha a supervalorização técnica em nossa sociedade e desvaloriza uma racionalidade prática.

As ações de saúde, segundo Ayres (2008), contam com um poderoso arsenal tecnocientífico voltado para seu êxito instrumental e uma frágil base conceitual para compreensão dos processos de saúde com base em uma racionalidade prática voltada para o sentido do cuidado em saúde.

De acordo com o autor, em sua releitura do pensamento aristotélico, há três diferentes esferas da racionalidade que vão influenciar toda a epistemologia da ciência moderna. A primeira esfera diz respeito aos conhecimentos dos universais, das verdades perenes e das causas, que é a *episteme* e que vai constituir a racionalidade da *theoria*. A segunda esfera é definida pela *poiesis* e diz respeito à atividade de produção de artefatos, da criação de objetos que, por meio da razão, acumula um saber fazer voltado para a produção de bens e

instrumentos para vida humana. Essa é a esfera da *techne* que constitui o conjunto de saberes base de uma racionalidade instrumental. E a terceira esfera, chamada por Aristóteles de *phronesis*, é constituída pela ação humana que visa à sabedoria prática, não está voltada para a universalidade, alimenta-se da contingência, volta-se para a produção de conhecimentos que visam à estruturação da convivência humana satisfatória no que diz respeito a garantir-se a Vida Boa e movida pela construção de valores que se dirigem sempre para o Bem Comum. Essa é a esfera racional da *praxis*. Este é o campo que marca a ação política dos homens.

Para Ayres (2008), reportando essas interpretações da racionalidade para o tempo contemporâneo, essas esferas poderiam ser denominadas: a primeira de cognitiva, a segunda de instrumental e a terceira de racionalidade prática. Embora, reconheça que essas três esferas estejam interpenetradas na vida cotidiana, elas permitem, mesmo assim, sua separação no que diz respeito a determinadas peculiaridades, tornando-as, portanto, relativamente autônomas.

Utilizando essa reflexão do autor referido podemos pensar a relação entre as práticas médico-clínicas e a reabilitação psicossocial, dizendo que as práticas médicas se fundamentam nas duas primeiras esferas da racionalidade, a cognitiva e a técnica ou instrumental, ou seja, buscam seus fundamentos na racionalidade científica das ciências biológicas e constroem determinadas técnicas e instrumentos cuja finalidade é o êxito técnico da ação curativa.

Para Ayres (2008), no plano racional da episteme que vai fundar as bases da ciência moderna a linguagem que referencia essa esfera da racionalidade é a linguagem expressa por meio das identidades e das relações necessárias. É o logos apodítico que diz respeito aos universais, aquilo que necessariamente é, a verdade absolutamente incontestável, porque dedutiva e demonstrada, correspondendo àquilo que tem uma existência permanente e constitui a essência das coisas.

Dessa maneira, percebemos que segundo a racionalidade que norteia as práticas médicas, as tornam mais fundamentadas nas teorias cientificas e técnicas correspondentes e caminham no terreno das verdades muito bem estabelecidas com base na construção sistemática do conhecimento, detentoras da força de uma legitimidade forjada em instituições cujo poder tem a condição da expressão cultural dominante em nossa sociedade.

Ao contrário, a reabilitação psicossocial, ao nosso ver, se daria, eminentemente, segundo uma racionalidade prática. Isto é, as ações psicossociais se dão no terreno dos contextos das necessidades de saúde psicossocial dos usuários, expressas por meio de aspectos diferenciados de acordo com os distintos contextos culturais, sociais, econômicos e políticos. O conjunto de estratégias que constituem um processo terapêutico baseado na

reabilitação psicossocial refere-se a escolhas que fazem profissionais e usuários no sentido da condução a formas de vida com valor social para estes últimos que se encontram excluídos, na maioria das vezes, dos espaços de vida cidadã e de inclusão. Trata-se de ações que buscam a democratização das condições da Vida Boa para pessoas em estado de exclusão desses espaços de produção social da vida, a inclusão dessas pessoas nos espaços e instâncias da vida coletiva que discute e constrói, permanentemente, o Bem Comum. Em outras palavras, estamos no terreno franco da práxis e, portanto, da dimensão política da existência humana.

Dessa forma, vemos que há uma cisão entre as duas práticas, sustentada por uma tensão entre duas formas de racionalidade que comandam as ações de saúde nos serviços.

Por um lado estão as práticas seguras que a tradição e o peso da respeitabilidade das instituições e produções científicas imprimem às práticas clínico-médicas, a operação ideológica que garante a primazia dessas práticas sobre outras, sua capacidade de concentrar um valor simbólico, reproduzido pela mídia e sistemas de comunicação, como detentoras de eficiência máxima sobre os processos de adoecimento e dor, e representantes de um conhecimento considerado total, absoluto e apodítico sobre as doenças, os doentes e a cura. Por outro lado, estão as práticas da reabilitação psicossocial que, segundo uma racionalidade prática, perseguem a inclusão dos portadores de sofrimento psíquico nas redes sociais de produção e reprodução da vida no mundo, mas que, por sua vez, não detêm um arsenal tecnocientífico para se legitimarem, não trabalham na determinação de conhecimentos universais e definitivos sobre seu objeto, ao invés disso, trabalham dentro dos contextos cambiantes da tessitura sociocultural, com conceitos provisórios destinados a responderem a problemáticas pontuais e contingenciais da vida cotidiana dos usuários e de seus familiares.

Os serviços de saúde e saúde mental, entretanto, necessitam reunir essas duas dimensões terapêuticas no conjunto das práticas de cuidado que disponibilizam.

De acordo com Ayres (2004), as práticas médicas centralizadas apenas na dimensão instrumental tecnocientífica têm sido amplamente aplicadas nos serviços de saúde sem, contudo, obterem a eficácia máxima que prometem, pelo contrário, o autor afirma que apesar dos enormes e incontestáveis avanços técnicos no campo da saúde os usuários, profissionais e familiares permanecem insatisfeitos. Portanto, a instrumentalidade técnica como forma centralizadora das ações de saúde, apesar de não ser, de forma geral tão eficiente quanto promete, continua, paradoxalmente, sendo reproduzida de forma maciça nos serviços. Para o autor, é necessário ultrapassar a aplicação dos saberes técnicos indispensáveis, mas, por certo, também é imperativo pensar em uma nova clínica que se apóie no encontro humano entre os sujeitos envolvidos e que junto com a questão técnica medicamentosa e curativa siga-se uma

preocupação por parte do terapeuta de se evidenciar as condições subjetivas e simbólicas que envolvem o sujeito e sua experiência de adoecer, de tomar determinadas medicações e de seguir determinadas prescrições. Isto é, além das aplicações tecnocientíficas de determinados conhecimentos e técnicas visando êxito instrumental, também é imprescindível, para o terapeuta, a utilização de conhecimentos com base em uma racionalidade prática, que marcaria mais a dimensão do cuidado.

No nosso caso, essa reflexão é muito útil e também nos coloca frente à mesma questão de como garantir a reunião nos projetos terapêuticos dessas duas dimensões da disponibilização de ações terapêuticas: a ação clínica e a reabilitação psicossocial. Reunir em mesmo nível de valor e investimento dos profissionais ações técnicas que correspondem aos conhecimentos tecnocientíficos cujos princípios norteiam toda a ação clínica, a medicamentosa e aquelas que têm sua tradição nos fundamentos das ciências médicas, e, da mesma forma, garantir as ações psicossociais que ao ocorrerem em campo pragmático assegurem determinados sucessos práticos na vida desses usuários.

A essa questão, no entanto, adiaremos o nosso exame para uma etapa posterior. Vejamos agora como os próprios profissionais dos serviços, sujeitos e protagonistas do estudo, lidaram reflexivamente com essas mesmas questões, por meio das discussões efetuadas nos grupos focais.

6.2 Os grupos focais

Iniciamos os grupos focais com a apresentação dos objetivos do encontro representado pelo procedimento do grupo focal: não apenas descrever resultados de uma pré-análise dos temas emergentes das entrevistas, mas manter ou desenvolver com os sujeitos uma relação de dialogicidade, ou seja, de desenvolver um processo de construção de conhecimento apoiado em diálogo entre pesquisador e sujeitos da pesquisa, para o qual os entrevistados não cumpririam apenas a função de informantes, mas participariam dentro do próprio processo da análise de dados, na medida em que suas interpretações e pontos de vista estariam em permanente diálogo com as interpretações da autora.

Após isso, apresentamos uma análise sumária dos temas emergentes obtidos na análise das entrevistas. Os pontos apresentados foram os seguintes:

- As formas de tratamento e ações terapêuticas nos serviços permanecem medicocentradas, de tal forma que o tratamento clínico-medicamentoso é considerado o absolutamente necessário, imprescindível e representa as ações mais relevantes nos serviços, sendo que outras ações terapêuticas são consideradas e efetivamente disponibilizadas como suporte de apoio às ações médico-medicamentosas.
- A atenção psicossocial, por meio de ações de reabilitação psicossocial, permanece sempre referida em um campo de possibilidades e condicionadas a determinados fatores (recursos e tempo) e não são consideradas relevantes nos serviços.
- Da mesma forma, vê-se que as concepções sobre reabilitação psicossocial ligam-se a visões que a conectam a processos de inserção sócio-familiar e/ ou inserção no trabalho ou ações de produtividade (inserção no trabalho ou atividade ocupacional).
- Em contrapartida, não se vêem referidas nas entrevistas concepções que liguem a reabilitação psicossocial a noções de processo e não, necessariamente, concentrada em um local específico, mas processo por meio do qual se estabeleçam relações interinstitucionais, intersubjetivas e intersetoriais.

Dessa forma, diante dos temas apresentados propôs-se a questão: "Porque, na opinião dos profissionais, permanecem, nos serviços, as ofertas terapêuticas, medicocentradas de tal forma que o tratamento clínico-psiquiátrico ocupa a posição central no rol de atividades terapêuticas oferecidas aos usuários e o tratamento medicamentoso é considerado o estritamente necessário, indispensável, enquanto que ações de reabilitação psicossocial permaneciam no campo do possível, condicionadas a diferentes variáveis?".

Questão posta, os participantes iniciaram a discussão, com poucas interferências da moderadora, papel desempenhado pela própria pesquisadora como já foi esclarecido anteriormente. As interferências foram mínimas e ocorreram para incentivar alguns participantes a opinarem e para demarcação de tempo, início e fechamento das discussões nas dinâmicas grupais.

A análise dos grupos focais será desenvolvida por nós seguindo as orientações metodológicas de dois autores. A primeira, segundo Vicsek (2007), dispõe um esquema para análise dos dados obtidos por meio da aplicação de grupos focais, no qual apresenta as

seguintes categorias de análises: fatores de interações entre os participantes, características dos participantes e do moderador, o meio ambiente no qual o encontro representado pelo grupo focal realizou-se, a disposição do tempo utilizado no desenvolvimento do grupo, se o tempo para discussão foi longo ou curto, se todos os participantes dispuseram de semelhante quantidade de tempo para se expressarem entre outros, e, por fim, o conteúdo expresso na discussão estabelecida pelos participantes. A segunda orientação segue as premissas apresentadas por Gatti (2005), segundo as quais a autora apresenta a proposição de que a análise dos dados obtidos por meio de grupos focais ocorram, preferencialmente, por meio de um caminho que se possa deslindar significados e sentidos das falas e outras formas de expressão registradas, assim como da necessidade de se classificar e codificar o material em determinados eixos temáticos.

Sendo assim, seguindo tais orientações, apresentaremos informações segundo as categorias propostas por Vicsek (2007) e, por último, apresentaremos o conteúdo expresso nas discussões dos grupos focais, com base nas proposições de Gatti (2005), a partir das quais um deslindamento de significados e sentidos será abordado por nós, por meio da elaboração de alguns eixos temáticos.

A discussão nos grupos focais deu-se com base em clima amigável, com poucas discordâncias, ou pelo menos não colocadas de forma explícita, mas veladas, subentendidas em conteúdos discursivos ambíguos. Em um dos serviços isso apareceu mais claramente e no segundo houve uma situação mais consensual entre os participantes.

Em ambos os serviços, em equipes diferentes, portanto, uma dinâmica foi observada e apresentada de forma muito semelhante: questão posta e discussão aberta, médicos iniciaram as falas, seguidos pelos gerentes e por fim, incentivados pela moderadora, outras categorias de profissionais, tais como, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais começaram a se pronunciar, sendo que auxiliares de enfermagem pouco se expressaram. De forma geral, os profissionais médicos iniciaram racionalizando a questão colocada encontrando justificativas para a situação abordada, remetendo-a a questões de amplitude cultural, a questões de ordem normativa e a hegemonia ideológica representada por um paradigma ainda muito presente constituindo ainda as premissas básicas das orientações principais das ações profissionais nos serviços. No primeiro serviço em que realizamos o grupo focal, o ambulatório, após um curso razoável no qual a discussão fluía, essencialmente entre os profissionais médicos, sendo que outros profissionais permaneciam ainda na posição de ouvintes, quando incentivados, e, quando instigados a entrarem verbalmente na discussão, uma profissional apresentou posição discordante, apontando não apenas para fatores externos

que, impondo-se às dinâmicas individuais dos profissionais, os submetiam a uma condição inexorável de atuação. Apesar de concordar que esses fatores existem, salientou a presença de fatores internos aos sujeitos que manifestam determinados conceitos, que na opinião da participante, precisavam ser revistos. Essa intervenção mudou um pouco a dinâmica que vinha se dando até então e a partir daí uma situação mais característica de debate pôde assumir mais a orientação seguida pelos participantes.

No CAPS II a discussão seguiu mais consensual, sem o clima de debate propriamente dito, mas as falas foram reiterando-se mutuamente em racionalizações e justificativas para o estado de coisas propostas na análise apresentada como eixo de discussão. Tal como no serviço anterior, os profissionais médicos iniciaram a discussão remetendo-se a motivações e causas para situações dadas e impostas sóciohistoricamente, reproduzindo as mesmas categorias explicativas utilizadas no serviço anterior: questões relativas aos âmbitos cultural, normativo e paradigmático gerando hábitos e condutas generalizadas em todos os agentes envolvidos, inclusive usuários, familiares e sociedade. A partir dessa introdução dos agentes médicos, o gerente segue reiterando as falas dos colegas e após uma leve provocação por parte da moderadora, outros agentes profissionais passam a se colocar. Nesse serviço a discussão seguiu-se por meio de falas complementares que se reafirmavam reciprocamente, apresentando poucas diferenças entre si. As diferenças de conteúdos das falas dizem respeito mais a tonalidades referentes a visões mais otimistas e outras mais pessimistas com relação ao estado de coisas discutido, mas não destoam quanto às interpretações dadas aos pontos propostos para discussão.

A interação, nas duas equipes que constituíram os grupos focais, foi, de maneira geral, bastante harmoniosa fundada em clima amistoso. Sente-se, porém, que há clara liderança dos profissionais médicos em consonância com a adesão cômoda dos outros profissionais que se comportam com naturalidade frente ao predomínio da influência dos profissionais médicos sobre a dinâmica da discussão e abordagem do tema. Tudo se passa como se isso fosse exatamente assim e não pudesse ser de outra forma, como se houvesse um direito natural garantido a esses profissionais de exercerem uma liderança reconhecida como automaticamente dada.

De acordo com Vicsek (2007) vários fatores podem influenciar a dinâmica inter-relacional em um grupo focal, o prestígio de uma determinada categoria de pessoas pode influenciar a opinião de outros membros do grupo que não detêm um prestígio social tão acentuado quanto o primeiro segmento. A opinião expressa pode mudar durante a própria realização de um grupo, dependendo da dinâmica interacional e de relações de forças entre

camadas majoritárias e minoritárias dos membros, opiniões podem estar veladas e não serem imediatamente expressas esperando que uma situação propícia favoreça a declaração de determinadas opiniões. Há ainda situações nas quais um primeiro consenso é perturbado devido à posição inesperada de um membro que questiona a genuinidade daquela concordância geral e um dissenso e debate se estabelecem. A dinâmica interacional em um grupo ainda depende da forma como o moderador coordena a discussão e da atmosfera que cria, do tema proposto, dos estágios nos quais os trabalhos vão se desenvolvendo, entre outros.

Baseados no autor, procuramos analisar alguns fatores presentes nos grupos realizados por nós. Primeiramente, as características dos participantes cruzando com as da moderadora. Num segundo momento, analisamos o tema proposto. Essas duas dimensões analíticas teriam influenciado a dinâmica que descrevemos como a predominante nos grupos? Quais fatores teriam influenciado a dinâmica coincidente nos dois serviços em relação à afirmação de uma liderança dos profissionais médicos na discussão proposta?

Claro que a proposição do autor sobre o prestígio social influenciar a dinâmica está presente, observação reiterada ainda pela análise das entrevistas que mostram como o trabalho e a organização dos serviços estão centrados nas ações clínico-psiquiátricas, tanto no que diz respeito ao saber predominante das ciências médicas quanto na questão da tecnologia médica que, além de centralizarem as ações de saúde nos serviços, são reproduzidas por outros profissionais não médicos. Mas será que a dinâmica das características dos membros, da moderadora e da atmosfera criada, e do tema influenciaram a dinâmica instaurada?

Os membros participantes, como já mencionado na metodologia, constituíam-se em profissionais de saúde, de nível universitário em sua maioria e de uma minoria de nível médio representada por auxiliares de enfermagem. A maioria era composta por profissionais do sexo feminino. O número de profissionais médicos é maior proporcionalmente comparado aos outros profissionais. Há diferenças históricas entre os participantes, sendo que alguns estão nos serviços desde a sua fundação e presenciaram os processos de discussão que envolveram a criação dos serviços, sobre o significado e os objetivos da criação de serviços de atenção psiquiátrica de caráter extra-hospitalar e viveram o processo de construção dos serviços. Outros ingressaram nos serviços mais tarde e ainda outros recentemente. Essa situação faz com que os participantes tenham diferentes percepções sobre o processo de constituição desses serviços, de sua história, objetivos e discussões político-culturais que estiveram permeando o processo de criação dos serviços. Compõem, entretanto, um mesmo campo de

atuação profissional, o campo da saúde mental, o que lhes confere também certos aspectos de homogeneidade.

Mas, apesar desse fator de homogeneidade, difícil seria caracterizar esses grupos focais como formações homogêneas, pois apesar dos participantes fazerem parte de um mesmo campo na área da saúde, e isso se constituir em um fator importante de homogeneidade, no entanto, outras características que marcam os participantes desses grupos os diferenciam em segmentos distintos, cujas manifestações culturais, econômicas, políticas, entre outras delineiam subgrupos sociais com especificidades. Nos grupos havia profissionais de diferentes categorias profissionais. Essas profissões demarcam, entre si, além de diferentes graus de escolaridade, diferenças econômicas, distinções relacionadas às visões de mundo, às concepções políticas e os representantes dessas profissões, ainda, ocupam *status* social diverso na escala social devido aos graus de prestígio e valorização sociais diferenciados que lhe são conferidos. Além disso, no, próprio campo da saúde mental, apresentam visões diferentes no que diz respeito às políticas de saúde mental, sendo uns simpáticos às proposições da reforma psiquiátrica, outros críticos a várias de suas disposições e, ainda, há aqueles que não participaram diretamente do processo de reformulação da atenção psiquiátrica e têm posições mistas a respeito dessa questão.

Sendo assim, a composição heterogênea parece corresponder mais à formação concreta dos grupos focais que realizamos. Segundo Vicsek (2007), em grupos com composição heterogênea, pessoas com grande poder social podem exercer grande influência sobre as opiniões de outros membros e essas opiniões se conformarem como dominantes e passarem a dar uma impressão de um consenso, mas que, na verdade, opiniões discordantes podem estar sub-repticiamente, inibidas de expressão, entretanto, o dissenso poderia ter aparecido em outras circunstâncias.

Seguindo a linha de análise das características dos participantes, a moderadora, por sua vez, apesar de se encontrar, no momento da realização da pesquisa, como representante de uma instituição acadêmica e realizadora de uma pesquisa científica, era reconhecida, igualmente, pelos membros participantes como trabalhadora da área da saúde mental, profissional de nível universitário, mas não médico, e participante ativa de movimentos desinstitucionalizantes na área da saúde mental e também defensora de um modo de cuidado ligado ao modelo da atenção psicossocial. Há, portanto, uma identificação maior com parte dos participantes e, talvez, menor identificação com outra parcela. De que forma esse dado influenciou a dinâmica grupal?

O tema proposto para discussão apresentava um questionamento que propunha um desnudamento de uma situação na qual intenções propostas pela reforma psiquiátrica, e mesmo que, previstas por leis que aderiram aos objetivos das reformulações, não foram cumpridas. Pelo contrário, as ações terapêuticas reproduziam ainda, formas de abordagem das necessidades de saúde mental dos usuários segundo um modelo antigo, o qual se intencionava ultrapassar. Isto é, a questão proposta para discussão desnudava uma situação nos serviços na qual o trabalho ainda se dava de forma prioritariamente medicocentrada, com a secundarização das ações de caráter psicossociais.

A atmosfera criada por nós na discussão grupal foi de dialogicidade, explicitada pela própria apresentação dos objetivos metodológicos atrelados ao procedimento do grupo focal e pelas poucas intervenções da moderadora durante o processo de discussão, deixando que os profissionais direcionassem o rumo dos diálogos estabelecidos. A primeira intervenção da moderadora, nos dois grupos, deu-se após muitas intervenções de membros médicos e deu-se, justamente, para chamar outros profissionais a intervirem.

Era de se esperar, nessas circunstâncias, em que claramente estavam presentes profissionais com várias posições no que diz respeito à questão proposta, que um debate fosse estabelecido, inclusive possibilitando o emergir das diversas visões relacionadas à reformulação da assistência aos usuários seguindo as disposições das políticas de saúde mental e as diversas possibilidades de projetos terapêuticos advindos dessa variedade de concepções.

Instaurou-se, entretanto, um consenso com relação à questão proposta para análise e discussão grupal, em concordância, inclusive, com a análise sumária efetuada pela moderadora ao abrir o trabalho grupal. Será, no entanto, que esse consenso era genuíno ou trazia, embutido e velado, um dissenso que poderia desencadear um debate em próximos encontros e trabalhos grupais? Acreditamos nessa segunda proposição e que o suposto consenso ocultava um potencial debate sob as manifestações de justificativas racionalizadas, pelas quais os profissionais médicos abriram as discussões, propondo-se a explicar as razões da organização dos serviços extra-hospitalares de saúde mental permanecer medicocentrada e remetendo para momento posterior ou para outro local, ou mesmo não realizando, efetivamente, ações de reabilitação psicossocial, como previsto nas orientações das políticas nacionais de saúde mental. Esse tópico será mais bem abordado na análise dos eixos temáticos. Entretanto, nesse momento, o importante é identificar que a dinâmica interacional instaurada nos grupos focais possibilitou e favoreceu um debate que reposiciona a questão nos serviços e propõe estudos que dêem continuidade a esse trabalho apenas iniciado.

Isso ficou claro quando, em um dos serviços, uma profissional não médica reposiciona a questão e diz 'não é bem assim!', 'temos que rever nossos próprios conceitos'. A dinâmica muda e um potencial debate, a ser realizado futuramente, é contratuado na equipe, proposto exatamente pela profissional debatedora. Enquanto que no outro serviço, embora, a dinâmica permanecesse mais pessimista, com a expressão de vários profissionais considerando as possibilidades futuras com obscuridade, uma ponta de luz apontou para potencialidades, a partir das quais novas reorganizações e novas proposições de trabalho poderiam ser elaboradas.

Dessa maneira, as proposições iniciais nos grupos focais que realizamos nos serviços deste estudo mostraram uma concordância com a análise da moderadora colocada na abertura dos trabalhos grupais, refletindo, provavelmente, posições correspondentes, e aquelas não tão correspondentes, mas que não queriam discordar no momento, do estudo proposto e representado pela pessoa da moderadora, entretanto, a concordância com o fato da centralização no profissional médico e a secundarização das ações de reabilitação psicossocial são analisadas com base em uma série de justificativas e racionalizações, que tentam minimizar as próprias concepções que os membros poderiam ser portadores diretos, remetendo as causas a fatores externos, impostos de fora e remetidos a uma cultura genérica que assim impõe, a uma ideologia propagada pela sociedade em geral ou a um paradigma que custa a ser superado. Essas posições são traçadas, de certa forma pelo próprio estudo, porém, inicialmente, um consenso prévio nada sugere de novo para a discussão, apesar de algumas falas, de alguns profissionais médicos darem indícios de que algumas situações ocorridas na história da implementação dos serviços fizeram com que a centralidade das ações clínicas e medicamentosas adquirisse novamente a primazia das ações terapêuticas.

A dinâmica interpessoal instaurada nos grupos focais refletiu, portanto, a liderança intelectual e prática dos profissionais médicos devido, principalmente ao grande poder social que lhes é conferido o que provoca a inibição natural nos outros membros que ocupam uma posição social mais baixa na escala de classes sociais determinadas. Há, inicialmente, um suposto consenso com as proposições analíticas da moderadora, porém, indícios de dissensos aparecem nas falas que apontam para dois caminhos. De um lado estão aqueles que concebem a centralidade médico-clínica como legítima e defendem a primazia da terapêutica medicamentosa devido a sua superioridade em eficácia, e de outro estão aqueles que concordam com a necessidade de se criar projetos terapêuticos cujas ações reflitam os objetivos dos movimentos de reforma psiquiátrica e retomem a atenção psicossocial como paradigma principal no cuidado e atenção nos serviços extra-hospitalares de saúde mental,

mas que discordavam das justificativas simplificadas dadas como razões para alguns retrocessos serem sentidos na forma de atenção nos serviços.

Essas visões e concepções ficarão mais claras na discussão dos conteúdos temáticos abordados e desenvolvidos nos grupos focais.

Antes, porém, de iniciarmos a análise temática faremos um breve esclarecimento que diz respeito às citações de diálogos e falas durante o texto. Estaremos codificando por S (de sujeito) cada fala apresentada que aparecerá sempre acompanhada de um número correspondente à ordem de sua fala na discussão. Além disso, juntamente com o código S e número correspondente ao final de cada citação, apresentaremos a letra G (de grupo) e número 1 ou 2 que se relacionarão aos grupos focais realizados nos serviços. G1 representa o primeiro grupo focal realizado no Ambulatório Regional de Saúde Mental de Ribeirão Preto (ARSMRP) e G2 para o segundo grupo realizado no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II). Os diálogos serão indicados por meio do sinal ─ na frente de cada citação.

A discussão do tema proposto iniciou-se, como já mencionamos, de forma muito semelhante nos dois serviços, com uma breve exposição de contextualização, proposição da questão para a discussão e abertura da discussão propriamente dita.

De forma geral os participantes argumentaram com base na questão proposta, que as circunstâncias apontadas eram decorrente a três fatores: histórico-cultural, ideológico e normativo e segundo uma perspectiva paradigmática. Essas três perspectivas, nos discursos, não estão assim separadas, os conteúdos das falas foram assim organizados por nós como uma forma de organizarmos as reflexões sobre os dados, de tal maneira, que foram constituindo-se como caminhos para o pensamento no sentido de efetuarmos a análise dos dados segundo o prisma de temas importantes que foram surgindo nos diálogos e discussão da questão colocada.

Dessa forma, primeiramente, há uma explicação da questão sob um prisma histórico e cultural:

> "Eu penso que é devido à própria história do movimento, porque com Pinel, lá atrás, quando começou a libertar os pacientes pra fora do hospital foi possível pela descoberta da medicação, isso foi um achado na época que possibilitou...então eu acho que pela própria história...a gente mantém essa história, perpetua isso ainda" (S1GI).

> "─ Eu penso que é uma questão cultural arraigada na sociedade em geral e que já vem há muito tempo. E dentro do atendimento médico a gente vê isso, os próprios pacientes: 'ah! Mas não passou remédio? Nem fez exame, então é como se eu não tivesse feito nada. Então

quando você não dá uma receita, não pede um exame, não põe um aparelho, ninguém aceita. Então eu acho que a gente compartilha também dessa...fica contaminado. Então isso é solicitado da própria pessoa atendida, o usuário. Então o usuário fala: ah! Mas a gente veio aqui só pra conversar? Então não tem muita adesão a outras formas de tratamento. E, generalizadamente, a clientela reclama pelo remédio. Todos querem o remédio. Não têm consciência dos benefícios que vêm de uma coisa menos concreta" (S1G2).

""—Fiquei pensando e me veio uma imagem de um programa de TV em que aparece um tratamento feito por índios, a pajelança. Tinha um índio que estava em um hospital, passando mal e recebe uma congregação de pajés que vão fazer a pajelança e o hospital permite a entrada dos índios e o seu tratamento indígena, místico, alternativo, sei lá. Eles não abandonaram o antibiótico. Mas aí eu fiquei pensando, então a gente fica questionando, será que a gente consegue sair do pensamento médico? Que é esse pensamento da medicação. Por que essa imagem veio na minha cabeça?" (S2G2).

" — Acho que você trouxe a história de um processo. O CAPS surgiu de uma necessidade. Eu acho que dentro desse processo funcionam várias pressões: pressão de voltar o que era, pensando que é assim que se faz, assim que se trata o paciente e a pressão de que se pode fazer diferente" (S3G2).

" —Voltando ao índio, será que as pessoas que deixaram fazer a pajelança são pessoas que integram...que fizeram isso pra integrar? Ou foi um olhar benevolente: ah! Vamos deixar...é uma coisa assim, uma benevolência." (S2G2).

" —Aquilo que é possível?" (S3G2).

" —Porque tinha a preocupação em respeitar aquela cultura, ou foi por pura benevolência? A gente deixa o pajé entrar, fazer o ritual, mas não como imprescindível, se ele não for tanto faz" (S2G2).

" —É aquela coisa, legal o paciente com sua crença, a gente deixa um pouco, mas se não for não é imprescindível. o discurso tecnológico é muito forte. é um discurso para desestimular esse tipo de coisas, porque não é científico. Então conversar ouvir o outro é só uma coisa que você está tentando." (S1G2).

" —É eu estou pensando...você está falando e eu estou pensando mesmo nos pacientes, porque a gente...muitos pacientes acham que se você não prescrever remédios, se você vai no médico e ele não prescrever remédios e você não encaminhar pro psicólogo, você não é bom profissional, você não é bom médico. Muitos pacientes ficam bravos." (S1G1).

> " — Por trás disso acho que está também o investimento né...o que os laboratórios investem...quem vai investir na relação? Quem vai ganhar com isso? Infelizmente toda a nossa estrutura vem disso, o consumo, né?"(S3G1).

> " — Então se ele toma o remédio aparece, né. Agora se ele só fizer uma psicoterapia, então não vai aparecer. Agora se ele toma o remédio, é porque ele realmente tem o transtorno, aí ele toma o remédio, aí ele é louco. Então acho que é só quando aparece, o concreto mesmo." (S4G1).

Nessa perspectiva, o fato da questão da predominância das ações de saúde, nos serviços de saúde mental extra-hospitalares, ocorrer, prioritariamente, com base nas ações clínicas por meio do dispositivo medicamentoso é explicado segundo uma dimensão histórica e cultural. Isto é, pertencemos a uma totalidade que governa nossas ações e decisões, gerando um processo heterônomo que minaria qualquer manifestação de autodeterminação por parte dos agentes sociais imbricados. Não pode se negar, todavia, que, de certa forma, vivemos imersos em realidade cultural que impõe determinados padrões de conduta, concepções de mundo, homem, sociedade, saúde, doença, entre outros conceitos e visões, e no que diz respeito à questão colocada, já mencionamos estudos (Lefèvre, 1991; Costa, 2004) que mostram como fomos nos transformando em uma sociedade medicalizada, cuja expressão cultural dominante propaga a esperança mágica na possibilidade de uma realidade sem doenças, sofrimentos, na perfeição corporal e somática e que tem nos medicamentos e intervenções concretas no corpo a fórmula máxima de eficiência e efetividade para um funcionamento biológico voltado para o gozo absoluto.

Não obstante essa realidade cultural impor-se, de certa maneira, sobre nossas expressões, ações e pensamentos cotidianos, a maneira como é tratada a questão pelos agentes profissionais nos serviços estudados nos dá a impressão que, em sua perspectiva, todas as ações de saúde nos serviços são regidas e conduzidas por uma realidade cultural e historicamente dada que é imposta de fora e que, mesmo contaminando os próprios agentes, não se pode ter nenhuma determinação sobre esse processo. Quando dizem que o fato das ações clínicas e a terapêutica medicamentosa serem os dispositivos de tratamento imprescindíveis sobre quaisquer outros corresponder a expectativas dos usuários e familiares, nos dão a sensação que os usuários são os agentes que propagam essa realidade cultural independente das expectativas dos próprios profissionais. Diante disso, perguntamo-nos, a exemplo "do ovo e da galinha", o que vem primeiro: o usuário que impõe, face à heteronomia cultural, seu desejo pelo medicamento e pelos procedimentos tecnificados e o profissional

médico atende à expectativa do cliente, ou o usuário segue prescrições fundadas em conhecimento validado socialmente pelo valor de cientificidade conferido às ações clinicamente orientadas pelo dispositivo medicamentoso e pelas técnicas?

Alem disso, somamos outro dado relevante que é o crônico problema, em saúde mental, representado pela não adesão ao tratamento medicamentoso por grande parcela de usuários dos serviços hospitalares e extra-hospitalares de saúde mental. Como se explica, então, essa parcela, que não é pequena, de portadores de sofrimento psíquico que resistem continuamente ao uso de medicamentos antipsicóticos? Respondem alguns profissionais que isso se deve aos efeitos colaterais. Ora, se os efeitos colaterais são tão importantes nesses medicamentos a ponto de gerar uma reação, por parte dos usuários, de não adesão a esse tratamento, resta outra questão: será que, nesses casos, outras intervenções terapêuticas não estão sendo requeridas pelo usuário, porém não ditas, por não disporem do conhecimento necessário para contrabalançar o procedimento técnico dominante da terapêutica clínico-medicamentosa?

A adesão ao uso dos medicamentos antipsicóticos, certamente necessários e úteis em todo o tratamento dos sofrimentos psíquicos intensos, poderia ser somada a ações psicossociais, disponibilizadas em igual valor de necessidade aos usuários e que pudessem ajudá-los a obter um certo sucesso prático no cotidiano, favorecendo a identificação dos benefícios da terapêutica medicamentosa e psicossocial de forma recíproca? Poderiam essas duas abordagens terapêuticas serem realizadas nos programas de forma mutuamente complementar, uma não sendo completamente efetiva sem a outra? Retornaremos a essa questão posteriormente.

Os profissionais, ainda, continuam reproduzindo uma concepção dicotômica com relação a essa possibilidade abrangente de uma clínica ampliada e integral proposta pelo paradigma da atenção psicossocial que é disponibilizar tratamento clínico, reabilitação psicossocial, atenção aos familiares, ações de inclusão social na comunidade e intervenções no território para mudança das expressões culturais frente aos transtornos mentais. Nas falas dos profissionais, nos grupos focais, a concepção predominante é que, face aos recursos disponíveis, o imprescindível é mesmo o tratamento clínico e o medicamento, enquanto que a reabilitação psicossocial tem que aguardar o momento e os recursos adequados para a sua implementação.

> "Eu, às vezes, fico pensando assim, a gente trabalha com saúde mental, mas na verdade a gente fica com a doença mental. Então fico pensando que nesse tema do imprescindível do campo médico e do possível esse da promoção da saúde mental. A verdade que esse campo do tratamento médico-medicamentoso e psicoterápicos são imprescindíveis, assim como a reabilitação psicossocial é imprescindível pra que se tenha a promoção da saúde mental. Eu não tenho dúvidas que é imprescindível, mas na prática...É aquilo que você vê, o possível e o impossível, a gente fica até na lamentação, quando vai ser possível. Eu fico pensando que também por questões políticas, práticas políticas, falta de recursos, falta de equipe mínima, isso tudo influencia, mas pensando na gente acho que fica meio escolha de Sofia, porque não dá pra ser tratamento clínico e psicossocial e a gente vai fazendo escolha de Sofia e toda escolha de Sofia envolve aquilo que eu falo assim o que é mais fácil, entre aspas óbvio, mas por que é assim? Porque é mais conhecido? Porque tem a ciência que diz que a medicação é mais efetiva, que a psicologia analítica diz que é isso e aquilo, sendo que a reabilitação psicossocial é algo que não está definido, não tem nenhuma cartilha, nem é pra ter. E exige criatividade, ousadia, tempo e aí a gente fica no possível, e aí a gente fica mesmo."(S6G2)[22].

> " — Porque eu acho também que a gente vive numa...o próprio sistema de saúde é muito curativo, não é preventivo, então depois que a coisa já aconteceu aí é que..."(S1G1).

> " — Preventivo e não curativo. Porque curativo, não tem como não centrar." (S2G1)

> " — Eu tava pensando justamente nisso, a gente aqui tem uma dificuldade de recursos humanos e isso faz com que a gente sempre pegue mais na urgência, querendo ou não a intervenção médica com medicamento resolve aquele problema e os outros profissionais acabam assessorando nisso e acabam impedidos de fazer um trabalho mais prolongado. Que eu acho que a gente pode extrapolar isso pra todas as questões de saúde, pois a prevenção sempre fica em segundo plano, por conta de a gente estar agindo sempre no...apagando fogo."(S3G1).

Em uma segunda perspectiva a centralidade da ação médica é explicada como uma situação ideológica e que segue determinadas normatizações que impõem certas realidades e normas legais das quais não se pode escapar.

[22] Esse mesmo profissional repete no grupo focal uma interpretação que realizou na entrevista, compara as escolhas no serviço que vão fazendo os trabalhadores com relação às alternativas terapêuticas ao filme "A escolha de Sofia", no qual a protagonista tem que escolher qual de seus dois filhos irá sobreviver (e, por conseguinte, qual deverá morrer) às atrocidades de um campo de concentração na Alemanha nazista.

> " — Eu acho que é devido à responsabilidade. Porque centrado no medico? Teria que mudar a legislação. É o medico que é responsabilizado, por ex. se acontecer alguma coisa com relação ao paciente, os outros membros da equipe, vamos dizer, têm uma força menor ou uma atuação menor. Porque se você não usar a medicação e acontecer alguma coisa com esse paciente você pode ser responsabilizado. É aquele que vai assumir o tratamento do paciente, os outros são muito importantes p/ o tratamento, mas no final a responsabilidade é médica, não tem como sair dessa. Esse é problema, que ao meu ver seria legal. Não tem como não centrar naquele que vai responder legalmente." (S2G1).

> " — É , teriam que, talvez, haver alguma mudança na legislação..." (S1G1).

> " — Teria que todos terem a mesma responsabilidade, serviço social, o serviço de terapia ocupacional, a psicologia, a enfermagem a equipe multidisciplinar, eu acho que se mudar isso...é uma coisa que precisa ser pensada. (S2G1).

> "—Porque em CAPS por ex., aqui nem tanto, mas lá onde se discute projeto terapêutico, todo mundo discute juntos, só que chega na hora se o paciente tiver uma tentativa de suicídio, se acontecer alguma coisa eles vão acionar..." (S1G1).

> " — A gente percebe assim...tipo as psicoterapias que não são possíveis de uma comprovação científica estão perdendo o valor. A gente percebe no dia a dia a utilidade delas, principalmente a psicanálise que não tem aquela comprovação cientificamente, a gente deixa de usar e vira uma imposição quase a utilização dos medicamentos. Outra coisa são os convênios, a distribuição de recursos, vamos dizer assim, vão pressionando, cada vez mais, para que os tratamentos sejam cientificamente... para terem uma objetividade mais específica, então os tratamentos, vamos dizer, que têm uma resolubilidade mais subjetiva, não está ali, não é uma cirurgia, uma coisa biológica, eles são protelados. Então, são várias circunstâncias que vão favorecendo uma extrema tecnificação das práticas terapêuticas. E isso é como você falou, vai favorecendo pra que fique mais centrado no médico mesmo, porque o tratamento médico é científico e com técnicas bastante específicas, então ele passa a ter uma.....ele é valorizado socialmente muito mais que outros tratamentos que não dispõem de um medicamento concreto, então aqueles tratamentos que se apóiam mais na conversa perdem valor e isso geral, dentro dos profissionais, dos pacientes e na sociedade...." (S3G1).

Ainda, há um terceiro enfoque, muito ligado ao anterior, que ao discorrer sobre a condição de centralidade da terapêutica clínico-medicamentosa nos serviços, vê a questão por um paradigma que promove determinados conceitos e modelos teórico-metodológicos como

verdades definitivas e cuja superação estamos longe de atingir. Entretanto repete a mesma tendência das concepções delineadas de localizarem as causas da problemática analisada a fatores externos, impostos de fora e, de certa maneira, esses fatores se constituiriam em obstáculos, quase que intransponíveis.

> " — A gente saiu de um discurso que Deus respondia tudo. E, agora, temos um discurso em que a técnica e a economia dão todas as respostas." (S2G2).

> " — É a mesma questão com a economia capitalista e o dinheiro, nós estamos inseridos nele...(S1G2).

> " — É, são os dois discursos, que fora deles não têm mais nada. A técnica e a economia. São os discursos predominantes. E também podemos pensar como a técnica e a economia podem estar usando essa pesquisa." (S2G2).

> " — Eu lembro uma vez, a primeira vez que eu entrei na assembléia, tinha um paciente falando, eu sou esquizofrênico, aí eu virei e falei pra ele 'o senhor está querendo dizer que o senhor se chama P e tem uma doença que a gente costuma chamar de esquizofrenia?' Ele ficou meio assim. E o senhor J que falava 'a minha se chamava psicose maníaco-depressiva, hoje é transtorno bipolar', a gente fica assim...Como as coisas mudam de nome, tudo é possível no discurso e o discurso muda. Por isso que a gente tem que estar muito atento também, porque a gente está nessa cultura a gente pega isso como verdade. Naquela estrutura aquele é o discurso. Se eu pego um discurso que serve pro futebol, eu não posso usá-lo pro tênis." (S3G2).

> " —Eu acho que em relação a isso que você está falando, acho que tem aquela coisa da Escola de Medicina, da prepotência, da onipotência do médico, de resolver tudo. O que a gente vê é que é completamente frustrante aí você vê não tem psicoterapia, não tem uma assistente social, então, é você querer assumir uma necessidade...Então a pessoa está com frio e você dá comida, então às vezes você trocando de medicamento, trocando de medicamento, em uma situação social na qual é impossível ele melhorar, ele precisa de outra coisa. Então você vê, em determinadas situações precisa de um acolhimento, que ele precisa de uma psicoterapia ou ele precisa de mais atividades pra desenvolver outros potenciais e às vezes a família traz essa demanda na esperança e na expectativa de que passa um remédio e já resolva. E, às vezes, a gente engole, e você mesmo acredita que passando um remédio vai resolver mesmo. Mas é frustrante porque obviamente está errado o certo é que conforme a necessidade é você passar pra outra coisa, outra resposta." (S1G2).

> " — É, mas também tem a coisa do que é útil, né? Se uma coisa é útil, como esse computador aí na frente, olha como é útil, se ela tivesse que ficar falando tudo sem ajuda desse computador, íamos voltar pro quadro negro. Quer dizer, é extremamente útil, mas isso não quer dizer que é a única coisa. Pode ser útil em determinado contexto e em outro totalmente desnecessário. Ontem eu dei uma palestra pro pessoal das residências terapêuticas e eu perguntei a eles onde o diagnóstico era útil para eles, que é uma linguagem na qual a gente emite alguma coisa. Um virou pro outro e disse é muito útil pra quem está chegando na casa, pra saber quem é ele, como ele fica, pra ver os sintomas que ele tem, mas depois...Ontem teve uma festa aqui e nesse contexto o diagnóstico é totalmente inútil, a gente não sabia quem era quem. Então depende do contexto, qualquer atividade depende do contexto. Então tem contexto que paciente chega aqui todo agitado, então vamos resolver isso agora, vamos dar medicação. E tem hora que o paciente chega e você acolhe. Então eu acho que o processo é toda essa mudança. É todo o processo que a gente tem vivido, tem hora que a gente esbarra em alguns obstáculos muito fortes. Afinal estamos dentro de um paradigma muito forte. Um paradigma de 300 anos, de verdade, que não é fácil trocar assim. Paradigma que imperou uma verdade e que ainda é o dominante, de verdade objetiva." (S3G2).

Essas três perspectivas, só separadas dessa forma, para efeito da análise, se encontram mescladas umas as outras às falas e argumentos presentes na discussão dos grupos focais e, de uma forma geral, refletem, ainda, um misto entre três concepções presentes no conjunto dos profissionais dos serviços em estudo no que diz respeito à organização do serviço e do tratamento disponibilizado. A primeira concepção que aparece nas falas e nos diálogos e que queremos destacar é aquela influenciada pela apresentação teórico-conceitual efetuada pela moderadora no início dos trabalhos grupais e que concorda, genericamente, com a questão posta, uma segunda concepção que a princípio parece concordar com a visão apresentada pela moderadora, mas olhando-se mais de perto reflete o pensamento concordante com a situação posta em crítica de que o tratamento clínico-medicamentoso deva centralizar as ações terapêuticas e, por fim, uma visão concordante com a colocada pela análise da moderadora, mas que discorda da segunda concepção e apresenta uma proposição pragmática de continuidade da discussão iniciada por nós, sinalizando para perspectiva de se buscar mudanças efetivas nos serviços.

A primeira concepção refere-se a diversas falas que repetem algumas das proposições colocadas na apresentação que traz a análise elaborada por nós. Concordam, de maneira geral, que as práticas terapêuticas, nos serviços são medicocentradas, que as outras intervenções terapêuticas permanecem periféricas e auxiliares à ação médico-psiquiátrica e que os serviços não têm apresentado ações de reabilitação psicossocial, mas acabam por concordar que essas

últimas só serão possíveis em serviços apropriados ou quando obtiverem mais recursos materiais e humanos, ou mesmo quando houver uma mudança de cultura com relação as ações psicossociais.

> " Porque se fala muito em programas terapêuticos, só que não temos aqui programas terapêuticos. É muito difícil, a gente não tem um centro de convivência....Nós teríamos que ter mais oficinas, e isso a gente não tem. Então quando se fala em reabilitação psicossocial e em programas, nós não temos programas, não tem nenhum programa pra saúde mental, tem programa pra idoso, pra hipertensão, da mulher, mas pra saúde mental nós não temos um programa específico, tudo pros nossos usuários é mais difícil...."(S4G1).

> "— acho que o que desgasta é o descrédito dos familiares no serviço, na reabilitação. O que precisava era ter uma adesão dos familiares ao serviço, ser coerente com o trabalho do serviço. Porque a gente fica meio sem saber até onde pode ir, o que pode conseguir. Precisa que o paciente venha mais, aceite o tratamento direito. Acho que é essa a nossa frustração." (S7G2).

> "— A família tem a cultura do descrédito e sempre desacredita que as coisas possam funcionar. E a sociedade reforça isso. E as famílias forçam o tratamento mais clínico." (S8G2).

> "— Hoje está muito difícil. Você está em uma situação com o paciente, que você acredita, o paciente acredita. Ele às vezes já passou por aqui, falou do Vicente de Paulo, mas no momento não está disponível, não tem gente suficiente. Vamos tentar evitar uma internação, vamos. Então o senhor pode vir de três em três dias, na terapeuta, não, não pode. Então você esbarra em limitações que acabam te levando por terra, porque eu também não vou conseguir suprir essa demanda. E acho que esse é um tipo de trabalho tão difícil, muito pesado, muitas vezes frustrante e eu não acredito que a gente possa trabalhar sobrecarregado. É a qualidade, né". (S1G2).

Essa concepção permaneceu muito próxima daquelas que vimos nas entrevistas. Os profissionais que se alinham nessas falas estão desanimados, alguns já tentaram mudanças e, ou não foram bem sucedidos, ou houve retrocessos naquilo que era efetuado. Mas, de forma geral, acreditam que o paradigma da atenção psicossocial nunca será implementado de forma efetiva e que um misto de procedimentos e métodos é o mais viável na atualidade.

> " — É estranho que tenha me ocorrido esse filme, A escolha de Sofia, porque quando você escolhe um, o outro tem que morrer e quem morre é um filho. Não é fácil olhar a nossa realidade e ver o nosso trabalho de reabilitação...não vou dizer que morreu, mas é desgastante." (S6G2)

> "— É você usou agora uma palavra que nos traz tudo: desgastante. Por ex. a Praça Sete[23], eu me lembro do Saraceno falando 'não queremos ver psicóticos pintores, queremos psicóticos cidadãos'. Então é como disse o Milton Nascimento ' o artista tem que ir aonde o povo está'. A Praça Sete está lá, eu não sei o que fazer pra aquele espaço continuar e ser utilizado pelos usuários, apesar dos pacientes possuírem inscrição, carteirinha, crachá, tudo o que o artista possui para frequentar a praça e...fica lá, os usuários não vão. Então é realmente desgastante. É uma luta e tem uma hora que cansa. Não sei mais o que fazer." (S5G2).

Um segundo recorte na abordagem temática se faz sentir no que diz respeito a um dissenso em relação à proposta em questão que, ao nosso ver, surgiu em algumas falas, principalmente de profissionais médicos. Essa concepção, porém, não se coloca de modo explícito, mas apresenta-se por meio de falas com conteúdo ambíguo, de tal forma que uma visão mais tradicional embutida em uma aparente concordância com as proposições do estudo, surge sorrateiramente, mostrando-se incoerente com uma proposta segundo o paradigma psicossocial. A ambiguidade reside principalmente no fato das falas em questão concordarem aparentemente com a análise das limitações sentidas nos serviços, mas ao mesmo tempo deixarem entrever uma concordância com essa forma de organização e que o tratamento medicocentrado é uma inexorabilidade.

> "— Me parece que teve até no CAPS II, a maioria dos profissionais saíram, pelo menos pelo que eu fiquei sabendo, estou vendendo o peixe como me passaram, por causa disso, a responsabilidade era do médico e a equipe opinava: 'vamos diminuir o remédio', além disso o profissional médico falava com o paciente na sala. E aí o colega falava: 'mas pô!'. De repente o paciente questionava o médico, queria que abaixasse o remédio, se abaixasse, de repente o paciente entrava em surto. E aí os colegas saíram por causa disso. É mas sou eu que tenho que assumir." (S2G1).

> "— Olha, eu nem sei porque...tanto é que aquele projeto de regulamentação do ato médico, o que a gente ouve é que não há essa regulamentação, justamente pra dar essa abertura pra outros elementos da equipe terem participação, senão a coisa fica mais centrada no médico, ainda. O ato médico ainda não foi regulamentado, você vê bandos de políticos, não sei o que, vamos entrar lá dentro, vamos fazer. Todo mundo mete a mão, tudo bem, regulamentação é bom, mas é difícil você regulamentar, porque você vai restringir a uma classe, centrando no médico, em termos de cargos, de gerências.

[23] A profissional se refere à Praça Sete de Setembro, no município de Ribeirão Preto que sedia aos domingos uma feira de artesanato e obras de artes realizadas por artesãos e artistas locais que queiram expor e vender. Os usuários do CAPS II foram convidados pela Secretaria Municipal da Cultura para fazerem parte, foram inscritos e estão oficialmente aptos para frequentarem, mas por ser aos finais de semana e o CAPS não dispor de funcionários que os acompanhem, eles pararam de frequentar.

> Parece que deixaram pra...empurrando com a barriga. Então é uma coisa que fica difícil, é complicado. É a única profissão que não tem regulamentação. Dentista e médico, porque dentista nesse projeto do ato médico está ligado. Todas as outras profissões têm sua regulamentação." (S2G1).

Como podemos ver pelo diálogo e falas acima, não fica claro se o profissional é contra ou a favor ao ato médico e à centralização das decisões no médico. Dá uma informação, não se comprometendo inteiramente com ela, sobre a discordância de alguns médicos do CAPS em dividir decisões sobre a medicação com outros profissionais. A impressão é que ora discorda dos colegas e concorda que não se pode centralizar na ação do médico, ora parece concordar que os colegas têm razão em se oporem à direção interdisciplinar que existia no serviço.

Ao mesmo tempo em que concordam com o diagnóstico elaborado pela análise proposta para discussão, parecem entender que o modelo medicocentrado, de alguma forma, tem sua utilidade, chegando-se a aceitar a condição de eficiência total e mágica do medicamento, quando reconhecem que, mesmo frente a problemáticas psicossociais, a ação medicamentosa pode ser estendida eficazmente.

> "— É que não têm uma técnica exata, a reabilitação, é o próprio campo, não tem esses domínios da técnica...depende mais da pessoa. Então acho que esse pensamento, que eu vou chamar de médico, vai, porque todo mundo tem. Acho que quando a gente precisa pra família da a gente, quando a coisa aperta, parece que...ele acode a gente sim." (S2G2).

> "— É a salvação da lavoura, né?" (S5G2).

> "— É. Às vezes eu acho que a maneira da pessoa se ajudar é racionalizar. A conduta médica ajuda o paciente a racionalizar, a se afastar, então fica menos doído. Ajuda a enfrentar a dinâmica familiar. Então essa coisa mais tradicional...enfrentar a dinâmica familiar é muito difícil..." (S1G2).

> "E a gente vê também pela nossa população que o social acarreta muitos problemas, o desemprego, parece que eles vêm assim nos procurar, na saúde mental, e dá a impressão que o remédio vai atuar naquela parte difícil que ele está passando naquele momento, o desemprego, a fase financeira ruim, a situação familiar. A prefeitura que guia a parte social está cada vez mais diminuindo os programas. Essa pessoa que às vezes está desempregada, tem um monte de filhos e não consegue cuidar, então dá a impressão que vindo aqui, pegam o remédio, dá uma acalmada naquela angustia, naquela ansiedade. O social para os nossos usuários é um dos pontos principais. Tem muitos

> que vêm procurar pela parte do social, entendeu, mas se ele está naquela ansiedade por tudo isso, aí ele toma o remédio, ele dá uma acalmada, ele vai conseguir lidar com a situação, porque aí ele fica mais estável, consegue mais as coisas."[24] (S4G1).

Algumas falas apresentam uma ambiguidade quando se referem à indispensabilidade da ação médica, ao mesmo tempo reconhecem que as outras terapêuticas também são indispensáveis, mas a terapêutica médica seria mais indispensável, ou seja, não fica claro o que pensam exatamente ao afirmarem de forma ambígua sobre a centralidade da ação médica e as ações terapêuticas não médicas e de reabilitação.

> "Nas nossas conversas mesmo, eu já ouvi muito isso: 'sem médico não dá pra ficar!', e não dá mesmo. Mas também a gente vê que os outros profissionais também são imprescindíveis, mas que não têm esse peso que o médico tem. A gente sabe que precisa dos outros profissionais, pois se sente a falta deles, mas que o modo como as coisas vão se dando, seguindo antigos paradigmas, o médico ainda é mais enfocado".(S3G2).

Dessa forma, vemos que o paradigma, pelo qual alguns profissionais enfocam o problema mesmo identificando-se aparentemente com nossas conjecturas, aquele que propõe o modelo de atenção centrado no agente médico, na doença e na cura medicamentosa, modelo este muito forte mostrando-se ainda como um continente seguro para muitos profissionais. O modelo psicossocial é aventura sem garantias, é o chão movediço das contingências, é a água em correnteza sem as bordas certas de uma tecnologia estática para servir de 'tábua de salvação' frente às incertezas das necessidades sociais nesse mundo mutante.

Nem todos, entretanto, seguem pessimistas ou inseguros face à contextualidade das necessidades que insistem em desafiar, diariamente, a criatividade do trabalhador da saúde. Um dissenso no que diz respeito à visão anterior está presente nas falas e no diálogo entabulado pelos profissionais nos grupos focais. Frente às racionalizações e justificativas da atualidade do modelo medicocentrado e da protelação de ações de reabilitação psicossocial, surgem algumas posições que apontam caminho diferente da posição conformada do "não queríamos isso, mas nada há que se possa fazer". Algumas pessoas pararam e disseram: "espera aí, não é bem assim, temos que olhar por outro ângulo a questão':

[24] Esse mesmo sujeito, assim como o sujeito que compara a situação do serviço ao filme "A escolha de Sofia" repete no grupo focal um depoimento muito parecido com o da entrevista. O sujeito estende a situações não medicalizáveis (econômicas, psicossociais, afetivas, entre outras) uma aplicabilidade e efetividade do medicamento.

"Mas, acho também que nós profissionais precisaríamos rever nossos conceitos, a nossa cultura. Porque eu concordo com o (...) quando ele fala da questão da legalidade, mas eu vejo muito aqui, nos pacientes da TO, quando eles chegam, muito tempo depois de estarem em tratamento médico. Com essa ajuda, eles têm uma diminuição até da quantidade de remédio. Então eles têm um sucesso, eles têm uma reabilitação por menor que seja. Então eu vejo que nos serviços, a cultura dos profissionais precisaria também ser revista. Não só a questão legal, que eu concordo que tem mesmo, porque na hora em que a coisa estoura, vai estourar no médico, por mais que o profissional que esteja atuando junto assine, a gente sabe que vai estourar no médico. Mas eu acho que nós profissionais também não reavaliamos essa questão da hegemonia, do encaminhamento, da participação efetiva dos outros tratamentos, não como apoio só. Fica muito assim: não tem o que fazer, então vai pra TO, vai pra psicologia, porque não dá mais. O encaminhamento, muitas vezes, acontece porque não se tem mais o que fazer, já se tentou todos os remédios, já não tem mais o que fazer, vai pra lá. Então nós os profissionais precisamos reavaliar isso." (S5G1).

" —Eu não gosto de só ficar acusando o governo e achar que tudo está assim devido a política, acho que tem um pouco a ver com as pessoas nos serviços, que se acomodou um pouco. Mas a gente está meio à mingua e a gente vê governantes não terem o mínimo interesse em completar nossa equipe minimamente, criar outro serviço, isso em nome de uma situação política." (S4G2).

" — Enquanto a saúde for palanque, a coisa vai continuar do jeito que está.(S3G2).

"Olha, acho que voltar não volta não. Devido a questões políticas e econômicas, porque o sistema atual é mais barato. Manter o hospital sai muito caro, e a gente conseguiu concretizar algumas coisas. Temos problemas, mas também pudera, 300 anos com um modelo. Mas eu acho que não volta, por questões políticas que seja, mas eu acho que não volta. Nesse sentido eu boto fé. Também tem a situação do país, quando a reforma psiquiátrica começou, foi fácil a gente pegar os ventos da coisa. Nos estávamos em processo de redemocratização no país, os movimentos sociais estavam muito fortes. Hoje nós temos o que no cenário político? Tem o governo que manda, alguns ficam na beirada, alguns se indispõem, falam mal, mas depois estão todos juntos. Vamos pegar Ribeirão, quando nós tínhamos o Dr (...) como secretario, que chegou com uma proposta de transformação, com os PSF, um outro olhar, e aí foi cassado. Hoje nós temos o Lula, que apesar de termos alguns avanços, é um governo populista. Então eu acho que voltar, não vai não. E também que se conseguiu muitas coisas." (S4G2).

Essas falas refletem um posicionamento diferente frente à questão, apresentam um posicionamento de luta, de disposição para mudança. No ambulatório, essa postura ficou mais clara e no CAPS essa posição dividiu com outra mais pessimista e estagnada as iniciativas de inauguração de novos espaços e instâncias de rediscussão de projetos e programas.

No ambulatório, após a fala da profissional (S5G1) que identificou a necessidade de se mudar a cultura dos próprios profissionais, além de legislações e a cultura geral sobre a clínica e reabilitação psicossocial nos equipamentos de saúde mental, compartilhamos algumas impressões inevitáveis causadas na pesquisadora, durante o processo de coleta de dados, principalmente durante o período em que foram realizadas as entrevistas. Essa colocação, juntamente com a fala da profissional causou um impacto interessante na equipe, que, de certa maneira, mudou o rumo do grupo focal, provocando uma rede de reações em favor da instauração de processo de rediscussão do projeto terapêutico do ambulatório.

A provocação que fizemos diz respeito a observações espontâneas realizadas durante o período no qual foram realizadas as entrevistas. Essas observações emergiram em momentos durante os quais estávamos entre uma entrevista e outra, esperando que o profissional agendado fosse liberado de suas consultas ou funções imediatas para conceder a entrevista para nossa pesquisa. A impressão de um ritmo alucinado que envolve e domina os profissionais e todo o ambiente no ambulatório foi consistente e insistente em toda a nossa estada nesse equipamento. Quando uma entrevistada, então, relata que as consultas vão se dando com tanta rapidez e que se o auxiliar de enfermagem não ficar com atenção máxima, passa um paciente ou outro, que perdem sua vez na agenda do dia. Quando essa profissional falou dessa maneira durante sua entrevista, combinada com as observações espontâneas, uma cena surgiu imediatamente na nossa lembrança, que foi o Filme de Charles Chaplin "Tempos Modernos". A cena específica mostra o personagem interpretado por Chaplin que representa um operário cuja função é apertar parafusos que desfilam em uma esteira mecânica, a qual, a depender do comando do chefe de sessão, pode ter sua velocidade aumentada com o intuito de aumentar a produção do trabalhador. Em determinado momento, uma mosca assenta-se no nariz do protagonista que, para espantá-la, é obrigado a alternar sua ação de apertar parafusos com a ação de espantar a mosca de seu nariz, com isso a ação de apertar parafusos é perturbada e alguns parafusos passam na esteira sem serem apertados, atrasando toda a produção. No momento em que a profissional relata sua experiência de que, ao se distrair com qualquer evento, um usuário pode passar na lista agendada e não ser atendido, a comparação dos usuários com os parafusos foi implacável.

Quando relatamos essa impressão para a equipe, a primeira reação foi de risos, seguidos de falas concomitantes, cada participante pronunciando, ao mesmo tempo sua concordância com a analogia sobre a cena relatada e que se sentiam exatamente assim, exercendo cotidianamente um ritmo de trabalho que acabava por se tornar perverso para todos os agentes envolvidos, trabalhadores e usuários, cuja eficiência é expressa por meio do cumprimento dos atendimentos previstos na agenda do dia, porém a eficácia fica questionada.

Após esse estágio, já no final do acontecimento grupal, a profissional que desencadeou a fala mencionada que aponta para a necessidade de se rever conceitos da equipe sobre o projeto terapêutico do ambulatório, propõe que um fórum de discussões seja instaurado para cumprir essa proposição, de rediscussão do projeto terapêutico.

Uma outra profissional quis registrar seu protesto:

> "Então quero falar uma coisa. Quando eles fizeram a reforma psiquiátrica, no fundo eles queriam economizar também, fazer a reabilitação sai muito caro. Então eu acho que precisa todas essas mu danças, de cultura e de tudo, mas precisa de recursos também. Então fica um protesto meu que esse povo tem que liberar mais recursos." (S1G1).

E além do protesto, a gratificante reação de agradecimento:

> "Bom Regina, já te agradecendo pela mosca (risos), eu estou pensando que, no momento, vocês foram as moscas que sentaram em nossos narizes. A gente precisa desse momento para repensar, para criar novas iniciativas e ações pros nossos usuários. Acho que você nos deu essa oportunidade, não sei se a gente vai te ajudar o mesmo que você nos ajudou a pensar." (S3G1).

As reações dos profissionais do CAPS II, entretanto, foram mais pessimistas. Ao final do grupo quando perguntamos sobre as perspectivas e o futuro do serviço, deu-se o seguinte dialogo:

> " ─ O futuro a Deus pertence!" (S5G2).

Todos riem e falam ao mesmo tempo. Formam-se pequenos grupos que falam entre si sobre muitas coisas, gestores, recursos, conselhos de classe. E alguém tem um *insight:*

> "─ Acho que estamos meio pessimistas! (S4G2).

Os participantes dialogam sobre a preocupação frente aos retrocessos e alguém verbaliza sobre a credibilidade de que voltar historicamente para modelos ultrapassados e manicomiais não se volta. Mas a descrença e o desânimo ficam patentes:

> " — Eu só acho que eu não vou mais pra frente do palácio, não vou mais conversar com promotor, defendendo paciente. Você lembra o (...) quando fomos protestar na frente do palácio e não sei quem queria bater no (...)?" (S5G2).

> " — Mas antes tinha isso, a gente se mobilizava. Hoje em dia não se vê mais movimentos sociais. A violência banalizou, os sindicatos já não têm aquela força. Então está diferente, a gente não sabe no que vai dar." (S4G2).

Pensamos: o que necessita ser feito para que essas equipes retomem sua autonomia decisória sobre seu processo de trabalho e projeto terapêutico?

E, além disso, o que precisa ser feito para superar-se nos projetos terapêuticos e nas ações de saúde a cisão entre clínica e reabilitação? Pensar e executar uma clínica ampliada e integral, na qual as ações tenham o mesmo estatuto de valor e investimento, mantenham a centralidade de suas ações no usuário, em suas demandas e necessidades e superem a visão predominante biológica e centrada na patologia e pensem o usuário em seu contexto, em sua cultura e subjetividade. Reunir, nos projetos e ações terapêuticos, as ações clínico-medicamentosas, as ações clínicas decorrentes das ciências médicas e reabilitação psicossocial é envergar para a implementação efetiva do paradigma da atenção psicossocial que preconiza a integralidade e a transdisciplinaridade das ações, não idealizadas, mas realistas dentro das contemplações amplas que envolvem tanto as necessidades de saúde dos clientes quanto a criatividade dos profissionais.

6.3 Os tratamentos e a reabilitação psicossocial: uma relação possível?

Na contemporaneidade, a clínica que, segundo Foucault (1980), nasceu no século XIX sob bases exclusivamente anátomo-fisiológicas e como potência exclusiva da medicina, amplia-se e abarca, a partir do século XX, outros olhares disciplinares, os quais, mesmo, recebendo influências diretas das ciências médicas, organizam-se em outros exercícios profissionais.

Entende-se por clínica toda prática que, para além da prática médica propriamente dita, atua com outro ser que necessita de ajuda no que diz respeito à sua saúde, envolvendo ações como diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária (ONOCKO-CAMPOS, 2001).

No Brasil, a partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), tratou-se de ampliar para outras áreas e campos de práticas e do saber o exercício clínico na busca por novas abordagens para produção de ações de saúde integradas e que correspondessem mais de perto às necessidades de saúde de uma população ou dos sujeitos. A prática clínica, entretanto, permanece enquanto patrimônio quase que exclusivo dos médicos, de tal forma que, inevitavelmente, a clínica, nos serviços de saúde, fica reduzida, quase que unicamente, a procedimentos médicos.

Ao pensar sobre a necessidade de se resgatar o valor da clínica nos serviços de saúde e saúde mental, Onocko-Campos (2001) sugere que no desenvolvimento da saúde coletiva e epidemiológica e nas ações de planejamento de saúde pelos serviços, a clínica ficou apartada dos processos de reflexão e de normatização na organização e gerenciamento dos serviços de saúde. Na saúde mental duas tendências podem ser observadas. De um lado, concepções reducionistas presentes no movimento antimanicomial minimizam o valor da clínica[25], favorecendo um processo de abandono do portador de sofrimento psíquico à sua própria sorte. De outro lado, os tratamentos ficam reduzidos à esfera biológica e medicamentosa ostentada, ainda, por um organicismo cada vez mais resgatado cientificamente.

Um dos principais problemas encontrados nos serviços de saúde e saúde mental que estão na base da cisão entre planejamento de saúde e uma reflexão sobre clínica, bem como a redução desta aos procedimentos médicos, diz respeito à forma de gerenciamento dos serviços, apoiada em concepção de prestação mercadológica de serviços e nas concepções e práticas de clínicas que são concretizadas nos serviços. De acordo com essa proposição, há dois tipos de clínicas efetivadas nos serviços de saúde: a clínica degradada, que é a clínica dos pronto-atendimentos, da quantidade de atendimentos em detrimento da qualidade e da relação médico-paciente, nessa prática produz-se eficiência, no que diz respeito ao número máximo de atendimentos realizados em tempo reduzido e, ao mesmo tempo produz-se zero de eficácia, sendo que os resultados em termos reais não são avaliados. Nos mesmos espaços dos serviços,

[25] A autora não critica o movimento de luta antimanicomial, ao contrário coloca-se sempre na perspectiva pela implementação efetiva de um modo de atenção psicossocial em saúde mental. O que ela refere é que no auge desses movimentos, ao se fazerem críticas profundas ao modelo medicocentrado, estendeu-se exageradamente e de forma reducionista as críticas ao exercício de ações de caráter clínico, desconsiderando-se sua necessidade no sentido do cuidado ao sofrimento psíquico e as manifestações intensas e cargas de sofrimentos envolvidas.

é praticado um outro tipo de clínica, chamada de tradicional, que trata das doenças enquanto entidades ontológicas, ou seja, as doenças são concebidas enquanto manifestações possuidoras de características e propriedades específicas que são encontradas de forma inalterada em qualquer tempo ou espaço, passíveis de generalização enquanto manifestações fenomênicas que transcendem a dimensão da cultura e da historicidade. Nessa perspectiva o sujeito reduz-se à doença, é fragmentado em pedaços endereçados, de acordo com cada parte do seu corpo, aos especialistas correspondentes, sendo que as ações de produção de saúde ficam cerceadas por prescrições técnicas, especificamente, determinadas (ONOCKO-CAMPOS, 2001).

De acordo com a reflexão dessa autora, a proposta de superação está em criar-se um tipo de clínica ampliada, na qual a doença não seja enfocada como o único acontecimento na vida do doente e, o sujeito possa ser contemplado em sua complexidade cultural e subjetiva que lhe conferem uma vida por inteiro e não uma vida concebida apenas sob a perspectiva da doença. Sendo assim, a clínica, nesse contexto, para olhar o sujeito que precisa ser tratado como um complexo de manifestações e necessidades, amplia suas possibilidades de olhares, escutas e intervenções para além dos procedimentos puramente médicos e organiza suas bases sobre múltiplas especialidades trasdisciplinarmente orientadas.

No campo da saúde mental, ainda segundo a autora, muito lentamente os equipamentos extra-hospitalares vão substituindo o hospital, entretanto, apresentam alguns problemas, não na concepção técnica da organização do trabalho, mas nas relações intermediárias entre os sujeitos que trabalham e seu objeto de trabalho, o qual é fragmentado em diversas especialidades focadas nas interpretações particulares da doença e o sujeito continua sofrendo, sem encontrar um sistema que propicie resolutividade. Nesse sentido, afirma que:

> "Apesar de tudo que temos avançado, ainda, em muitos lugares do país, poucas vezes se oferece a esses usuários, como alternativa terapêutica, algo mais que remédios, uma internação de vez em quando e, no melhor dos casos, uma luta para ele também se engajar." (ONOCKO-CAMPOS, 2001, P.103).

Como propostas de superação, Onocko-Campos (2001) entende ser necessário qualificar o profissional dos serviços substitutivos de saúde mental para intervenção nas crises, intervenções concretas e efetivas no eixo familiar, converter as práticas terapêuticas em ações cujo sentido seja verdadeiramente pragmático com base em benefícios concretos para os usuários e investimento em projeto terapêutico que contenha uma proposta clínica em

perspectiva ampliada que vislumbre as subjetividades em jogo e que saia da repetição ao ousar a criação de espaços de trocas e análises intersubjetivas.

Outros autores, tais como Bezzerra (1996); Ayres (2001) apontam a necessidade premente de se reformular a clínica para tomar o sujeito tratado em perspectiva intersubjetiva, cultural e histórica bem como contemplar uma dimensão pragmática, na qual possa se atingir, para além do puro curativismo e de maneira realística, êxitos práticos que possibilitem ao sujeito retomar todo o seu desenvolvimento vital.

Ayres (2004; 2007) propõe a inclusão, na prática clínica e nas ações de saúde, da dimensão do projeto de felicidade do sujeito que será tratado, com a finalidade de dar sentido ao processo terapêutico do sujeito e para contemplar, além do êxito técnico relacionado à instrumentalidade aplicada ao processo de adoecimento, um sucesso prático que visa atingir a qualidade integral de vida das pessoas.

Por êxito técnico, o autor entende o conjunto de intervenções sobre o processo de adoecimento ou demanda do usuário que se caracteriza pela ação propriamente instrumental das ações apoiadas no cabedal dos conhecimentos tecnocientíficos e que foca a ação na patologia e nos procedimentos terapêuticos que visam prioritariamente à extinção de sintomas. Por sucesso prático, entende-se, nessa perspectiva, a dimensão existencial das pessoas, implicada na demanda, no tratamento e nos procedimentos terapêuticos, ou seja, o que significa para o usuário a experiência de passar pelo adoecimento e pelos procedimentos terapêuticos, o que ou quais aspectos da complexidade da vida do usuário estão imbricados no processo saúde-doença tratado e quais projetos de vida estão envolvidos no alcance de uma vida qualificada, significativamente vivida. O sentido que se quer dar é que a dimensão do sucesso prático faz parte do complexo estado compreendido como a saúde das pessoas e que envolve, necessariamente, aquilo que os sujeitos valorizam e projetam como elementos da Boa-Vida, e que compõem o que o autor chama de projeto de felicidade.

Para Ayres (2007), os serviços de saúde disponibilizam as intervenções que visam ao êxito técnico, centralizam sua atenção sobre a doença e dispõem somente dos conhecimentos tecnocientíficos para fundamentação de suas ações, os quais são impostos aos usuários objetificando-os como o doente, destituindo-os da condição de sujeito e abafando a expressão de suas subjetividades. Esse modelo, não obstante a exclusividade de sua aplicação nos serviços de saúde, não atende integralmente às necessidades de saúde de indivíduos e populações e, ainda mais, têm levado a altos índices de insatisfação os agentes imbricados no processo: profissionais, usuários, familiares e sociedade. Nesse sentido, o autor propõe a transformação da forma de se fazer clínica e ações de saúde, incluindo dimensões da vida

humana desprezadas, comumente, pela racionalidade instrumental que guia as ações de saúde voltadas apenas para o êxito técnico sobre as doenças. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em sua subjetividade, transformar o ato terapêutico em processo intersubjetivo e dialógico e incluir nas ações de saúde a sabedoria prática dos usuários que guia o projeto de felicidade que os movem em suas aspirações existenciais, propiciando, assim, além do êxito técnico, um sucesso prático para o sujeito em sofrimento.

De acordo com esse ponto de vista, o projeto de felicidade adquire importância central na abordagem de qualquer agente clínico, pois constitui o horizonte pelo qual o sujeito empreende sua busca por aquilo que valoriza, concebe e entende como sendo um verdadeiro estado de saúde, a Boa Vida e o Bem. Não significa entender felicidade como um estado idealizado no qual estejam ausentes as manifestações vitais de sofrimento, angústia, frustração e desencontros. Essas manifestações, inclusive, fazem parte do rico material que poderá ser utilizado na busca pela compreensão e significação do projeto de vida aspirado. Em sua dupla dimensão, de projeto e de alvo a felicidade, o projeto de felicidade envolve, em seu devir, todas as possibilidades que o sujeito lança mão para apropriar-se de sua existência, naquilo que ele possa manifestar de singularidade, ou seja, a forma pela qual vai significando suas experiências concretas, e projetando outras para serem concretizadas no mundo da vida:

> "Como experiência vivida, o projeto de felicidade é aquilo que move e identifica as pessoas em seu existir concreto. Como dispositivo compreensivo-interpretativo e referência normativa para as práticas de saúde, o projeto de felicidade é o pano de fundo que confere contornos a identidades, valores, vivencias dos sujeitos." (AYRES, 2007, p.57).

Não se trata, todavia, de se desprezar a importância da dimensão instrumental, dos aparatos técnicos, do conhecimento tecnocientífico e do conseqüente, êxito técnico. Isso seria um contra-senso, seria desprezar todo o avanço tecnológico alcançado pelo potencial criativo humano, também tendo como fim o alcance da Boa Vida. Em síntese o que se deseja, a partir desse ponto de vista, é que aos êxitos técnicos se somem ações que visem o sucesso prático na dimensão existencial do sujeito, para, inclusive, imprimir sentido e eficácia às ações técnicas, com base em procedimento dialógico de trocas de saberes, técnico e prático, e que a produção de saúde se transforme em processo intersubjetivo visando o desenvolvimento vital concreto do sujeito.

Percebe-se, dessa forma, como é relevante essa reflexão para o nosso problema, formulado com base na questão: é possível a reunião, nos projetos terapêuticos dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, das ações técnicas médico-psiquiátricas, bem como,

daquelas que lhe seguem o modelo, apoiadas em saber tecnocientífico e a reabilitação psicossocial embasadas, principalmente, em saber prático?

Para Ayres (2004), o cumprimento mecânico e monológico dos papéis tradicionais de médico e paciente, ambos, embasados por lógica clínico-curativista que, em si mesma, se encontra destituída de sentido perante as dimensões simbólicas que orientam as experiências concretas da vida cotidiana do cliente, não tem sido suficiente para responder às demandas integrais dos usuários dos serviços de saúde e acaba por não produzir eficácia, até mesmo no que diz respeito ao êxito técnico fomentado por essas práticas. Para se implementar, efetivamente, ações humanizadoras nos serviços de saúde, a inclusão, no ato terapêutico e clínico, de uma dimensão que vise um sucesso prático é imprescindível.

Em nosso estudo essa reflexão é fundamental, pois remete com assertividade ao nosso problema que se traduz na cisão, nos serviços extra-hospitalares de saúde mental, entre as práticas clínicas, com centralidade nos procedimentos médicos, e a reabilitação psicossocial.

Assim como os autores citados por nós acima assinalam, também temos a certeza da importância vital da clínica tecnocientífica, medicamentosa e outras que visem determinados êxitos técnicos frente ao processo de adoecimento. Mas, sua aplicação, exclusiva e predominante, nos serviços não tem trazido, por si só, sentido às práticas de saúde e não têm atingido a eficácia e os resultados aspirados frente à vida concreta dos usuários, que envolve, necessariamente, um conceito amplo e complexo de saúde.

Se, por um lado, se faz necessário reformular-se o conceito e as práticas clínicas, por outro se deve rever, igualmente, o conceito dos profissionais dos serviços sobre reabilitação psicossocial e as práticas que acreditam cumprir com os objetivos relacionados. Se o médico diagnostica e medica, o psicólogo conversa terapeuticamente, o terapeuta ocupacional aplica, terapeuticamente, atividades, o assistente social conversa com a família e o enfermeiro cuida e administra aspectos clínicos, quem fica responsável pela reabilitação psicossocial? No conceito que aprendemos, com base nas entrevistas e diálogos nos grupos focais, a reabilitação seria um outro procedimento, quase que especializado, a ser realizado por determinado profissional, determinado programa e em determinado lugar apropriado.

Entretanto, se reexaminarmos os conceitos de reabilitação trazidos pelo paradigma da atenção psicossocial, vemos que ações de reabilitação se inserem nos procedimentos cotidianos de todos os profissionais, desde que os conceitos tradicionais e monológicos de clínica e ações de saúde sejam reformulados.

A reabilitação psicossocial, de acordo com autores que discorreram sobre o tema, tais como Saraceno (1999), Pitta (1996) e Costa-Rosa (2000), entre outros, é caracterizada menos

por procedimentos determinados e específicos que por determinadas posturas éticas que uma equipe adota, voluntariamente, no que diz respeito à organização do seu serviço e trabalho voltados, nesse referencial, para a promoção de ações que busquem, juntamente com o usuário o restabelecimento de condições que o incluam nos processos de contratualidade social e que para isso acionem mecanismos de remoção de barreiras ao seu desenvolvimento psíquico, social e existencial. È um conjunto de estratégias que balizam determinadas ações, as quais são realizadas por meio de relações e acordos intersubjetivos, interinstitucionais e intersetoriais. Intersubjetivos porque envolvem diversos sujeitos, profissionais, usuários, familiares, gestores e comunidade. Interinstitucionais porque uma ação psicossocial coloca em contato várias organizações e/ou instituições que vão além das organizações de saúde, englobando organizações culturais, profissionalizantes, educacionais e, por fim, intersetoriais porque essas ações envolvem pactuação com diversos setores públicos e privados que se localizam em diversas esferas da organização social, tais como setores políticos, econômicos, entre outros.

Quem é o profissional adequado para realizar essas ações?

Um usuário, frequentemente, necessita de ajuda para realizar projetos de vida com determinadas qualificações que revalorizem as experiências vitais cotidianas, assim como, necessita de ajuda para a realização de ações que o recoloquem em contato com a vida, social, cultural e política. Por que o mesmo agente profissional que trata não pode acompanhar o seu paciente em ações de reabilitação psicossocial? Na maioria das vezes, para os usuários dos serviços de saúde mental não bastam orientações ou sugestões realizadas nos espaços dos consultórios em sessões de terapias, grupais ou individuais, que proponham ações psicossociais para que ele busque, sozinho, sua realização. Não basta informar que em determinado local abriram-se inscrições para curso profissionalizante, ou cultural nos quais ele pode se inscrever. É necessário acompanhá-lo até o local. Antes disso, é necessário empreender contatos com esses locais e setores para pactuar a realização ou a abertura de tais possibilidades.

Quem é o agente responsável por tais ações? Refaçamos a pergunta: por que o mesmo agente que clinica não pode se responsabilizar por tais iniciativas no campo do psicossocial?

Para tanto, é necessária uma ampliação na concepção de clínica. É necessário que se crie uma clínica que, segundo as proposições de Ayres (2004, 2007), englobe tanto ações tecnocientíficas que visem êxito perante os processos patológicos, bem como ações que visem um sucesso prático para o usuário para que se promova, realmente, vida com qualidade em consonância com uma visão de que saúde é estado ou condição que abrange diferentes,

variados e amplos recursos que precisam ser acionados pelo agente profissional de saúde, para que, nesse sentido, se cumpram, efetivamente, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), no que diz respeito à integralidade e humanização das ações de saúde, assim como os objetivos do paradigma da atenção psicossocial fundado e preconizado pelas reformulações da reforma psiquiátrica.

A reabilitação psicossocial, por sua vez, não detém um rol de procedimentos técnicos, nem se apóia em sistemas acabados de conhecimento. É, como já dissemos, conjunto de estratégias que pode começar no consultório e se completar no território. Não se localiza dentro da dimensão das tecnociências, nem visa, em primeiro plano, um êxito técnico, mas um êxito no campo pragmático da vida do usuário de forma a qualificar sua existência, ou seja, visa, em primeiro plano, um sucesso prático.

Dessa forma, a reabilitação psicossocial deixa de ser entendida enquanto procedimento, para compreender conceito segundo o qual o ato de reabilitar não se distingue do ato de tratar, mas, justamente, o ato de tratar envolve, necessariamente a dimensão da busca prática por demandas que ultrapassem a mera remissão dos sintomas para entender o processo de saúde do sujeito como um percurso que inclui a reflexão e construção de um projeto de vida global, que seja significativo e que lhe forneça meios para a apropriação de autonomia, de valor social e de emancipação.

Mas como fazer para que as equipes de profissionais nos serviços se apropriem dessa nova concepção de clínica e reabilitação, na qual ambas não se distinguem em atos separados e apartados um do outro, mas que sejam atos de uma mesma postura ética que, ao tratar, resgata o ser humano (ou o ser do humano) em sua unicidade, propicia a expressão da subjetividade do usuário, de sua dimensão simbólica, cultural e política, além da biológica e viabilize um ato terapêutico intersubjetivo e dialógico?

De acordo com nosso ponto de vista, um dos caminhos possíveis para se responder a tal questão seria a realização de um processo avaliativo ou pesquisa avaliativa, preferencialmente, fundamentada em metodologia construtivista e participativa.

Outras iniciativas são, igualmente, úteis, tais como supervisão institucional, educação continuada, entre outras. Ao nosso ver, contudo, todas essas iniciativas poderiam ser realizadas a partir das respostas construídas por meio de processo avaliativo que abarcaria, assim, todas as alternativas, desde que, com base nos resultados, chegue-se a determinadas conclusões sobre o que os serviços necessitam, hoje, para retomarem ou transformarem suas ações de saúde em ações integrais, segundo o paradigma da atenção psicossocial.

Antes de finalizarmos esse sub-capítulo, porém, uma breve apreciação sobre a combinação de entrevistas e grupos focais, a partir da proposta metodológica que empreendemos, se faz necessária.

Referimos neste estudo, no percurso metodológico, que foi preocupação de nossa parte constituir uma pesquisa que pudesse utilizar uma forma dialógica e participativa de construir um conhecimento. Ao partir da reivindicação dos próprios participantes que se referiram às inúmeras pesquisas científicas das quais participaram, sem acesso aos resultados, e das nossas preocupações em percorrer uma metodologia que incluísse os participantes na construção do conhecimento, pensamos que a inclusão dos grupos focais responderia com adequação aos nossos anseios.

Sendo assim, uma questão precisa ser apreciada: a realização das entrevistas e dos grupos focais cumpriu com os objetivos propostos por nós? Pensamos que sim.

Além da proposta de estarmos realizando uma devolutiva aos participantes e incluindo-os no processo de construção do conhecimento, tivemos como objetivo, ao utilizar esses dois instrumentos de coleta de dados, ampliar os elementos interpretativos das concepções que os profissionais elaboram sobre a forma como organizam seu trabalho nos serviços extra-hospitalares de saúde mental. Nesse quesito, acreditamos que a realização dos grupos focais muito enriqueceu os dados coletados por meio das entrevistas.

Muitos aspectos que emergiram nas entrevistas puderam ser melhor compreendidos a partir das discussões. Ficou mais clara a forma como os profissionais concebem a sua posição frente às questões da tecnificação do trabalho e da centralidade do trabalho médico em relação a outras ações terapêuticas, a forma como elaboram o projeto terapêutico e com respeito às suas concepções acerca da reabilitação psicossocial e de seu desenvolvimento real nos serviços. Nas entrevistas, muitos aspectos que proporcionaram uma compreensão sobre os itens desenvolvidos no decorrer da análise e discussão dos dados, quando colocados nos grupos focais, os participantes referiam-se a eles posicionando-se, exemplificando e interpretando dados em discussão, o que, anteriormente, nas entrevistas, era apenas inferido, em nossa interpretação, por meio das falas que descreviam o trabalho por eles desenvolvido. Os grupos focais possibilitaram, além de certas comprovações acerca de algumas compreensões, que havíamos efetuado a partir das entrevistas, sobre a organização do trabalho, uma compreensão de fatores que levam os profissionais dos serviços pesquisados às concepções que elaboram sobre a forma pela qual desenvolvem seu trabalho.

Um exemplo disso foi a compreensão das formas de racionalização que elaboram para explicar as dificuldades na implementação efetiva do modo de atenção psicossocial, os fatores

que os levam às concepções sobre a reabilitação psicossocial como tarefa penosa, de difícil realização e o mecanismo de permanecerem resguardados pela realização contínua de ações puramente técnicas.

No que diz respeito ao objetivo de instaurarmos um processo dialógico e participativo na construção de conhecimento, pensamos, igualmente, tê-lo atingido de forma satisfatória. Pudemos presenciar como a realização dos grupos focais em um dos serviços pesquisados desencadeou a motivação dos participantes em dar continuidade às discussões por nós iniciadas e planejarem a constituição de um fórum para esse fim.

Dessa forma, pensamos que foi muito rico o processo de união de entrevistas semidiretivas e grupos focais como técnicas de coleta de dados e também como proposta de propiciar uma metodologia participativa em pesquisa.

A seguir, apresentaremos uma discussão que trata de uma proposta, ao nosso ver, pode ser muito útil para o enfrentamento dos problemas discutidos neste estudo. Acreditamos, ainda, que essa proposta seja necessária no sentido de propiciar uma reorganização dos serviços extra-hospitalares de saúde mental do município de Ribeirão Preto, sinalizando para um possível caminho em busca de resolubilidade para a problemática tratada neste estudo.

6.4 Avaliação em saúde mental: reorganização e construção de novas propostas

A avaliação em saúde coloca-se como processo privilegiado capaz de fornecer subsídios para a resolução de problemas relacionados à organização do trabalho e dos serviços de saúde, a melhoria da assistência aos usuários, a tomada de decisões no setor e de fornecer material que expresse transparência no uso das verbas públicas.

Segundo Tanaka e Melo (2004), a avaliação é processo técnico-administrativo que se destina à tomada de decisões sobre o redirecionamento de políticas, programas, projetos, planos e serviços e envolve três dimensões: medição, comparação e emissão de juízo de valor. A avaliação em saúde é útil, portanto, no redirecionamento da execução de ações de saúde, atividades e programas, constituindo parte importante nos processos de planejamento e gestão em saúde e, ao se colocar como suporte para tomada de decisões, pode alterar uma situação inicial, a qual constituiu a demanda pelo processo avaliativo. Por isso propõe-se que a avaliação constitua elemento do trabalho cotidiano de saúde de forma que possa, constantemente, balizar o trabalho e a disponibilização de ações e atividades que respondam,

com eficácia e realismo, às demandas de saúde de uma população ou de indivíduos. Além disso, que possa redirecionar recursos públicos em uma aplicabilidade mais racional e fornecer material relevante para a análise e gerenciamento dos serviços.

Em nível governamental, as avaliações, de forma geral, servem para a elaboração de programas e projetos, na ênfase de planos e análises, e como suportes de políticas públicas ao garantirem material para o acompanhamento e avaliação dos processos, resultados e impactos de determinadas ações (ALMEIDA; ESCOREL, 2001).

Portanto, vemos que a prática de avaliar permite a análise constante dos processos em curso, correções, prevenção de erros eventuais e estabelecimento de estratégias para melhorar a qualidade da assistência prestada.

De acordo com Almeida e Escorel (2001), entretanto, avaliar acarreta algumas responsabilidades que podem gerar alguns problemas se não se pensar, com profundidade, sobre a forma de implementação de uma avaliação. A prática de avaliar traz, implicitamente, um recorte da realidade, significa expor determinadas visões valoradas, assumir um julgamento ao se identificar uma situação específica reconhecida como problema e emitir, utilizando determinados critérios e instrumentos, um juízo de valor sobre a situação em questão. A avaliação está, portanto comprometida com formas de conceber e interpretar a realidade. E ao se tomar o ato de interpretar tem-se que a realidade deixa de ter a dimensão de uma totalidade estanque e pronta para ser desvendada ou deduzida, mas o seu estudo adquire o sentido de uma demonstração reconstruída e negociada com todos os atores envolvidos. Dessa forma, a metodologia que guia o percurso avaliativo é de suma importância para se obter os índices de resolubilidade a que se propôs.

A prática avaliativa de serviços, programas e políticas, contudo, ainda não é considerada parte da administração pública, e, portanto, não se tem atrelado as práticas de análises dos processos às de gestão. E, não obstante, as vantagens que se apresentam para o aprimoramento de programas, projetos e políticas, interesses particulares de segmentos sociais ligados ao serviço podem constituir elemento de facilitação ou impedimento aos processos avaliativos (ALMEIDA; ESCOREL, 2001).

Segundo os autores acima citados, a avaliação no campo da saúde mental ainda é recente no país e apresenta alguns elementos problemáticos que se colocam como dilemas ou obstáculos às práticas de avaliação. Além da carência de indicadores definidos, que possam refletir os acontecimentos diários de um serviço, tem-se a história recente da criação dos serviços substitutivos e a necessidade de uma avaliação que olhe além do número de altas, diagnóstico e remissão de sintomas. Ao mesmo tempo, a pluralidade de metodologias deixa

sempre alguns aspectos sem serem contemplados e a prevalência de métodos quantitativos e dos elementos de extrema objetividade na coleta dos dados impede que os aspectos psicossociais possam ser melhor avaliados, pois dependem de uma metodologia que envolve elementos mais subjetivos.

Nesse sentido, Amarante e Carvalho (1996) alertam para o problema do uso prioritário de metodologias quantitativas que seriam responsáveis por abordagem muito técnica da realidade a ser observada e reclamam uma abordagem metodológica que priorize as relações no interior dos serviços e a interação entre avaliador e profissionais, bem como use indicadores que tenham como referencial a ética da inclusão social e produção de autonomia.

Almeida e Escorel (2001) ressaltam autores cujo modelo de avaliação não permaneça centrado na remissão de sintomas e centralize seu exame sobre a inserção familiar, no trabalho, na vida cotidiana e na cultura. Mesmo que esses referenciais, de difícil mensurabilidade, sejam priorizados em perspectiva psicossocial, variáveis mais tradicionais não devem ser desprezadas, tais como número de técnicos, de salas, carga horária, padrões de qualidade, entre outros.

Tanaka e Melo (2004) destacam a metodologia baseada em concepção sistêmica, a qual é formada pelos componentes: Estrutura, Processo e Resultado. Por estrutura, entendem-se as estruturas físicas comportadas pelo serviço, recursos humanos existentes, recursos materiais, técnicos, alimentação, medicamentos, entre outros. Na categoria de Processo encontram-se as atividades dos distintos profissionais, programas e projetos realizados no serviço e a disponibilização das ações. A categoria Resultados comporta a análise dos objetivos alvos, a comparação entre os recursos disponibilizados, os recursos utilizados e os objetivos alcançados. Para essas tarefas, de medir, comparar e julgar, os autores assinalam a necessidade de se ter parâmetros definidos de antemão que sirvam como elementos balizadores para o que se quer comparar e avaliar para modificar, atingir as metas quantitativas e as mudanças na qualidade dos serviços prestados. Segundo essa concepção, os parâmetros são normalmente constituídos por referências padronizadas, obtidas a partir do conhecimento tecnocientífico e que pode ser definido por padrões técnicos identificados em literatura especializada e adaptada ou não ao contexto.

Essa concepção, entretanto, será questionada por pesquisas avaliativas mais recentes e que se apóiam em metodologia construtivista e participativa, nas quais os chamados grupos de

interesse[26] têm participação efetiva no processo de construção das análises e das etapas da pesquisa, sobretudo, no processo de coleta e análise dos dados e discussão dos resultados, compondo, assim, um consenso que buscará as mudanças assinaladas pelo grupo de agentes envolvidos: pesquisadores e grupos de interesse. A essas pesquisas avaliativas estaremos nos referindo a partir de agora.

Onocko-Campos e Furtado (2006) elaboraram uma metodologia de avaliação para CAPS que questiona as metodologias cuja concepção apóia-se em abordagem quantitativa por assinalarem que nos serviços substitutivos de saúde mental um processo avaliativo deve priorizar, sobretudo, as relações humanas que compõem as ações de saúde disponibilizadas, bem como, o modelo de atenção psicossocial, o qual deve balizar toda a pesquisa avaliativa, requerendo uma avaliação com metodologia que seja apta a captar conteúdos simbólicos e intersubjetivos. As abordagens quantitativas e qualitativas, de acordo com essa concepção, encerram mais que diferenças técnicas, constituem paradigmas diferentes, com visões ontológicas, epistemológicas e metodológicas inteiramente distintas. Portanto, os autores propõem um procedimento metodológico com abordagem qualitativa, apoiado em referencial teórico-conceitual hermenêutico, cuja fusão de horizontes conceituais e culturais entre diversos atores implicados no processo avaliativo possa gerar análises sempre renovadas.

De acordo com essa proposta, a novidade da atenção psicossocial como paradigma da assistência em saúde mental solicita a compreensão crítica desse novo modelo de cuidado. Para tanto, é necessário uso de uma metodologia que efetive a inclusão dos pontos de vista de todos os agentes imbricados nos serviços, amplie a utilização dos resultados, considere o caráter político de toda avaliação e empondere os grupos de interesse. Sendo assim, essa proposta define-se enquanto uma pesquisa avaliativa qualitativa e participativa, com metodologia hermenêutica.

Ainda, segundo esse referencial, a coleta de dados deve seguir um processo de identificação dos grupos de interesse, inicialmente, e, após essa primeira etapa, prevê a realização de grupos focais com esses atores, nos quais é possível obter os parâmetros e indicadores que balizariam o processo avaliativo. O tratamento e interpretação dos dados também se dão de forma participativa por meio da realização de vários encontros com os grupos de interesse, nos quais o material coletado nos grupos focais iniciais é trabalhado em

[26] O termo Grupos de interesse refere-se a grupos de pessoas ligadas, de alguma forma, aos serviços avaliados e que podem se constituir em beneficiários ou vítimas do processo avaliativo. Dentre esses, os segmentos sociais mais designados por grupos de interesse são os usuários, familiares, profissionais e gestores.

diversas etapas de discussões, propiciando, dessa forma, o círculo hermenêutico que se constitui por processo dialético de interação de análises, crítica e novas análises.

Wetzel (2005), ao realizar uma pesquisa avaliativa em um Centro de Atenção Psicossocial em cidade da região sul do país, propõe, como alternativa às metodologias tradicionais, uma avaliação responsiva e construtivista. A avaliação responsiva define-se por não utilizar parâmetros e indicadores definidos a priori, mas sim determinados mediante processos interativos e de negociação envolvendo todos os grupos de interesse. O termo construtivista refere-se a uma metodologia que se embasa em referencial interpretativo hermenêutico.

A avaliação responsiva toma como organizadores de avanço[27] para a pesquisa não parâmetros constituídos por padrões técnicos predeterminados, mas as reivindicações, preocupações e questões identificadas pelos grupos de interesse.

Assim como, a autora utilizou o referencial hermenêutico-dialético para embasar a metodologia construtivista, segundo o qual a verdade não é essencialmente dada, mas fruto de consenso construído pelo conjunto de sujeitos implicados no processo de conhecimento, os fatos só adquirem significado no contexto em que acontecem, os pesquisadores e grupos de interesse estão em contínua interação, as mudanças ocorrem dialeticamente e as intervenções não são estáveis, nem permanentes.

CAPSUL (2008) é o relatório da avaliação desenvolvida nos CAPS da região sul do Brasil desenvolvida pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e Ministério da Saúde. O relatório refere sobre pesquisa avaliativa cuja metodologia desdobrou-se em abordagem quantitativa e qualitativa. A parte do estudo com abordagem quantitativa segue o modelo teórico da avaliação epidemiológica. O estudo total utilizou as seguintes variáveis: política local de saúde, estrutura e processo do serviço, características socioeconômicas, demográficas, acesso ao sistema de saúde, necessidades em saúde (morbidade), características do cuidado, suporte social, satisfação com o serviço, satisfação familiar e sobrecarga, padrão de saúde, autonomia e inserção social. Na abordagem qualitativa o estudo seguiu o referencial da avaliação de quarta geração, construtivista, responsiva, com referencial teórico da hermeneutica-dialética.

Observamos, a partir desses três estudos avaliativos citados que a característica de uma metodologia participativa tem prevalecido dentro do campo da avaliação em serviços de saúde mental. Isto é, outros agentes, além dos pesquisadores, são incluídos nas várias etapas

[27] O termo organizadores de avanço é utilizado nas avaliações e são constituídos por variáveis, objetivos, decisões, indicadores, entre outros, os quais justificam o desencadeamento dos processos avaliativos requeridos.

do processo avaliativo, sendo atuantes, inclusive no processo de tratamento e análise dos dados. O que se chama a atenção é que essa abordagem traz vantagens incontestáveis, tais como a cooperação efetiva dos grupos de interesse no processo de avaliação e nas mudanças a serem implementadas com base nos resultados. Os diversos agentes implicados no dia a dia dos serviços ao participarem efetivamente de todo o processo de avaliação passam a ser os agentes disparadores das transformações requeridas e os agentes principais na implementação dos novos planos e projetos.

Quando a abordagem metodológica preconiza um estudo de avaliação desenvolvida apenas por agentes externos ao serviço, autores referem que alguns sujeitos componentes dos grupos de interesse podem desenvolver percepções equivocadas do que seja uma avaliação, acreditando estar associada a auditorias e controles de produtividade. Assim, a avaliação se tornar um mecanismo de fiscalização e controle do desempenho pessoal dos profissionais, com poderes punitivos, afetando sua colaboração com a avaliação (ALMEIDA; ESCOREL, 2001).

Dessa forma, percebemos como é importante uma metodologia para pesquisas avaliativas em serviços de saúde mental que inclua os vários sujeitos envolvidos no trabalho do serviço avaliado. A inclusão desses agentes nas distintas etapas da pesquisa proporciona a concreta cooperação dos grupos de interesse na avaliação, os quais visualizam, na prática e pragmaticamente, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade da assistência prestada.

Se, por um lado, vemos, como apontam Almeida e Escorel (2001), a existência de muitos dilemas na constituição de pesquisas avaliativas no campo da saúde mental, por outro, vislumbramos uma potencialidade de soluções possíveis a determinados impasses, os quais pudemos discutir ao longo deste trabalho. Se existem dificuldades, tais como obstáculos impostos por determinados grupos de interesse, como os gestores e a ausência de modelo teórico definido que contemple a novidade do paradigma da atenção psicossocial e confira uma coerência teórica transdisciplinar às ações de saúde nos serviços, existe, em outro sentido, uma potencialidade nos novos modelos teóricos avaliativos de serviços de saúde que surgem como alternativas aos tradicionais, que podem sinalizar para novas práticas bem sucedidas em avaliação.

O campo da saúde mental e o novo paradigma assistencial da atenção psicossocial requerem novas metodologias de avaliação, mesmo porque o sofrimento psíquico e suas formas de cuidado trazem especificidades de ordem subjetiva e social que exigem estudos avaliativos diferenciados. Aponta-se nas novas pesquisas o questionamento sobre as formas tradicionais no sentido de que ao serem realizadas, exclusivamente, por agentes externos

apresentam dificuldades de implementação de mudanças e de absorção de novas concepções de projetos, pois excluem aqueles que, concretamente, constituem os agentes executivos dos programas, assim como, na busca por objetividade, os estudos tradicionais acabam por se transformar em sinônimos de metodologias quantitativas e deixam de lado fatores cruciais da realidade dos serviços de saúde mental.

Essas novas concepções têm se esforçado para mostrar é que as metodologias participativas, mesmo que somadas a outras mais tradicionais, têm possibilitado a superação de muitos impasses que se colocam face aos processos avaliativos e têm se mostrado pertinentes aos serviços substitutivos e extra-hospitalares que, ao preconizarem sua forma de atenção no modelo da atenção psicossocial, já incorporam o funcionamento e desenvolvimento de estratégias produzidas coletivamente.

Nesse sentido, apontamos neste trabalho a necessidade, frente aos impasses e dificuldades apresentados pelos serviços extra-hospitalares de saúde mental que estudamos, de se desenvolver uma pesquisa avaliativa que contemple as demandas apresentadas pelos diversos agentes imbricados, principalmente, os usuários, familiares e profissionais, e que possa propor transformações na assistência prestada na perspectiva de se buscar a melhor implementação do modelo da atenção psicossocial.

Entendemos que a melhor metodologia a ser adotada, a exemplo dos estudos trazidos e refletidos por nós, é aquela que inclui os grupos de interesse e apresente um processo participativo e construtivista do conhecimento, das análises produzidas e das proposições de mudanças.

Acreditamos, ainda, que essa deva ser uma tarefa primordial não só dos gerentes e dos órgãos gestores, mas, igualmente, das instituições acadêmicas científicas cujo cabedal de conhecimentos produzidos apresenta-se como indispensável à condução e coordenação de um processo de avaliação.

Considerações finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos anos 2000, na condição de trabalhadora de uma unidade de internação hospitalar psiquiátrica de crise, pudemos presenciar uma importante mudança no fluxo de internações psiquiátricas nessa unidade. Até o final da década de 90 do século XX a unidade trabalhava com uma lotação de aproximadamente a metade do número de leitos disponibilizados; além disso, o período de permanência do usuário em internação integral era menor e o fluxo das altas ocorria de forma mais rápida. Entretanto, a partir do início do século XXI, o número de internações aumentou de maneira que a unidade tem trabalhado com lotação máxima o tempo todo e recebe informações diárias dos centros de regulação de vagas sobre uma constante fila de espera de usuários aguardando vaga para internação. Outra observação é que o período de internação tem se estendido de aproximadamente quinze dias, em muitos casos, para até meses e o fluxo de altas tem apresentado algumas dificuldades, dentre as quais uma, muito importante, diz respeito à falta de suporte e vinculação do tratamento extra-hospitalar. Essa observação vem descrita nas fichas de internação como causa principal e motivadora do encaminhamento para o tratamento hospitalar de um número significativo de usuários.

Obviamente há problemas de ordem externa à rede de serviços de saúde mental tais como o crescimento da população urbana do município e região, aumento das camadas da população que integram grupos em estado de vulnerabilidade e exclusão social, além de crises constantes sócio-políticas e econômicas. Porém, a organização dos serviços comunitários de saúde mental, a disponibilização de determinadas e restritas ações de saúde, os problemas da organização em rede dos serviços têm se colocado como fundamentais para esse estado de coisas. E, desolados, assistimos a uma realidade que, ao invés de substituir gradualmente, mas de forma crescente tem aumentado o número de internações, assim como as dificuldades com relação ao fluxo das altas e o período em que os usuários permanecem em regime hospitalar.

Recentemente, nos aproximamos dos problemas apresentados por alguns serviços extra-hospitalares de saúde mental do município na condição de trabalhadora de um serviço e não apenas como pesquisadora. A partir de quatro casos de usuários que vinham apresentando dificuldades acentuadas para vincularem-se aos serviços de saúde mental de sua região e reinternando-se com frequência, vimos pelos seus próprios relatos, que não frequentavam os serviços porque, segundo eles, nada havia ali que os interessassem. Alegavam que as atividades propostas nos serviços não eram de seu agrado e, assim, não viam sentido em

realizá-las, o que fazia com que frequentassem os serviços somente para a consulta com o psiquiatra e para pegar a medicação. A partir de um trabalho de acompanhamento terapêutico realizado por nós em parceria com a assistente social da unidade começamos a freqüentar os serviços extra-hospitalares com os usuários e lá juntamente com a equipe do serviço fomos descobrindo algumas possibilidades para vinculá-los ao tratamento extra-hospitalar, aproveitando a inauguração de novas atividades descobertas em comum com a equipe, as quais começaram a fazer sentido para eles. Os usuários não voltaram a internação.

Outra dificuldade observada por nós como trabalhadora da rede de saúde mental e não apenas como pesquisadora deu-se a partir das reuniões dos serviços de saúde mental do município, as quais são frequentadas também por profissionais das unidades psiquiátricas hospitalares. Essas unidades, embora pertençam à esfera estadual do Sistema Único de Saúde, ainda desempenham papel fundamental nos tratamentos disponibilizados no município. Nessas reuniões semanais, são discutidos os casos de cada serviço, referentes aos usuários que se encontram internados nas unidades hospitalares, com a finalidade de potencializar as possibilidades de cuidado em cada um desses casos, tentando garantir efetivamente uma melhoria na qualidade da assistência prestada. Entretanto, na prática, o que se observa é uma discussão vazia na qual apenas registram-se o ingresso e o prognóstico para a alta e o tratamento medicamentoso efetuado, sem que sejam abordados, de forma mais profunda, os aspectos complexos e psicossociais envolvidos. Mesmo quando se tenta abordá-los, propondo estratégias em determinados casos, deparamo-nos com inúmeras dificuldades levantadas pelos representantes dos serviços extra-hospitalares, de forma que as propostas sugeridas de ampliação do cuidado e da disponibilização de um modo de atenção mais integral ao nível da dimensão comunitária, vão sendo inviabilizadas.

Uma terceira observação é que há um predomínio de uma compreensão, nas orientações das políticas de saúde e saúde mental, que incentiva o aumento dos leitos hospitalares, nunca vemos uma proposta de aumento de frentes de intervenção ao nível do campo psicossocial ou de fortalecimento e reorganização dos serviços extra-hospitalares para a ampliação das possibilidades de enfrentamento dos problemas apresentados frente à complexidade que envolve a vida dos portadores de sofrimento psíquico. Tampouco vemos proposta que contemple a abertura de serviços para abastecer com maior equidade as regiões da cidade no que diz respeito a disponibilização de serviços de saúde mental.

Como pesquisadora na área pudemos aprofundar nossa visão sobre essa problemática e, portanto, desenvolver o presente estudo.

Por meio da análise dos dados coletados, observamos que os problemas apontados por nós podiam ser abordados e concentrados segundo alguns eixos temáticos, a saber: organização do trabalho, organização dos serviços e reabilitação psicossocial.

Na parte em que discutimos a organização do trabalho nos serviços pesquisados, nos deparamos com algumas tendências e especificidades que marcavam a forma como era realizado o trabalho dos profissionais. Uma dessas especificidades é a extrema tecnificação do trabalho, fato apreendido inicialmente pela percepção concentrada dos profissionais sobre o núcleo de competência de suas profissões representado pelo conjunto de conhecimentos e técnicas que demarcam um determinado campo profissional como específico e que fornecem as particularidades que conformam a identidade de um determinado profissional. Esse núcleo de competência contém essencialmente um conjunto de técnicas apreendidas como procedimentos constantes de intervenção frente a determinados eventos previamente estudados e classificados segundo critérios pré-estabelecidos. Nota-se que há certo "fechamento" dos profissionais em relação à aplicação de técnicas que demarcam sua especificidade profissional, o que faz com que, muitas vezes, desconheçam ou desprezem situações que a realidade empírica apresenta a todo momento, e diante das quais essas técnicas se mostram insuficientes para uma resposta efetiva.

É claro que em nenhum momento se propôs, com base nos textos que ilustraram nosso estudo e tampouco por meio de nossas próprias posições, o abandono da técnica. A instrumentalidade e os saberes que fundamentam as tecnologias são essenciais para a formação de um campo seguro no qual um determinado saber fazer pode ser realizado com sucesso e segurança para aqueles que dele dependem. Contudo, o fechamento na aplicação acrítica de técnicas imutáveis ocasiona perigosas consequências, podendo levar à situação da técnica passar a servir a si mesma e não ao homem. A técnica deve servir, incondicionalmente, à vida humana e deve se transformar (a técnica poder ser mudada ou novas técnicas podem ser inventadas) na medida em que esta impor novas necessidades.

Se o trabalho fecha-se em um processo de alta tecnificação, as ações são desempenhadas sem considerar as novas demandas que as transformações da vida social e coletiva dos homens inauguram, de tal forma que, em certo momento, o homem passa a se adaptar à aplicação metódica da técnica ao invés desta se adaptar às necessidades humanas.

O acontecimento mais temeroso que pode advir da extrema tecnificação da esfera do trabalho e da vida humana é quando o homem passa a se autocompreender segundo um ponto de vista técnico e não político. A percepção da mundanidade passa a se dar segundo um referencial técnico e não com base em sistema referencial comunicativo e intersubjetivo que

intermedeia as ações sociais e cotidianas dos homens. Em um mundo cujas ações são totalmente tecnificadas, as condutas passam a ser definidas e consideradas como regularidades padronizadas, autolegitimáveis e autoreproduziveis, sem a determinação da esfera da interação humana que elabora os consensos éticos e viabiliza as transformações do e no mundo da vida.

Na área da saúde a extrema tecnificação das ações terapêuticas vai cristalizando determinadas intervenções que por serem extremamente técnicas, não são questionadas quanto à aplicabilidade universal sob quaisquer circunstâncias que se apresentem sob classificações previamente dadas. Se não forem consideradas as manifestações importantes da vida e as necessidades dos usuários, a técnica sozinha não apresenta uma totalidade de respostas sobre o problema e sobre a complexidade que as dificuldades psicossociais vão impondo como desafios a serem enfrentados.

Outra consequência da tecnificação do trabalho em saúde mental é o fato das ações terapêuticas privilegiarem o campo do biológico cuja base epistemológica e prática se norteia inteiramente segundo critérios técnicos, e desprestigiarem ações psicossociais, as quais não possuem exatamente critérios técnicos definidos, dependendo mais da capacidade de inovação e invenção de possibilidades que respondam ao ineditismo das transformações cotidianas da vida. Acresce-se que o trabalho instrumentalizado e tecnificado ao compreender as condutas como regularidades técnicas padronizadas objetifica o sujeito com base na visão unidimensional do ser doente, da patologia e da colonização da terapêutica sob o único enfoque da dimensão reducionista e ideologizada da cura.

Acompanhando a tendência da extrema tecnificação do trabalho nos serviços, nosso olhar crítico sobre a forma como ele se organiza nesses locais captou sua tendência em ocorrer de forma medicocentrada. A prática médico-psiquiátrica ocupa a centralidade das ações de saúde disponibilizadas remetendo para a periferia as outras práticas profissionais de cunho terapêutico, mas não médicas, de tal forma que as intervenções profissionais do médico psiquiatra são consideradas como absolutamente imprescindíveis, enquanto que as outras funcionam apenas como suporte a elas, podendo ser, inclusive, dispensadas sob determinados aspectos, ou substituídas por outras.

Em contrapartida, os outros profissionais tomam emprestado do profissional médico sua tecnologia e a reproduzem no núcleo de suas próprias ações profissionais na esperança de sorverem do prestígio a ele dispensado e, assim, se demitem de se autosubjetivarem, de criarem suas próprias identidades e colaborarem para ações integralizadas de saúde nos serviços.

A decorrência mais imediata dessa situação é o fato do trabalho e as ações de saúde se concentrarem tendo, como foco principal, a doença, a qual, é considerada aqui, não como resultado de determinadas noções intersubjetiva e lingüisticamente construídas por pares de uma comunidade científica, mas como representação imediata de fatos dados aprioristicamente na natureza, apartada de qualquer dimensão histórica e cultural. Dessa forma, a prática médica ao representar uma intervenção que parte de um conhecimento e uma verdade universal e inquestionável sobre toda uma natureza humana que, mesmo idealizada, leva à crença generalizada de que sua necessidade é absoluta. Além disso, notamos que se a ciência médica, sob quaisquer aspectos, momentos históricos e quaisquer lugares, responde a eventos que possuem uma essencialidade universal, acredita-se que a prática derivada dessa ciência tenha uma eficiência absoluta sobre todas as condições que o homem pode ser acometido.

Assim, uma certa descaracterização no que diz respeito aos objetivos e modos de atenção preconizados pela reforma psiquiátrica vai se tornando presente nos serviços e mais do que isso, formas superadas de abordagem em psiquiatria retomam lugar e prestígio nas concepções e práticas terapêuticas contemporâneas nos serviços, os quais deveriam justamente substituir tais modelos que historicamente cederam lugar a outros mais humanizados e democráticos na forma de tratar o portador de sofrimento psíquico. A doença volta, então, a ser o enfoque central das ações de saúde, deixando, em segundo plano, o sujeito e seu sofrimento, contrariando o preconizado pelos movimentos de desinstitucionalização em psiquiatria.

Os profissionais passam a referenciar o seu trabalho nos diagnósticos médicos, suas ações visam à remissão sintomatológica e os procedimentos resumem-se a copiar a tecnologia médica de uma clínica centrada em si mesma. Além disso, ações segundo o modelo da atenção psicossocial ficam relegadas e condicionadas não a necessidades, mas a possibilidades.

A todos os problemas apontados soma-se um processo de precarização das relações de trabalho nos serviços pesquisados. Os profissionais trabalham em situações permeadas por adversidades, carecimentos e miserabilidades. Nos serviços faltam materiais de toda a espécie, recursos para a realização de determinados procedimentos e intervenções; há uma permanente carência de recursos que precariza as ações de trabalho e impede a realização de uma clínica mais ampliada.

Os espaços físicos são precários, não consideram a privacidade dos usuários em seus atendimentos terapêuticos, tampouco os aspectos subjetivos e simbólicos na constituição de

ambientes terapêuticos e denunciam elementos característicos de instituições marcadas pela decrepitude refletida no mobiliário pesado e nas paredes nuas de qualquer pessoalidade presente.

Os profissionais são expostos a uma constante sobrecarga de trabalho atendendo a uma expectativa quantitativa e não qualitativa dos atendimentos terapêuticos disponibilizados. Há ainda carência permanente de recursos humanos devido à alta rotatividade dos profissionais, sobrecarregando os que permanecem.

Não dispõem de qualquer forma de suporte para seu desempenho profissional tais como supervisão ou atendimentos de apoio, entre outros. Há também dificuldades no suprimento das equipes quanto a recursos humanos e financeiros para o fortalecimento dos serviços e ações psicossociais.

Em síntese, observamos que os profissionais dos serviços extra-hospitalares de saúde mental encontram-se sob condição de precarização das relações de trabalho o que interfere, sem dúvida, na qualidade da assistência prestada.

Para pensar em possíveis soluções, é necessário refletir sobre alternativas pelas quais a dimensão política das existências humanas possa ser retomada. Os sujeitos membros das equipes profissionais, precisam se organizar coletivamente de forma a garantir um gerenciamento democrático que vislumbre além das necessidades de saúde apresentadas pelos usuários, a dimensão do trabalho prazeroso e criativo, os interesses e desejos dos trabalhadores, de forma que todas essas dimensões possam ser pactuadas no cotidiano das decisões nos serviços.

O segundo eixo temático que organiza a análise dos dados é descrito como a organização dos serviços envolvendo os subitens projeto terapêutico, organização das equipes e ações terapêuticas.

No que diz respeito ao projeto terapêutico percebemos que os profissionais não têm exercido a tarefa de elaboração, construção e gerência destes projetos terapêuticos. Considerando o projeto terapêutico como uma instância que instaura uma espécie de consenso normativo construído em situação de diálogo entre a equipe do serviço, percebe-se que os reflexos de tendências culturais presentes em toda a sociedade influenciam o exercício cidadão dos profissionais representado pelo encontro dialógico e democrático com o objetivo de elaborar o projeto terapêutico que impulsionará as ações de saúde disponibilizadas aos usuários.

Essas manifestações culturais são representadas pela tendência da sociedade capitalista globalizada de substituir a função política dos homens de tomarem decisões relacionadas ao

mundo da vida e gerirem o destino coletivo da sociedade em que vivem pela orientação puramente técnica das decisões fechadas e monopolizadas pelo Estado e por corporações capitalistas globais. Diante de uma massa da população despolitizada e destituída de sua função de interagir para constituir consensos éticos orientadores da ação social, o sujeito passa a ser descartável. O que se percebe, portanto, é que cada vez mais os sujeitos se eximem da tarefa de decidirem em coletividade os destinos políticos e elaborarem projetos de ação sociais. Os profissionais acabam substituindo a ação de elaboração dos projetos terapêuticos por uma aplicação mecânica de técnicas pré-estabelecidas constituintes de suas especialidades ou por um rol de atividades estabelecidas pelos órgãos gestores, locais ou federais.

Além disso, percebe-se que se há indícios de projeto terapêutico nos serviços, nos quais há dois modelos de cuidado influenciando a criação de ações de saúde pelos profissionais - o modelo centrado na dimensão médico-biológica e o de atenção psicossocial. Vemos que esses dois paradigmas mesclam-se na organização cotidiana das ações terapêuticas disponibilizadas nos serviços e às vezes mesclam-se também nas ações de um mesmo profissional.

Em sentido complementar as equipes se organizam multidisciplinarmente, fracionando a atenção em várias ações técnicas referentes à formação de cada especialidade profissional, o que reflete na pouca interação em um projeto consensual e interdisciplinar no qual todos os saberes cooperem para a criação de um determinado conjunto de conhecimentos ampliados e que interseccionam vários saberes e práticas. Há relatos que mencionam a existência de categorias profissionais resistentes às ações inter ou transdisciplinares, as quais expressam pouco entendimento do que seria uma constituição inter ou transdisciplinar e ao mesmo tempo são movidas por manifestações corporativistas colocando obstáculos a uma organização de equipe mais integralizada.

Da mesma forma que as equipes apresentam dificuldades para elaborarem projetos terapêuticos que correspondam mais integralmente às necessidades dos usuários, os profissionais permanecem organizados segundo uma forma fragmentada, realizando ações terapêuticas seccionadas e concluídas em compartimentos técnicos, fundadores de cada especialidade. Nota-se que as equipes têm desenvolvido várias atividades terapêuticas que muitas vezes não consideram o objetivo preconizado pelo paradigma da atenção psicossocial, segundo o qual as atividades devem visar a constante atribuição de sentido, de constituidoras de subjetividades, ressignificadoras de projetos de vida e não visem o entretenimento.

Nesse aspecto ressaltamos a importância da dimensão do cotidiano e mundanidade como esferas de intervenção, invenção e criação constantes dentro dos trabalhos terapêuticos,

bem como a relevância das atividades como fator estruturante sobre o ser e pertencente à dimensão da condição humana no mundo, expressando e viabilizando aquilo que condiciona existencialmente o ser humano em sua singularidade e pluralidade ao mesmo tempo.

Por fim, evidenciamos que, segundo a mesma perspectiva das tendências demonstradas nos serviços de uma organização do trabalho centrado na ação médico-clínica e secundarização das outras práticas terapêuticas não médicas, observamos que ações de reabilitação psicossocial são praticamente ausentes nos serviços. As ações de saúde voltam-se muito para a inclusão do usuário no próprio serviço, mas não na sociedade. As atividades desenvolvem-se principalmente nos espaços internos, com pouca ou nenhuma exploração do território, daquilo que há de possibilidades de expressão e inclusão. Os profissionais apresentam concepções obsoletas sobre a reabilitação tais como formas de busca de normalidades produtivas, de aquisição de habilidades sociais para condutas uniformes e hegemônicas e encaram tal função como totalmente apartada do exercício da clínica.

Dessa forma, a reabilitação psicossocial nos serviços é quase inexistente sendo sempre remetida, de forma idealizada, a sua realização a outros espaços que não o do serviço ou a outros profissionais que teriam como especialidade o seu desenvolvimento. Não é vista, porém, como função dos profissionais do serviço.

Nessa perspectiva, apontamos a necessidade premente de reunir nas esferas dos projetos e ações de saúde dos serviços os tratamentos clínicos e a reabilitação psicossocial, mesmo que tenhamos que promover uma transformação nas concepções e práticas clínicas e nas concepções e práticas de reabilitação psicossocial. Acreditamos que para se contemplar um projeto que vise a resolubilidade dessa problemática apontada se faz necessário a organização de uma pesquisa ou processo avaliativo cuja proposta seria reestruturar o trabalho, as equipes e as ações de saúde nos serviços, além de maximizar a melhoria da qualidade da assistência prestada. Sinalizamos ainda para a importância de um referencial metodológico participativo na realização das etapas do estudo avaliativo visando o empoderamento dos agentes envolvidos, a potencialização das transformações necessárias, maximizando resultados e a melhoria da qualidade da assistência.

A escolha de nosso referencial metodológico baseou-se na relevância central observada durante o percurso efetuado em todo o estudo. A abordagem qualitativa e as técnicas de coletas dos dados constituíram-se em verdadeiras potências na nossa tarefa de construção participativa do conhecimento. Percebemos que as entrevistas já haviam nos fornecido rico material de análise, porém entendemos que a aplicação de grupos focais seria de extrema relevância para efetivarmos, de fato, nossa intenção de construir um conhecimento

com base em uma metodologia que favorecesse, efetivamente, a participação dos sujeitos e o diálogo fornecendo as bases do debate crítico fundador de novas noções.

A análise dos grupos focais nos revelou mais uma vez a centralidade e liderança dos profissionais médicos com relação às iniciativas realizadas nos serviços, evidenciando que neles existem, mesclados, dois modelos que orientam as concepções e as práticas dos profissionais - o modelo medicocentrado com todas as suas manifestações e aspectos e o de atenção psicossocial. A coexistência de ambos representa um tensionamento constante nas práticas dos serviços e denota as confusões paradigmáticas apresentadas pelos profissionais na forma de conceberem ações importantes e definidoras da filosofia de trabalho dos serviços.

A realização dos grupos focais enriqueceu os dados já existentes, assim como nos forneceu, por meio dos debates grupais, dados importantes e definidores de algumas concepções que fundamentam as práticas por nós observadas como tendências predominantes nos serviços. Entretanto, forneceu, igualmente, possibilidades para os profissionais iniciem um processo de debate interno sobre problemas com os quais se deparam cotidianamente, e também para que demonstrem interesse em aprofundar discussões relativas ao distanciamento que tomaram, recentemente, do modelo da atenção psicossocial. Isso pode abrir possibilidades no sentido encontrarem formas efetivas de retomar ações no campo do cuidado mais integral e ampliado vislumbrando a complexidade psicossocial presente na vida dos portadores de sofrimento psíquico.

Ao longo de todo o trabalho ressaltamos uma visão crítica que aponta constantemente para a dimensão política como condicionante básico para a existência da vida humana no mundo. Essa dimensão política se refere à atuação coletiva dos homens na construção e reconstrução permanente do ambiente em que vivem e na consolidação de consensos éticos balizadores da vida intersubjetiva e social. A ação política corresponde à condição humana da pluralidade, na qual os homens viabilizam sua existência no planeta e realizam a possibilidade de habitar o mundo; na construção e manutenção do espaço público, no qual os diversos temas que interessam à humanidade e que requerem escolhas, não podem encontrar definição no campo das certezas dadas, mas somente pela via do debate público. Essa concepção abriga, sem dúvida, uma posição interessada de nossa parte e o nosso interesse é a construção de comunidades humanas includentes, cujos membros se orgulhem em conviver com o estrangeiro ou o diferente. Cremos que isso só será possível com a consolidação de uma sociedade verdadeiramente democrática. Entretanto, a democracia não é consolidada somente ao nível da ação política institucionalizada e centralizada nas esferas privadas do poder, mas sim nos espaços ou situações específicas, sob as quais homens e mulheres se encontram e

tentam resolver problemas com base em determinados objetivos comuns. Esses espaços ou situações são os conselhos, os grupos de trabalho de toda natureza, organizações sociais e culturais, grupos sociais, enfim homens e mulheres organizados em coletivos para entendimento mútuo sobre alguma ação social. Nessa perspectiva entendemos as equipes dos serviços extra-hospitalares de saúde mental como um desses coletivos.

Alertamos, portanto, mais uma vez para a necessidade de se recriar, nos serviços de saúde mental cujo objetivo seja o de consolidar a atenção psicossocial, mecanismos pelos quais os profissionais, usuários e todos os agentes envolvidos possam posicionar-se enquanto agentes e sujeitos que elaboram, criam e gerem o seu projeto terapêutico. As ações terapêuticas e as ações integrais devem abraçar a complexidade dos problemas e, sobretudo, esses profissionais devem retomar sua capacidade de agir politicamente ao sobrepor os consensos éticos, comunicativa e dialogicamente construídos à aplicação das técnicas e tecnologias necessárias ao cuidado, tratamento e reabilitação dos portadores de sofrimento psíquico sempre com o olhar estendido para o fora, para a vida cidadã e democrática dos seres humanos.

Referências

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.; OLIVER, F.C. Abordagens comunitárias e territoriais em reabilitação de pessoas com deficiências: fundamentos para a terapia ocupacional. In: DE CARLO, M.M.P.; BARTALOTTI, C.C. (Orgs). **Terapia ocupacional no Brasil**: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus, 2001, cap. 4. p.19-40.

ALMEIDA, P.F.; ESCOREL, S. de. Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. In: **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v.25, n.58, maio/ago, 2001. p.35-47.

ALVERGA, A. R de.; DIMENSTEIN, M. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In; AMARANTE, P. (Coord) **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau, 2005. cap. 2. p.45-66.

AMARANTE, P. (org) **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995. 143p.

_____. **O Homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 142p.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 120p.

AMARANTE, P.; CARVALHO, A. L. Avaliação de qualidade dos novos serviços de Saúde Mental: em busca de novos parâmetros. In: **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, 1996. p.74-82.

ARAGÃO, L**. Habermas:** filósofo e sociólogo do nosso tempo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2002. 220p.

ARENDT, H. **A condição humana.** 10 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, 2001. p. 63-67.

_____. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. In: **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13 n.3, set/dez, 2004. p. 16-29.

AYRES, J.R.C.M. Uma concepção hermenêutica da saúde. In: **Physis**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17 n.1, 2007. p. 43-62.

_____. Para comprender el sentido practico de lãs aciones de salut: contribuiciones de la hermenêutica filosófica. In: **Salut Coletiva**, Universidad Nacional de Lanús, Argentina, v.4, 2008. p.159-172.

BARROS, D.D. Habitar- Reabilitar...O rei está nu? **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo.** São Paulo, v.2 n. 2/3, junho/set, 1991. p. 100-104.

_____. Cidadania versus periculosidade social : a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In AMARANTE,P. (Org) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. cap. 8. p. 171- 194.

BARROS, D.D.; LOPES, R.; GALHEIGO, S. M. Novos espaços, novos sujeitos: a terapia ocupacional no trabalho territorial e comunitário. In: CAVALCANTI, A ; GALVÃO, C. (Orgs) **Terapia Ocupacional:** fundamentação & prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. cap.37. p.347-384.

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Princípios de ética biomédica**. Trad. Luciana Pudenzi. São Paulo: Loyola, 2002. 574p.

BENETTON, M.J. Terapia ocupacional e reabilitação psicossocial: uma relação possível? In PITTA, A (Org) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec,1996. cap. IV. p. 143- 149.

BERTRAND, M. O homem clivado- a crença e o imaginário. In SILVEIRA, P.; DOREY, B. **Elementos para uma teoria marxista da subjetividade**. São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais, 1989. cap. 1. p. 15- 40.

BERGER, P.; LUCKMANN, T. A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 1978. 247p.

BERTOLOTE, J.M. Em busca de uma identidade para a Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (Org) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. cap. IV. p. 155-158.

BEZERRA, B. A clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. cap. 1. p.137-142.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 452p.

BIRMAN, J. **Enfermidade e Loucura**: sobre a medicina das inter-relações. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1980. 186p.

BIRMAN,J.; COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE,P. (Org) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. cap. 2. p. 41-72.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretatia-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental:1990-2004.5. ed. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança de atenção. Relatório de gestão-2003-2006. Brasília, 2007.

CAMPOS, G.W.S. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S. (org) **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos editorial, 1997, p. 113-141.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. In: **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.5, n.2, 2000a, p. 219-230.

_____. **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: Hucitec, 2000b.

CAPSUL. **Avaliação dos CAPS da região sul do Brasil: relatório**/ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPQ, Ministério da Saúde; coordenação Luciene Prado Kantorski. Pelotas, 2007. 437p.

CASTRO, E.D.; LIMA, E.M.F.A. ; BRUNELLO, M.I.B. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: DE CARLO, M.M.P.; BARTALOTTI, C.C (Orgs). **Terapia ocupacional no Brasil**: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus, 2001, cap. 2. p.41-59.

CEZARINO, A C. Uma experiência de saúde mental na prefeitura de São Paulo. In: LANCETTI, A (Org) **Saúde loucura 1**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 3-32.

CHAUÍ, M. **Introdução à história da filosofia**: dos pré-socráticos a Aristóteles, volume 1. São Paulo: Companhia das letras, 2002. 539p.

CHIZZOTTI, A **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 2003. 164p.

CORDONI Jr, L. Política de saúde nos anos 90: considerações sobre o artigo "Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas". . **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.306-313, 2001.

COSTA, A.A Gênero, poder e empoderamento das mulheres. In: **Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher**. Bahia: NEIM/UFBA, 2000.

COSTA, J.F. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1983. 282p.

_____. **O vestígio e a aura**: corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. 244p.

COSTA-ROSA, A O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org) **Ensaios, subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, cap. 8, p. 141-168.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 167p.

_____. Psiquiatría y evidencia: los limites da la función del clínico. In: BACA, E.; LÁZARO, J. (Eds.) **Hechos y valores em psiquiatría**. Madrid: Triacastela, 2003. cap. 11. p.215-230.

FERREIRA, A.B.de H. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975. 1499 p.

FIORATI, R.C. **Acompanhamento Terapêutico**: uma estratégia terapêutica em uma unidade de internação psiquiátrica. 2006. 150p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006.

FOUCAULT, M. **Nascimento da clínica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FRANCO, T.B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E.E. et al (Orgs). **O trabalho em saúde**: olhando e exeperenciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. cap. 6. p.161-198.

GATTI, B.A **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005. 77p.

GOLDBERG, J. Clínica da psicose: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Baságlia, 1994. 168p.

GOROSTIZA, P.R.; ALTABLE, C. R.; Reflexión y reconstrución del hecho psicopatológico. In: : BACA, E.; LÁZARO, J. (eds) **Hechos y valores en psiquiatria**. Madrid: Triacastela, 2003. cap. 10. p. 197-214.

GOULART, F.A Esculpindo o SUS a golpes de portaria: considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.6, n.2, 2001. p.292-318.

HABERMAS, J. **Mudança estrutural da esfera pública:** investigações quanto a uma categoria de sociedade burguesa. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984. 393p.

_____. **Técnica e ciência como ideologia**. Lisboa: Edições 70, 1987. 147p.

_____. **Teoría de la acción comunicativa**. Madrid: Taurus, 1988. 517p

_____. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989. 236p.

_____. **Pensamento pós-metafífico**: estudos filosóficos. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990. 271p.

_____. **O discurso filosófico da modernidade**: doze lições. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 12ed. Petrópolis: Editora Vozes/Bragança Paulista, SP: Universidade São Francisco, 2002. 325p.

HIRDES, **A Reabilitação psicossocial**: dimensões teórico-práticas do processo. Rio Grande do Sul: EdiFAPES, 2001. 208p.

HOROCHOVSKI, R.R.; MEIRELLES, G. Problematizando o conceito de empoderamento. In: II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia, 2007, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. **Anais**. Florianópolis: UFSC, 2007. p.485-505.

IRIBARRY, N.I. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicativos ao trabalho de equipe. In: **Psicologia, Reflexão e Crítica**, v.16, n.3, 2003, p.483-490.

JAPIASSU, H.; MARCONDES, D Dicionário básico de filosofia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006. 309p.

JAPIASSU, H. **O sonho transdisciplinar e as razões da filosofia**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. 337p.

KINOSHITA, R.T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A (Org) **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996. cap. II. p. 55-59.

KUHN, T. S. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva, 2007. 260p.

LANCETTI,A Prevenção, preservação e progresso em Saúde Mental. In: LANCETTI, A (Org) **Saúde loucura 1**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 75- 90.

LANCMAN, S. Construção de novas teorias e práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. In: LANCAMAN, S. (Org). **Saúde, trabalho e terapia ocupacional**. São Paulo: Roca, 2004.

_____. Psicodinâmica do trabalho. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (Orgs) **Terapia ocupacional:** fundamentação & prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. cap28. p.271-277.

LEÃO, A **As práticas de inclusão social**: o desafio para os serviços de saúde mental. 2006. 189 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

LEÃO, A ; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.17, n.1, 2008. p. 95-106.

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.159p.

LEVICOVITZ, E. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.6, n.2, 2001. p. 269-291.

LUZ, M.T. História de uma marginalização: a política oficial de saúde mental, ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: AMARANTE, P. (Org) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. cap. 4. p. 85-96.

MANGIA, E.F.; NICÁCIO, F. Terapia ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: CARLO, M.; BERTALOTTI,C. (Orgs) **Terapia ocupacional no Brasil.** São Paulo: Plexus Editora, 2001. cap. 3. p. 63-80.

MAZARINA, I. As fronteiras do terapêutico na rede pública. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO INSTITUTO A CASA (Org). **Crise e Cidade**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: Hucitec, 1997. cap. 5. p. 167- 176.

MEDEIROS, M.H.R. **Terapia Ocupacional**: um enfoque epistemológico e social. São Carlos: EdUFSCar, 2003. 154p.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora, 2001. 159p.

MENDES, E.V. As políticas públicas no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonía do projeto neoliberal. In: MENDES, E.V. (Org) **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitc/ABRASCO, 1994. cap 1. p. 19-92.

MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. **Interface**: comunic, saúde, Educ, fev, 2000. p. 109-116.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E. et al (Orgs). **O trabalho em saúde**: olhando e exeperenciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.p.15-36.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1992. 269p.

_____. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.S.C. (Org). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 1994. cap. 1. p.9- 15.

OLIVEIRA, W.F. de; DORNELES, P. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida na cidade. In: AMARANTE, P. (Coord) **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**, 2. Rio de Janeiro: Nau, 2005. p.13-43.

ONOCKO-CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. In: **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.25, n.58, maio/ago, 2001. p.98-111.

ÓNOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J. P.. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, n.5, maio, 2006. p.1053-1062.

PITTA,A O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA,A (Org) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 19-26.

PEDUZZI, M. **Equipe Multiprofissional de Saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. 254f. Tese (Doutorado). Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1998.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Saúde de Ribeirão Preto-2005/2008.** Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ ssaude/16principal.php>. Acesso em 02 abril 2010.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Saúde de Ribeirão Preto-2010-2013**. Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/16principal.php>. Acesso em: 02 abril 2010.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. V.20, n.2, p. 438-446, maio/abr, 2004.

ROTELLI, F; LEONARDIS, O; MAURI, D. Desinstitucionalização: uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org) **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990. cap. 2. p. 17-60.

ROUANET, S.P. **Teoria crítica e psicanálise**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989. 377p.

SAEKI, T. **Análise da prática do enfermeiro em um hospital psiquiátrico**. 1994. 111f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1994.

SANTOS, B.S **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 176p.

_____. B.S **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. São Paulo: Boitempo, 2007. 126p.

SARACENO,B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A (Org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. cap.1. p. 13-18.

_____. A concepção da reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v.9, n.1, p. 26-m31, jan/ abr. 1998.

SARACENO,B. **Libertando identidades**. Belo Horizonte-Rio de Janeiro: Tè Corá?Instituto Franco Baságlia, 1999. 176p.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHARAIBER, L.B. (Org). **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 29-47.

SLUSKI, C.E. **A rede social na prática sistêmica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 147p.

SOARES, L.B.T. **Terapia Ocupacional**: lógica do capital ou do trabalho? São Paulo: Hucitec, 1990. 217p.

_____. A história da terapia ocupacional. In: CAVALCANTI, A; GALVÃO, C.(Orgs) **Terapia ocupacional**: fundamentação & prática. Rio de Janeiro: Guanabara, 2007. cap 1. p. 3- 9.

TANAKA, O Y; MELLO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: EDUSP, 2004. 83p.

TRIVIÑOS, A N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

VICSEK, L. A squeme for analyzing the results of focus groups. In: **International Journal of qualitative methods**. International Institute For Qualitative Methodology (HQM). University of Alberta. v.6 n.4, 2007. p. 20-33.

VÍCTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEM, M.N.A Pesquis**a qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136p.

WEBER, M. **Economia e sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 1999. 464p.

_____. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. 2 ed. rev. São Paulo: Pioneira, 2005. 257p.

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

WIGGERSHAUS, R. **A Escola de Frankfurt:** história, desenvolvimento teórico, significação política. Rio de Janeiro: DIFEL, 2006. 742p.

YASUI, S. CAPS: aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, A (Org) **Saúde Loucura 1**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 47- 60.

ZERBETTO, S.R.; ALENCASTRE, M.B.; SAEKI,T. Desinstitucionalização: a experiência do movimento de luta antimanicomial de Ribeirão Preto. In: LABATE, R.C. (org) **Caminhando para a assistência integral.** Ribeirão Preto: Scala, 1999. p 85-91.

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é REGINA CÉLIA FIORATI, sou Terapeuta Ocupacional e faço doutorado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Eu estou realizando uma pesquisa que tem por objetivos: conhecer a forma de organização dos serviços extra-hospitalares da rede pública de saúde mental do município de Ribeirão Preto e como estão constituídos seus programas terapêuticos; identificar a inserção da reabilitação psicossocial nos programas; e conhecer as concepções que os profissionais constroem sobre a reabilitação psicossocial.

Para a realização dessa pesquisa e estudar os itens propostos é necessário a realização de entrevistas com os profissionais dos serviços extra-hospitalares de saúde mental do município de Ribeirão Preto. As entrevistas são abertas e por meio de um eixo central o profissional pode discorrer sobre suas impressões e opiniões, se concordar em participar da pesquisa. O tempo da entrevista é estimado em aproximadamente de uma à duas horas.

Informo que as entrevistas serão realizadas por mim, no serviço em que trabalha, com data e horário marcados previamente com você. O conteúdo das entrevistas é de caráter confidencial, bem como as informações coletadas por meio das entrevistas serão gravadas sem que seu nome seja revelado e qualquer forma de identificação das pessoas entrevistadas será devidamente ocultado. Posso garantir que os dados serão mantidos em sigilo e somente usados para fins deste estudo.

Destaco que a participação na pesquisa não é obrigatória e mesmo aceitando em participar, você pode desistir a qualquer momento sem que haja qualquer tipo de prejuízo. Você não terá nenhuma despesa, nem receberá pagamento ou gratificação por ter concordado em fazer parte do trabalho.

Eu declaro estar ciente das informações recebidas sobre a proposta deste estudo.

Eu_____,declaro que concordo voluntariamente em participar do mesmo e das condições informadas. Li e compreendi o que consta neste documento e após assiná-lo em duas vias, ficarei com uma cópia.

_____ _____

PESQUISADORA PARTICIPANTE DA PESQUIS

PESQUISADORA: REGINA CÉLIA FIORATI- CREFITO: 1981-TO

Telefone de contato com a pesquisadora: (16) 91816474 – Ribeirão Preto- SP

Endereço: R. Silva Gusmão nº 100 –cep: 14051039

Email: reginafiorati@yahoo.com.br

APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é REGINA CÉLIA FIORATI, sou Terapeuta Ocupacional e faço doutorado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Eu estou realizando uma pesquisa que tem por objetivos: conhecer a forma de organização dos serviços extra-hospitalares da rede pública de saúde mental do município de Ribeirão Preto e como estão constituídos seus programas terapêuticos; identificar a inserção da reabilitação psicossocial nos programas; e conhecer as concepções que os profissionais constroem sobre a reabilitação psicossocial.

Para a realização da pesquisa entrevistas foram realizadas com profissionais dos serviços selecionados e que após esclarecimento do conteúdo e objetivos da pesquisa optaram livremente em participar das entrevistas.

Para prosseguimento da pesquisa identificamos que seria importante discutirmos os temas emergentes das entrevistas previamente analisadas com os profissionais que participaram das mesmas. Para tanto, propomos a realização de um grupo focal com os profissionais participantes da etapa da pesquisa correspondente às entrevistas.

Os objetivos da realização desse Grupo Focal são: discutir os temas emergentes nas entrevistas, incluir os sujeitos pesquisados no processo de produção do conhecimento, contribuir com o serviço na elaboração de propostas emergentes a partir dos temas discutidos e enriquecer e examinar a análise prévia do conteúdo das entrevistas.

O Grupo Focal será realizado no próprio serviço em data e horário propostos pelos profissionais envolvidos com duração avaliada de aproximadamente uma hora e meia.

O conteúdo das discussões no Grupo Focal é de caráter confidencial, se houver aprovação dos participantes as discussões serão gravadas, assim como qualquer forma de identificação das pessoas participantes será devidamente ocultada. Posso garantir que os dados serão mantidos em sigilo e somente usados para fins deste estudo.

Destaco que a participação na pesquisa não é obrigatória e mesmo aceitando em participar, você pode desistir a qualquer momento sem que haja qualquer tipo de prejuízo. Você não terá nenhuma despesa, nem receberá pagamento ou gratificação por ter concordado em fazer parte do trabalho.

Eu declaro estar ciente das informações recebidas sobre a proposta deste Grupo Focal.

Eu_____,declaro que concordo voluntariamente em participar do mesmo e das condições informadas. Li e compreendi o que consta neste documento e após assiná-lo em duas vias, ficarei com uma cópia.

_____ _____

PESQUISADORA PARTICIPANTE DA PESQUISA

PESQUISADORA: REGINA CÉLIA FIORATI- CREFITO: 1981-TO

Telefone de contato com a pesquisadora: (16) 91816474 – Ribeirão Preto- SP

Endereço: R. Graciliano Ramos nº 100 –cep: 1405103. Email: reginafiorati@usp.br

Anexos

ANEXOS

ANEXO I

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) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 209/2007

Ribeirão Preto, 08 de outubro de 2007

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 08 de outubro de 2007.

Protocolo: nº 0831/2007

Projeto: OS SERVIÇOS EXTRA-HOSPITALARES DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL: TRATAMENTOS E REABILITAÇÃO.

Pesquisadores: Toyoko Saeki
Regina Célia Fiorati

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 Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª Drª Toyoko Saeki
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO II

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) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 073/2009

Ribeirão Preto, 23 de abril de 2009

Prezada Senhora,

Comunicamos que as modificações do projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram analisadas e consideradas **APROVADAS,** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 116ª Reunião Ordinária, realizada em 15 de abril de 2009.

Protocolo: nº 0831/2007

Projeto: OS SERVIÇOS EXTRA-HOSPITALARES DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL: TRATAMENTOS E REABILITAÇÃO.

Pesquisadores: Toyoko Saeki
Regina Célia Fiorati

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 Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª Drª Toyoko Saeki .
Deptº de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP