UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**Saúde Mental: concepções e práticas
profissionais de um campo em tensão**

Paula Morena Souto Derenusson Silveira

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública da Universidade de
São Paulo para obtenção do título
de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Saúde,
Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Augusta
Thereza de Alvarenga

SÃO PAULO

2016

Saúde Mental: concepções e práticas profissionais de um campo em tensão

Paula Morena Souto Derenusson Silveira

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública da Universidade de
São Paulo para obtenção do título
de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Saúde,
Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Augusta
Thereza de Alvarenga

SÃO PAULO

2016

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

Catálogo da Publicação
Biblioteca/CIR: Centro de Informação e Referência em Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Souto Derenusson Silveira, Paula Morena
Saúde Mental : concepções e práticas profissionais de
um campo em tensão / Paula Morena Souto Derenusson
Silveira; orientadora Augusta Thereza de Alvarenga . --
São Paulo, 2016.
193 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo, 2016.

1. Saúde Mental. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Luta
Antimanicomial . 4. Modo Psicossocial . 5. Rede de
Atenção Psicossocial . I. Alvarenga , Augusta Thereza de,
orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Judite, à minha irmã, Morena, ao meu sobrinho, André, ao meu pai, Paulo e ao meu cunhado Eduardo, pelos afetos e pelos aprendizados em família. Obrigada por me ensinarem sempre, de diversas formas, sobre mim mesma, sobre o outro e sobre a vida.

Ao Ivo Valente e ao Elias de Souza, professores e orientadores queridos da graduação, por terem apontado o caminho da saúde mental e das políticas públicas. À Regina Camillo, à Letícia Scheidt, ao Thiago Rodrigues, à Lígia Azevedo, à Sandra Pinheiro, à Priscila Franch e à Alyne Eidt, por todo carinho e apoio. Sem o amor e a amizade de vocês, tudo teria sido menos colorido.

Às amigas e aos amigos da FSP, sempre presentes e importantes de diversas formas. Nos espaços dos coletivos, nas disciplinas, nas conversas de bar e nas nossas casas. Muito obrigada pelos encontros fundamentais para transformações, nesses últimos dois anos.

À minha orientadora, querida professora Augusta, por ser sempre tão generosa, solidária, ética e uma super mestre nos ensinamentos da vida e das ciências. Muita gratidão por ter me acolhido e me orientado!

Aos membros da banca, José Ricardo Ayres pela forma acolhedora e contribuições tão valiosas. Ao Alberto Reis pelas inquietações sobre possibilidades de caminhos das reflexões.

Às queridas Maria Helena Balthazar, Antônio Neto e Cristiane Aranda, que ajudaram tão gentilmente na tradução e revisão! Muito obrigada!

Aos professores da Faculdade de Saúde Pública, especialmente à Cristiane Cabral, pela presença, generosidade e paciência. Ao Áquilas Mendes, pela disposição ao diálogo, pelas reflexões e pelas lutas.

Aos profissionais entrevistados por aceitarem, de forma tão gentil, compartilhar suas histórias que viabilizaram a construção desse trabalho. Aos usuários dos serviços, que permitiram fazer parte de suas vidas. Nossa luta é por todos nós!

Ao Centro Nacional de Pesquisa (CNPq) pelo auxílio financeiro.

À Carmen Castelani, Ligia Mota, Vânia dos Santos e Ulysses da Silveira, profissionais da Faculdade de Saúde Pública, pela presença cotidiana fornecendo apoio e segurança nos diversos momentos.

Através da janela desenha-se no teto o reflexo do bico de gás ardendo a noite inteira na frente da prisão. De tempo em tempos ouve-se o ruído surdo de um trem que passa ao longe, ou então, bem perto, debaixo das minhas janelas, o pigarro da sentinela que, com suas botas pesadas, dá alguns passos lentos para desentorpecer as pernas. A areia estala tão desesperadamente sob esses passos que todo o vazio e a falta de perspectivas da existência ressoam na noite úmida e sombria. E aqui estou eu deitada, quieta, sozinha, enrolada nos véus negros das trevas, do tédio, da falta de liberdade, do inverno – e, apesar disso, meu coração bate com uma alegria interior desconhecida, incompreensível, como se sob um sol radiante eu estivesse atravessando um prado em flor. No escuro, sorrio à vida, como se eu conhecesse algum segredo mágico que pune todo mal e as tristes mentiras, transformando-as em luz intensa e felicidade. E, ao mesmo tempo, procuro uma razão para essa alegria, não encontro nada, e tenho que sorrir novamente – de mim mesma. Creio que o segredo não é outro senão a própria vida; a profunda escuridão noturna é bela e suave como veludo, basta saber olhar. No estalar da areia úmida sob os passos lentos e pesados da sentinela canta também uma bela, uma pequena canção da vida – basta apenas saber ouvir.

ROSA LUXEMBURGO (1917)

SILVEIRA, PMSD. Saúde Mental: concepções e práticas profissionais de um campo em tensão. [dissertação de mestrado]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP; 2016.

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica, atual política de saúde mental, redireciona os recursos da assistência psiquiátrica para o modelo de base comunitária, substituindo o modelo asilar. A abordagem proposta pela Reforma Psiquiátrica procura conjugar o esforço teórico e prático para a construção da Rede de Atenção Psicossocial. O presente trabalho objetivou desvelar concepções e práticas de trabalhadores da saúde mental, construídas na práxis de suas trajetórias profissionais e contextos de vida, em relação à incorporação do modelo de atenção psicossocial ou manutenção de princípios asilares, caracterizadores da tradicional prática profissional em saúde mental. Objetivou também identificar pontos de tensão, que caracterizam interesses de diferentes naturezas, como obstáculos e desafios à implementação da Reforma Psiquiátrica. A pesquisa, de natureza qualitativa, contou com 10 entrevistas de profissionais atuando na área, baseada na técnica de depoimento oral e em roteiro do tipo temático, sendo 3 enfermeiros, 3 psicólogos, 3 psiquiatras e 1 terapeuta ocupacional. Os relatos dos profissionais foram organizados em categorias gerais e específicas tendo em vista a interpretação das narrativas à luz da literatura especializada. Através dos discursos dos profissionais do campo da saúde mental é possível observar que um tensionamento ideológico marca fortemente o espaço da saúde. Alguns profissionais relataram a busca por construir práticas em equipe interdisciplinar, pautadas pelo modelo psicossocial; porém, referem à resistência de outros profissionais da equipe. Praticamente todos os profissionais apresentam discursos de humanização no campo da saúde mental, mas alguns não enunciam visões críticas aos modelos asilares. Alguns trabalhadores revelam a crença na possibilidade de coexistência integrada entre o Modo Asilar e Modo Psicossocial. Para estes trabalhadores de CAPS, é desejável a permanência dos hospitais psiquiátricos e é possível a humanização dos mesmos. Essa questão indica, ao que parece, que as práticas em saúde mental ainda operam sobre premissas epistemológicas diferenciando sujeitos que podem ou não circular no meio social. A existência dos hospitais psiquiátricos, considerados como instituições totais, é problematizada e questionada pela Luta Antimanicomial, indica a permanência da lógica asilar que respalda a continuidade dos hospitais, exclusivamente psiquiátricos, entre os serviços de atendimento, com o apoio de parte dos profissionais da rede de saúde mental. Concordantes com a possibilidade de coexistência do modelo asilar e modelo psicossocial, estes profissionais permitem-nos demonstrar que mesmo uma visão clínica pretensamente humanizadora, que defenda em seu discurso um tratamento digno, pode operar no modelo teórico-metodológico positivista e não está necessariamente vinculada a uma postura política de sujeitos de direitos e de cidadania. Os profissionais que apresentaram em suas narrativas a não concordância com a permanência dos hospitais psiquiátricos, defendem que as transformações sejam clínicas e políticas nos saberes e nas práticas em Saúde Mental. Estes trabalhadores já fizeram ou fazem parte de movimentos sociais, apontados como lugares de reflexão crítica sobre ideias instituídas contribuindo, ao que

parece, para o processo de desnaturalização de concepções construídas culturalmente e orientadoras de práticas profissionais. Diante de tais constatações podemos indagar e refletir se a desinstitucionalização, concreta e simbólica, encontra-se no horizonte de uma política pública de atenção em Saúde Mental que realmente tenha como projeto a sua real implementação e se a permanência dos hospitais psiquiátricos e das comunidades terapêuticas estaria descaracterizando as propostas iniciais da construção da Atenção Psicossocial, considerando os interesses privados e a manutenção da lógica asilar, contrários aos princípios do SUS.

Descritores: Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, Luta Antimanicomial, Modo Asilar, Modo Psicossocial, Rede de Atenção Psicossocial, Desinstitucionalização.

SILVEIRA, PMSD. Mental health: conceptions and professional practices of a field in tension. São Paulo. [Master Dissertation]. Faculdade de Saúde Pública, USP, 2016.

ABSTRACT

The Psychiatric Reform, current mental health policy, redirect the resources from psychiatric assistance to the community-based model, replacing the shelter model. The approach proposed by th Psychiatric Reform seeks to combine the theoretical and practical effort to construct the Psychosocial Attention Web. This work aimed to unveil concepts and practices of mental health workers built during their professional careers and life contexts, regarding the incorporation of the psychosocial care model or maintenance of asylums principles, which characterize the professional practice in mental health. It also aimed to identify points of tension that characterize interests of different natures, such as obstacles and challenges to the implementation of the psychiatric reform in the Brazilian context and in particular in the context of greater São Paulo, in which the survey was conducted. The qualitative research included ten interviews, based on oral testimony technique and theme type script, of which three were professional nurses, three psychologists, three psychiatrists and one occupational therapist. The professional reports were organized into general and specific categories, in view of the interpretation of the narratives in the light of the literature. Using the speech of mental health professionals, it is possible to see that an ideological tension is present at the health production space. Some professionals report the quest for constructing multidisciplinary team practices, guided by the psychosocial model; but they refer to the resistance of other professionals of the team. Practically all the professionals present speeches of humanization of the mental health practice camp, but some of them don't enunciate critics to the shelter model. Some professionals reveal the belief on the possibility of integrated coexistence between the Shelter Mode and Psychosocial Mode. For these professionals from Psychosocial Attention Centres (CAPS), it is desirable the psychiatric hospitals existence and it is possible the humanization of these hospitals. This issue indicates, as it looks, that the practices at mental health still operate over epistemological premises differing subjects that can or cannot circulate at social enviroment. The existence of psychiatric hospitals, considered as total institutions, is problematized and questioned by the Anti-Asylum Fight, indicates the permanence of the asylum logic that endorse the permanence of the hospitals, exclusively psychiatric, among the health attention services, with part of the mental health professionals support. Agreeing with the coexistence possibility of the shelter model and the psychosocial model, these professionals allow us demonstrate that even a clinical vision supposedly humanizing, that defends in its course a worthy treatment, it can operate at the theoretical-methodological positive model and it is not necessarily attached to a political stance of right and citizenship subjects. The professionals that showed the disagreement with the permanence of the psychiatric hospitals in their speeches defend that the transformations need to be clinical and political at the knowledge and the practices in Mental Health. These workers were and are part of social movements, appointed as critical reflection places about institutionalized ideas

contributing, as it looks, to the denaturalization process of conceptions culturally constructed and that orientate the professionals practices. Given these findings we can ask and think if the concrete and symbolic deinstitutionalization is at the horizon of a public policy of Mental Health Attention that really have its real implementation as project and if the permanence of the psychiatric hospitals and therapeutic communities would be decharacterizing the initial proposal of the Psychosocial Attention construction, considering the private interests and the maintenance of the asylum logic, against the SUS principles.

Keywords: Mental Health, Psychiatric Reform, Anti-Asylum Movement, Asylum Mode, Psychosocial Mode, Psychosocial Care Network, Institutionalization.

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

MEU INTERESSE PELO TEMA	10
I. INTRODUÇÃO	12
1. A Saúde Mental e a questão do cuidado como problema social de Saúde Pública	12
1.1 A trajetória da Saúde Mental rumo à Reforma Psiquiátrica.....	12
1.2 O cuidado no campo da Saúde Mental e seus desafios como conhecimento e prática na sociedade contemporânea.....	21
2. A Reforma Psiquiátrica no contexto da Reforma Sanitária Brasileira e contribuições para novas práticas em Saúde Mental.....	28
2.1 Movimento da Reforma Psiquiátrica no contexto da Reforma Sanitária Brasileira.....	29
2.2 Saberes e tensões entre o modelo biomédico de assistência e a proposta psicossocial do cuidado em Saúde Mental	36
II. PRESSUPOSTO E OBJETIVOS	46
III. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	47
1. Natureza da pesquisa	47
2. Sujeitos da pesquisa	48
3. Trabalho de campo	49
4. Tratamento e interpretação dos discursos.....	51
5. Aspectos éticos.....	53
IV. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RELATOS	54
1. Sobre os sujeitos da pesquisa, características e trajetórias profissionais.....	54

1.1. Interesse pela Saúde Mental e Trajetórias de Vida Profissional: Buscas e Encontros.....	54
1.2. Princípios norteadores do cuidado nas práticas profissionais.....	63
1.3. Identidades profissionais em saúde mental	75
1.4. Vivências e trajetórias no mundo do trabalho em saúde mental.....	92
1.4.1. Prazeres nas práticas profissionais.....	95
1.4.2. Frustrações nas práticas profissionais	104
1.4.3. Crises e reflexões a partir das experiências.....	112
2. Concepções e práticas de profissionais sobre a construção e desafios técnico-políticos da Rede de Atenção Psicossocial	123
2.1. Percepções sobre as transformações na Saúde Mental.....	124
2.2. O lugar da emergência psiquiátrica e significados da loucura	138
2.3. Polissemia da humanização.....	146
2.4. Saúde: um direito social ou um negócio? Disputas e tensões no campo da saúde mental	148
2.5. Movimentos sociais, formação e atuação profissional para além da academia	157
V. DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS À ABERTURA DE QUESTÕES	171
REFERÊNCIAS	180
ANEXOS	
ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
ANEXO 2 – Formulário para Caracterização Sócio-demográfica dos Profissionais Entrevistados	
ANEXO 3 – Roteiro Temático para Entrevista	
ANEXO 4 – Aprovação do Comitê de Ética	

MEU INTERESSE PELO TEMA

O contato com a Saúde Mental ocorreu durante a graduação em Psicologia e, especificamente, durante a disciplina de Saúde Mental em que foram apresentadas as diversas construções dessa área até a Reforma Psiquiátrica.

Durante os estágios básicos e profissionais, meus interesses e escolhas concentraram-se no campo da Saúde Pública, com a realização dos estágios em hospitais gerais, Unidade Básica de Saúde e Centro de Atenção Psicossocial.

No contexto acadêmico, foram apresentadas as concepções de saúde e suas transformações sociais e históricas. Através da compreensão epistemológica, discutida nos espaços de construção de conhecimento e das vivências nos estágios no campo da saúde, os pilares do processo de transformação em direção à Reforma Psiquiátrica fizeram sentido e tornaram-se centrais quanto aos meus interesses de aprofundamento no tema.

Durante os estágios e através das supervisões, o tensionamento entre os denominados modelo biomédico e o modelo psicossocial foi percebido em relação à atuação dos profissionais da área da saúde e foram observadas diferentes práticas nos mesmos espaços.

A reflexão sobre os pressupostos, nos quais as diferentes práticas estão embasadas, despertou-me a indagação sobre possíveis relações entre a atuação profissional e as concepções subjacentes desses profissionais, construídas não só a partir de suas formações acadêmicas, mas também atravessadas por suas trajetórias de vida e contextos associados, para além do currículo universitário formal.

Refletir sobre interações possíveis entre o universo subjetivo e objetivo, entre o indivíduo e a coletividade, entre a teoria e a prática, entre a epistemologia e modelo de assistência, entre o conteúdo subjacente e expresso, é um exercício que me instiga e atravessa meus interesses para

além do universo profissional. Daí, para a elaboração da presente dissertação, tomarmos alguns desses aspectos como questões relevantes do ponto de vista investigativo.

I INTRODUÇÃO

1 A SAÚDE MENTAL E A QUESTÃO DO CUIDADO COMO PROBLEMA SOCIAL E DE SAÚDE PÚBLICA

No contexto da Saúde Pública, para a problematização sobre cuidado no campo da Saúde Mental, é relevante discutir possíveis concepções sobre a pessoa com sofrimento psíquico e as possibilidades de relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e os usuários, tendo em vista que esse debate é considerado na configuração e nos delineamentos de políticas públicas norteadoras de práticas de saúde.

Partindo desse pressuposto e buscando contextualizar o problema a ser pesquisado, serão discutidos alguns aspectos da trajetória na área da Saúde Mental, a fim de explicitar significados de relações historicamente estabelecidas entre contextos que permeiam o doente e a doença psíquica e transformações nas concepções de cuidado, neste campo, responsáveis por formas concretas de cuidar.

É importante salientar que as construções sócio-históricas sobre a loucura ocorreram e ocorrem atreladas aos momentos políticos, econômicos e ideológicos de suas épocas. Daí, para compreender os significados da loucura, em épocas específicas, torna-se relevante buscar contextualizar e compreender os aspectos macrossociais desses momentos.

1.1 A trajetória da Saúde Mental rumo à Reforma Psiquiátrica

A evolução histórica em Saúde Mental, como em outros fenômenos complexos, não é linear. A descontinuidade permeia as diversas construções sobre a relação com a pessoa doente e com a doença psíquica. Neste sentido, é relevante considerar, a partir de PACHECO (2009), que o

manicômio nem sempre existiu, indicando as constantes mudanças na concepção do homem a respeito dele mesmo. Através da história da humanidade, é possível apreender, segundo essa autora, as diversas representações sociais da loucura auxiliando na compreensão da forma como, na contemporaneidade, nos situamos em relação a esse fenômeno.

Nessa perspectiva, a loucura, através dos tempos, possui diversos significados sociais e, apresentar as concepções no decorrer da história sobre a loucura tem a função de

[...] desnaturalizar a relação de alteridade estabelecida com a mesma [a loucura], evidenciando a possibilidade de construção de um novo lugar social para o sujeito dito louco, considerado como um dos princípios fundamentais da Reforma Psiquiátrica (PACHECO, 2009, p. 36).

Com Philippe Pinel (1745-1826), psiquiatra francês, fortemente influenciado pelo Iluminismo, nasce a ideia de que o papel da psicopatologia é separar o estado normal do estado patológico (PESSOTTI, 1996). Na lógica pineliana, o homem, como ser falível pode ser atingido pela loucura e isto não significa perda integral da razão. Essa é a base do tratamento moral, sistematizado por Pinel: o homem pode ser acometido pela loucura, mas se sua razão não está totalmente perdida, esse processo pode ser revertido pelo tratamento de reeducação dos hábitos e dos costumes imorais, através de novas experiências que sejam moralizantes. O tratamento proposto, centrado nas mudanças comportamentais, embasava-se na observação e no estudo minucioso da expressão do indivíduo “louco”, em termos de comportamentos considerados desviantes. Desse modo, a metodologia empregada para sistematizar os sintomas observados seria o detalhismo descritivo da conduta dos pacientes (PESSOTTI, 1996).

Tal descrição deveria ser feita aos moldes das ciências naturais, ou seja, sem conceitos teológicos, teóricos ou metafísicos. Pinel também ressalta a importância da “gentileza e da elegância ao falar com os doentes” (PESSOTTI, 1996, p. 76). Argumenta que a razão restante ao indivíduo merece respeito, assim como ele mesmo. O psiquiatra também destaca que

para uma observação precisa, há necessidade de ambiente adequado. O manicômio emerge, nesse olhar, como o lugar capaz de oferecer normas necessárias para a regulação dos comportamentos do indivíduo em estado anormal.

Para Pinel, o médico, atuando como uma autoridade moral, seria capaz de ensinar o mais adequado, defendendo a ordem social decorrente da moral vigente, não sendo permitidas condutas que deixem dúvidas sobre o que deve ser feito. Eles devem ser firmes, sob a argumentação de que se houver insegurança nas condutas médicas, tal fato pode ser estimulador das desordens mentais. Quando recuperar a sua razão, a pessoa estará apta novamente ao convívio social (PESSOTTI, 1996).

Explicitadora da lógica que passa a presidir o trabalho nos manicômios é a afirmação de SINGER (1981) para a qual, a principal função dos Serviços de Saúde institucionalizados seria a de imposição de normas comportamentais através do discurso de defesa da saúde da população, surgindo o poder médico como controlador das normas preventivas e curativas de higiene, nos diversos contextos.

O manicômio passa, portanto, a ter a função de asilar a pessoa para que ela tenha condições de voltar ao equilíbrio, pois, ao estar fora da convivência social, estaria longe das influências que poderiam piorar seu estado, possibilitando condições de recuperar seu “estado normal”. A função anterior do manicômio de enclausurar é assim substituída por uma função pretensamente terapêutica.

Para Pinel, o afastamento social e as normas rígidas do manicômio são cruciais no restabelecimento da ordem mental. Daí o pressuposto de que pessoas consideradas “incorrigíveis”, pelo tratamento moral, devem ser confinadas pelo resto da vida no manicômio, sob o pretexto de não contaminarem outros indivíduos pelo “mau exemplo”.

PESSOTTI (1996) afirma ainda que, de acordo com essa proposta, os sintomas mais graves, por exemplo, os chamados vícios, deixam as pessoas incapacitadas de cumprirem normas sociais e, por isso, devem ser isoladas. Não há, para Pinel, remédios ou alimentos capazes de reeducarem ideias e

costumes. Somente o tratamento moral cumpre essa função e, se este não conseguiu, nada mais conseguirá. Portanto, nesses casos, apresenta-se um verdadeiro veredicto do poder médico: a pessoa deverá ser mantida no manicômio perpetuamente.

SINGER (1981) afirma que os sintomas dos transtornos mentais, na maioria dos casos, são percebidos pelas pessoas que compõem as relações sociais do sujeito e sentem-se perturbadas pelo seu comportamento. Daí, nessa perspectiva de assistência, o poder médico, através de internações, muitas vezes compulsórias, passa a atender, principalmente, ao círculo social mais próximo, notadamente a família, e não ao doente. O autor discute que o transtorno psíquico é considerado social, cujo diagnóstico é realizado através de avaliações externas sobre o comportamento da pessoa. Observa-se, assim, a forte presença do viés de ordem social nas discussões sobre a loucura.

Sobre a concepção pineliana de homem, que embasa a função do manicômio, PACHECO (2009) afirma que a prática de internações longas nos hospitais psiquiátricos está inserida na lógica social correspondente a uma visão de homem construída historicamente, com implicações políticas, econômicas e sociais.

A existência dessas instituições expressa uma visão positivista de relação entre indivíduo e sociedade, qual seja a do humano cindido: “o homem que pode circular no espaço social e o homem que deve permanecer anônimo, escondido em seu “buraco”. O homem “útil” e o homem sem valor. O homem de razão e o homem da loucura” (PACHECO, 2009, p. 29). Trata-se, em suma, de preservar o equilíbrio da ordem social vigente, alijando comportamentos desviantes.

Dessa forma, o manicômio constitui-se em um grande símbolo da exclusão, enquanto uma instituição das sociedades modernas e urbanizadas, expressando a diferença entre os que devem estar dentro ou fora dos seus muros, por critérios construídos historicamente, legitimados culturalmente, servindo ao “bom funcionamento” da sociedade moderna e, retomando o pensamento do autor de que “quanto menos o manicômio se

demonstrava um recurso terapêutico, mais aparecia o manicômio como instrumento de segregação social” (PESSOTI, 1996, p. 285).

A institucionalização, como não-terapêutica em essência, não forneceria essas condições. Sobre esse tema, PACHECO (2009) discute os motivos.

Dentro deste modelo de exclusão é retirado do sujeito tudo aquilo que sustenta sua identidade pessoal e social. O confinamento restringe ao mínimo possível toda a possibilidade de agir de forma autônoma e personalizada. O lugar social do sujeito se perde no tempo e no espaço do hospital psiquiátrico. A violência vivenciada por essas pessoas não mais se restringe à própria doença, que desestabiliza o sujeito e lhe retira o controle da própria vida. A violência assume proporções institucionais e legitima-se pela força da exclusão. O sujeito, a despeito de todas suas experiências de vida, fica ilhado, restrito ao mundo de uma instituição de características totalizantes, exposto a toda sorte de maus-tratos e sem qualquer possibilidade de pedir auxílio, pois, de sua condição, advém à destituição de toda sua credibilidade. Tudo lhe é retirado: seus pertences, seus documentos, seu direito de ir e vir, seu convívio familiar e o contato com seu grupo social. A pessoa internada perde, inclusive, seu estatuto de cidadão e sujeito. Sua identidade é sequestrada, e a fala perde seu valor humano, sendo desqualificada enquanto forma primordial de expressão (PACHECO, 2009, p. 27).

Os efeitos da hospitalização, tais como a cronicidade, a demência e a irreversibilidade, são considerados pela Psiquiatria como curso natural ou evolução da doença mental. Contudo, AMARANTE (2003b) afirma que os efeitos citados são inerentes às características da própria institucionalização.

GOFFMAN (1987, p. 11) define instituição total, concepção útil ao entendimento do funcionamento do manicômio, como um espaço de residência e trabalho que concentra número considerável de pessoas com contextos semelhantes, excluídos da sociedade mais ampla por um grande período de tempo, tendo as suas vidas enclausuradas e totalmente administradas.

Por isso, o movimento de mera organização do ambiente manicomial não seria suficiente, pois, as características de instituição total, mesmo que reorganizadas são preservadas, por serem da natureza deste tipo de instituição.

GOFFMAN (1987, p. 16) considera as instituições totais afirmando que seu “fechamento ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no sistema físico”. O mesmo autor coloca ainda que as pessoas com transtornos psíquicos encontram-se em uma “atadura muito especial”, ou seja: para saírem do manicômio, ou melhorarem suas vidas dentro deste espaço, é necessário que demonstrem aceitação pelo lugar atribuído, e este lugar implica consentir a função profissional dos que lhes impõem essa condição. Em outras palavras, essa “servidão moral auto-alienadora” é “obtida em nome da grande tradição da relação de serviço especializado, principalmente em sua versão médica. Os doentes mentais podem ser esmagados pelo peso de um ideal de serviço que torna a vida mais fácil para todos nós” (GOFFMAN, 1987, p. 312).

A partir das reflexões sobre a natureza não-terapêutica dos manicômios é que foram construídas as bases de como seria o processo de desinstitucionalização e lançadas ideias iniciais de uma nova proposta cujo objetivo seria reformar as concepções e práticas psiquiátricas.

AMARANTE (2003b) discute que um dos fundamentos do novo modelo proposto para a saúde mental partiria da concepção de que a pessoa com sofrimento psíquico deveria ser vista como sujeito de direitos.

Nesse novo cenário, o conceito de cidadania é, pois, palavra-chave fundamental, na medida em que percorre os níveis anteriores e que, em razão da natureza do estatuto de alienação mental, ao louco é subtraída a possibilidade de inscrição no mundo da cidadania, no espaço da cidade, no mundo dos direitos (AMARANTE, 2003b, p. 14).

A desinstitucionalização, enquanto processo de desconstrução, aponta para a possibilidade da construção de outras maneiras de viver, para os mesmos sujeitos (AMARANTE, 2003b).

As primeiras experiências da Reforma Psiquiátrica surgiram no período posterior à Segunda Guerra Mundial, nos anos 1950, em que vários grupos de pessoas refletiram sobre a própria humanidade, e constataram

que hospícios não diferiam, em falta de dignidade, dos campos de concentração (AMARANTE, 2007).

A Reforma Psiquiátrica também passou a questionar o modelo de verticalização da assistência, de origens pinelianas, em que a postura do profissional deveria ser a de centralização e firmeza tendente ao autoritarismo. Este novo modelo propôs a lógica da horizontalização nas relações terapêuticas, cuja mudança seria de uma postura passiva para uma postura participativa dos sujeitos do sofrimento no processo da atenção psicossocial (AMARANTE, 2007).

Dentre as mais diversas iniciativas de reestruturação, destaca-se a de Franco Basaglia (1924-1980), psiquiatra italiano, considerado um dos maiores expoentes da Reforma Psiquiátrica no mundo. Peppe Dell'Acqua, também psiquiatra italiano, e seu parceiro de trabalho, citado por AMARANTE (2003b) traz a fala de que Franco Basaglia, em 1961, relatou perplexidade ao defrontar-se com a realidade manicomial e associar com as condições vividas, por ele, no período em que passou na prisão, durante a 2ª Guerra Mundial.

A primeira vez que [Basaglia] entrou neste hospital, e era sempre ele mesmo a contar isso, viu os internos fechados à chave dentro dos pavilhões e nas celas de isolamento, e recordou-se de quando estava na prisão. Então, pensou que deveria usar todo o seu poder de diretor para melhorar as condições de vida destas pessoas (DELL'ACQUA, 1980, p. 39 Apud AMARANTE, 2003b, p. 65).

A partir de então, Basaglia decide empreender o seu esforço profissional na implementação de mudanças quanto à forma de conceber saúde mental, diante da percepção de que a humanização e as mudanças administrativas propostas até o momento não eram suficientes para transformar a prática de tratamento ao sofrimento psíquico (AMARANTE, 2003a).

AMARANTE (2003b) discorre sobre a concepção de Basaglia, a respeito do contexto manicomial, nos seguintes termos:

A perspectiva de uma nova dimensão de “vazio emocional” do enfermo [...] ultrapassa o muro da internação e demarca os efeitos da institucionalização sobre o institucionalizado, que se configura como de caráter mais nocivo do que terapêutico. Em outras palavras, a institucionalização passa a ser percebida como novo problema, como algo a impor novos sofrimentos e alienação, e não como solução terapêutica para a enfermidade mental (AMARANTE, 2003b, p. 83).

Segundo BASAGLIA (2005), o novo modelo de cuidado deve ser o da superação dos manicômios e não de mera reestruturação e a redução de danos das instituições. Entende que a superação manicomial requer novo paradigma nos aspectos teórico, jurídico, político e sociocultural. Assim, a desconstrução do manicômio não significa modernizar sua gestão e nem transportar a mesma lógica para o território. É essencial que haja “a penetração sistemática de uma profunda crise em todos os aparatos do controle e da sanção: é a ruptura do complexo mecanismo de distribuição da clientela na sua dosagem equilibrada de sanção” (BASAGLIA, 2005, p. 257).

Com esta proposta, a desinstitucionalização passa a constituir-se em um processo operado não somente no hospital, pois, a instituição psiquiátrica não é vista tão-somente como o manicômio e, sim, no conjunto de saberes e práticas realizadas sob o título de Psiquiatria. Para AMARANTE (2003b, p. 86-87), a ideia de mudança de paradigma implica necessidade de desconstruir os “conceitos de desvio, de normalidade-anormalidade, desajustamento e personalidade psicopática, que contém não apenas uma análise epistemológica, mas uma crítica ao lidar social e político com os mesmos”.

Em 1970, o psiquiatra italiano, ao ser nomeado diretor do Hospital Provincial na cidade de Trieste, iniciou o seu processo de fechamento. Em Trieste, operou a transição do tratamento hospitalocêntrico para uma rede territorial de atendimento, com serviços de atenção comunitários, leitos psiquiátricos em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas para os pacientes. Em 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como principal referência mundial de reformulação da assistência em saúde mental. A partir de 1976, o hospital psiquiátrico de Trieste foi fechado

oficialmente e a assistência em saúde mental passou a ser exercida, em sua totalidade, na rede territorial montada por ele.

O hospital de Trieste, no norte da Itália, liderado por Franco Basaglia, foi o maior e mais completo cenário de um modelo de Reforma Psiquiátrica. Neste local, foram postos em prática os princípios mais consistentes do movimento antimanicomial, uma vez que, para ele, era preciso criar novas estratégias para fluidificar as interações dentro e fora da instituição, desconstruir o automatismo e as internações compulsórias, transformando as antigas relações e criando uma organização alternativa (AMARANTE, 2003b).

Neste modelo, a desinstitucionalização deve ser operada em duas instâncias conjuntas, sendo estas a teórica e a política, sobre a estigmatização social que permeia a concepção da doença e estar-doente, “das quais nasce a hipótese de ação prática-teórica, que passa a orientar os últimos momentos do trabalho em Gorizia, hospital psiquiátrico onde Basaglia atuou anteriormente, assim como o início do trabalho em Trieste, cuja base é a invenção de novas estruturas assistenciais e terapêuticas” (AMARANTE, 2003b, p. 86).

Em termos de desdobramentos da Luta Antimanicomial em outros contextos, o documento representante da Reforma Psiquiátrica na América Latina é a Declaração de Caracas, de 1990. Neste documento estão contidas as solicitações aos Ministérios de Saúde e da Justiça dos países, Parlamentos, Sistemas de Seguridade Social e outros órgãos envolvidos, apoio na criação de modelos centrados na comunidade e redes sociais, com a quebra do modelo biomédico e hospitalocêntrico, primazia pelos direitos humanos e, em casos de internação, que sejam realizadas em hospitais gerais, requerendo ajustamento das legislações federais a estes princípios e comprometimento no desenvolvimento de programas de reestruturação, vigilância e defesa dos direitos humanos (OMS, 1990).

No Brasil, a Lei da Reforma Psiquiátrica foi proposta em 1989, pelo deputado e sociólogo Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais, através do Projeto de Lei 3.657/89 no Congresso Nacional,

promulgada em 06 de abril de 2001, sob a denominação da Lei n. 10.216/2001. A disposição da referida lei versa sobre a extinção gradual dos manicômios e a implementação dos Centros de Atenção Psicossociais – CAPS, cujo papel é mediar a reinserção dos sujeitos com sofrimento psíquico na comunidade, a partir do reconhecimento dos mesmos como sujeitos de direitos.

1.2 O cuidado no campo da Saúde Mental e seus desafios como conhecimento e prática na sociedade contemporânea

No campo da Saúde Mental, a discussão sobre as diversas concepções sobre o cuidado em saúde advém das preocupações em relação ao direcionamento de práticas, coerentes com alguns pressupostos. As mudanças nas concepções sobre o cuidado em Saúde Mental acompanham e foram acompanhadas de diferentes delineamentos no campo da Saúde Pública.

Através das discussões sobre essa temática, expressa-se dilemas epistemológicos sobre as formas de conceber o sujeito em diversos momentos sócio-históricos.

Para BOFF (2005), a questão do cuidado contempla uma ampla perspectiva, em termos de sua aplicação:

Nós não temos apenas cuidado. Nós somos cuidado. Isto significa que cuidado possui uma dimensão ontológica, quer dizer, entra na constituição do ser humano. É um modo-de-ser singular do homem e da mulher. Sem cuidado, deixamos de ser humanos (BOFF, 2005, p. 28).

Para o mesmo autor, cuidar das pessoas expressa intimidade, acolhimento e respeito. No processo, há a dimensão da sintonia e não uma razão analítica instrumental. Na perspectiva do cuidado é importante envolvimento com o outro, por meio da mobilização do conjunto de suas dimensões afetivas, cognitivas, sociais e existenciais.

Nessa abordagem, podemos supor que BOFF (2005) contraria a lógica hegemônica da ciência moderna vigente no campo da saúde. LUZ (1988) ao discutir a racionalidade biomédica, permite observar a questão do reducionismo no campo da saúde pela perspectiva positivista que o mesmo encerra.

Tratando desse tema, a autora afirma que a perspectiva da ciência moderna constituiu-se a partir de uma metodologia descritiva, fisiológica e anatômica. Epistemologicamente, a objetividade torna-se um valor e o mecanicismo é um traço constitutivo da racionalidade que preside seu paradigma no campo da saúde. O papel da Medicina, em termos de assistência seria, de maneira figurada, consertar partes da máquina danificadas pelas doenças e pelas guerras. Nessa perspectiva, o discurso disciplinar sobre a doença coloca a vida, a saúde e a cura como objetos externos à prática do cuidado. Assim, outras formas de cuidado são afastadas, a partir do centramento sobre o fármaco e das intervenções cirúrgicas, de uso exclusivo do profissional médico.

Dessa forma, há simplificação na concepção do processo de adoecimento e perda da complexidade das interações entre as dimensões afetivas e sociais, com a não observação da dinâmica da vida pela disciplinarização das doenças, contraposta a uma concepção que aborde a complexidade do processo saúde-doença. A vida é tratada como “supérflua para o conhecimento” e os homens vivos são “fontes de confusão”, havendo a pressuposição de que um tipo de conhecimento responderá sozinho às diversas dimensões do sujeito e da sociedade (LUZ, 1988).

CAMARGO JUNIOR (1997, p. 45), em seu texto “A Biomedicina”, expõe e analisa alguns dos pressupostos da racionalidade biomédica para explicitar os obstáculos que estes produzem para que se alcancem os objetivos éticos da prática terapêutica. Para esse autor, esta lógica delineia e determina um modelo de atenção característico que utiliza excessivamente exames complementares e a farmacologia, desvalorizando a subjetividade do paciente e do médico.

Ao expor as características fundamentais do modelo biomédico, esse mesmo autor descreve como uma doutrina implícita em que “a atividade profissional e o próprio referencial teórico da Medicina não dispõem de um *fio condutor* claramente enunciado” (CAMARGO JUNIOR, 1997, p. 54). Discute que as concepções do modelo biomédico não são objeto de reflexão crítica justamente em função de seu caráter implícito e, sem a explicitação, não podem ser confrontadas. Para ele, [as concepções] “não sendo discutidas, impregnam cada palmo da atividade médica, sem se submeter aos cânones do dogma científico. Tais representações transformam-se numa espécie de corpo teórico paracientífico, com um conjunto de categorias próprias” (CAMARGO JUNIOR, 1997, p. 55).

Tomando como referência as reflexões de CAMARGO JUNIOR (1997), a respeito do modelo biomédico e aplicando ao campo da Saúde Mental sobre a concepção de doença como objeto de existência autônoma e, portanto, alheio às relações sociais, podemos refletir sobre aspectos importantes.

O isolamento do doente e do sofrimento psíquico em um ambiente controlado pela racionalidade médica, antes descrita, fundamenta-se na expectativa de que a hospitalização, por separar o paciente da *confusa dinâmica da vida*, é capaz de propiciar a reunião de descrições patológicas mais puras e de controlar a crise psiquiátrica, em um ambiente limpo das complexas interações psicossociais, pois segundo essa perspectiva, o transtorno é autônomo e a dinâmica social, quando não considerada, é vista como empecilho ao tratamento. Vale enfatizar que esse controle é realizado através dos psicofármacos e da normatização comportamental.

O homem ideal, segundo a perspectiva positivista, é racional, livre, próspero e educado (LUZ, 1988). Por isso, as intervenções manicomiais atuam no sentido de adaptar culturalmente os sujeitos e grupos às regras médicas, permeado pelo processo “racionalizador civilizatório” encabeçado pela ordem médica.

Nesse sentido, estabelecer limites entre o normal e o patológico passa a ser central para o paradigma biomédico. A dedução do estado

“normal” ocorre em função da intensidade da manifestação de sintomas, considerados desvios patológicos da média (CANGUILHEM, 1995). Os desvios “supõem, portanto, um “estado-padrão” normativo, uma *Ordem reguladora*” (LUZ, 1988, p. 106).

Portanto, na perspectiva positivista, o modelo de assistência está permeado pela lógica vertical e prescritiva. A racionalidade científica moderna orienta os pressupostos dessas perspectivas, a partir da disciplina das doenças, sendo este um discurso explicitamente político, mas que busca se afirmar como neutro e objetivo, contrário à perspectiva de cuidado, tratada a seguir.

As reflexões tecidas por AYRES (2004) vão ao encontro de nossa preocupação, pois, permitem melhor evidenciar a relevância, para a saúde geral, assim como para a saúde mental, em especial, de se pensar novos modos de assistência, a partir da perspectiva do cuidado. É importante ressaltar que, através da perspectiva discutida por esse autor, a humanização é problematizada em termos de reestruturação paradigmática e não apenas mudanças estéticas nas relações de assistência, questões caras à essência da Luta Antimanicomial.

A questão da humanização da assistência é trazida por esse autor como uma forma tecnicamente diferente de atendimento do que o tradicionalmente realizado, implicando a concepção de cuidado. Esse autor define Cuidado como “uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (AYRES, 2004, p. 22). Em outras palavras, entende que as ações e relações de assistência devem ser transformadas, e não somente as políticas e gestão dos serviços de saúde. Isto significa ressaltar a importância da chamada “flexibilização normativa na aplicação terapêutica das tecnociências da saúde” (AYRES, 2004, p. 22), norteadas pela lógica da humanização.

AYRES (2004) discorre ainda sobre a dimensão dialógica do encontro do profissional com o usuário, ambos considerados sujeitos, e chama a

atenção para o acolhimento através da capacidade de escuta do outro, com destaque à qualidade da mesma. Esta perspectiva contrasta com aquela lógica positivista, que adota uma perspectiva prescritiva, cuja configuração relacional torna-se verticalizada na escuta e está direcionada aos riscos e à dimensão funcional com critérios objetivos de monitoramento. Os aspectos advindos da intersubjetividade são ignorados ou vistos como interferências indesejáveis na relação terapêutica. Na lógica da humanização, chamada pelo autor de “ampliação do horizonte normativo para uma dimensão existencial” (p. 19), a manifestação dos aspectos existenciais são vistos como sinais da dinâmica da relação, a serem considerados para manter ou delinear novas formas de relacionar-se.

Outro aspecto discutido por AYRES (2004), com grande relevância para o campo de estudos em Saúde Mental, é a questão da *responsabilidade e identidade* na relação de cuidado do outro. Tendo em vista, uma aproximação das reflexões tecidas por esse autor ao nosso objeto de pesquisa, vale considerar, para o tratamento dessa questão, a concepção de tutela da pessoa com sofrimento psíquico que marcou fortemente a história da Saúde Mental. Através da concepção de tutela, considera-se os sujeitos com sofrimento psíquico como incapazes, afetando a dimensão de *identidade* dos mesmos e excluindo a capacidade decisória sobre suas próprias vidas, afetando também a dimensão de responsabilidade. Os sujeitos, pelo modelo biomédico, capazes de decidir sobre a vida dos *tutelados*, pois, detém o saber sobre suas vidas e as formas como devem pensar e agir, são os profissionais de saúde, em especial, os médicos, orientados pelo paradigma hegemônico da ciência moderna: a de que os sujeitos devam ser racionais, livres, prósperos e educados (LUZ, 1988).

Tais ideias permitem-nos aproximar, a partir das discussões de CASTRO (2009), sobre as reflexões de Lacan ao reler Marx, no que tange a sua discussão sobre a produção de conhecimento, no contexto da ciência moderna e da dinâmica do modo de produção capitalista, através do chamado “Discurso da Universidade”. Nessa concepção, o saber ocupa o lugar de agente máximo, cujo discurso de sustentação é sempre o Outro –

instituição, pesquisa e autoria cujas pesquisas e estudos passam a prescrever a vida humana. O conhecimento científico passa a ser considerado supremo em relação aos outros saberes e formas de conhecimento.

Nesse sentido, os profissionais de saúde, de posse do conhecimento científico, detêm a “verdade” sobre a realidade do sujeito mais do que ele mesmo, e suas percepções são inferiorizadas e deslegitimadas. Para Lacan, citado por CASTRO (2009), esse conhecimento é estruturado sob a forma tecnicista, fragmentando a existência do sujeito e transformando-o em objeto do saber cujo objetivo é a adaptação, a produção, o consumo e a alienação diante dessa dinâmica. Cria-se a ilusão de uma suposta centralidade individual acima da totalidade social, como ser moral e autônomo, muito útil ao funcionamento do modo de produção capitalista (CASTRO, 2009).

Quando refletimos sobre o cuidado, em novas concepções, as contribuições sobre responsabilidade trazidas por AYRES (2004) são fundamentais, pois o autor problematiza a tradicional questão da dicotômica relação médico-paciente tratada em outros termos. Para ele:

[É] preciso que cada profissional de saúde, ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interroguem acerca de por que, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são conhecedores e partícipes desses compromissos. O tomar para si determinadas responsabilidades na relação com o outro, implica, por sua vez, em questões de identidade. Esta conclusão é relativamente intuitiva, pois se perguntar acerca de por que, como e quanto se é responsável por algo é como se perguntar quem se é, que lugar se ocupa diante do outro (AYRES, 2004, p. 24).

Vale considerar que a ideia de “projetos de felicidade” trazida por AYRES (2004) encontra-se numa discussão da dimensão existencial dos sujeitos, relacionada ao cuidado, relevante às discussões sobre concepções e práticas em saúde mental. A partir das novas propostas, a dita apropriação dos profissionais de saúde, gestores ou formuladores de políticas pelos “projetos de felicidade” do outro é questionada, pois, essa apropriação

fundamenta-se em uma lógica de que alguns sujeitos, de posse da razão instrumental, têm a capacidade de prescrever sobre a vida dos sujeitos com sofrimento psíquico e que, portanto, estes últimos, fora do padrão de normalidade racional, não possuem condições de se apropriarem da própria vida e dos próprios “projetos de felicidade”.

Sobre o cuidado, AYRES (2004, p. 27) também destaca a importância da contextualização das construções históricas e sociais, evidenciando que “os determinantes do adoecimento [...] e instrumentos tecnicamente dirigidos a seu controle são fruto do modo socialmente organizado de homens e mulheres relacionarem-se entre si e com seu meio”. Dessa forma, é fundamental a compreensão das representações, significados em relação ao cuidado para o entendimento das chamadas respostas técnicas e políticas ao adoecimento, vistas como permeadas pelos contextos dos quais emergem.

As reflexões sobre o cuidado devem considerar que as construções sócio-históricas sobre este tema ocorreram e ocorrem atreladas às conjunturas políticas, econômicas e ideológicas de suas épocas. Para compreender os significados do adoecimento e do cuidado, em épocas específicas, é relevante contextualizar e compreender os aspectos macrossociais e institucionais desses momentos. Sobre esse tema, AYRES (2004, p. 27) afirma que as “raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para sua superação” devem ser igualmente consideradas, além da “reflexão e transformação das interações interpessoais nos atos assistenciais” (p.27), designado pelo autor como a *construção do cuidado*.

Nessa linha de reflexão, podemos estabelecer diálogo com as reflexões trazidas por COURTINE-DENAMY (2004), na qual a questão do cuidado apresenta-se em outra dimensão, mais geral, baseada na apresentação da obra “O Cuidado com o Mundo: Diálogo entre Hannah Arendt e alguns de seus contemporâneos”, na qual são expostas a

capacidade do olhar e do responder pelo mundo, através da capacidade de estabelecer lutas contra a opressão, de “buscar a constitucionalização do dever de desobediência a fim de marcar nosso dissentimento para com os crimes perpetrados em nosso nome. Em uma palavra, resistir.” (COURTINE-DENAMY, 2004, p.12). O cuidado com o mundo é visto pelo sentido da existência, como uma atitude política de luta por “torná-lo um mundo no qual os homens fossem livres para agir e pensar, onde a pluralidade, que é o seu fundamento, fosse preservada, onde os direitos universais estivessem garantidos sem que se abolissem os particularismos identitários” (COURTINE-DENAMY, 2004, p. 12). A relação estabelecida pela autora considera que a dimensão de luta contra as diversas formas de opressão constitui-se em uma forma de cuidado com o mundo, pertinente ao contexto da saúde mental e as demandas pautadas pela Luta Antimanicomial, tratada a seguir no cenário brasileiro.

Nesse sentido, a partir das reflexões sobre as concepções e práticas de cuidado, buscaremos, a seguir, contextualizar os movimentos de transformação nos modelos de atendimento na realidade brasileira em relação à saúde mental.

2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E CONTRIBUIÇÕES PARA NOVAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL

Compreender e discutir a proposta e desenvolvimento do movimento da Reforma Sanitária Brasileira é relevante para a contextualização do momento sócio-histórico no qual a Reforma Psiquiátrica foi construída no cenário nacional e enfatizar sua dimensão de luta sociopolítica.

Através da promulgação da Constituição Federal Brasileira em 1988, a saúde foi reconhecida como direito fundamental humano e, a partir daí, foram criadas uma série de leis e normas para regular a sua prevenção e

promoção (PAIM, 2007). A conjuntura sócio-política da redemocratização e a promulgação da nova Constituição, segundo AMARANTE (2007) possibilitaram o acréscimo de um capítulo sobre a saúde mental à Carta Magna.

O lema da Reforma Sanitária Brasileira é “Saúde é Democracia, Democracia é Saúde” (PAIM, 2007, p. 237). Portanto, a discussão sobre a relação entre a Redemocratização, Direitos Sociais e a Saúde possibilita discutir o caráter de transformação nas diversas esferas da sociedade, não circunscrita ao campo sanitário.

Os princípios do movimento de redemocratização e a Reforma Sanitária Brasileira apontam para a necessidade de a democracia permear as diversas esferas e relações sociais e o campo dos direitos. Essa seria a base da sociedade idealizada no momento da redemocratização. Defendia-se a construção de relações cooperativas, contando com a participação popular ostensiva e o estabelecimento de novas relações de poder (PAIM, 2007).

Os mesmos princípios são compartilhados pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, inspirada também pela prática em Trieste, na Itália, sobre a coordenação de Franco Basaglia, psiquiatra e reformador reconhecido, conforme já discutido.

O tensionamento ideológico marcou e continua marcando o espaço da saúde e evidencia o seu caráter de disputa de concepções e práticas, presentes em diversos momentos no campo da Saúde Pública, e, em especial, na Saúde Mental, tema deste trabalho.

2.1 Movimento da Reforma Psiquiátrica no contexto da Reforma Sanitária Brasileira

AMARANTE (2003a) divide a construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira em três momentos. O primeiro, em meados da década de 1980,

ocorreu a partir da queda da ditadura brasileira e abertura democrática, com a criação de espaço para participação política da população em associações, sindicatos e demais movimentos. Este período é marcado pela crítica estrutural ao funcionamento das instituições psiquiátricas clássicas, discussão inserida no contexto sócio-político inerente à redemocratização.

Nesse período, é iniciado, portanto, o esboço do projeto desafiador de transformação do modelo em Saúde Mental na época vigente. Desafiador, pois, a tendência dos movimentos de mudança eram atuar superficialmente, sem alterar estruturas e paradigmas. AMARANTE (2003a) traz considerações feitas por Franco Rotelli, responsável pela continuação do trabalho de Basaglia, em Trieste, sobre esse desafio:

Rotelli reserva a expressão reforma para os modelos psiquiátricos inglês, francês e americano. Em seu entender, estes modelos não passaram de simples tentativas de recuperação do potencial terapêutico da psiquiatria clássica (AMARANTE, 2003a, p. 88).

Rotelli, através dessa afirmativa, evidencia a importância de que o processo de transformação e reestruturação do modelo teórico, a respeito da loucura, e prática para a alteração dessas estruturas, deva estar comprometido em não reforçar as concepções e práticas anteriores.

O primeiro momento mencionado pode ser visto, assim, como uma trajetória alternativa. A diminuição da censura decorrente do momento sócio-político brasileiro de redemocratização trouxe à tona as insatisfações sociais. A população tornou-se mais participativa politicamente, passando a discutir a organização do poder, as políticas sociais, econômicas, as condições de vida e de trabalho. Neste contexto, inicia-se a reorganização dos partidos políticos, dos sindicatos, das associações e demais movimentos sociais de oposição à ditadura militar. Surgem, então, movimentos de profissionais cujo objetivo seria discutir e organizar políticas e as práticas no campo da saúde (AMARANTE, 2003a).

Dentre eles, é fundado, em 1979, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM, que inicia sua atuação com denúncias sobre torturas, corrupções e fraudes do governo militar, especialmente em relação ao

sistema nacional de assistência psiquiátrica. É neste período que se inicia, explicitamente, a construção de um pensamento crítico em relação ao papel das práticas em saúde mental (AMARANTE, 2003a).

A greve dos profissionais ocorrida, em 1978, no Rio de Janeiro, em quatro unidades da DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental, sendo estes o Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, foi o ápice deste primeiro momento. Após a declaração de greve e denúncias de falta de condições de trabalho e tratamento adequado aos pacientes, com o apoio de órgãos relacionados à saúde, é que foi criado o MTSM (PACHECO, 2009).

AMARANTE (2003a) também descreve os objetivos de fundação do MTSM:

Assim nasce o MTSM, cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 2003a, p. 52).

Segundo PACHECO (2009), no período inicial da Reforma Psiquiátrica as demandas ainda oscilavam entre um projeto de transformação da Saúde Mental de fato, e a organização corporativa. A vinda de Franco Basaglia ao Brasil, no ano de 1978, influenciou no delineamento do pensamento crítico do MTSM. Portanto, o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental se constitui, na primeira iniciativa em saúde, com participação popular, para além de um movimento institucional. Constituiu-se enquanto esforço social, pela saúde mental.

Franco Basaglia esteve algumas vezes no Brasil realizando seminários e conferências. Suas ideias se constituíram em algumas das principais influências para o movimento pela Reforma Psiquiátrica no país. AMARANTE (2006) discorre sobre o significado da visita realizada em 1978, na cidade de Barbacena/MG.

Para nós a vinda de Basaglia ao Brasil naquele ano de 1978 foi considerada a "sorte grande". E ele retornou ao país no ano seguinte, quando fez uma visita ao Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais, um dos mais cruéis manicômios brasileiros. Suas visitas seguidas acabaram produzindo uma forte e decisiva influência na trajetória de nossa reforma psiquiátrica. Em Barbacena, Basaglia comparou a colônia de alienados a um campo de concentração, reforçando nossas denúncias de maus-tratos e violência. Sua presença aqui recebeu tratamento e atenção especiais da imprensa, além de dar origem ao clássico documentário de Helvécio Ratton, *Em nome da razão*, de 1980, um marco da luta antimanicomial brasileira, ao lado de uma premiada série de reportagens de Hiran Firmino, publicadas inicialmente no jornal Estado de Minas e posteriormente pela Editora Codecri sob o título *Nos porões da loucura*, de 1982. A principal consequência da relação com Franco Basaglia, entretanto, ocorreu em 1989, em Santos. Após uma série de mortes em uma clínica psiquiátrica particular conveniada ao extinto Inamps, a prefeitura decidiu intervir e desapropriá-la, iniciando um trabalho revolucionário semelhante àquele de Franco Basaglia na Itália. Em seu lugar foram implantadas novas maneiras de lidar com pessoas em sofrimento psíquico, como os núcleos de atenção psicossocial (Naps) abertos 24 horas, sete dias por semana. Foram criadas oficinas de trabalho para geração de renda dos ex-internos, além de cooperativas de trabalho e de diversos projetos culturais de inserção social, entre os quais merece destaque o Rádio e TV Tam Tam (AMARANTE, 2006, p. 32)

Antônio Soares Simone, psiquiatra, que na época era professor na residência de Psiquiatria do Instituto Raul Soares, sediado na cidade de Belo Horizonte, foi quem levou Franco Basaglia ao Hospital de Barbacena. Daniela ARBEX (2011), jornalista, realizou em 2011, uma entrevista com o médico Antônio Soares Simone que falou sobre a visita de Basaglia, em 1978.

O Hospital Colônia sempre foi um extremo incômodo para mim. Ainda era acadêmico de Medicina quando ia lá examinar pacientes, porque não havia Psiquiatra em número suficiente, em função do contingente absurdo de gente lá. Em Barbacena, os pacientes eram exterminados, e ninguém procurava saber onde eram fabricados os cadáveres que alimentavam as salas de anatomia das faculdades. Aquela situação deveria ser angustiante para todos os médicos, mas a maioria tinha defesas e negava a situação para si. Isso fez com que se mantivessem em silêncio durante décadas, critica Simone. O psiquiatra mineiro conta que, após conhecer o Hospital Colônia, o colega italiano passou a viagem de volta a Belo Horizonte, em silêncio. Ele estava estarecido. Quando chegamos a Belo Horizonte, fomos direto para a Associação Médica Mineira, onde ele estava

dando um curso de psiquiatria social. Ao final da conferência, me pediu para acionar a imprensa e começou a falar sobre o que viu, comparando Barbacena a um campo de concentração nazista. Basaglia me disse que em lugar nenhum do mundo havia presenciado uma tragédia como aquela. A entrevista caiu como uma bomba fora do país. O "New York Times" foi um dos jornais que se interessou pela história. Basaglia deu visibilidade mundial à tragédia da loucura mineira.

Antônio Soares Simone foi processado pelos hospitais psiquiátricos e a cassação de seu diploma foi cogitada pelo Conselho Regional de Medicina. Ele declara sua posição a respeito do assunto em entrevista concedida a ARBEX (2011):

Sinto-me realizado como médico por não ter partido para a negação daquela tragédia. O fato de aquelas denúncias terem colocado fim à fábrica de cadáveres e ao grande sofrimento humano vividos em Barbacena me satisfaz. Apesar de toda perseguição que sofri, cumpri a minha função médica.

Portanto, a história da Reforma Psiquiátrica Brasileira pode ser dividida entre antes e depois da vinda de Basaglia ao país, por incentivar o pensamento crítico a respeito do sistema e mobilizar a sociedade brasileira em torno do assunto.

PACHECO (2009) discorre que neste período, com a realização de vários congressos e encontros, foram trabalhadas as questões políticas, ideológicas, sociais, econômicas em relação à Medicina, as questões de poder profissional, a exclusão, os Direitos Humanos, e críticas aos efeitos da institucionalização quanto à cronicificação e ineficiência.

O resultado foi uma crise na Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde – DINSAM – repercutindo nacionalmente, pois, as denúncias realizadas nos quatro hospitais do Rio de Janeiro em 1978, ocorreram uma cidade brasileira de grande expressão nacional e em um Órgão Federal, tornando-se um escândalo ao visibilizar a maneira com a qual o Estado prestava assistência às pessoas com transtornos mentais. Segundo AMARANTE (2003a, p. 90) “A sociedade brasileira mostra-se perplexa com a maneira com que as instituições públicas tratam os seus cidadãos, enfermos ou sem recursos”. O estarrecimento da população

brasileira funcionou enquanto potencializador da força do Movimento de Reforma da Saúde Mental.

O segundo momento deste Movimento, no final dos anos de 1980, é o da construção sanitarista, “quando parte considerável do Movimento da Reforma Sanitária, e não apenas o da Psiquiátrica, passa a ser incorporado, ou a incorporar-se ao aparelho do Estado” (AMARANTE, 2003a, p. 91). O Movimento Sanitarista constituía-se em prol da organização e eficiência da institucionalização, a partir do saber médico. Este momento possuía o viés institucionalizante. AMARANTE (2003a) discorre sobre os riscos do retrocesso nesse período:

Os marcos conceituais que estavam na base do pensamento crítico em Saúde – como a reflexão sobre a Medicina como aparelho ideológico, o questionamento da cientificidade do saber médico ou da neutralidade das ciências, as incursões sobre uma determinação social das doenças, o reconhecimento da validade das práticas de saúde não-oficiais – dão lugar a uma postura menos crítica, onde aparentemente, parte-se do princípio que a ciência médica e a administração podem e devem resolver o problema das coletividades (AMARANTE, 2003a, p. 91).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, dá início a uma série de intercorrências que compreende desde a sua organização até a sua realização. Havia uma disputa de diferentes interesses entre a Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM – e a Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP, por um lado, defensoras de um evento eminentemente técnico e sem a participação da comunidade, e o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM – que, por outro lado, defendia a inclusão de grupos de discussão e usuários e familiares como delegados nas conferências. Nesse cenário de discordâncias ideológicas, o MTSM passa a realizar conferências nos seus âmbitos de influência, municipais e estaduais, para forçar a DINSAM a convocar a Conferência Nacional, que vinha sendo postergada, planejando, se fosse necessário, preparar-se para uma Conferência Nacional independente. Sobre esse contexto AMARANTE (2003a) discorre que:

O início da trajetória institucionalizante do sanitarismo traduz, de uma certa forma, o que Basaglia denominava “o culto do pessimismo”. Assim é que o início da trajetória institucional da estratégia sanitarista é uma tentativa tímida de continuar fazendo reformas sem trabalhar o âmago da questão, sem desconstruir o paradigma psiquiátrico, sem reconstruir novas formas de atenção, de cuidados, sem inventar novas possibilidades de produção e reprodução de subjetividades (AMARANTE, 2003a, p. 93).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, é considerada ápice do questionamento do Movimento Sanitarista, demarcando o início do terceiro momento, caracterizado pela desinstitucionalização, também chamada de desconstrução. AMARANTE (2003a) descreve o início desta nova fase, nos seguintes termos:

O movimento pela reforma psiquiátrica reencontra suas origens e se distancia do movimento pela reforma sanitária. Parte da explicação deste afastamento pode ser encontrada no fato de que, apesar de todos os desvios de rota, de todas as contradições e paradoxos, o movimento psiquiátrico sempre mantém um viés desinstitucionalizante – isto é, mantém em debate a questão da institucionalização da doença – ao passo em que o movimento sanitário perde de vista a problematização do dispositivo de controle e normatização próprios da medicina como instituição social (AMARANTE, 2003a, p.94).

Através da I Conferência Nacional de Saúde Mental, e de toda a discussão que permeava este momento, surgem associações de familiares e usuários que passam a serem ouvidas, a partir deste período. O debate sobre o sofrimento psíquico é expandido para além do discurso biomédico, atingindo a população como um todo, especialmente pessoas envolvidas diretamente neste tema. Na II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Bauru, nasce a idéia no Dia Nacional da Luta Antimanicomial, símbolo do movimento (PACHECO, 2009).

AMARANTE (2003a) afirma que mesmo com todas as discordâncias paradigmáticas entre o Movimento Antimanicomial e a Reforma Sanitária Brasileira, a trajetória sanitarista foi fundamental, principalmente considerando o contexto político em que ocorre. O momento foi desafiador historicamente, em função da redemocratização e dos embates ideológicos

com vertentes da Medicina, da Psiquiatria clássica e com os chamados “empresários da loucura”, chegando ao ponto, por algumas vezes, de ocorrerem agressões físicas e perseguições. A trajetória sanitarista abriu espaço para a entrada de outros grupos nas instituições, distanciando as antigas lideranças vinculadas à indústria da internação psiquiátrica, à Psiquiatria clássica ou mesmo à prestação dos serviços de repressão, ainda existentes, pela proximidade com o período histórico da ditadura-civil militar brasileira. A ocupação dos espaços institucionais foi importante para a construção de novas concepções e práticas de saúde.

Em trabalho conjunto, COSTA-ROSA, LUZIO E YASUI, destacados pensadores dessa temática, apontam para a forte vinculação entre a Luta Antimanicomial e a Reforma Sanitária Brasileira, por serem movimentos a tratar a saúde como “uma questão revolucionária, no eixo da luta pela transformação da sociedade” (COSTA-ROSA et al., 2001, p. 12).

Portanto, a Reforma Psiquiátrica no Brasil, assim como no cenário mundial, vem transcorrendo de maneira não linear, através dos esforços de vertentes políticas, sociais e profissionais diversas, permeada por contradições, assim como a Reforma Sanitária Brasileira.

2.2 Saberes e tensões entre o modelo biomédico de assistência e a proposta psicossocial do cuidado em Saúde Mental

As transformações do conceito de saúde, nas investigações do processo saúde-doença, podem ser observadas em diversos momentos sócio-históricos. Em relação ao saber e à prática em saúde mental, é importante considerar que a saúde já fora entendida como “ausência de doenças”.

REIS et al. (2004) discorrem que o modelo da saúde mental passa a fazer parte do discurso da Medicina, em 1948, pela definição da OMS de uma nova concepção de saúde, ampliada para além da perspectiva

biológica. A conceituação da mesma como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez”, tem como uma das consequências imediatas “a substituição do conceito de higiene mental pelo de saúde mental, o que implicou uma mudança substancial de concepção, no rastilho que acompanhou a mudança geral do campo da saúde” (REIS et al., 2004, p. 38).

Sobre o processo de constituição de novos saberes na Saúde e, em especial, na Saúde Mental, REIS et al. (2004) afirmam ainda que:

Pela proposta de Saúde Coletiva, o conceito de Saúde foi enriquecido pelos aportes das Ciências Humanas, particularmente na incidência de suas críticas ao discurso bio-naturalista que condicionava então a vereda estreita pela qual se considerava a Saúde. Este remanejamento de paradigmas possibilitou que, a partir daí, se passasse a considerar legitimamente o corpo não apenas como entidade natural, mas como lugar atravessado por desejos e condicionado em seu funcionamento pela vida simbólica. Na esteira desta legitimação, começa a emergir a categoria de “trabalhadores de saúde mental”, já que se faz necessária uma ampliação de categorias profissionais para tratar da saúde psíquica, que até esse momento era patrimônio quase exclusivo do médico, enfatizando prioritariamente a doença e não o sujeito. Já não se fala em trabalhar com a patologia, mas sim a favor do bem-estar (REIS et al., 2004, p. 39).

Através do questionamento da hegemonia do saber médico sobre saúde, passou-se a destacar a importância de se considerar as dimensões simbólicas e a dimensão social a partir das diferenças culturais e das representações sociais da saúde. É no contexto do questionamento do saber biomédico que nasce o Movimento da Luta Antimanicomial: parte-se da premissa de que “a loucura não está dentro dos homens, mas entre eles” (BASAGLIA, 2005, p. 257), construindo uma perspectiva psicossocial do sofrimento humano.

Nessa discussão, é relevante destacar algumas das reflexões de Georges Canguilhem sobre as concepções de normalidade e de patologia, apresentadas por Sandra CAPONI (2010), em que são analisadas as ambiguidades da concepção de saúde mental. Segundo CAPONI (2010), Canguilhem em seu texto “El cerebro y el pensamiento”, discute os

pressupostos epistemológicos e éticos dos saberes, cujo objeto de estudo é a localização cerebral de funções morais e intelectuais, numa compreensão dos sofrimentos individuais pelos métodos quantitativos e localizacionistas associados aos desvios de conduta, estados de angústia, dificuldades de aprendizado e sentimentos de fracasso.

CAPONI (2010) apresenta uma reflexão crítica sobre os axiomas e pressupostos da Ciência do Cérebro, tomando como referência as reflexões sobre os conceitos de saúde e as histórias das Ciências, assim como discute os limites e as dificuldades da busca de parâmetros objetivos e universais de saúde mental preconizados na primeira metade do século XIX, no contexto da ciência moderna.

A mesma autora realiza uma releitura dos textos de Canguilhem sobre o conceito de saúde, através de uma abordagem epistemológica que busca analisar as articulações dos conceitos e dos saberes sobre o conjunto de capacidades mentais e morais, a partir das quais nos reconhecemos como indivíduos. Tal perspectiva se afasta, portanto, da ciência positivista, na qual a preocupação está centrada na medição, quantificação e localização de lesões cerebrais para construir explicações causais para os mais diversos desvios de conduta, estados de angústia, dificuldades de aprendizado e sentimentos de fracasso.

Esse modelo de ciência aplicado à saúde pretende ser curativo, preventivo e maximizador das capacidades individuais. É importante destacar que essa pretensão não é exclusiva dos atuais estudos de fisiologia cerebral, Neurociências ou da Psiquiatria. São pretensões da ciência moderna, em função de seus princípios e fundamentos sobre o homem ideal, discutido anteriormente.

Canguilhem elabora um conceito de saúde eminentemente social e alheio às reduções de parâmetros científicos, sem operar com as dualidades (CAPONI, 2010). Considera que não é possível imaginar que a vida se desenvolva na solidão do organismo individual e nem que possamos alcançar um saber pela comparação entre organismos.

Para CANGUILHEM (apud CAPONI, 2010), o ser e o ambiente não podem ser considerados normais se forem considerados separadamente, pois, somente pode-se afirmar que um ser humano é normal se ele se vincula com seu meio, e se responde às demandas advindas da dinâmica da vida. Nesse sentido, para a construção de um conceito de saúde vinculado à complexidade da vida dos sujeitos, é fundamental considerar as flutuações da vida, seus momentos de crise e os novos acontecimentos.

Ainda sobre a vinculação da dinâmica da vida dos sujeitos aos conceitos construídos no campo da saúde é relevante considerar que os pressupostos do paradigma psicossocial estão assentados na complementaridade e não na subordinação entre as profissões, uma vez que nenhuma delas consegue responder sozinha às demandas complexas da saúde integral do indivíduo.

Segundo ALVARENGA et al. (2011), é importante que os pesquisadores da Saúde Pública estabeleçam diálogo com a realidade na abordagem de fenômenos complexos de saúde, “tendo em vista o emprego de uma racionalidade mais ampla que não subordine o pensamento a paradigmas da ciência e desta a um modelo abstrato, descolado da realidade, das condições reais de vida de seres humanos”. Portanto, notadamente em fenômenos complexos, como é o caso da saúde mental, é relevante abordarmos as questões desse campo, a partir de uma visão não subordinada a modelos fragmentados e reducionistas, mas conectados às demandas complexas em saúde, inseridos no contexto sócio-político.

Consideramos que o saber instituído, baseado no modelo biomédico de natureza positivista, preside a lógica das relações assistenciais verticalizadas, portanto, centrado nas fronteiras das profissões, operando com base de atuação na saúde disciplinar e fragmentada, descaracterizando a complexidade humana e guardando a pretensão da possibilidade de descontextualização sócio-histórica para o tratamento de todo e qualquer problema, independente de sua natureza (ALVARENGA et al., 2014).

Por isso, a partir das reflexões de ALVARENGA et al. (2014), podemos considerar que o movimento de construção de uma relação entre

teoria e prática interdisciplinar e democrática no campo da Saúde e, em especial, na Saúde Mental, é considerado desafiador, mas necessário, pois, os problemas com que se defronta, ultrapassam fronteiras de conhecimentos e de práticas. Assim, a Reforma Psiquiátrica está além de decisões dos âmbitos legislativos e jurídicos. É um processo social e político complexo de reestruturação a respeito das concepções de saúde, no interior do qual os agentes de mudança não são somente os profissionais, usuários e familiares, mas toda a sociedade envolvida no desenvolvimento desse novo modelo, sob a lógica de inclusão e acesso universal do Direito à Saúde, princípio norteador da Reforma Sanitária Brasileira.

O campo da Saúde Mental, através da Luta Antimanicomial, constitui-se como cenário de tensões e disputas entre modelos, gerando contradições em seus processos. A partir das breves considerações históricas, realizadas nessa introdução, sobre a construção da Luta Antimanicomial, no cenário global e nacional, pode-se observar que o questionamento de concepções e práticas hegemônicas, pautadas pela Ciência Moderna, ocorreu, principalmente, através de movimentos sociais.

A abordagem proposta pela Reforma Psiquiátrica procura conjugar o esforço teórico e prático, fundamentado no paradigma psicossocial para a reestruturação da relação entre os usuários dos serviços e da rede de atendimento.

A Reforma Psiquiátrica, atual política de Saúde Mental, redireciona os recursos da assistência psiquiátrica para o modelo de base comunitária, substituindo o modelo asilar. COSTA-ROSA (2000), autor que propõe a sistematização do Modo Psicossocial, em contraposição ao Modo Asilar, contextualiza que:

Nas últimas décadas, o conjunto das forças sociais em jogo tem-se refletido no contexto particular das práticas em saúde mental de uma forma que tem rendido para a configuração de dois modos básicos, cujas diferenças se observam tanto em termos dos saberes e das práticas, quanto do discurso que os articula (COSTA-ROSA, 2000, p. 9).

Portanto, o autor mencionado denomina como Modo Psicossocial, um paradigma que subsidia práticas contrapostas ao Modo Asilar. Argumenta que sua construção teórica parte da consideração de que as práticas em Saúde Mental estão permeadas pelas dimensões *político-ideológica* e *teórico-técnica*, consideradas indissociáveis em sua interação, porém diferentes em sua especificidade. Para a construção teórica de suas propostas, lança mão de contribuições conceituais, principalmente advindas da psicanálise e do materialismo histórico.

O mesmo autor considera que os movimentos sociais e científicos, de diversos campos teóricos, atuaram no resgate da dignidade humana e dos direitos de cidadania, inseridos em uma esfera de atuação político-ideológica, vista pelo autor como tendo *importância tática* no processo histórico da Luta Antimanicomial. Contudo, avalia como relevante atribuir uma importância equânime entre as dimensões *político-ideológica* e *teórico-técnica* no processo de explanação do Modo Psicossocial.

COSTA-ROSA (2000) ao dissertar sobre o Modo Psicossocial considera relevante a inclusão das discussões sobre a questão da contradição, entendida por ele não como *disfunções* ou *desvios*, mas como produto de conflitos concretos entre interesses e grupos cuja representação se observa nas instituições. Também afirma que “só é possível que dois modelos de atuação no campo da saúde mental [sejam] alternativos, se contraditórios. E os dois modelos serão contraditórios se a essência das suas práticas se encaminhar em sentidos opostos quanto a seus parâmetros basilares” (COSTA-ROSA, 2000, p. 4).

Tendo sido expostas as considerações preliminares de COSTA-ROSA (2000), passamos à caracterização do Modo Psicossocial proposta por ele. Em relação às concepções do “objeto”, o autor enuncia que o modo inovador deve considerar como determinantes os fatores políticos e biopsicosocioculturais. As formas de trabalho operadas, coerentes com essa lógica são as psicoterapias, laborterapias, socioterapias e um grupo amplo de equipamentos de reintegração comunitária, enfatizando a importância das cooperativas de trabalho. Também destaca a relevância da implicação do

sujeito no processo de tratamento, considerando, a sua dimensão subjetiva, mas recolocando a dimensão social através do pertencimento ao grupo familiar e social, pois parte da ideia de que o sujeito não está sozinho no eixo do sofrimento e a participação de seu grupo de convivência será fundamental para o tratamento. Há um deslocamento, dessa forma, de que as mudanças devam ocorrer no indivíduo para a instituição e o contexto. Em uma linha de reflexão semelhante à de CANGUILHEM (1995), autor que expressa uma visão de que o conceito de saúde deva abranger a dinâmica da vida, COSTA-ROSA (2000) também postula a questão de que a loucura e sofrimento psíquico “não têm mais de serem removidos a qualquer custo, eles são reintegrados como partes da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito. Os conflitos são considerados constitutivos e designam o posicionamento do sujeito e o lugar sociocultural do homem” (COSTA-ROSA, 2000, p. 14). O meio de trabalho do Modo Psicossocial constitui-se na equipe interprofissional com vistas à interdisciplinaridade para superação do modelo biomédico. Portanto, de forma sintética, afirma que “desospitalização, desmedicalização e implicação subjetiva e sociocultural são metas radicais no Modo Psicossocial, por oposição a hospitalização, medicalização e objetificação, que são elementos componentes deste parâmetro no paradigma asilar” (COSTA-ROSA, 2000, p. 17).

Quanto às formas de organização institucional, o mesmo autor considera que a instituição é um “intermediário necessário nos tratamentos psíquicos em saúde coletiva” (COSTA-ROSA, 2000, p. 18). Expõe que seu organograma deverá ser descentralizado, portanto, horizontalizado, com ênfase à participação da população no âmbito de poder decisório da instituição.

Em relação ao relacionamento com os sujeitos, o mesmo autor discute a questão da interlocução, ou seja, das práticas de intersubjetividade horizontal, em que a instituição seja local de fala e escuta da população e não mero depósito como no Modo Asilar. Também propõe a chamada

organização programática através de equipamentos integrais em relação ao território e à ação terapêutica.

E finalmente, sobre os efeitos terapêuticos e éticos, preconiza que estejam permeados por implicação subjetiva e sociocultural, visando singularização em contraposição à adaptação, característica da ética do Modo Asilar.

GUIMARÃES et al. (2001) também contribuem para as nossas reflexões, pois, analisam o paradigma da ciência moderna através de uma perspectiva crítica, tanto epistemológica, quanto social e política das concepções psiquiátricas no Brasil, no período entre os anos de 1980 e 2000, importantes para as discussões do processo de construção do Modo Psicossocial. Utilizam as reflexões de Boaventura de Sousa Santos sobre as mudanças epistemológicas em direção a um *Paradigma Emergente*, cujos aspectos investigativos estejam permeados pela dimensão social dos indivíduos. A partir desse novo modelo sobre o discurso das ciências e o nascimento de uma ciência pós-moderna, SANTOS (apud GUIMARÃES et al., 2001) aponta para a superação do paradigma científico hegemônico por meio de outras premissas, expostas a seguir e que embasam a perspectiva de novas concepções.

Para SANTOS (apud GUIMARÃES et al., 2001, p. 6), todo o conhecimento científico natural é científico-social: essa premissa discute a superação das dicotomias dos campos de saber, desconstruindo as categorias bipolares e construindo a noção de espectro e processo para as análises e interpretações. Todo o conhecimento é local e total: objetiva um saber interdisciplinar, que apreenda o conjunto dos contextos específicos a partir da complexificação. Todo o conhecimento é autoconhecimento: diz respeito à reciprocidade e interação entre sujeitos e não entre o sujeito e o objeto, partindo da ideia de “nos unir ao que estudamos”. Todo o conhecimento científico objetiva, nessa perspectiva, o diálogo entre o conhecimento científico e o senso comum como uma via de ampliação qualitativa dos fenômenos observados, para a superação da ruptura operada entre ambos, pelo paradigma hegemônico da ciência moderna, assim como

a suposta superioridade da ciência sobre o senso comum, por ele preconizado.

O mesmo autor também aponta para a necessidade de superação da ideia de neutralidade científica, defendida pela ciência moderna, em que o sujeito está separado do objeto de pesquisa. No campo da Saúde Mental, o rompimento com essa premissa é fundamental para o estabelecimento de novas formas de relação entre profissionais de saúde e pacientes, onde esses últimos, de uma posição passiva e reificada na tradicional relação, passam a um lugar de atividade e voz escutada.

Crítico à ciência moderna, o pensamento de Franco Basaglia, no campo da Saúde Mental, defende a necessidade de “pôr a doença, e não o homem, entre parênteses, assim invertendo a tradição psiquiátrica e cientificamente moderna de objetivação do sujeito” (GUIMARÃES, et al., 2001, p. 8). A partir dessa concepção, é possível observar a ruptura proposta pela Luta Antimanicomial, com o modelo científico positivista, em função do rompimento com a objetivação do doente e da doença e do rompimento da patologização de comportamentos humanos. GUIMARÃES et al. (2001) retomam o pensamento de Santos ao explicitar as ideias de Amarante sobre “colocarmos a doença entre parênteses”.

Colocar um ‘fenômeno’ entre parênteses representa uma importante demarcação epistemológica no âmbito da tradição do pensamento filosófico existencial: consiste na idéia de que o ‘fenômeno’ não existe em si, mas é construído pelo observador, é um constructo da ciência, e só existe enquanto inter-relação com o observador. E, portanto, se o observador, sujeito do conhecimento, constrói o ‘fenômeno’, este é parte do primeiro, é parte de sua cultura e de sua subjetividade (AMARANTE, apud, GUIMARÃES et al., 2001, p. 9).

Para GUIMARÃES et al. (2001, p. 9), a Luta Antimanicomial como campo de saber e prática orientados pelo paradigma emergente, opera no contexto brasileiro, na contra hegemonia do “projeto científico, político e econômico dominante: o neoliberalismo.”

Portanto, a proposta de novas práticas, a partir da Reforma Psiquiátrica, advém de uma crítica epistemológica ao saber instituído em

Saúde Mental na direção da transformação de conceitos, das ideias de relação entre observador e observado à partir de uma crítica conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sócio-cultural (AMARANTE, 2003a).

É importante enfatizar que novas práticas, quando em desenvolvimento, passam a operar simultaneamente com práticas anteriores gerando contradições.

No cenário brasileiro pudemos observar que a Luta Antimanicomial começou a ser construída durante a transição entre o período da ditadura civil-militar (1964-1985) e o processo de redemocratização. É importante destacar, através da afirmação de PAIM (2009) que essa transição, ocorreu sem rupturas, a exemplo da manutenção das principais lideranças e grupos do período anterior atuando na constituinte democrática e especificamente na constituição do SUS.

O objetivo desse trabalho não é analisar historicamente esse período, mas ressaltar que ao problematizarmos as concepções e práticas dos profissionais da Saúde Mental, é importante considerarmos esse contexto sociopolítico para abordarmos as tensões, disputas e contradições entre o pensamento hegemônico e as novas propostas, a fim de compreendermos o estado das coisas e pensarmos sobre os desafios colocados.

II. PRESSUPOSTO E OBJETIVOS

Tendo em vista a Lei 10.216/2001, da Reforma Psiquiátrica, cuja disposição prevê a reorientação da assistência em Saúde Mental, com a superação progressiva dos hospitais psiquiátricos, como representantes do modelo asilar, que pressupõe isolamento social para tratamento de pessoas com sofrimento psíquico, para a implementação de uma rede de serviços públicos territorializados, capaz de atender a essas pessoas na comunidade, definimos os seguintes objetivos para este trabalho:

1. Desvelar concepções e práticas de profissionais em relação à incorporação do modelo de atenção psicossocial ou manutenção de princípios asilares, caracterizadores da prática profissional em Saúde Mental.
2. Identificar pontos de tensão que caracterizam interesses de diferentes naturezas, como obstáculos e desafios à implementação da Reforma Psiquiátrica.

III. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

1 NATUREZA DA PESQUISA

Dada à natureza do problema de investigação, a presente pesquisa se circunscreve a uma abordagem do tipo qualitativa, uma vez que importa compreender os significados, as crenças, os valores, as motivações dos sujeitos sociais e suas interpelações com a prática profissional.

PAIS (2002, p. 20), ao discorrer sobre a sociologia da vida cotidiana, afirma que a mesma se inscreve na exploração das “relações dialécticas entre microanálise e macroanálise e no estudo articulado de comportamentos e estruturas sociais”. As reflexões desse autor relacionam-se com a ideia, do presente trabalho, em investigar as relações entre concepções e práticas de profissionais em saúde mental, na medida em que se tem por pressuposto que as ações humanas estão permeadas e articuladas por modelos e concepções de mundo construídas.

As metodologias qualitativas, segundo PAIS (2002, p. 154), possibilitam a apreensão interpretativa dos significados sobre as diversas manifestações do cotidiano, a partir da chamada “articulação sistemática das estruturas de significado subjectivo”, responsáveis pelos modos de ser, de pensar e de agir dos sujeitos nos vários contextos sociais a que se relacionam.

Entendemos que as investigações sobre a visão de mundo, nas palavras de PAIS (2002, p. 160), contribuem para as discussões pretendidas, pois, “os dilemas que se impõem à sociologia da vida quotidiana são os dilemas que se impõem às ciências humanas em geral”.

Os contextos e as vinculações sociais e culturais nas trajetórias dos sujeitos são vistas, segundo PAIS (2002) pela via do cotidiano:

Entendendo o quotidiano como significante flutuante do real-social sugere-se que talvez a sociologia consiga articular duas perspectivas metodológicas nem sempre facilmente conjugáveis: ver a sociedade

a nível dos indivíduos e ver como a sociedade se traduz na vida deles (PAIS, 2002, p. 20).

MINAYO (2014, p. 22-23) argumenta que as metodologias de pesquisa qualitativa são “entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações humanas e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

Dessa forma, no presente trabalho, as concepções acima mencionadas estão pressupostas no estudo com profissionais do campo da Saúde Mental, tomando os seus depoimentos sobre suas trajetórias e contextos de vida e suas concepções e práticas profissionais como objeto de discussão.

2 SUJEITOS DA PESQUISA

Na medida em que consideramos os profissionais das equipes de Saúde Mental como sujeitos sociais relevantes, mas não únicos, no processo de transformação em direção à Reforma Psiquiátrica, buscamos compreender suas concepções e práticas profissionais através de suas vivências no campo da Saúde Mental e para além deste. PAIS (2002) contribui para essa reflexão ao discutir que é relevante apreender os contextos vividos pelos sujeitos para iluminar os contextos sociológicos.

Esse autor discute as articulações realizadas pelos sujeitos entre as ações do cotidiano e a visão de mundo. Ele afirma que, através do cotidiano, o pesquisador não vê as coisas em si, mas realiza uma leitura dos signos que conformam as representações sociais e as visões de mundo. Considera relevante a abordagem dos contextos individuais, traduzidos nos elementos do meio social importantes para os sujeitos, como “normas, regras, nortes de orientação, bússolas cognitivas, mapas de significação e representações

sociais que regulam distintos estilos de acções, distintas condutas comportamentais” (PAIS, 2002, p. 127).

Numa aproximação a essa estratégia teórico-metodológica, buscamos compreender, através das trajetórias de profissionais de Saúde Mental, suas concepções e práticas profissionais sobre os temas colocados. Na presente pesquisa foram selecionados 10 profissionais de Saúde com inserção em serviços de Saúde Mental na Grande São Paulo. O critério de seleção foi experiência, de pelo menos, dois anos em Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, anterior ou atual. A experiência profissional em serviços substitutivos foi requerida, pois, esses equipamentos pretensamente operam de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Entrevistamos profissionais de distintas formações: Psiquiatria (3), Psicologia (3), Enfermagem (3) e Terapia Ocupacional (1).

No processo de seleção dos sujeitos foi utilizada, inicialmente, a estratégia de solicitar a profissionais conhecidos indicações de profissionais das categorias selecionadas. A partir das primeiras entrevistas, ora solicitou-se indicação aos profissionais entrevistados de outros, ora a pesquisadora procurava sujeitos não relacionados aos anteriores numa combinação entre a técnica da bola de neve e a busca ativa.

3 TRABALHO DE CAMPO

No processo de entrevista foi empregado, primeiramente, um formulário semi-estruturado com questões relativas à caracterização sociodemográfica e profissional dos sujeitos pesquisados tendo em vista uma aproximação ao lugar social ocupado pelos mesmos.

A seguir, as entrevistas em profundidade foram realizadas a partir de um roteiro temático (MEIHY, 2005), com base na técnica de depoimentos (QUEIROZ, 1988), tendo em vista permitir aos entrevistados liberdade para expressarem acontecimentos e experiências relacionadas com as questões propostas pelo entrevistador no decorrer das entrevistas. Dessa forma,

questões e situações específicas relevantes, que emergiram no momento da entrevista e foram pertinentes para aprofundamento no decorrer da mesma, foram incorporadas pelo pesquisador durante o processo. Entrevistas dessa natureza oferecem, segundo BOURDIEU (2007):

Uma situação de comunicação completamente excepcional, livre de constrangimentos, principalmente temporais, que pesam sobre a maior parte das trocas cotidianas e abrindo-lhes alternativas que o incitam ou o autorizam a exprimir mal estares, faltas ou necessidades que ele descobre exprimindo-os, [em tal situação] o pesquisador contribui para criar as condições de aparecimento de um discurso extraordinário, que poderia nunca ter tido e que, todavia, já estava lá, esperando suas condições de atualização (BOURDIEU, 2007, p. 704).

Para QUEIROZ (1988), ao lado da técnica de depoimentos, as histórias de vida ocupam igualmente papel primordial na produção de relatos, narrativas, discursos, entre outros.

Para PAIS (2002, p. 21), as fontes orais constituem-se em instrumentos válidos que permitem a “realização de uma história interpretativa a partir de uma matéria-prima (impressões, opiniões, sentimentos, crenças) que muito raramente se consegue extrair de outras fontes tradicionais”. Sobre as histórias de vida através da oralidade, PAIS (2002, p. 161) afirma:

Ora, se cada biografia aparece como síntese de uma história social e, paralelamente, cada comportamento ou acto individual aparece como síntese de uma estrutura social, há sempre lugar a um movimento de vaivém, da biografia ao sistema social e deste à biografia. Ou seja, o sistema social – na medida em que não existe fora dos indivíduos – manifesta-se sempre na vida individual, de tal forma que pode ser apreendido a partir da especificidade das práticas individuais.

VÍCTORA et al. (2000) afirmam que a técnica de coleta de histórias de vida possibilita ao investigador compreender o desenvolvimento de vida do indivíduo pesquisado e compor junto a ele uma biografia sobre sua trajetória até o momento atual. Por isso, além de recuperar as vivências dos sujeitos,

também apreende-se crenças, valores, possibilitando compreensão das construções da própria história e trajetórias dos mesmos.

Foram realizadas entrevistas individuais com profissionais da área de saúde mental, em que foram tratados temas de suas trajetórias e contextos de vida, suas concepções e práticas profissionais.

Na presente pesquisa, embora não se trabalhe com histórias de vida, buscou-se uma aproximação a esse conceito ao se tratar de temas relativos às trajetórias e contextos de vida dos entrevistados, assim como de suas concepções, práticas e trajetórias profissionais.

4 TRATAMENTO E INTERPRETAÇÃO DOS RELATOS

As referidas entrevistas foram gravadas, transcritas e revisadas pela própria entrevistadora, logo depois a sua realização, com o objetivo de garantir maior fidelidade à transcrição. Na interpretação dos dados consideramos o produto das entrevistas – relatos e proferimentos – como uma aproximação a narrativas ou discursos dotados de conteúdos significativos (LIMA, 2003; ROCHA e DEUSDARÁ, 2005), relacionados aos contextos em que os profissionais da equipe de saúde mental constroem suas relações sociais, considerando suas trajetórias e contextos de vida através das narrativas a partir do lugar de onde falam.

Segundo PERRUSI (1995, p. 136), o material colhido é considerado uma expressão “sintomática, complexa e contraditória do grupo social analisado. O entrevistado, vetor da sua cultura, internaliza estruturas objetivas de sentido e apropriar-se-ia de relações sociais, reconhecendo-se nelas, bem como interiorizaria esquemas de ação e condutas coletivas”.

Do ponto de vista das Ciências Sociais, a análise discursiva é vista como um espaço de articulação entre o mundo da linguagem e o mundo social, na medida em que consideramos que o falado expressa a materialidade da experiência vivida em que subjetividade e objetividade se encontram num processo no qual o indivíduo, como sujeito social, interioriza

a exterioridade e exterioriza a interioridade, para usarmos a terminologia de Pierre Bourdieu, presente em várias de suas obras, na dinâmica dialética que constitui simultaneamente sujeito e sociedade (ARRUNÁTEGUI, 2008).

A ideia central sobre a análise discursiva pode ser exposta através das palavras de FERRAROTTI (apud HOULE, 2012), quando afirma que:

Toda práxis individual é atividade sintética, totalização ativa de todo um contexto social. Uma vida é uma práxis que se apropria das relações sociais (as estruturas sociais), interioriza-as e as retraduz em estruturas psicológicas por sua atividade desestruturante-reestruturante. Toda vida humana se revela, mesmo em seus aspectos menos generalizáveis, como a síntese vertical de uma história social. Todo comportamento ou ato individual nos parece, até em suas formas mais únicas, a síntese horizontal de uma estrutura social.

Do ponto de vista operacional, alguns passos gerais podem ser mencionados como partes do processo de leitura e análise dos conteúdos significativos presentes nos relatos orais dos entrevistados: 1º. Realizamos uma primeira leitura de todas entrevistas, a partir da qual identificamos algumas palavras-chave (simples ou composta) ou mesmo expressões que continham conteúdos significativos para a análise do tema. 2º. Num segundo momento, buscamos estabelecer relações entre as unidades de registro, ou seja, palavras-chave ou frases, tendo em vista definir categorias específicas relevantes para a aproximação à análise dos discursos. Vale observar que, nesse processo, tais categorias relacionaram-se de maneira estreita com os temas constantes nos roteiros temáticos, os quais representaram aspectos de interesse a serem contemplados na pesquisa. 3º. Finalmente, foram construídas categorias gerais a partir da articulação de categorias específicas capazes de apresentar uma linguagem menos empírica, portanto, mais próxima de conceitos teóricos (MINAYO, 2014).

Posteriormente, foram apreendidas categorias gerais mais significativas, norteadas pelos objetivos da pesquisa, constituindo o denominado *corpus* do trabalho e possibilitando a construção de uma unidade discursiva, do ponto de vista do trabalho científico. No processo de interpretação empregamos, como termos correlatos, as palavras, relato, fala,

narrativa ou discurso para designar os proferimentos de nossos sujeitos da pesquisa. Para a proteção e respeito éticos daqueles que nos confiaram suas histórias, suas visões de mundo, seu tempo e suas contribuições escolhemos nomes fictícios para identificá-los, sobretudo, como sujeitos sociais (ARRUNÁTEGUI, 2008).

5 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com as normas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), os participantes do presente estudo receberam informações sobre o mesmo, sendo que sua participação foi voluntária. Os sujeitos, que mediante explicação dos objetivos da pesquisa, aceitaram dar seus depoimentos, tiveram garantidos o sigilo das informações declaradas. A gravação foi identificada por número e nome fictício, bem como foi assegurada a liberdade de desistência sem prejuízo algum aos mesmos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual estavam explícitos os objetivos, as garantias e os direitos do entrevistado.

IV DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RELATOS

1 SOBRE OS SUJEITOS DA PESQUISA, CARACTERÍSTICAS E TRAJETÓRIAS PROFISSIONAIS

1.1 Interesse pela Saúde Mental e Trajetórias de Vida: Buscas e Encontros

Desvelar o processo de interesse e aproximação dos trabalhadores com o campo da Saúde Mental permite compreender os contextos dos vínculos constituídos entre o sujeito e a área profissional de atuação. A partir da compreensão da construção da relação entre o indivíduo e o campo profissional, buscamos apreender concepções construídas e norteadoras das práticas profissionais.

Segundo ALMEIDA E MELO-SILVA (2011), o processo de interesse e escolhas profissionais estão associados a diversas dimensões, sendo estas, familiares, dos grupos de pares, do mundo do trabalho, da formação educacional. De modo mais abrangente, inscrevem-se em contextos sociais, políticos, econômicos e culturais específicos que mantêm uma relação dialética entre homem e meio em cada fase da vida humana, onde tais dimensões e aspectos “atuam continuamente, influenciando e sendo influenciados pela trajetória vocacional humana”.

Ao serem indagados sobre como ocorreu o interesse pela saúde mental, os profissionais entrevistados discorreram sobre suas trajetórias pessoais e, quase na maioria das falas, observou-se que, de fato, as mesmas apresentam relações estreitas com as dimensões supracitadas, especialmente associadas às dimensões familiares, da formação educacional e necessidades econômicas para a aproximação com o campo da Saúde Mental.

Apresentaremos os relatos dos sujeitos entrevistados, iniciando por Heloísa. A psicóloga apontou que o motivo de aproximação com o campo da

Saúde Mental ocorreu por transferência interna no contexto do funcionalismo público.

Eu estou há um ano aqui no CAPS, na verdade, não foi algo que eu tenha escolhido, mas foi uma questão do Município mesmo. [...] Houve um remanejamento, eu tive que ser transferida e acabei vindo trabalhar aqui nesse serviço. [...] Fiz Pedagogia e Psicopedagogia, existe uma paixão pela educação. [...] Eu gosto da área de Saúde Mental, porém, eu vejo que em termos de investimento de energia, a gente tem que ter uma coisa assim descomunal, em termos de investimento, principalmente mais aqui em relação a esse serviço, que a gente tem que estar bem sempre. Eu não sei quanto tempo eu consigo, acho que tem um prazo de validade. [Heloísa, psicóloga]

O interesse profissional principal de Heloísa não é o campo da Saúde Mental e sim a Educação Infantil. Porém, por dificuldades de inserção nesse campo de trabalho, optou por continuar no funcionalismo público, no campo da Saúde Mental.

O vínculo da entrevistada está mais relacionado às questões de necessidades econômicas e às condições de empregabilidade e menos ao campo de atuação profissional, em seu atual contexto de vida.

A questão do mercado de trabalho apresenta-se como uma dimensão considerada relevante para as inserções profissionais, podendo ser mais forte do que aspectos de interesse genuíno na opção pelo campo de trabalho em si em função de necessidades econômicas. Sendo a Saúde Mental um campo clínico e político, procuramos refletir sobre as possíveis decorrências de aproximações ao campo de trabalho predominantemente relacionados às necessidades econômicas, não para nos centrarmos no sujeito que possibilitou essa discussão, mas procurando refletir sobre as possíveis consequências sobre a natureza desse tipo de vínculo, tanto para o trabalhador quanto para o cuidado prestado aos sujeitos, à conformação da equipe e ao senso de identidade e vinculação à dimensão clínica e política desse campo, por exemplo.

Observou-se que todos os profissionais, exceto Heloísa, relataram interesse prévio à atuação em Saúde Mental. Apresentamos, a seguir, as falas dos sujeitos que relataram interesse primário em Saúde Mental.

Iniciamos com a enfermeira Tainara, cujo relato traz aspectos que nos permitem discutir as dimensões sociais mencionadas por ALMEIDA E MELO-SILVA (2011) no interesse a aproximação com a Saúde Mental.

Poucas pessoas se interessam pela Saúde Mental na formação, acho que a Saúde Mental busca a gente, na verdade. Entender o ser humano sempre foi uma coisa que eu busquei. Desde nova. Nada a ver com formação, a ver apenas com a minha característica pessoal. Eu gosto de entender o outro. [Tainara, enfermeira]

O aspecto de interesse, ressaltado por Tainara, é atribuído em sua fala do ponto de vista de vínculo entre *características individuais* e o que ela percebe de relação com o campo da Saúde Mental. Nesse sentido, podemos destacar a colocação de VELHO (1981, p. 27) de que em relação a projetos individuais e os círculos sociais, é importante reconhecer a não existência de um projeto individual “puro”, sem referência ao outro ou ao social, pois de acordo com o autor, os projetos são elaborados e construídos em função de experiências sócio-culturais, de um código, de vivências e interações interpretadas.

Através da continuação do relato de Tainara, é possível identificar contextos relacionados ao interesse e escolha profissional, o que se aproxima da assertiva de VELHO (1981), de que não há projetos puros e completamente individuais.

Eu era auxiliar de enfermagem e nesse período, eu tive a possibilidade de fazer uma faculdade, por conta do emprego que possibilitava bolsa. [...] A psicóloga que fazia a orientação, que fez todas as provas nas quais eu passei, ela disse que eu tinha os dois pés em Freud. Que se eu não fizesse enfermagem, a única faculdade que eles aprovariam pagar para mim seria psicologia. [...] Pensei que posteriormente, eu poderia fazer algo nesse sentido e eu sempre pensei nisso em

pós-graduação, não como uma outra graduação. [...] Em 2010, eu fiz uma especialização em Ciência, Arte e Cultura na Saúde que totalmente me colocou na saúde mental [...] Na pós a percepção para o ser humano, no sentido de que você precisa sempre buscar o que é melhor para ela, e não o que é normal para as pessoas. É preciso achar a potência das pessoas. [Tainara, enfermeira]

No caso da enfermeira Vitória, cujo relato é discutido abaixo, a mesma atribui à experiência pessoal marcante com o sofrimento psíquico de um familiar próximo, sua mãe, o início do contato com a Saúde Mental. A entrevistada relata que estava na faculdade, quando sua mãe começou a apresentar sofrimento psíquico intenso e, para compreendê-la e ajudá-la, passou a estudar profundamente a área e ao formar-se procurou trabalhar no campo.

Eu sempre me empatizei muito. Na faculdade, acho que foi no terceiro e quarto ano, você podia escolher a área que você queria e eu sempre estava com o pezinho na saúde mental, mas era inconscientemente, porque eu gostava por afinidade, não porque eu queria trabalhar justamente com aquilo. Eu descobri que eu queria trabalhar com aquilo quando veio a questão da minha mãe [...] Eu sempre falo para as pessoas que, na verdade, o interesse não partiu de mim. A saúde mental é que se interessou por mim porque na minha família, eu tenho caso de transtorno mental e eu tava na faculdade. Eu me formei em 2009, e em 2008, a minha mãe começou a ter um quadro depressivo e começou a fazer tratamento. [...] E aí comecei a estudar e por isso, eu falo que a psiquiatria veio até mim e não eu até a psiquiatria. [Vitória, enfermeira]

A trajetória da entrevistada aponta os significados que experiências pessoais familiares podem ter para os encaminhamentos profissionais. Seu relato, a exemplo da fala de Vitória, permite discutir o que VELHO (1981, p. 29) aponta sobre um projeto de vida não ser um fenômeno puramente interno e subjetivo. O discurso de Vitória, antes apresentado, exemplifica que ela já estava inserida no campo profissional em uma profissão de cuidado e, a partir da articulação entre experiências pessoais e afinidades pessoais, chamado pelo mesmo autor (VELHO, 1981, p. 31) de “campo de

possibilidades, circunscrito histórica e culturalmente, em termos da própria noção de indivíduo como dos temas, prioridades e paradigmas culturais existentes”, foi construído o interesse e aproximação profissional com o campo da Saúde Mental.

Através do relato da psiquiatra Hannah também é possível observar a relação entre escolhas profissionais e experiências pessoais no âmbito familiar, mas inserido em outro cenário.

Desde pequena, não podia fugir do sofrimento psíquico. Meu pai foi prefeito em 1962 no interior do Pernambuco. Naquela época, os loucos eram levados para o grande Hospício da Tamarineira. Na minha cidade, o surto era tratado na cadeia, no Corpo de Guarda da Casa de Câmara e Cadeia. Quem levava essas pessoas da cadeia para o hospício era o meu pai, enquanto prefeito porque não tinha ambulância e muitas vezes, eu viajei com essas pessoas tranquilamente, depois de uma noite inteira cantando e fazendo barulho na cidade. No outro dia, a gente ia tranquilamente para Recife. Eu tinha 7 anos. Então, eu tive uma relação muito pacífica com o sofrimento psíquico. [Hannah, psiquiatra]

A tomada de decisão de Hannah apresenta relação com seus vínculos interpessoais, especialmente com as figuras parentais, que servem de modelos referência e experiências propiciadas nesse contexto (ALMEIDA E MELO-SILVA, 2011). Sua fala revela para o fato de que as experiências de vida desde a infância foram contribuindo para a construção de concepções significativas para sua trajetória profissional. Segundo ela:

Ver a miséria de todas aquelas pessoas da minha infância mexeu muito comigo e quando eu fui fazer estágio no quarto ano, na própria [Instituição Psiquiátrica] Tamarineira, só foi reforçando minha escolha por trabalhar com isso. A ditadura jogava muita gente torturada pra psiquiatria. Geralmente, quem enlouquecia nunca tinha um exame físico bem feito, era mais fácil esconder lá. [Hannah, psiquiatra]

A conjuntura histórica do período de ditadura militar foi, ao que parece, relevante para provocar reflexões na entrevistada. Diante das

condições concretas vividas pelos sujeitos no manicômio em que atuava, a psiquiatra Hannah disse ter firmado sua posição pela Luta Antimanicomial. A vivência nesse contexto, segundo a entrevistada, mobilizou suas ações na militância.

A psiquiatra Hannah enfatiza em sua trajetória que, ao prestar concurso no estado de São Paulo, ingressou como profissional no Hospital Juquery de Franco da Rocha, atuando até 1986, como diretora das clínicas femininas. Narra que a experiência no Juquery foi fundamental para a concretização de sua posição na Luta Antimanicomial:

Quanta gente, principalmente quantas mulheres abandonadas e humilhadas e torturadas e tudo mais e aí a gente foi criando os centros de convivência e procurando ações que fossem além do eletrochoque e dos muros. E é essa a luta. [Hannah, psiquiatra]

Quanto a relatos sobre o despertar para a Saúde Mental durante a *formação educacional* no âmbito da graduação, temos os proferimentos de Dandara, psicóloga; Gilda, psiquiatra e Nádia, terapeuta ocupacional.

O interesse pela Saúde Mental começou na graduação ainda. Não teve um marco, mas onde eu estudei, a questão da Saúde Mental era muito forte, da Luta Antimanicomial. Tinha um movimento na cidade, que ele também envolvia aspectos culturais e vários estágios em psicologia que falavam sobre a questão da Saúde Mental, tanto em CAPS da cidade quanto CAPS das cidades vizinhas. Principalmente, tinha um estágio a respeito do SUS que envolvia uma coisa de Saúde Mental. Tive algumas matérias, uma das matérias principais, acho que quando começou a despertar essa questão foi a do Silvío Yasui que falava sobre [Erving] Goffman. Ele usou um livro que era “Juquery, espelho do mundo”, que foi bem marcante para mim. Eu peguei na biblioteca e quando eu comecei a ler, me fez muito sentido o que tinha ali com o que eu tava vendo nas ações da faculdade. Eu lembro que eu fui para essa aula, assim com o livro até meio decorado, eu sabia qual era a aula dele, acho que ele nem gostou muito porque eu ficava perguntando coisas que ele ia falar (risos). Isso foi bem importante. Eu relaciono com uma grade curricular da própria faculdade. [Dandara, psicóloga]

A psiquiatra Gilda também relata que foi durante a graduação em Medicina, que ela passou a se interessar por Psiquiatria.

Desde a faculdade, eu gostava de Psiquiatria e Pediatria [...] Sempre achei um campo muito interessante. [...] Comecei trabalhando com usuários de drogas, com população de rua. Então, tinha uma coisa também de garantia de direitos, de se indignar com algumas coisas, com ideal de justiça. Isso me empurrou, além de me interessar. [Gilda, psiquiatra]

Nádia, terapeuta ocupacional, narra como ocorreu a identificação com o campo da Saúde Mental.

Eu me interesso desde a época da graduação, em 2005. Quando eu tive a disciplina de Saúde Mental e Psiquiatria, eu me apaixonei, pra mim fez total sentido, principalmente pelo corpo teórico da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica e fui mais para esse campo nos estágios. Quando eu me formei eu fiz o aprimoramento em Saúde Mental, que na época era da FUNDAP, era aqui no CAPS-Itapeva em 2007, só tinha eu de TO. Fiz minha monografia sobre matriciamento. Fui trabalhar no NASF e só depois entrei para o CAPS. Já fui educadora social, fui pra área cultural antes também. A minha formação foi muito política, dos direitos, da Reforma Psiquiátrica, dos processos de desinstitucionalização. Tive muito pouco de Terapia Ocupacional na Saúde Mental, foi mais de Saúde Pública. [Nádia, terapeuta ocupacional]

Os processos de despertar de Dandara, psicóloga; Gilda, psiquiatra e Nádia, terapeuta ocupacional, ocorreram durante a formação universitária, a partir de experiências em estágios e reflexões através das disciplinas. O que as entrevistadas revelam aponta para a importância da incorporação das discussões sociais e políticas no ambiente acadêmico, pois elas atribuem a construção do interesse pelo campo da Saúde Mental aos contextos de formação acadêmica e social, dos quais participavam. Nesse sentido, vale lembrar a colocação de ROTELLI (1990) de que a transformação de modelos depende de processos sociais, culturais e políticos. O autor destaca que muitos profissionais do campo da Saúde

foram atraídos por escolas de pensamento, notadamente técnico, e desvinculadas do contexto social, político e cultural. Aponta para a importância dos movimentos sociais, culturais e políticos como propulsores de inovação e transformação de modelos e práticas de saúde estabelecidos. De acordo com os relatos, pode-se observar a importância de um ambiente universitário ligado a movimentações sociais para o desenvolvimento da crítica a modelos hegemônicos, que operam de maneira naturalizada.

Em relação ao entrevistado Everton, psicólogo, sua atuação profissional começou na Assistência Social em que o mesmo trabalhava como educador de rua, com menores em situação de rua.

Bom, eu sou formado desde 1988, quando eu começo a minha trajetória na profissão, eu começo na Assistência Social. E assim eu acho que eu começo a ter uma lida com a Saúde Mental quando começo a ser educador de rua, já na época na Secretaria do Menor. [...] Em 2006, é que eu passo a me interessar, a ter vários olhares para aquilo que eu não conseguia fazer na Assistência Social, na Saúde Mental. [...] Com a literatura da Reforma Psiquiátrica, sobretudo a Luta Antimanicomial vai trazendo essa possibilidade de uma clínica diferente, desse modo de olhar diferente nessa possibilidade de fazer uma clínica ampliada, uma clínica diferente, não excludente, onde o social é visto, mas a pessoa e sua singularidade também são vistas. [...] Esse olhar dessa questão das instituições fechadas, na forma revolucionária de abrir. A possibilidade de reformar vai me levando a me aproximar mais e mais. [Everton, psicólogo]

O psicólogo relatou que a partir da prática profissional, deparou-se com questões que o seu saber não era capaz de responder às demandas de cuidado, motivando a busca por outros saberes. Narra que, a partir do contato com a literatura da Reforma Psiquiátrica, interessou-se pela possibilidade, trazida nas obras, de rompimento de paradigmas no sentido da abertura do campo a outras práticas, sendo estas, do modelo asilar para o comunitário.

No caso de Edna, psiquiatra, seu relato trouxe que:

Eu acho que sempre, eu tenho uma ideia não só com relação à Saúde Mental disso. Por causa da minha história, mas acho que todo mundo que vai pra essas profissões de cuidado, e eu me incluo totalmente nisso, também vai para cuidar de alguma coisa dentro de si, também vai para poder olhar de um jeito mais profundo para algo que já mobiliza dentro de si mesmo. E é claro que aprendendo a cuidar dos outros, você vai aprendendo a cuidar melhor de si mesmo também. [Edna, psiquiatra]

A fala de Edna permite discutir sobre as fronteiras permeáveis entre o sujeito e objeto realizada por Boaventura de Souza Santos de que todo conhecimento é autoconhecimento e que a disjunção entre sujeito e objeto, defendida pela ciência moderna, não se verifica na realidade de interações, especialmente no campo da Saúde Mental. Para SANTOS (apud GUIMARÃES et al., 2001, p. 6), todo o conhecimento científico natural é científico-social: essa premissa discute a superação das dicotomias dos campos de saber, desconstruindo as categorias bipolares e construindo a noção de espectro e processo para as análises e interpretações. A ideia presente nas reflexões desse autor é de que todo o conhecimento é local e total. Objetiva, a partir desse discurso, um saber interdisciplinar, que apreenda o conjunto dos contextos específicos a partir da complexificação. Todo o conhecimento é autoconhecimento: diz respeito à reciprocidade e interação entre sujeitos e não entre o sujeito e o objeto, partindo da ideia de “nos unir ao que estudamos”. Todo o conhecimento científico objetiva o diálogo entre o conhecimento científico e o senso comum como uma via de ampliação qualitativa dos fenômenos observados, para a superação da ruptura entre ambos e da suposta superioridade da linguagem da ciência sobre a do senso comum.

O mesmo autor também discute a importância da superação da ideia de neutralidade científica, defendida pela ciência moderna, em que o sujeito está separado do objeto de pesquisa. No campo da Saúde Mental, o rompimento dessa premissa é fundamental, quer em nível de produção de conhecimento, quer em nível de subsídios para a prática profissional, tendo em vista o estabelecimento de novas formas de relação, entre profissionais

de saúde e pacientes, que de uma posição passiva e reificada na relação, deste último, passa a um lugar de atividade e voz a ser escutada.

A partir dos relatos de nossos entrevistados, é fortalecida a ideia, trazida inicialmente por ALMEIDA e MELO-SILVA (2011), de que a dimensão dos grupos de pares e familiares, exercidas de diferentes formas possui um papel relevante para a identificação e aproximação com o campo do trabalho, assim como a formação educacional, de modo especial a universitária, e a preocupação com as inserções no mercado de trabalho.

Outro aspecto a destacar é que, através dos relatos, observamos um ponto em comum entre os entrevistados em relação ao interesse pelo outro e pelo mundo do outro. A afinidade, anterior à formação é reforçada, reafirmada, concretizada e até mesmo reestruturada a partir da formação, gerando um movimento dialético entre afinidade e formação. Quando falamos em cuidado, referimo-nos, portanto, a algo novo, que se contrapõe à tradicional concepção de “assistência” vigente em nossos serviços de saúde. E tal referência, abre-se às discussões sobre as diversas concepções de relações de cuidado, que podem ser estabelecidas, pautadas em diferentes formas de visão de ser humano, de sofrimento psíquico e de relações estabelecidas, aspectos que serão objeto de discussão posterior no presente trabalho. Contudo, importante aspecto observado é o de antes de tornarem-se profissionais da Saúde Mental, que se constitui em área especializada, há uma escolha anterior por profissões de cuidado, considerando que nem sempre as concepções dos profissionais estão norteadas por princípios que se contrapõe aos de nossa tradicional e naturalizada “assistência em saúde”.

1.2 Princípios norteadores do cuidado nas práticas profissionais

O tema a respeito dos princípios norteadores da prática profissional foi colocado a partir da seguinte pergunta aos nossos entrevistados: *o que você não abre mão na sua prática profissional?*

Essa questão objetivou apreender aspectos dos princípios, não do ponto de vista da totalidade ética da conduta dos sujeitos, mas elementos que nos permitam desvelar aspectos mais valorizados no norteamento das práticas profissionais, contribuindo para as discussões sobre visões de mundo e práticas profissionais.

Para a discussão das narrativas dos sujeitos entrevistados, tomaremos como referência a problematização elaborada por Abílio COSTA-ROSA (2010), em seu livro *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: Contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*, em que dedica uma parte de sua produção a tratar sobre a dimensão de possíveis éticas do cuidado. Elegemos o referencial apresentado por esse autor por permitir trabalhar elementos de princípios valorativos, portanto éticos, assim como suas traduções na prática e suas relações com o Modo Asilar e Modo Psicossocial, já apresentados, segundo as reflexões do autor referido. Esse autor expõe algumas possibilidades de éticas do cuidado, podendo ser essas éticas mais disciplinares, a exemplo da *ética da tutela*, da *ética da interlocução* ou da *ética da ação social*. Podem expressar-se, também, numa postura ética de “sujeito como ser moral” para “evitar”, segundo o próprio autor, o pior das “éticas da Psiquiatria”, sendo esta a *ética do cuidado com empatia e compaixão* e, por fim, a *ética da Atenção Psicossocial*, considerada pelo autor como mais próxima ao Modo Psicossocial.

Apresenta-se, inicialmente, os relatos de Tainara, Eliana e Vitória, enfermeiras; de Gilda, psiquiatria e de Nádia, terapeuta ocupacional, que destacam notadamente a questão do vínculo e do contato com o paciente em suas práticas.

Eu faço com o outro, o que eu gostaria que fizesse comigo, eu vou tratar o outro como eu gostaria de ser tratada, eu vou atender você como eu gostaria de ser atendida, eu vou ter uma conduta num relacionamento como eu gostaria que tivessem comigo, eu vou oferecer uma comida que eu gostaria de comer, é bem assim. Isso é real. Isso sou eu. Não sei ser diferente. Então, às vezes, é muito complicado você manter

essa conduta num mundo quando a maioria não mantém. A gente se sente muito. [Tainara, enfermeira]

Tainara expressa ter um tipo de conduta na profissão, como na vida, em geral. Destaca em seu relato a questão da reciprocidade das relações, utilizando a empatia, entendida como capacidade de colocar-se no lugar do outro para decidir como agir. Esse tema foi tratado por Carl Rogers (2009) ao abordar as relações de cuidado, em que reconhece a empatia como uma habilidade imprescindível para o contato humano, envolvendo sentimentos de sensibilização através das mudanças sentidas e refletidas, momento a momento, pelo outro. Esse princípio no cuidado remete a características discutidas por COSTA-ROSA (2010, p. 288) ao definir como *ética do cuidado com empatia e compaixão*. A identificação gerada entre o cuidador e o objeto do cuidado é problematizada pelo autor, segundo o referencial da psicanálise lacaniana, considerando que a centralidade da angústia do sujeito, que veio buscar ajuda, ao ser espelhada pelo cuidador para a implicação do processo de cuidado é importante, contudo não suficiente para a construção da *ética da Atenção Psicossocial*.

Nessa forma de Atenção ao sofrimento continuamos operando no registro do gozo excessivo e angustioso, pois, para que a ação tenha garantida “uma ética apropriada” exige-se do tratamento a repetição especular no terapeuta, da angústia sentido pelo indivíduo que veio buscar ajuda para seu sofrimento. Ainda que essa identificação seja posta a serviço da promoção moral do cuidador, ela exige ser repetida a todos os encontros com cada novo sujeito que sofre. Só ela tem a propriedade de levar o cuidado ao centro de sua própria castração. Da cura do outro vem o júbilo e a superação da angústia de castração do cuidador, e da sua anterior posição de indiferença (COSTA-ROSA, 2010, p. 288).

O autor pondera que é importante considerar a tentativa dessa proposta, no âmbito das possibilidades de éticas do cuidado, de não tornar o sujeito do sofrimento, denominação utilizada por COSTA-ROSA (2010) para designar os usuários, objeto a serviço do pragmatismo. Discute, lembrando as contribuições de Espinosa, que o sujeito vivencia afetividade em corpo e espírito as relações e podem compartilhar sofrimentos e

possibilidades de superação. Contudo, argumenta que pautar apenas a dimensão da identificação, em uma proposta de ética do cuidado, negligencia as dimensões materiais e históricas das relações, a exemplo, da medicalização, aspecto marcante da ética da tutela e, portanto, do Modo Asilar e, portanto, expõe que a maior objeção a essa ética é a proposição da “identificação do trabalhador com o outro, como solução para o bom cuidado” (COSTA-ROSA, 2010, p. 290).

Eliana e Vitória, ambas enfermeiras, assim como Gilda, psiquiatra, destacaram a questão do contato e da escuta sob o ponto de vista da proximidade, do vínculo e do cotidiano.

Eu acho que ficar mais próxima do paciente, mesmo como enfermeira, quando eu me formei, eu tinha uma visão totalmente diferente do cuidado. Eu achava que eu ia estar mais próxima do paciente e muitas vezes eu me via trancada numa sala e uma pilha de papel... mais na parte administrativa do que na parte assistencial. Então assim, isso me chocou bastante. Mas mesmo tendo toda a parte administrativa, eu não abro mão de estar próxima do paciente, de ter contato com o paciente. Independente do tamanho da pilha que eu tenha na mesa pra preencher. [Eliana, enfermeira]

(Silêncio) O que eu valorizo... aí que difícil você falar de você mesma... mas eu acho que eu sou muito atenciosa com as pessoas. De acolher mesmo, de sentar o tempo que for, saber quando tem que falar, saber quando tem que ficar só junto do lado, esperando. Acho que poucas pessoas têm paciência pra poder fazer isso. [Vitória, enfermeira]

Vínculo. A possibilidade de criar vínculo, não dá pra abrir mão, de ter tempo de conversar com o paciente, brincar no corredor, fumar do outro lado da rua. [Gilda, psiquiatra]

Os relatos de Eliana, Vitória e Gilda resgatam a dimensão do contato e dos vínculos no estabelecimento de relações terapêuticas. As colocações das profissionais entrevistadas apresentam traços que foram discutidos por COSTA-ROSA (2010) ao abordar a ética da tutela e a ética da interlocução.

Ao mencionarem a questão da proximidade, através de expressões como ter contato e criar vínculo com os usuários, não expõem como se constitui. Levando em consideração o conjunto de suas entrevistas, as três entrevistadas creditam a capacidade de *controle de crise* ao hospital psiquiátrico, tema que será tratado posteriormente. É importante considerar que, em outro momento do relato, Eliana é explícita ao centralizar o *controle de crise* aos efeitos dos psicotrópicos. A valorização da questão do contato, da proximidade no cotidiano, lembrando que este cotidiano situa-se no interior dos serviços e não nas relações estabelecidas fora deles, aponta para traços de uma ética, nesse caso, entendida por COSTA-ROSA (2010), como mais próxima do Modo Asilar.

O relato de Gilda traz a dimensão do contato em situações consideradas mais recreativas como *brincar no corredor e fumar do outro lado da rua*, sugerindo uma relação menos vertical, característica encontrada na ética da interlocução, mas que também são consideradas, segundo COSTA-ROSA (2010, p. 277) como “um conjunto de ações que florescem ao lado da Psiquiatria fazendo muito mais um papel de suplemento alternante do que algo que aspire a questioná-la sob qualquer ponto de vista”.

Daí considerarmos que os princípios enunciados pelas profissionais apresentam mudanças mais estéticas nas relações de cuidado, no que tange a aspectos de cordialidade entre profissionais e usuários, mantendo sua essência como ética da tutela e da interlocução, apresentadas como éticas disciplinares, próximas do Modo Asilar.

Nádia, terapeuta ocupacional, ao eleger o princípio norteador de suas práticas profissionais, menciona o Projeto Terapêutico Singular.

Eu acho que... difícil. A relação com o paciente, de pensar no projeto terapêutico, fazer esse acompanhamento, foi isso que sempre me deu sentido que me segurou por ter investido muito nisso, apesar das outras coisas serem difíceis em muitos momentos. [Nádia, terapeuta ocupacional]

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é entendido, segundo a Cartilha Nacional de Humanização, publicada pelo Ministério da Saúde, em 2007, nos seguintes termos:

Um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (BRASIL, 2007, p. 40).

Segundo a narrativa de Nádia, o PTS é priorizado em suas práticas profissionais. A partir da discussão trazida na Cartilha Nacional de Humanização sobre o PTS, esse aspecto possui significado relevante, pois, tal instrumento é considerado importante recurso de trabalho nos CAPS para direcionamento terapêutico, sendo compartilhado entre usuário, família e equipe interdisciplinar, de acordo com os princípios do Modo Psicossocial.

Em seu relato, Everton, psicólogo, narra que no decorrer da sua prática profissional e a partir das trocas em supervisões passou a refletir sobre suas posturas diante dos *sujeitos do sofrimento*.

Qual direito que eu tenho de entrar nas vidas, fazer algumas intervenções? Passei a me questionar sobre essas intervenções e depois ver as consequências, a me questionar sobre o direito que eu tenho sobre o querer do outro e sobre o desejo do outro. No início eu era muito de sonhar com os prontuários, mas hoje não. Eu continuo tendo esse olhar sobre a vida dos outros e como a minha vida, do lado, entra nisso, mas eu saio. Acho que foi necessário encontros, esses vários encontros, essas trocas de sentimentos, esses encontros com os pacientes. E depois transformado esse olhar misturado nas

supervisões ou nos encontros com os meus colegas, outros profissionais. [Everton, psicólogo]

Ao destacar que passou a se questionar sobre o seu direito em prescrever sobre a vida do outro, Everton enuncia uma visão crítica à ética da tutela cuja pressuposição é de que há alguém que detém o saber e leva a quem não está de posse dele e direciona a vida do outro. Partilhando de outra lógica, Everton destaca a questão da cidadania como princípio norteador de suas práticas.

Eu não abro mão de buscar cidadania. Eu não abro mão. Então, os aparatos políticos que levam à cidadania como a assembleia, conselho gestor, discussão sobre o direito da mulher, a violência contra a mulher, o direito que a mulher tem dessa igualdade que avançou, mas não avançou muito. Então, a busca pela cidadania eu não abro mão. Você falar: “oh, você não pode fazer isso, porque é isso”, aí eu não abro mão. Quer que eu faça pequenas modificações na minha atuação porque “oh, isso mantém o gozo da gestão”, eu consigo fazer. Agora, você diz: “olha, você vai ter que não trabalhar nesse protagonismo”. Aí eu não abro mão. [Everton, psicólogo]

Everton narra não prescindir de busca por cidadania e do trabalho norteado pelo protagonismo dos usuários diante de sua própria vida. Nosso entrevistado, no conjunto de seus relatos, trouxe de forma bastante enfática o que ele chamou de *Clínica Ampliada*, considerando relevantes tanto à abordagem de questões clínicas, quanto de dimensões políticas no trabalho com os usuários em Saúde Mental. Em outras palavras, parece enunciar uma concepção que considere para a sua prática em Saúde Mental os *impasses psíquicos e seus efeitos* e as condições materiais e históricas. Sugere o que COSTA-ROSA (2010) denomina de trabalho pela implicação subjetiva e coletiva dos sujeitos do sofrimento, traços característicos da ética da Atenção Psicossocial.

É importante contextualizar esse trecho no conjunto dos relatos de Everton, pois, por vezes, a questão da cidadania é incluída nos debates no campo da Saúde Mental em uma perspectiva ética denominada por Costa-

Rosa como *ética da Ação Social*, considerada pelo autor ainda como uma ética disciplinar. Sobre essa concepção, argumenta que “não é difícil encontrarmos propostas cujo teor e ação se detém no plano estritamente político, com o qual pretendem estar suficientemente munidas para dar conta da complexidade e variedade dos impasses psíquicos e seus efeitos; talvez se pudesse dizer que caem numa redução da Clínica à Política” (COSTA-ROSA, 2010, p. 283).

Nesse sentido, podemos destacar a fala de Dandara, psicóloga, em que ao eleger o princípio essencial de sua prática profissional traz a *ética da Atenção Psicossocial* como diretriz.

Uhuh. ... (silêncio) eu acho que tem a ver com essa ética da Atenção Psicossocial, dessa questão de trazer o sujeito, da implicação do sujeito, que a gente poderia considerar como um sintoma e aí eu tô pensando no caso do sofrimento psíquico, porque quando eu paro pra pensar num manicômio, a gente sabe que tem de tudo lá. Então, tem casos que não é uma questão de trazer o sujeito, o sujeito está ali. Mas de repente de implicar naquilo que traz sofrimento. Da questão de você não tutelar, que quando você entra num manicômio tudo é feito pra aquele que é considerado incapaz e na verdade, não é. Acho que isso é muito importante, de quando a gente fala de colocar a doença entre parênteses também é muito isso, de trazer o sujeito e considerando que ele tem desejos, pode fazer algumas escolhas. Porque eu acho que algo que é muito forte na Saúde Mental é a gente comete atrocidades a partir do que a gente acha que é cuidado. Então, por exemplo, tem uma pessoa que passou por uma questão psíquica, está na sociedade e ela pode sofrer preconceitos, ela pode ser maltratada, então: “coitada, vou colocar num hospital, internar, porque aqui a gente vai cuidar”. E aí, a partir desse discurso eu vou cometer coisas muitos piores, né? Acho que a questão da ética Psicossocial é algo que eu não abro mão, de verdade. Algo que eu considero que é norteador, se a gente quer fazer Saúde Mental. [Dandara, psicóloga]

Dandara menciona a *ética da Atenção Psicossocial* e descreve elementos considerados relevantes por ela, que podem ser encontrados nessa perspectiva de ética do cuidado. Destacamos a menção da entrevistada à questão da implicação do sujeito, da crítica à noção de tutela

estabelecida nas relações inscritas na lógica asilar e a consideração da promoção de violência contra os sujeitos do sofrimento sob a alcunha de cuidado, praticadas historicamente nos manicômios, em concepções norteadas pelo Modo Asilar. COSTA-ROSA (2010) ao abordar a ética da Atenção Psicossocial inclui esses elementos trazidos por Dandara como relevantes e por isso, são destacados por nós nessa discussão.

Para contextualização das propostas desse autor sobre esse tema, é relevante trazer que o mesmo considera que, através dessa da ética da Atenção Psicossocial, busca-se pautar as práticas profissionais em uma

Práxis da Atenção Psicossocial a partir de uma Clínica Crítica, na qual a clínica e a política estão superpostas e imbricadas, mesmo que em certos momentos se deve considerar sua distinção, tanto para efeito de análise, quanto das outras ações (COSTA-ROSA, 2010, p. 299).

O autor supracitado quando denomina a ética da Atenção Psicossocial como uma *Clínica Crítica*, vale mencionar, está embasado nas matrizes teórico-metodológicas de Freud-Lacan e, portanto, concebe o sujeito do inconsciente através dos discursos e dos laços sociais. Também está respaldado no referencial marxista que problematiza as condições materiais e históricas e os Modos de Produção Sociais. Juntos, esses referenciais são utilizados para a estruturação da chamada *ética da Atenção Psicossocial* referida por Dandara, que nas palavras de COSTA-ROSA (2010, p. 300) traduz-se em “modalidade do processo de produção de Atenção no qual o sujeito – simultaneamente considerado como um indivíduo com inconsciente e como potencialidade efetiva de produção de sentido novo para as diferentes injunções sociais e subjetivas que emergem em seu cotidiano”.

Por isso, a questão da implicação do sujeito, por exemplo, mencionada pela entrevistada é problematizada pelo autor numa dimensão subjetiva e coletiva no processo de Atenção Psicossocial. Essa perspectiva valoriza tanto o aspecto clínico quanto político, traço ressaltado por Dandara, ao eleger o princípio norteador de suas práticas profissionais.

Dandara também enuncia uma visão contraposta ao Modo Asilar ao criticar a noção de tutela dos sujeitos e a prática de violências contra os direitos da pessoa humana, inerentes aos espaços manicomiais, assim como COSTA-ROSA (2010).

Nesse sentido, no relato de Hannah também encontramos características de crítica em relação à ética da tutela. Em suas palavras:

Minha luta contra o clonazepam e essa hipermedicalização que não é pequena e a importância de outros profissionais junto. A Psiquiatria sozinha, a Medicina sozinha não vão fazer nada. Tem um Conselho muito ruim, o Conselho Federal, o CREMESP, nem pensa na Saúde Mental, pensa em lucro, pensa em lucro. Falam de ética sem nem noção. É tudo muito positivista, é tudo muito organicista, infelizmente, está. Você vê um Conselho como o seu, o Conselho de Psicologia, é uma outra atuação. É diferente. Até o de Assistência Social tá fraquinho. Farmácia se mostra no Conselho Federal, é uma luta muito grande e tem o corporativismo. É péssimo o corporativismo. Essa história... o Ato Médico é um absurdo... correto? [Hannah, psiquiatra]

Hannah destaca que o princípio norteador de sua prática é a luta contra a hipermedicalização e a questão do trabalho em equipe interdisciplinar. Destaca ainda a importância dos Conselhos Profissionais que podem atuar de forma mais corporativa ou segundo interesses mais coletivos. Podemos, então, trazer as contribuições de COSTA-ROSA (2010) sobre o aspecto da hipermedicalização ao apontar que:

Nas ações da Atenção Psicossocial também notamos sua presença insidiosa, como retorno do instituído das lógicas, organicista e asilar, ainda insuficiente criticadas e, portanto, longe de serem superadas. Essa ética é, na realidade, remodelada pela psiquiatria no tempo do desenvolvimento dos psicofármacos “eficientes”. Seus agentes calçam-se agora mais facilmente na pretensão de sua operatividade como Medicina, argumento de incontestável cientificidade (COSTA-ROSA, 2010, p. 276).

Para esse autor, através da lógica da ética da tutela, os indivíduos são excluídos da produção social e incluídos no consumo de psicofármacos.

Dessa forma, ao trazer a questão da hipermedicalização, Hannah permite-nos chamar a atenção para questões atuais e de permanência do Modo Asilar através de outros dispositivos, em que os medicamentos assumem o papel de dispensar o asilamento concreto, mas mantendo a exclusão social da produção e do consumo (COSTA-ROSA, 2010).

Esse tipo de crítica à prática em saúde mental torna-se mais relevante por tratar-se de uma psiquiatra, em uma postura de questionamento do próprio papel enquanto profissional do campo, pois a chamada função de “distribuidores de produtos” é concretizada na rede pelos psiquiatras e incentivada pela indústria farmacêutica, segundo COSTA-ROSA (2010, p. 276) como uma “poderosa lógica social expressa no lema de que tudo ser pode curar e já, através dos medicamentos”.

Ao criticar a *hipermedicalização* e o corporativismo, através da atuação de Conselhos de categorias profissionais, em especial, ao corporativismo médico, a psiquiatra Hannah aponta para desafios apresentados, de outra forma, por Edna, também psiquiatra

Uma coisa que eu não abro mão e é um dos motivos que eu ainda estou nesse CAPSad é uma consulta de, pelo menos, 30 minutos, no mínimo, senão mais. Porque teoricamente, pelo SUS, qualquer médico, não importa qual a especialidade, qualquer especialidade que vá prestar atendimento em consulta médica no SUS tem 15 minutos. Isso pra mim é ridículo, é inadmissível, eu não vou fazer consulta de 15 minutos nunca na minha vida e se eu for obrigada a fazer isso, eu não trabalho mais nesse lugar. Então, eu tenho uma agenda, teoricamente de meia hora em meia hora. Lá, eles dão um jeito e eu consigo ter uma agenda que funcione dessa maneira. Só que aí eu acabo tendo mais produção porque sempre tem um monte de receita pra fazer, relatórios, lá é acolhido CAPSIII, então, tem os pacientes de leitos que a gente prescreve também. Então, se for botar tudo no papel, acaba dando menos de 15 minutos de tantas coisas que eu faço. Mas tem lugares que mesmo com esse monte de coisa burocrática pra fazer, ainda assim as agendas são de 15 em 15 minutos. E lá é isso, eles respeitam muito o meu trabalho, sabem que eu trabalho, então, por exemplo, os últimos horários da minha agenda são vazios porque é o horário que eu deixo pras urgências, de coisas fora da agenda. [Edna, psiquiatra]

Edna, ao mencionar que não abre mão de *uma consulta de, pelo menos, 30 minutos*, expõe dilemas, da prática cotidiana profissional, vivenciados pelos profissionais da saúde em relação ao tempo estipulado de atendimento, parte de uma lógica produtivista incorporada à saúde e adotada nos serviços públicos, principalmente os administrados pelas Organizações Sociais, tema tratado posteriormente.

A consulta de *pelo menos, 30 minutos* representa um ponto de resistência na prática da profissional. É importante destacar que essa possibilidade de negociação também pode ser facilitada pelo papel médico ocupado pela psiquiatra, em que há certa hegemonia na equipe.

Nesse sentido, observa-se que, diante dos relatos dos trabalhadores o aspecto do vínculo, da relação terapêutica, da escuta é valorizado de formas diferentes pelos profissionais. Observa-se variadas concepções e práticas desses aspectos, expressando traços que podem ser encontrados, segundo a discussão de COSTA-ROSA (2010), no Modo Asilar e no Modo Psicossocial. Não somente em relação aos conteúdos trazidos sobre princípios norteadores das práticas profissionais, mas no conjunto das entrevistas, é possível observar que os discursos não são lineares e totalmente inscritos no Modo Asilar ou no Modo Psicossocial, apresentando, por vezes, elementos de ambos em um mesmo relato, gerando contradições. Tal fato nos permite apontar para a complexidade da realidade que, diante de novos modelos os incorpora maneira processual, desconstruindo alguns aspectos e mantendo outros durante esse processo de pretensa transição entre paradigmas.

Termos como *ter contato* e *acolhimento* foram usados de diferentes formas e remetem a princípios relacionados a concepções de práticas que não necessariamente estão vinculadas a propostas inovadoras do Modo Psicossocial, pois essas expressões também são encontradas em discursos inscritos na lógica que se aproxima do Modo Asilar. Portanto, a preocupação com a relação entre profissional e sujeito do sofrimento não é exclusiva a quem está mais próximo do Modo Psicossocial. Eliana, enfermeira, por

exemplo, no conjunto de seus discursos expressa traços que podem ser encontrados mais próximos à ética da tutela e ao Modo Asilar mencionou preocupação frequente com o cuidado digno aos pacientes.

Podemos observar que nos relatos dos profissionais que apresentaram traços característicos do Modo Psicossocial foram feitas críticas aos modelos hegemônicos no campo da saúde mental. Podemos considerar que tais críticas contribuem para a desnaturalização da reprodução das tradicionais práticas de assistência. Esses sujeitos apresentaram críticas às concepções que norteiam o paradigma biomédico e a aspectos da lógica asilar, apontando para concepções e práticas que buscam romper com o modelo manicomial em direção ao modelo da Atenção Psicossocial.

1.3 Identidades profissionais em saúde mental

A questão da identidade profissional ganhou expressão no presente trabalho, dada à natureza dos depoimentos oriundos do convite para que os trabalhadores discorressem sobre como viam a contribuição de suas profissões no campo da Saúde Mental, assim como suas experiências nas equipes interdisciplinares em suas práticas profissionais.

Vale observar que buscamos ancorar o sentido de tais questões, considerando que a Reforma Psiquiátrica se constitui em uma política pública e, por seus princípios, busca-se desconstruir a lógica manicomial e, portanto, a concepção da centralidade hospitalocêntrica e biomédica caminhando para a adoção de posturas que pressuponham a negociação, o compartilhamento entre sujeitos e saberes diversos e, portanto, por um paradigma interdisciplinar e pelo trabalho em equipe, conforme considerações trazidas por BRITO et. al (2009). É nesse cenário que propomos a discussão sobre as identidades profissionais no campo da Saúde Mental.

Apresentamos o relato de Everton que permitirá discutir aspectos que consideramos relevantes sobre esse tema. Em resposta à questão sobre o papel da Psicologia ao campo da Saúde Mental, o entrevistado Everton, psicólogo, apresenta o seguinte relato:

Eu acho que existem algumas distorções, de certa forma. Assim como tem a questão do médico, focado em cima do médico, há uma tendência de focar em cima da Psicologia como sendo a disciplina, a profissão que dá conta de todos os aspectos. Então, eu acho que a Psicologia tem um papel assim como todos os outros têm, as outras profissões nessa interface, nesses outros cruzamentos e ela não é mais. Assim como o médico psiquiatra não é mais. É mais um que soma e faz a atuação. E ao mesmo tempo a gente tem que garantir o nosso espaço. Então, os atendimentos com um foco, com alguma especificidade é da Psicologia mesmo, mas isso pode ser compartilhado. Eu posso atender, fazer um trabalho com a Assistente Social, com a TO com o meu foco, sem necessariamente unicamente ser o foco do setting que a gente aprende na academia. Que tem que ser naquele horário, naquele enquadre e só eu. Eu posso utilizar esse conhecimento com os outros profissionais, assim como em formações, porque eu não tô no consultório particular, do campo todo. Por mais que haja uma contaminação, entre aspas, mas o meu olhar enquanto psicólogo se amplia. Eu colho informação dos outros profissionais, da família, dele atuando numa oficina ou num pátio sem fazer nada. Então, eu acho que a psicologia vai mais dessa forma institucional e, às vezes, necessitando do foco mais clínico um pouco tradicional, dependendo do caso, mas não é o primordial e o que tem que ser assim e não pode ser de outro jeito. Então, a Psicologia, eu vejo ela nesse aspecto da Saúde Mental mais aberta mesmo, mais ampliada no campo. De uma forma mais ampla e não do consultorizinho, fechado. [Everton, psicólogo]

Everton inicia sua fala trazendo uma questão fundamental que é a manutenção da lógica disciplinar que pode simplesmente deslocar a pretensa capacidade de totalizar as respostas às complexidades da Saúde Mental da Medicina para a Psicologia, por exemplo.

Ao mencionar esse aspecto, Everton expõe considerar, nesse caso, a Psicologia como uma profissão fundamental, porém, insuficiente para responder às complexas demandas do cuidado em Saúde Mental. Enuncia

uma visão crítica à lógica disciplinar tanto em relação ao paradigma hegemônico biomédico, quanto a esse possível deslocamento de expectativas para que a Psicologia assuma esse lugar de onipotência. Sua visão se aproxima de uma concepção interdisciplinar, que reconhece as especificidades dos saberes disciplinares, contudo, parece reconhecer a permeabilidade desse saber em relação a outros legitimando o compartilhamento e interlocução com outros campos de conhecimento.

Ao lado disso, ao utilizar o termo *clínica ampliada* para a atuação da Psicologia em Saúde Mental, como área da Saúde Pública, em contraposição à prática individual em *consultório fechado*, também podemos, ao que parece, descortinar uma perspectiva crítica desse nosso entrevistado ao modelo clínico e individualista da psicologia, conformando uma identidade profissional mais próxima dos princípios da Atenção Psicossocial por contemplar uma visão de Saúde Mental Coletiva.

Esse posicionamento de Everton vai ao encontro da discussão trazida por BRITO et. al (2009) de que as novas concepções em Saúde Mental implicam articulação entre diversos sujeitos em suas dimensões sociais, culturais e políticas. As autoras argumentam que essa multidimensionalidade requer a conjugação de saberes existentes para a construção de outros através das vivências no cotidiano dos dispositivos, ou seja, nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Além disso, enfatizam que à medida da identificação do profissional com seu trabalho é construído o “eu” através da ação realizada e pelas pessoas com quem convive.

Everton, ao mencionar o aspecto da interação com outros profissionais da equipe na Atenção Psicossocial, permite-nos remeter às considerações dessas mesmas autoras que assim discorrem sobre a questão da interdisciplinaridade:

Interdisciplinaridade implica certo despojamento em relação a um saber já cristalizado e centrado na figura de profissionais. Compartilhar o nosso conhecimento teórico com a experiência sobre a loucura trazida pelo usuário inaugura uma nova forma de cuidado” (BRITO, et. al., 2009, p. 524).

Nesse mesmo sentido, de uma prática profissional que ultrapasse as fronteiras do conhecimento disciplinar, apresenta-se o relato de Edna, psiquiatra, que em sua narrativa aponta o papel da tradicional psiquiatria em um sentido clínico, porém contextualizando a insuficiência dessa contribuição para a saúde mental e a importância da prática interdisciplinar na área.

Então, na verdade, teve muita coisa que eu estudei que eu não uso. No CAPS que eu trabalho, eu tenho uma clínica também. As coisas, muitas coisas que acontecem, eu não esqueci tudo, mas acaba indo mais para ela e o que eu acho que a minha formação mais específica acaba contribuindo é um pouco assim de entender melhor o funcionamento do organismo. Como eu acabo tendo que prescrever muito remédio e, apesar de gostar muito de fazer muitas outras coisas também, mas faz parte essa questão da medicação, como eu já na Medicina eu tive um bom fundamento do sentido de como funciona o organismo, as patologias, mesmo farmacologia, a questão das medicações, essa é a minha formação específica, então, isso contribui para eu conseguir prescrever melhor, poder fazer isso de uma maneira mais, com mais prudência. E é claro, eu não estudei só isso em Medicina, teve Medicina Social que ajuda um pouco a abrir a cabeça, tem outras disciplinas na faculdade que são bem menores, mas tive Filosofia, Psicologia, tive Psiquiatria Médica, mas cursos pequenos. Mas tudo isso, e eu gostava desses cursos, Medicina Social eu gostava também. Eu sempre tive um pouco dessa preocupação social, não sei se porque eu vim de uma camada mais humilde, camada socioeconômica mais humilde... eu sou daqui de São Paulo mesmo, cresci perto de cidade Ademar, Jabaquara, num lugar super simples, super humilde, não era uma favela, mas tinha favela ao redor e as pessoas eram super humildes. Meu pai era motorista de ônibus aqui em São Paulo, a minha mãe bordava e meu pai nordestino, não tinha nem 4ª série, então, foi uma vida de muita luta dos dois, do meu pai e da minha mãe e a gente sempre usou serviço público por causa dessa questão da saúde, eu e a minha irmã, e meus outros irmãos. [Edna, psiquiatra]

Edna, como podemos observar, quando convidada a discorrer sobre a contribuição de sua categoria profissional, a Psiquiatria, para a Saúde Mental, centrou-se na questão da precisão medicamentosa que sua

formação requer. Contudo, essa profissional enfatiza, igualmente, outros aspectos, que teriam ampliado sua formação, destacando a Medicina Social, assim como disciplinas de Filosofia e Psicologia, a interface da Psiquiatria com a arte, apontando para noções interdisciplinares de atuação no campo da Saúde Mental e uma concepção mais ampla da realidade.

Em seu relato, vale mencionar, que a mesma refere que, desde pequena, gostava muito de literatura, poesia e arte. O primeiro livro que ela leu e a marcou foi “O Alienista”.

Desde pequenas, eu e minha irmã, a gente já gostava muito de literatura, poesia e arte, e isso continuou. Apesar de ter me matado de estudar pra entrar na faculdade, de ter que estudar aquelas coisas mais concretas, tinha essa atração pelo, por tudo que é expressivo, artístico. [...] Toda essa minha trajetória, antes da faculdade, mas durante a faculdade também porque depois que eu fiz Psiquiatria e comecei a trabalhar com Saúde Mental, aí eu percebi o quanto a minha bagagem mais que eu tinha de conhecimento de poesia, de cultura geral, mesmo da história dessas pessoas: Bispo do Rosário, eram coisas essenciais para trabalhar com, eram coisas muito importantes para serem usadas na prática do dia a dia da Saúde Mental, na Medicina em si, aquela concreta lá, eu não via tanta aplicação, mas hoje trabalhando com Psiquiatria em CAPS e mesmo na atenção básica que eu faço grupo e tudo, eu consigo ver mais aplicação dessa bagagem que eu ganhando extracurricular e até antes da faculdade. [Edna, psiquiatra]

Essa menção de relação entre arte e Saúde Mental pode ser observado em outros relatos dos profissionais entrevistados. A enfermeira Tainara relatou que realizou uma pós-graduação com o título de Ciência, Arte e Cultura na Saúde. No relato, a seguir, discorre sobre o significado desse estudo para a sua própria vida e para sua formação em Saúde Mental:

A coisa mais incrível da minha vida. Foi essa especialização que me colocou totalmente na Saúde Mental. E eu era enfermeira de pronto-socorro. Eu já atuava como enfermeira, mas eu era enfermeira de pronto-socorro e clínica médica e ali eu me vi totalmente na Saúde Mental. Nessa especialização

tive contato com filósofos, sociólogos e todos eles faziam uma coisa muito interessante que era puxar a percepção para o ser humano, no sentido de que você precisa sempre buscar o que é melhor para ele, e não o que é normal para as pessoas. E que é preciso achar a potência das pessoas. [Tainara, enfermeira]

A psiquiatra Hannah também destacou que o encontro com a Arte redefiniu sua relação com a Saúde Mental. Segundo ela:

Aprendi com a Dra. Nise da Silveira, que a arte é realmente integrativa. E sem ela não tem Haldol, nem Clonazepam. Tudo hoje é muito imediatista, as pessoas passam 30 anos fazendo uma neurose e querem sair da consulta já com o resultado pro outro dia, sem terapia, sem pintura nenhuma. Então, é preciso que se ouça o que o inconsciente está falando para transformá-lo. A arte revela. [...] Eu sou uma artista. Desenho, bordo, pinto, é isso que alivia o meu coração. Olha! Voltei a aquarelar... (mostrando os quadros que pintou) É isso que alivia o meu coração (gatos, cachorros, amigos desenhados). Eu voltei... passei muito tempo bordando, para aliviar meu coração. Agora, eu voltei a aquarelar. [Hannah, psiquiatra]

O entrelace entre a Arte e a proposta de Atenção Psicossocial é caro às nossas discussões, pois a arteterapia passa a constituir-se como área com grande potencial terapêutico em Saúde Mental, especialmente, a partir da Luta Antimanicomial. OLIVEIRA (2012) expõe que as práticas artísticas, no Brasil, principalmente a partir da Lei 10.216/01, da Reforma Psiquiátrica, ampliam as possibilidades na Saúde Mental, permitindo a elaboração de práticas para além do modelo biomédico, assim como a emergência de práticas de cunho coletivo e com princípios baseados no conceito ampliado de saúde, a exemplo da previsão de atendimento em oficinas terapêuticas promovidas por profissional de nível superior ou nível médio.

Ao destacarem a arte como dimensão constituinte de suas atuações profissionais, Tainara, Hannah e Edna apontam para uma concepção mais ampla sobre os sujeitos do sofrimento e as possibilidades de interações no cuidado, considerando, a partir das reflexões de OLIVEIRA (2012, p. 22), entendendo a arte “como uma necessidade de expressão humana a partir de

uma linguagem emotiva. Dessa maneira, compreendemos por expressão artística a expressão da subjetividade do homem, conseqüentemente atravessada pelo contexto em que se insere”. Essa afirmação enuncia uma concepção de arte que expresse relações entre subjetividade e a coletividade, tão importante no contexto da Atenção Psicossocial.

Quando convidada a falar de maneira específica sobre a contribuição da Psiquiatria à Saúde Mental, nossa entrevistada apresenta a reflexão crítica pela qual norteia a sua prática:

Eu digo que o dia que a Medicina tiver mais vergonha, a gente não vai precisar de Psiquiatra. Por exemplo, a gente vê isso no caso do Mais Médicos, a gente tá acostumado a ter uma Medicina muito compartimentalizada, você cuida do osso, eu cuido do estômago, o outro da pele. E a gente precisa ter esse olhar integral e não só em relação ao físico. A gente precisa também ir além do corpo, ver o social, ver o emocional, quiçá até a transcendência e esse bem-estar é muito mais embaixo. Tá faltando psiquiatra. Mas também tá faltando porque a maioria dos clínicos têm uma visão manicomial, a gente ainda tem preconceito em relação ao sofrimento psíquico, ainda se quer um extrato anatopatológico, quiçá radiológico do sofrimento. [Hannah, psiquiatra]

Nesse seu depoimento, Hannah apresenta um discurso crítico em relação à fragmentação da Assistência e Saúde, em geral, com implicações para a Saúde Mental em particular, dada a visão manicomial que passa a presidi-la. Assim, ao enunciar uma visão crítica à prática médica, assim como à Psiquiatria, aponta igualmente, como a questão interdisciplinar encontra-se presente quando se discute o modelo de assistência ainda predominante, onde fronteiras disciplinares defendem não somente a manutenção do poder no contexto empregado, mas igualmente justifica e promove o corporativismo profissional.

Na fala de Dandara, a seguir, a complexidade do trabalho em saúde mental se revela pelo destaque que dá ao papel político do profissional da psicologia diretamente correlacionado à Luta Antimanicomial, que representa a concretização do ideal buscado em termos de uma inovação no corpo da

tradicional Assistência em Saúde Mental, ou seja, substituindo a prática manicomial pela Atenção Psicossocial.

Eu acho que eu vou pelo lado do até do Conselho de Psico, porque ele incentiva muito a questão do movimento e ele fala muito da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial como algo político, como uma postura política do psicólogo, sem entrar na questão de que corrente teórica o psicólogo tem, que abordagem e isso me agrada muito quando o Conselho entende que o profissional tem um papel político. E pode dar esse apoio, porque muitas ações, a gente só conseguiu fazer porque o Conselho apoiou. E também apoiou financeiramente. Porque imagina, um grupo de psicólogos, muitos recém-formados... tem algumas ações que demandam porque vai fazer panfletagem, vai pra alguma atividade que é importante da luta, vai fazer um encontro da luta aqui... como que você organiza o espaço, como você consegue transporte pras pessoas virem, como você consegue alimentação pra quem vai ficar o dia inteiro, é usuário, se você não tem possibilidade financeira, não possa participar. Então, se não fosse o Conselho, a gente não conseguiria fazer muita coisa. Então, acho que da importância da Psicologia na Saúde Mental, vem muito esse papel político. [Dandara, psicóloga]

O destaque dado por Hannah e Dandara à relevância do papel político dos trabalhadores da Saúde Mental em seus posicionamentos e práticas profissionais, aponta para os limites que a visão estritamente técnica representa, quando se aborda campos complexos, de conhecimentos e de práticas, como é o caso da Saúde Mental, inscrita no campo da Saúde Coletiva. Daí, observamos que Dandara, psicóloga e Hannah, psiquiatra, atribuíram às suas profissões funções mais políticas e críticas, sem mencionarem ou priorizarem as especificidades técnicas de suas categorias, diante da reflexão que nossas indagações no momento da entrevista antes mencionadas, possibilitam.

A partir da exposição dos posicionamentos dos profissionais entrevistados, podemos observar que seus discursos se aproximam de reflexões sobre a importância da interdisciplinaridade para o enfrentamento dos fenômenos complexos, quer em termos de conhecimento, quer de prática profissional, notadamente na área de Saúde Coletiva. Para

ALVARENGA et. al (2014) ocorre, notadamente, a partir dos anos 1970, crescente discussão em relação à complexidade da realidade e desafios identificados pela vigência incontestada do paradigma hegemônico da Ciência Moderna, centrado no considerado fragmentador e redutor dos fenômenos complexos porque, pautados pela perspectiva positivista, operam a partir de uma linguagem científica caracteristicamente dicotômica, que contrapõe saúde e doença, normal e patológico, objetivo e subjetivo, natureza e cultura, corpo e mente, dentre outras polaridades que representam essa perspectiva teórico-metodológica.

As preocupações sobre o reconhecimento da complexidade da realidade aplicam-se à Saúde Mental, na medida em que a proposta da Atenção Psicossocial, que pressupõe tal complexidade na prática do cuidado, requer o que MORIN (1996 apud ALVARENGA et. al, 2014) define como:

Complexus é aquilo que é tecido junto; é o tecido formado por diferentes fios que se transformam em uma só coisa, isto é, tudo se entrecruza, tudo se entrelaça para formar a unidade da complexidade; porém, a unidade do Complexus não destrói a variedade das complexidades que o teceram.

Como exemplo de manutenção da unidade nos entrecruzamentos, trazemos o relato de Tainara ao falar sobre o papel da Enfermagem na Saúde Mental.

Total. A enfermagem ela, às vezes, se perde em tantas coisas que precisa fazer. Em termos de rotina técnica, principalmente. A gente tem uma questão técnica que não pode deixar de cumprir e quando você está num ambiente de Saúde Mental, essa questão técnica muitas vezes fica muito perdida. Às vezes, a gente se perde no eu preciso manter isso como um hospital funcionando. Por exemplo? Vou te dar um exemplo do que eu quero dizer. A gente teve um caso aqui que hoje, teve uma melhora bacana a partir do momento em que eu tomei uma posição de tratar como se estivesse em um hospital. Então, eu precisei pegar a questão da Enfermagem, literalmente. Então, olha: “você precisa tomar água a cada uma hora, alguém precisa ver se você urinou, se você fez cocô,

quanto você comeu”. E isso tudo faz parte do trabalho de Enfermagem, literalmente, não necessariamente com Saúde Mental. Mas se eu não tivesse feito isso, essa menina estava em desnutrição grave. Ela, na verdade, estava num grau de desnutrição que estava abaixo do grave na escala. E quando a gente percebeu isso, a gente tinha duas opções: internação clínica que não tinha a ver com a questão mental, pela questão física. Perda de cabelo, perda de unha, pele ressecada. Ela estava secando, literalmente, você vê um galho que vai secando porque foi quebrado de uma árvore, era o que a gente via essa adolescente. Ela não menstruava, não aumentava de peso, não aumentava de tamanho, não come, simplesmente não come. Quando a gente percebe o grau de desnutrição grave existia a possibilidade de fazer uma internação clínica e fazer alimentação por sonda enteral. Essa possibilidade nos foi negada, apesar da gente mostrar clinicamente que ela corria risco de morrer. A gente não conseguiu quebrar questões institucionais. Em vista disso, eu sentei e fiz um planejamento pra ela, simulando uma internação. “Você só não vai dormir aqui, mas você vai passar todos os dias aqui”. Então, foi necessário tirar da escola e aí a gente teve que adequar às questões da escola, por exemplo, então, a gente chamou a escola e explicou a situação e ela precisava ficar aqui todos os dias. Então, a gente conseguiu carro para buscar e levar para evitar o gasto calórico, a gente conseguiu tirar da escola sem que ela perdesse o ano, porque a gente trazia trabalhos de escola para serem feitos aqui e a gente conseguiu acompanhar a alimentação dela, pela manhã, tarde e noite e toda a alimentação dela era anotada. Hidratação, como eu te falei, era a cada hora e medida. Isso se chama balanço hídrico e isso é uma coisa que se faz em hospital, em paciente internado. Então, eu estipulei balanço hídrico, que era o controle de ingesta e eliminação, peso, o acompanhamento a todas as coisas fora, carro pra evitar o gasto calórico e todas as atividades fora as clínicas de Saúde Mental aqui, por exemplo, como passar por Psicoterapia, grupos, etc., que foram coisas que eu já fiz, já trabalhei muito e trouxe. Então, a Enfermagem e sua contribuição é total, porque você entende clinicamente essa questão da criança na especificidade dela. Eu não tô tratando só a questão clínica dela, eu tô percebendo que ela tem um sofrimento em relação a não ir para a escola. Então, “você não vai perder o ano, a gente vai tentar trazer a escola para você”. E a gente conseguiu trazer a escola para dentro. Entendeu? Então, a Enfermagem tem essa contribuição total, contanto que ela perceba o papel dela. [Tainara, enfermeira]

O exemplo relatado por Tainara aponta para a complexidade da prática do cuidado em Saúde Mental porque apresenta para as várias dimensões que o atendimento em Saúde Mental encena ao envolver uma concepção de cuidado que não dissocie a saúde dos aspectos biológicos, psíquicos e sociais.

Tainara apresenta uma visão da contribuição da Enfermagem voltada para uma noção de clínica ampliada em Saúde Mental, numa concepção semelhante à de Everton. Ambos mencionam o papel clínico de suas respectivas profissões, ela enquanto enfermeira e ele como psicólogo, porém contextualizando suas atividades no campo da Saúde Mental Coletiva, a partir do que concebem como de Clínica Ampliada. Nessa concepção, encontra-se a ideia de que o cuidado em Saúde Mental envolve, necessariamente desafios interdisciplinares, mas também interinstitucionais, e de gestão pela complexidade que encena.

Contudo, o modelo interdisciplinar de cuidado em saúde coletiva é desafiador, pois busca desenvolver-se em um contexto de hegemonia da prática disciplinar altamente compartimentada. Para exemplificar tais desafios, trazemos como primeiro exemplo à fala de Gilda, psiquiatra.

Eu acho que diferentes olhares que conseguem trabalhar em conjunto é muito bom. Se você consegue fazer esse trabalho transdisciplinar, e eu acho que o psiquiatra tem o que contribuir. Acho que não na questão do diagnóstico, de dar um CID, porque isso faz pouca diferença no manejo. Mas na questão de ajudar a entender o funcionamento, ainda mais um psiquiatra que não tem uma formação só médica. Ajudar a entender o funcionamento, pensar em medicação, como a medicação pode ajudar, como a medicação pode atrapalhar. Acho que tem muito pra contribuir. [Gilda, psiquiatra]

Na fala de Gilda, há o destaque do trabalho da Psiquiatria em equipe, enfatizando que a precisão diagnóstica faz *pouca diferença no manejo*, contudo, enfatizando o papel prescritivo da Psiquiatria. A psiquiatra traz em seu relato a questão da transdisciplinaridade, que nos faz refletir sobre tal significado para ela, já que em outro relato posicionou-se de outra forma

sobre as relações de equipe atuando em Saúde Mental e os conflitos de saberes especializados:

Quando eu vim pro CAPS e você vê as pessoas discutindo medicamento, que é o saber que é seu, a princípio, aí você fica meio assim. Como eu já vinha de uma equipe multidisciplinar, de trabalhar de outro jeito, foi mais fácil, mas acho que deve ser difícil pra quem sai da faculdade e cai num CAPS, deve ser muito difícil. Porque você tem um saber que é seu e que vai acrescentar na compreensão daquela clínica e tem aquela coisa de tudo muito misturado, que todo mundo sabe de tudo também e aí eu quero dar pitaco na intervenção que é específica do Serviço Social. Aí vem a TO querer discutir medicação de igual pra igual comigo. É difícil isso. Eu acho que isso é difícil numa equipe. [Gilda, psiquiatra]

Apresentamos, a seguir, a narrativa de Nádia, terapeuta ocupacional, que aponta questões no mesmo sentido de Gilda.

Todos os profissionais têm um papel importante, todos têm. Mas o TO dentro da equipe tem a questão de olhar mais para o cotidiano, de como as pessoas vão se relacionar com a vida diária, é uma questão mais específica e que no dia a dia do paciente, pra questão de saúde é fundamental. Ninguém vê o que a gente faz, é muito do cotidiano, nas entrelinhas, acho super importante, mas me questiono muito em relação à questão interdisciplinar que acho que acaba perdendo a contribuição mais específica da TO, tem um embate interno porque todo mundo vira técnico de Saúde Mental e você é uma referência e vai fazer o programa terapêutico do paciente e todo mundo vai manejar o projeto terapêutico, o enfermeiro, o psicólogo e a gente perde um pouco da especificidade em nome do projeto terapêutico, em nome de um serviço interdisciplinar que torna homogêneo. Eu tinha muito isso de achar que tinha que ser assim, mas na prática eu comecei a pensar diferente. Falta um pouco da essência da TO em alguns momentos. Parece que todo mundo sabe fazer acompanhamento terapêutico, mas o que eu entendo que as pessoas chamam de AT [Acompanhante Terapêutico] é o que a TO faz, que é de você estar na vida das pessoas. Então, acho que não é complicado o psicólogo fazer parte desse processo, mas perde o lugar que a TO tem pra essas questões. Fico nesse embate interno. Nas relações de trabalho isso também aparece, tem momentos conflituosos, porque tinham

peessoas fazendo, achando que estavam fazendo alguma coisa que é da TO, que é da especificidade da TO. A relação com o cotidiano, acompanhar as questões da vida diária que se perdia e eu tentava fazer um pouco desse diálogo. Mandam pra gente o que eles acham que não tem jeito mesmo e a gente tem muito mais papeis do que fazer grupo com pacientes crônicos. Mas o trabalho não pode ser solitário, você precisa fazer junto, a gente depende de muitas pessoas para atuar. [Nádia, terapeuta ocupacional]

O relato de Gilda, assim como o de Nádia, apresenta contradições existentes nas concepções e práticas, pois consideram importante e, igualmente, criticam aspectos da atuação em equipe interdisciplinar. Discute-se esse tema não com o objetivo de superar as contradições, mas para garantir a coerência e diminuir a distância entre a fala e a prática, em sua identificação profissional no contexto de uma equipe de trabalho.

De acordo com HALL (1997):

O sujeito, previamente vivido como tendo uma identidade unificada e estável, está se tornando fragmentado; composto não de uma única, mas de várias identidades, algumas vezes contraditórias ou não-resolvidas. Correspondentemente, as identidades, que compunham as paisagens sociais “lá fora” e que asseguravam nossa conformidade subjetiva com as “necessidades” objetivas da cultura, estão entrando em colapso, como resultado de mudanças estruturais e institucionais. O próprio processo de identificação, através do qual nos projetamos em nossas identidades culturais, tornou-se mais provisório, variável e problemático (HALL, 1997, p. 13).

Esse tipo de concepção amplia o entendimento acerca do tema, uma vez que afirma que não temos identidade fixa e permanente. A identidade, para HALL (1997), torna-se uma “celebração móvel” cuja formação é transformada permanentemente em relação às formas de representação nos sistemas culturais em que estamos inseridos. Os sujeitos vão assumindo diversas identidades em diferentes momentos e essas não são unificadas ao redor de um “eu” coerente. Para o mesmo autor, há em nós identidades contraditórias que se movem em diferentes direções. Dessa forma, as nossas identificações são continuamente deslocadas à medida que os

sistemas de significação e representações culturais vão se multiplicando, somos confrontados por diversas identidades possíveis, com cada uma das quais poderíamos nos identificar, ao menos temporariamente, aspectos esses observados nos sujeitos.

Entendemos que essa perspectiva de interpretação mais fluída da identidade dos sujeitos não somente amplia as possibilidades de compreensão da questão, mas aponta para o tipo de desafios e desconstruções de estereótipos da prática que profissionais enfrentam ao optarem pelo trabalho em equipe, em áreas complexas, como a Saúde Mental. Isso porque, nelas o trabalho interdisciplinar apresenta-se com o pressuposto básico de romper com a tradicional assistência fragmentadora historicamente presente no campo de Saúde em geral, e na Saúde Coletiva, em especial.

Dessa forma, apresenta-se a questão de que nos espaços das práticas em Saúde Mental, as relações entre os profissionais nas equipes são permeadas pelas identidades profissionais e suas expertises, podendo caminhar pelos meandros de processos de negociação mais integrativos ou conflituosos, em um trabalho que contempla como eixo primordial o diálogo interdisciplinar. Nesse sentido, vale destacar, considerando a preocupação expressada por Nádia e Gilda, que a proposta da interdisciplinaridade não anula a relevância do conhecimento disciplinar, ao contrário, reconhece o complexo do qual atividade em questão está inscrita (ALVARENGA, et. al, 2014).

Vitória, enfermeira, expõe que em suas experiências profissionais em equipe buscava dialogar conhecimentos e práticas.

Então, eu já atuei em todos os níveis da saúde. Desde a atenção primária em posto até a nível hospitalar. O que eu tive de experiência é dessa visão de equipe multidisciplinar. Não sei se eu tive sorte ou que foi que aconteceu, mas eu sempre vi uma equipe em prol do paciente. Então, desde a atenção básica, discutindo com agente de saúde até falando com o médico até na parte hospitalar, ambulatorial e do CAPS. Sempre vi isso. Claro que, às vezes, o colega não concorda

com alguma coisa que você fala, mas acho que isso agrega conhecimento de discutir, que nem sempre é assim. Vejo que conseguimos ser horizontais nos espaços que tive experiência. [Vitória, enfermeira]

Em contrapartida, trazemos a fala da psicóloga Heloísa que expõe as dificuldades de relacionamento na equipe:

O modelo de atendimento centrado no médico. Então, a gente ainda fica muito a mercê do médico, das condutas do médico, dessa certa onipotência médica que eu acho que já é uma questão bem antiga, instalada, acho que é isso. E por parte dos pacientes, a gente vê também uma questão assim muito, não por uma busca de entender o que levou, por exemplo, a fazer uso de substância. Que eu acho que a Psicologia, nesse sentido, ela tem uma atuação muito fundamental. Mas eles ainda ficam muito centrados na resolução dos sintomas. E aí eles toda hora ficam buscando internação. Que aí acaba, acho que também reforçando um suposto tratamento centrado na figura do médico, centrado nessa questão mais farmacológica. Então, eu percebo assim, são poucos e aí eles apresentam muita resistência dos grupos, muitos falam que não gostam dos grupos verbais, que não gostam de ficar ouvindo histórias de outros pacientes, mas eu vejo que o papel da Psicologia, pensando, acho que eu não vou conseguir, talvez, abranger para outros transtornos, mas pensando na dependência química eu acho que a Psicologia ela contribui no sentido de tentar resgatar esse sujeito, empoderar esse paciente da sua história, dos seus conflitos, das suas experiências de vida até mesmo pra tentar entender o porquê ele começou nesse uso, no uso abusivo de substância. Então, pra mim, assim, resumindo essas ideias eu acho que é a Psicologia, é a Psicoterapia, seja ela em grupo, seja ela individual, que vai conseguir fornecer um pouco de clareza para esse paciente sob o que que fez, pelo menos trazer alguns indícios do que o motivou a procurar o uso de substâncias, o que que aconteceu, de fato, na história que marcou, que fez com que ele tentasse um refúgio, né, porque todo mundo tem uma história, né, mesmo que eles tenham começado a usar por curiosidade ou por embalo de outros, eles permaneceram, então, eu acho que a Psicologia ajuda muito nesse sentido. Mas eu vejo que alguns querem fuçar nisso, mas outros não, ficam bem resistentes, querem mesmo é a eliminação de sintomas, não querem se aventurar nesse processo mesmo de conhecimento, de autoconhecimento. [Heloísa, psicóloga]

O relato de Heloísa aponta para a persistência do paradigma biomédico nas relações profissionais das equipes que buscam ser interdisciplinares. Também podemos supor que, em relação ao papel da Psicologia, Heloísa parece esposar uma visão mais próxima da perspectiva clínica ao considerar o papel da Psicologia centrado no modelo psicoterápico. Atribui dificuldades no tratamento de usuários de substâncias a resistências subjetivas ao processo de autoconhecimento, sem mencionar a consideração de dimensões sociais e relacionais. Nesse relato, assim como no conjunto das entrevistas, a psicóloga, além de não mencionar a dimensão social, utiliza termos mais próximos de perspectivas individualistas, tais como empoderar, motivar e autoconhecimento como contribuições da Psicologia no processo de Atenção.

O relato da enfermeira Eliana permite exemplificar como conflitos entre paradigmas podem, em sua experiência, opor enfermeiros e psiquiatras a terapeutas ocupacionais e psicólogos.

Em relação aos profissionais, eu sentia algumas dificuldades, às vezes, na forma como a gente abordava tanto o psicólogo, quanto o enfermeiro... o trabalho em conjunto e, quando eu te falo o trabalho em conjunto, é porque, muitas vezes, eles acham que o enfermeiro tem uma limitação e o psicólogo acha que pode se envolver muito mais. E não é isso que acontece. Você tem que trabalhar com equipe multiprofissional e precisa caminhar da melhor forma. E, às vezes, eu via a Enfermagem nas reuniões multiprofissionais não sendo consultada em relação àquele paciente. Conversava-se com o terapeuta ocupacional, com o recreador, com o psicólogo... quase com a equipe em si... “tá, e você que tá passando o maior tempo com o paciente? Como que ele tá?” Não tinha essa escuta. Em relação ao psiquiatra, a gente conseguia conversar, nós tínhamos dois médicos totalmente diferentes. Nós tínhamos um médico extremista, que tinha uma única... ele fazia uma receita de bolo para todos os pacientes e nós tínhamos uma outra médica que conseguia interagir um pouco mais. Então, ela ia e a equipe de enfermagem, nós conseguíamos trabalhar um pouco mais. “tá, como que tá o paciente?”, mas também ela tinha uma barreira em relação ao psicólogo e à equipe de terapia ocupacional. Por exemplo, eles pediam pra diminuir a quantidade de remédio pra poder interagir mais com o paciente

e ela, nós, tanto ela quanto nós da enfermagem, ela sabia que naquele momento não era possível fazer aquela redução.
[Eliana, enfermeira]

O relato de Eliana permite-nos refletir sobre posturas profissionais em equipe que, no âmbito do estabelecimento de diálogo e compartilhamentos, podem promover silenciamentos e deslegitimações de colegas de trabalho e seus saberes e práticas, a partir da pressuposição de superioridade de um conhecimento sobre o outro.

A partir do conjunto dos relatos sobre as identidades profissionais em Saúde Mental, podemos observar que as práticas profissionais que buscam pautar-se pelas propostas de transformação do Modo Asilar em direção ao Modo Psicossocial são responsáveis, segundo BRITO et. al (2009), pelo desencadeamento de discussões muitas vezes contraditórias entre os profissionais.

O modelo da Atenção Psicossocial propõe reestruturar relações de poder profissionais hegemônicas, pois, considera-se que o paradigma biomédico pautado na ciência positivista não responde às diversas dimensões da complexidade da realidade.

Neste contexto, o médico não é mais importante que o assistente social. O psicólogo não é mais importante do que o terapeuta ocupacional e vice-versa. A proposta de novas relações disciplinares e profissionais busca reestruturar o estado das atuais relações nos campos da saúde. O corporativismo profissional não cabe nos pressupostos das novas propostas, cujo princípio preza pela complementaridade e não pela subordinação de saberes, tendo em vista que nenhuma disciplina ou profissão consegue responder sozinha à complexidade da realidade.

Nessa perspectiva, a questão do poder se coloca de forma diferenciada, ou seja:

A resignificação do poder não ocorre de forma superficial, mas ao contrário, exige profunda mudança nos traços identitários dos profissionais envolvidos no cuidado ao portador de sofrimento mental. Não se trata apenas de uma reprogramação de papéis, mas

da configuração de um novo cenário no qual profissionais, familiares, gestores e usuários passam a pensar a questão do sofrimento psíquico, interferindo sobremaneira na identidade de quem cuida (BRITO et. al., 2009, p. 524).

Para a reconfiguração dos modos de cuidar em direção a uma ética da Atenção Psicossocial, a questão ultrapassa a categoria profissional e está mais relacionada à chamada *ressignificação identitária* dos trabalhadores em direção à ampliação do seu foco de abordagem e o rompimento com os saberes tradicionais da área (COSTA-ROSA, 2010; BRITO et. al., 2009).

Pode-se observar através dos relatos dos sujeitos entrevistados que, no cenário dos serviços substitutivos de Saúde Mental, em particular os Centros de Atenção Psicossocial, buscando constituir-se como *lócus privilegiados de implantação das novas práticas nesse campo de saber*, apresentam impasses a serem superados, por um lado, a necessidade de práticas interdisciplinares e, por outro, as resistências à superação do modelo anterior e a observação de profissionais que se percebem fortemente vinculados a uma ética de cuidado consolidada em bases históricas, portanto, tradicionalmente construídas. A conformação das novas práticas explicita o lento movimento dialético entre a hegemonia e a contra-hegemonia, que desafia a continuará desafiando o corpo de saúde coletiva onde interesses de diferentes ordens se cruzam e entrecruzam em termos de um sistema altamente complexo.

Por fim, é relevante reafirmar que, mesmo a despeito de enunciarem diferentes perspectivas, ora mais próximas do Modo Asilar, ora mais próximas do Modo Psicossocial, os profissionais entrevistados apresentam identificação com o campo da assistência em saúde mental.

1.4 Vivências e trajetórias no mundo do trabalho em saúde mental

Ao abordarmos as trajetórias no mundo do trabalho de nossos entrevistados, consideramos que tais trajetórias profissionais se inscrevem

em contextos de trajetórias de vida, que não são lineares, mas estão atravessadas por momentos pessoais, contextuais e macrossociais que envolvem o indivíduo e a coletividade em estreita relação. Abordaremos as experiências, a partir da perspectiva dos sujeitos entrevistados, com base em seus relatos de momentos e processos pessoais de prazeres, frustrações e crises, consideradas vivências significativas, e procurando possíveis relações com concepções e práticas profissionais em saúde mental.

Para a discussão sobre as vivências relatadas pelos sujeitos entrevistados durante a trajetória profissional, as referências a prazeres, frustrações e crises serão interpretadas com base no pensamento de Espinosa, tendo em vista sua premissa básica da dimensão do afeto ser indissociável à condição de ser humano. Esse filósofo considera, segundo BITTENCOURT (2009), o afeto como mobilizador da ação, podendo este ser afeto alegre, traduzido nesse trabalho como os relatos sobre os prazeres nas práticas profissionais, e afetos tristes, entendidos, em nosso caso, pelas frustrações nas práticas profissionais em Saúde Mental.

Para BITTENCOURT (2009), as concepções filosóficas de Espinosa consideram que as pessoas desenvolvem, em suas vidas cotidianas, diversas interações com outrem. Essas interações, mediante aos contextos em que ocorrem podem ampliar ou diminuir a capacidade de ação, pois, os afetos decorrentes das dinâmicas interativas podem ampliar a capacidade de agir, contribuindo para o chamado *acréscimo da potência intrínseca*, por exemplo, da alegria, ou para diminuir a capacidade de agir. Tal ampliação contribui para a *queda da potência intrínseca* através de vivências tristes, tais como o ódio, rancor e frustrações. Essas experiências tendem a enfraquecer a capacidade de ação.

Segundo BITTENCOURT (2009), Espinosa considera ser fundamental o desenvolvimento de uma rede de interações humanas, cujo objetivo é o aproveitamento mútuo do potencial criativo das partes que interagem. Considera-se que, de tal circunstância, decorreria a tese espinosana da utilidade de ocorrer um relacionamento criativo entre os indivíduos, em prol

da realização de um objetivo comum que favoreça o aprimoramento e o benefício social da coletividade. A capacidade de afetarmos e de sermos afetados nas interações humanas seria, segundo a visão espinosana, importante mobilizador da ação humana na esfera social.

SAWAIA (2009), abordando o pensamento de Espinosa, afirma que o mesmo elaborou uma estrutura teórica em que as dimensões psicológica, social, política se articulam reciprocamente, sendo todas elas fenômenos éticos e da ordem do valor.

Assim, a partir dessa perspectiva de Espinosa, que pressupõe a relação de indissociabilidade entre afeto e ação, numa compreensão de interação entre indivíduo e coletividade, entendendo que os afetos atuam potencializando ações sociais, buscaremos, conforme já mencionado, analisar os relatos dos sujeitos entrevistados sobre circunstâncias de vivências marcantes de prazeres, frustrações e crises ocorridas durante a trajetória profissional, para que através da apreensão dos significados desses afetos, a partir das interações sociais, possamos compreender a construção e possíveis transformações de concepções e práticas profissionais na saúde mental.

Norteados pela crítica à matriz epistemológica positivista, consideramos relevantes as reflexões de Boaventura de Sousa Santos, abordados por SAWAIA (2009) ao destacar a importância do tratamento das questões sociais pelas ciências humanas em que haja conciliação entre ideias e afetos, considerações que julgamos pertinentes a discussão desse tópico.

SAWAIA (2009, p. 98) argumenta que a inclusão da dimensão afetiva nas Ciências Humanas, como foi proposta por Sousa Santos, não como “fonte de desordem, empecilho para aprendizagem, fenômeno incontrolável e depreciado do ponto de vista moral”, deva ocorrer do ponto de vista construtivo, como recurso de negação da neutralidade científica sobre questões sociais e políticas, sem a perda do rigor teórico-metodológico e utilizando seu potencial de gerar indignação diante das iniquidades sociais. Essa asserção aproxima-se à visão de Espinosa, que consideramos

relevante, de que os afetos podem mobilizar ações sociais. Norteados, portanto, por essa perspectiva que legitima a dimensão afetiva e não a vê como indesejável, abordaremos as narrativas trazidas sobre prazeres, frustrações e crises vivenciadas pelos sujeitos entrevistados.

1.4.1 Prazeres nas práticas profissionais

Quando convidados a discorrerem sobre o que lhes gera prazer em seus trabalhos, os profissionais foram tecendo suas narrativas de diversas formas. A relação dos sujeitos entrevistados com a dimensão do prazer nas práticas profissionais envolveu tanto a consideração de sentirem prazer ao perceberem resultados positivos durante o processo de cuidado, quanto do processo de cuidar em si, tendo em vista as relações gratificantes estabelecidas entre os sujeitos e a identificação com o exercício do trabalho.

MAGNUS e MERLO (2012) discutiram questões sobre as relações de trabalho e seus efeitos sobre o trabalhador que consideramos pertinentes ao tema dos prazeres nas práticas profissionais. Afirmam que o trabalho, através das contribuições de Yves Clot, possui uma função psíquica importante por ser considerado um dos grandes constituintes do sujeito e de sua rede de significados. Isso por representar mais do que a ação de trabalhar ou de venda da força de trabalho em troca da remuneração, considerando a dimensão da remuneração social, através de uma função integrativa nos grupos e a questão dos direitos sociais que permeia essa relação. Yves Clot também considera, segundo MAGNUS e MERLO (2012), que o trabalho é essencial na identidade do sujeito à medida que passa a ser reconhecido como “trabalhador”.

Nesse sentido, Christophe Dejours, também citado por MAGNUS e MERLO (2012), aponta a relação entre o homem e a organização do trabalho como a gênese da forte carga psíquica das relações laborais, cuja relação pode gerar prazeres e desprazeres expressos, muitas vezes, através de afastamentos, sofrimentos estendidos além do trabalho, prejudicando

outras esferas da vida do trabalhador. Diante da apresentação dessas várias contribuições, buscamos aprender a dimensão dos prazeres e seus significados no mundo do trabalho.

Iniciamos a apresentação dos relatos pelos sujeitos que associaram o prazer nas práticas profissionais aos resultados percebidos, numa perspectiva mais vinculada a um agir notadamente individual na relação com o usuário. Apresentamos, primeiramente, a fala de Tainara, enfermeira:

Acho que esse resultado mesmo. Por exemplo, quando eu vejo a criança que a gente internou, entre aspas, sair do quadro de desnutrição, voltar para a escola, por exemplo. Uma criança que eu peguei com tentativa de suicídio e trabalhar com auriculoterapia com ela e ela parar de querer se matar, por exemplo. De uma criança com agressividade, de tratar com toque, dar contorno pra ela e hoje, ela consegue se controlar. Tô ajudando essa criança a falar o que ela sente, ao invés de sair batendo. Isso é o que me dá alegria. [Tainara, enfermeira]

Tainara refere-se à constatação de resultados como prazer de suas práticas profissionais, trazendo a questão do desenvolvimento da autonomia dos usuários, através de mediações realizadas por ela, numa dimensão de capacidade em exercer atividades da vida cotidiana e não necessariamente em uma concepção de autonomia ampliada para a implicação subjetiva e coletiva, vale lembrar que, tal implicação apresenta-se como essencial nesse paradigma, tema discutido por COSTA-ROSA (2010) ao sistematizar o Modo Psicossocial. Apesar dessa perspectiva mais individualista, no conjunto de seus relatos, parece enunciar uma visão mais ampla de trabalho interdisciplinar e interinstitucional.

Vitória, também enfermeira, traz em sua fala um discurso mais geral sobre o andar da vida, numa busca de sentir-se ajudando o outro, como principal prazer de suas práticas.

Poder ajudar as pessoas, eu acho. Eu falo que a gente vai levando a nossa vida e a gente tem que dar atenção de uma maneira geral. Não é só da saúde física, do trabalho, é tudo. [Vitória, enfermeira]

Alguns sujeitos relataram sentir maior prazer no processo do trabalho, fruto das relações gratificantes estabelecidas na relação com os sujeitos do sofrimento e, não necessariamente com os resultados.

Consideramos, a seguir, o relato de Heloísa como exemplar para discutirmos a questão da valorização da atuação profissional numa afirmação de competência, que se aproxima de um trabalho descolado de um agir em equipe, portanto, também inscrito em uma perspectiva mais individualista de atuação profissional.

Mais prazer? Acho que isso que eu te disse. Entrar na sala e atuar. Acho que é a verdadeira... tudo bem. Eu estou atuando quando estou ali na recepção, quando estou dando informação, quando estou numa reunião de equipe, quando eu to fazendo evolução de prontuário... mas o que faz sentido, que eu sinto... ia falar a palavra, mas você está gravando... (risos) que me dá prazer, tesão. É o que dá... e aqui é competência minha. Aqui eu vou ouvir, aqui eu vou interferir, aqui eu vou sentir, vai mexer com todos os conteúdos que eu tenho, eu vou fazer links e eu vou fazer conexões, se eu não fizer, eu vou buscar. Então, eu acho que é isso: é fechar a porta. É fechar a porta. Seja no plantão, seja no grupo. E eu acho que existe uma coisa assim que é você ter novidades. Eu, particularmente, nesse um ano que eu to aqui, eu mudei muita coisa em mim, na instituição. Por exemplo, esse grupo de mulheres não tinha. Eu que sugeri o grupo que está criando um pouco de vida agora, tem seis meses, sete meses. Eu senti a necessidade de ter contato com o público da noite. Então, eu sou uma profissional do dia, mas eu pedi pra... então, dois dias da semana eu estou a tarde, tarde e noite. Então, eu preciso de novidade. Se eu fico muito na rotina, eles sugam a gente... sugam e... então, a gente precisa criar algumas coisas em alguns momentos, a gente precisa ter alguma coisa aqui que faça os olhos brilharem. Então, nesse sentido a gente tem todo o respaldo da chefia. Ela é muito aberta de criar... se você chega com argumentos e consegue convencê-la, ela abraça junto com você. Então, isso é bem legal, facilita bastante a gente identificar as próprias demandas do serviço. [Heloísa, psicóloga]

A expressão do prazer é narrada por Heloísa num agir inovador, muito embora, ainda descolada de uma ideia de trabalho em equipe que, no

campo da prática em Saúde Mental, é condição necessária, tendo em vista a complexidade do fenômeno, reconhecida na própria proposta do modelo psicossocial. Em suas palavras, a inovação é apresentada notadamente na liberdade e respaldo da chefia para agir de maneira criativa, rompendo a robotização da rotina, apontando para certa flexibilização na gestão institucional.

A seguir, apresentamos a narrativa de Gilda, que faz referência à equipe, mas centrada numa dimensão da cordialidade nas relações estabelecidas no contexto dos serviços.

Acho que é trocar com a equipe, ver os pacientes no dia a dia e ver que há troca de afeto, respeito, o jeito que eles brincam comigo, me chamam de Rita Lee, acho que essa coisa de... o afeto que você troca com a equipe, com os pacientes é a maior das recompensas. [Gilda, psiquiatra]

Gilda refere-se de maneira genérica à atuação individual e em equipe, destacando que o que lhe gera prazer são as relações de afeição e respeito, numa dimensão de cordialidade entre ela e os membros da equipe interprofissional e com os usuários.

Também mencionando a relação com os pacientes, Nádia refere, em relato abaixo, ser o principal aspecto de prazer em sua atuação profissional, contudo em uma dimensão mais atrelada à construção de autonomia dos usuários. Esse tipo de discurso apresenta relevância, uma vez que pode ser considerado um dos principais elementos da construção da Atenção Psicossocial.

Sempre a relação com os pacientes de buscar construir essa ponte com a vida para fora dos serviços. [Nádia, terapeuta ocupacional]

A narrativa de Edna parece-nos exemplar por encontrar prazer em acontecimentos que fazem sentido não somente para ela, mas igualmente para o outro, seja ele, usuário da rede ou membros da equipe profissional.

Acho que é quando eu, e aí independente do ambiente que eu tô, eu posso estar no meu consultório particular, numa consulta específica na UBS ou no CAPS ou no grupo que eu faço no CAPS ou no grupo que eu faço com as mulheres. Mas é quando alguma coisa acontece ali que faz muito sentido pro paciente e pra mim, ou pro usuário e pra mim. Porque assim, eu sinto que uma transformação real, porque na saúde mental não é muito cura que você trabalha. É mais com cuidado e quem efetua a transformação que, às vezes, precisa ser feita, é o paciente. Quando ele consegue fazer isso, na verdade, tem uma outra mudança acontecendo em mim também. E aí, quando isso acontece que, em alguns momentos, pode acontecer numa situação coletiva ou mais individual, mas quando alguma coisa acontece... ou uma fala ou uma atividade expressiva com alguma coisa que faz muito sentido pra todo mundo e pra mim, ou às vezes, eu falo alguma coisa e outro fala, e, de repente, tudo se ilumina pra todo mundo. Esses momentos são os que eu considero mais gratificantes. [Edna, psiquiatra]

Como podemos observar, Edna revela encontrar prazer em acontecimentos que fazem sentido, ou seja, que promovem uma transformação significativa, transformação essa realizada pelo próprio paciente como resultado do processo de cuidado que ambos empreendem. Daí sua afirmação: “quando ele consegue fazer isso, na verdade, tem uma outra mudança acontecendo em mim também”. Outro aspecto que consideramos importante destacar é a sua asserção sobre as finalidades da Atenção Psicossocial que não trata, necessariamente, de buscar a cura, mas de atuar em processos de transformação subjetivas e coletivas. A seguir, essa nossa entrevistada narra um exemplo de vivência que gerou prazer, pela transformação que considerou significativa, ocorrida nela, no usuário e na equipe, a qual se refere.

Por exemplo, teve um paciente há umas semanas atrás, eu levei até pra reunião. Foi muito legal. Paciente difícil, mas assim, difícil porque ele não adere direito ao tratamento, aparece lá fora da agenda, não vai nas coisas que você agenda e quer tudo, ele é dependente de álcool e ele tem uma dificuldade cognitiva, uma dificuldade de fala já, difícil entender o que ele fala também. Teve um dia que ele conseguiu chegar na consulta pra mim de manhã e eu atendi ele. Ele tá sempre

um pouco alcoolizado, mas e a gente atende porque ele nunca tá sóbrio. E eu lembro que aquele dia, a gente tava passando por uma situação que os funcionários do CAPS tavam muito adoecidos, a galera tava esgotada, todo mundo sobrecarregado, com pouco funcionário na recepção, muita gente de férias, afastado e mega lotado, no geral, as pessoas não estavam dando conta da recepção até o quem tava trabalhando lá dentro e todo mundo vai sentindo isso. E aí, esse paciente, eu não entendia muito bem tudo que ele falava, mas ele começou a falar de um irmão que ele amava muito e que morreu e ele começou a chorar e eu perguntei: e por que você gostava tanto desse irmão? Ele falou: porque ele gostava de poesia e eu também gosto... e eu perguntei que tipo de poesia e ele falou: eu falo pra você! Aí eu falei: pode falar! E ele começou a falar de cabeça as poesias, e aí uma das poesias que ele me falou, eu achei sensacional, na verdade, acho que foi uma das primeiras, ele pediu até: escreve! Escreve! Aí a poesia era assim, eu decorei também, porque depois eu li pra reunião de equipe: “dentro do meu coração tem uma cadeira de vidro, que é pra você se sentar quando vier falar comigo”. Porque as relações estavam tão desgastadas que as pessoas estavam grosseiras, tanto entre si, com os funcionários, quanto com os pacientes. E eles são muito sensíveis, principalmente os pacientes muito prejudicados. Eu falei: caramba! Nossa Jurandir! Que legal! E ele nem imagina o quanto aquela poesia fez sentido, muito maior ainda. Porque depois, naquela semana teve reunião de equipe, eu falei desse paciente, falei da situação caótica do CAPS, das pessoas não conseguirem minimamente se organizar, dos funcionários, entre si e falei dessa coisa do paciente. E ele falou que essa poesia ele queria que eu falasse pro pessoal da recepção. E eu falei que ele falou que era pra recepção, mas que eu achava que era pra todo mundo, pra gente, pra mim, porque eu também tava esbaforida. Então, por exemplo, uma coisa como essa que... quer dizer, acho que o olhar de admiração que eu tive pra ele, foi algo terapêutico para ele e ele nem tem noção do quanto ele me ajudou e ajudou a equipe com aquilo. E todo mundo melhorou no final. Mais ou menos esse tipo de coisa que eu sinto que são as coisas mais legais que eu faço no meu trabalho. [Edna, psiquiatra]

Outra questão que merece ser destacada é que Edna, em seu relato, parece conceber o usuário, de fato, como sujeito de direito ao escutar e considerar o seu discurso na prática do cuidado em Saúde Mental, e entender esse processo de legitimação como terapêutico para o sujeito com

sofrimento. Ela também destacou, em sua narrativa, a dimensão da linguagem não-verbal no processo de interação, mencionando “o olhar de admiração”, apontando para uma compreensão mais ampla das relações estabelecidas entre os sujeitos. Além disso, a psiquiatra ouviu a história do usuário, levou em consideração e trouxe para a equipe como contribuição considerável, no contexto descrito, aspectos que a aproximam de concepções e práticas do Modo Psicossocial.

No discurso de Hannah, observamos uma expressão geral do que a mesma diz significar “dar prazer”, qual seja, a de ter a sensação de missão cumprida.

O que dá prazer? Ter a sensação de missão cumprida, de poder dormir tranquila, chegar em casa, conseguir fazer minha aquarela, conversar com os amigos, dizer: “bom, hoje ninguém me ameaçou de morte, tá tudo certo, tudo funcionando”. Todo dia é um touro... então, poder passear, tomar um banho de mar, namorar, arte, música e a vida. [Hannah, psiquiatra]

Vale observar que, na expressão acima destacada no discurso de Hannah, o mesmo parece significar o quanto, tendo em vista o resgate de outros de seus relatos bastante significativos, atuar no campo da Saúde Mental ganha expressão em diversas esferas de sua vida.

O discurso de Dandara sobre o que lhe gera prazer nas práticas profissionais em Saúde Mental, a seguir, a exemplo dos de Hannah e Edna, apresenta o que podemos considerar uma forte identificação com o campo em questão, que revela trazer-lhe prazer e motivação, a despeito de dificuldades e desafios enfrentados na atuação na área.

Eu acho que tem alguma coisa sim de forte de prazer e motivação, embora seja uma área tão difícil. Lembro que quando eu voltava do [nome da instituição suprimido], eu voltava muito cansada, muito cansada, mas com certeza tem algo porque não é à toa que você fica anos e quer ficar na Saúde Mental, aparece outro emprego e você não vai porque não quer sair da Saúde Mental. Mas eu acho que essa questão das violações que a gente vê, essas histórias tão pobres de possibilidades, de desenvolvimento de vida, de você saber que

existe uma outra forma de tratamento, ela é ética, que ela considera a história da pessoa, considera a pessoa, algo também de: “não, vamos romper com isso de tortura, desse viés psiquiátrico pedagógico, de valorização do sujeito”. Não sei... talvez a gente goste um pouco de briga também... (risos). Volta e meia a gente tá numas brigas... eu acho que é muito motivador o trabalho, quando você vê as pessoas fora, tendo as suas casas, conseguindo fazer escolhas, dizendo o que tem vontade, porque dentro do manicômio é a mais completa alienação... acho que isso me faz muito sentido. [Dandara, psicóloga]

Pela narrativa de Dandara, prazer e motivação são elementos presentes e bastante significativos em sua prática profissional, apesar das circunstâncias mostrarem-se, por vezes, difíceis, nas palavras da entrevistada. Tal identificação encontra-se na seguinte expressão: “não é à toa que você fica anos e quer ficar na Saúde Mental, aparece outro emprego e você não vai porque não quer sair da Saúde Mental”, apontando, ao que parece, para a consideração de que a saúde mental constitui-se em parte importante de seu projeto de vida.

Pelo seu relato, ela expressa conceber para a Saúde Mental outra forma de tratamento, considerada ética por reconhecer a relevância da história da pessoa com sofrimento psíquico e sua condição de sujeito nesse processo, em suas práticas profissionais. Significativo em seu discurso é a mesma considerar motivador o seu trabalho quando identifica aquisição de autonomia por parte dos usuários, representado pelas expressões “ter vontade”, “capacidade de fazer escolhas”, considerando essa motivação de agir em direção à ruptura com a completa alienação presente em espaços manicomiais. Nessa perspectiva, podemos identificar no discurso de Dandara, assim como no discurso de Edna, sua proximidade com a prática da Saúde Mental, norteadas pelo Modo Psicossocial, em contraposição ao Modo Asilar.

Finalmente, apresentamos, a seguir, o discurso de Everton que, ao lado de Edna, Hannah e Dandara se apresentam como representantes de uma nova concepção por buscar construir práticas profissionais em Saúde Mental, norteadas pelos princípios do Modo Psicossocial, como proposta

político-ideológica e teórico-técnica, segundo COSTA-ROSA (2010). Nosso entrevistado, assim como as entrevistadas acima mencionadas, reconhece a relevância da equipe interdisciplinar nas trocas de saberes compartilhados, elemento considerado relevante para a atuação segundo o modelo de Atenção Psicossocial.

Eu acho que os resultados. Positivos ou negativos. Os negativos são uma forma positiva. Pra mim, eu pego as experiências, as diversas experiências. Então, por exemplo, numa lida, numa situação com um paciente que eu não consigo lidar, mas chego pro colega e falo: “não consigo, cara! Nesse caso aqui, eu não consigo, não tá indo, não vai, eu preciso de aporte, eu preciso de outras intervenções”. Sair da onipotência, olhar que o estar com o outro, não necessariamente, precisa ser feita por mim e que não sou um fracasso como profissional por isso. E que eu posso ajudar nessa intervenção de outras formas sem ter que dar conta. Antes, para mim, eu não conseguia lidar, era frustrante. Hoje, a lida é mais fácil. Eu confesso: “não vai, não consigo, não tá indo”. Tive que fazer uma intervenção... “cara, não consigo, não tenho segurança”, passo se alguém tiver. Eu compartilho muito. Mas eu acho que eu aprendi a compartilhar, foi se criando. Eu acho que é isso. Eu consigo fazer isso, eu consigo sentir raiva e dizer, mesmo com o paciente eu consigo fazer isso e dizer: “meu, eu não gostei disso!”. Eu consigo fazer isso e consigo fazer com os meus colegas de trabalho de uma forma... “olha, não gostei, gostei, achei legal, eu acho...”. Intervir e dizer: “eu acho que você poderia ter ido por aqui, mas precisa ser feito de qualquer forma”. Eu acho que é isso, mas também isso já é muito acúmulo, muitos anos, mas e acho que é isso. [Everton, psicólogo]

Conforme podemos observar no discurso de Everton, o mesmo parecer valorizar e integrar aspectos positivos e negativos dos resultados da atuação na prática profissional. Em sua fala, ele busca desconstruir polaridades, tais como, onipotência e fracasso, apontando para um outro modo de atuação profissional que se traduz no verbo compartilhar como meio de construção do trabalho em equipe interprofissional. Em seu relato, palavras como processo, aprendizado, troca e construção apresentam-se como características importantes do que o mesmo denomina como Clínica Ampliada, noção essa que se aproxima da concepção preconizada pelo

Modo Psicossocial de atuação em Saúde Mental e que o mesmo refere em outro relato apresentado.

A dimensão do prazer nas práticas profissionais é vista como um alicerce importante para a criação e manutenção do vínculo com o campo do trabalho. Os relatos apontaram que essa dimensão ancora os sujeitos em momentos de angústias dando sentido às suas atuações diante de dificuldades e desafios.

No tópico a seguir, iremos abordar as frustrações vivenciadas pelos sujeitos entrevistados no processo do trabalho em Saúde Mental, considerando, a partir da perspectiva de Espinosa, como afetos tristes podem diminuir a potência das ações sociais.

1.4.2 Frustrações nas práticas profissionais

Quando convidados a falar sobre as frustrações vivenciadas em suas trajetórias profissionais, podemos apreender alguns aspectos das concepções e valores dos trabalhadores, pois as frustrações ocorrem na medida em que expectativas não se concretizam e as expectativas são frutos de concepções e valores que são pensados de forma concreta.

As frustrações descritas pelos sujeitos entrevistados serão expostas em relação a momentos indesejáveis vividos durante o processo do cuidado, centrados nos sujeitos do sofrimento. Ao lado disso, também serão observadas vivências de frustrações nas relações de equipe profissional advindas de divergências entre concepções e práticas no interior dos serviços. E, por último, serão expostos e interpretados relatos de vivências de frustrações mais vinculadas aos contextos sociopolíticos, vividos no âmbito da gestão, do sistema público de saúde, das políticas públicas e contextos macrossociais.

Em relação ao relato de frustrações nas práticas profissionais, pelas relações com os sujeitos do sofrimento, destacam-se os relatos de Vitória e Heloísa.

Oh, às vezes, a gente fica com o paciente durante um tempão, né? Não sei se é frustração, mas a gente fica, tá com ele, tá indo bem e, de repente, ele tem uma recaída, né? E aí, eu me cobro muito por conta disso. Nossa, será que eu deixei passar alguma coisa? Mas, às vezes, não é isso. É o tempo dele mesmo. Mas não sei se seria frustração, mas, às vezes, é difícil de enxergar e lidar com isso pela autocobrança de achar que vai dar certo. E depois ter que voltar... mas volto tranquila, mas fica aquela sensação de: mas será que eu não podia ter feito mais alguma coisa? Isso se enquadraria na frustração. [Vitória, enfermeira]

Na fala de Vitória, sentir frustração refere-se a recaídas apresentadas pelos usuários. Atribui esse sentimento a autocobrança por efetividade da atuação profissional, embora reconheça a questão do “tempo do próprio paciente” como relacionado às possíveis recaídas. Seu discurso apresenta-se como representando, ao que parece, um trabalho autônomo, e não inscrito em um trabalho de equipe multidisciplinar, próprio do processo de cuidado em saúde mental.

Nessa mesma ideia de percepção de possíveis avanços e retrocessos, de acordo com as concepções e práticas dos profissionais entrevistados, apresenta-se a narrativa de Heloísa referida à relação com os sujeitos do sofrimento.

Frustração. Muitas. Uma delas é a gente não conseguir ver muito avanço, muitos resultados porque você sabe que a gente, enquanto profissional, a gente idealiza. Então, muitas vezes acho que isso é muito forte dentro de mim. Às vezes, a gente quer muito, às vezes, a gente atende um paciente e você consegue identificar potencial. E aí você pensa assim: “eu vou investir tudo o que eu posso, mas ao mesmo tempo, eu não posso ficar só nele. Eu tenho outros. Então, às vezes, quando você investe muito e não tem o retorno, isso frustra muito. Às vezes, o paciente você idealiza, poxa... o consumo é pequeno, se ele cumprir a parte dele eu vou dar um gás e daí um seis meses, de repente, ele já esteja com a vida legal. Isso não acontece. [Heloísa, psicóloga]

No relato de Heloísa, podemos observar que, a manifestação de sentimentos de frustração nas práticas profissionais relacionam-se ao que parece, à sua idealização de que seu investimento profissional geraria resultados transformadores na vida do usuário. A pessoa atendida, ao que parece, é, para Heloísa, depositária de sua expectativa decorrente de seu investimento profissional em um trabalho não implicado na ideia de equipe interdisciplinar. Esse relato pode ser aproximado a uma concepção norteadada pelo paradigma biomédico, que pressupõe expectativas de comportamentos, norteadada pela visão de homem ideal e não real, segundo a racionalidade positivista que direciona esse modelo tradicional de assistência.

Heloísa apresenta que os sentimentos de frustrações nas práticas profissionais advém de sua avaliação de perceber poucos avanços e os relaciona às idealizações e expectativas de resultados.

Em relação às diferenças entre concepções e práticas nas interações da equipe interdisciplinar, apresentamos a fala de Gilda.

Frustração. Acho que a maior frustração é você ver que tem gente que trabalha com gente que não tem os mesmos valores que você. Não que eu seja dona da verdade, eu sou ariana, mas (risos)... na semana passada, a gente tava vendo um paciente que provavelmente tem uma questão neurológica e o AMA largou aqui de ambulância sem fazer nenhuma investigação, dizendo que é esquizofrênico. Largou e você não pode mandar o cara pro albergue porque ele não sabe o próprio nome, totalmente desorientado, precisa de uma investigação. As pessoas não tão nem aí, prescrevem um remédio que a pessoa não pode comprar, nem se preocupa em prescrever um que tenha na rede pública. Acho que isso é o mais difícil. O descaso que essa população mais desprovida de recursos encontra na saúde, não tem acesso e quando tem o atendimento não é de qualidade. Não tem diferença entre o paciente que eu atendo no consultório e um paciente que eu atendo aqui. Eu até abri mão do consultório pra atender só aqui. As pessoas merecem atendimento digno. As pessoas estão na saúde pública por causa do emprego, por causa do dinheiro e que não tem essa preocupação com o ser humano e isso me irrita muito. Essa é uma grande frustração. [Gilda, psiquiatra]

A fala de Gilda contém questões relacionadas a posturas diferenciadas dos profissionais de saúde, em relação aos “pacientes”, mas também apresenta exemplos que nos permitem refletir sobre o próprio sistema público de saúde e a rede de serviços. Menciona a questão do acesso e do tratamento digno apontando para uma abertura que se aproxima da ideia de humanização da assistência, embora em seu discurso, apresente críticas à gestão da Rede de Atenção Psicossocial e aponte preceitos preconizados pela Atenção Psicossocial, podemos considerar que, no contexto de seu discurso, a mesma embora se aproxime de tal modelo, ainda guarda concepções do modelo biomédico.

Edna, a seguir, relata como motivo de frustrações em suas práticas profissionais, a persistência do modelo biomédico norteando o processo de atenção em saúde, associado ao Modo Asilar, paradigma que, pelo exemplo que apresenta, permanece orientando práticas em serviços pretensamente inscritos no Modo Psicossocial.

Eu não sei o que me dá mais, mas tem algumas coisas que me incomodam. Um pouco é isso que eu te falei, dessa questão de, às vezes, um funcionamento das pessoas quererem que eu assuma uma postura mais mão pesada nas medicações, isso me incomoda. E eu tento ter uma delicadeza nas conversas, mas, às vezes, eu fico irritada com essas coisas e os psiquiatras são nos CAPS mega mão pesada e metem Haldol Decanoato, doses altíssimas e todo mundo acha super normal, mas eu não acho normal um cara ficar todo, sei lá com 8 ampolas de Haldol Decanoato por mês. Mais de 5 eu vou ficando bem assustada. Só que a maioria dos psiquiatras que trabalham no serviço público consideram isso super normal e os funcionários também. [...] Outra coisa que me frustra bastante é essa coisa das más condições que a gente trabalha no SUS. Às vezes, quando você tem uma estrutura física um pouco melhor, você tem tanto paciente pra atender, tanta demanda, porque você tem uma rede toda desestruturada de UBS. Então, é óbvio que todo mundo vai ficar grave e vai acabar indo pro CAPS. Como você tem uma desestruturação geral, acaba aumentando muito a demanda e acaba também ficando sufocante fazer um trabalho de CAPS, de reinserção social. Como você vai fazer reinserção social, se você não consegue sair de dentro porque o povo tá chegando, chega

muita gente em crise e você tem que lidar com a crise. O trabalho de reinserção social é um trabalho a longo prazo, não dá tempo. Isso me frustra demais. Eu queria estar mais nesse trabalho também, mas eu não consigo, porque tem tanta demanda de paciente em crise para atender que, às vezes, eu não consigo ajudar o paciente e ele acaba já ficando muito espaçado, os funcionários acabam dando mais atenção pros pacientes que estão em crise e quem está melhorando, mas ainda não conseguiu sair do CAPS, vai ficando... vai ficando por ali, não está mais dando tanto trabalho, mas também não tá reinserido. [Edna, psiquiatra]

No relato acima de Edna, encontra-se presente uma perspectiva crítica à hipermedicalização, ao qual atribui intensa frustração, assim como à expectativa que funcionários e outros psiquiatras dos espaços em que atua, que ela tenha a mesma postura hipermedicalizante das pessoas atendidas nos serviços. Enuncia, dessa forma, uma concepção contraposta ao Modo Asilar que opera na lógica do *manicômio químico*, expressão utilizada por COSTA-ROSA (2010), por sentir-se frustrada em ser pressionada a atuar desse modo, quando desejaria contrapor-se a ele, estando mais próxima, ao que parece das propostas do Modo Psicossocial.

Menciona também, nessa entrevista, outro aspecto que consideramos fundamental, que será posteriormente aprofundado, em relação às más condições de trabalho no SUS e sua estrutura falha de funcionamento em rede. Considera o objetivo principal da Atenção Psicossocial ser a inserção social e refere incomodar-se com a centralidade, devido a altas demandas, do manejo da crise psiquiátrica em detrimento do trabalho, considerado de longo prazo, de reinserção na comunidade.

Nesse mesmo sentido, coloca-se o relato de Tainara, que refere também sentir-se frustrada em relação ao funcionamento da rede, nessa dimensão da intersectorialidade:

A frustração para mim está nos complicadores. Daquilo que por mais que eu faço enquanto profissional ou como pessoa mesmo, isso foge do meu controle. Eu não posso resolver tudo. Tem coisas que eu preciso delegar para um outro serviço e esse serviço deixa a desejar. Eu tava de férias e tinha pessoas

me ligando por conta de um serviço que eu mandei para uma UBS antes de sair de férias. Demorei um ano para conseguir um procedimento cirúrgico para uma deficiente mental grave. [...] A partir do momento que eu consegui esse procedimento, eu preciso que a UBS consiga carro e pessoas para levar. Três meses eu desloquei, eu pessoalmente e uma funcionária daqui, eu pessoalmente consegui carro porque não consegui pelo transporte da prefeitura para levar a criança e a mãe e partir daí a gente precisou dizer: “não posso fazer isso, porque isso não é meu”. A quem tem que gerenciar é a UBS. Aí eu tive que chamar a UBS que já tinha sido chamada para a realidade e a UBS me liga dizendo assim: “olha, desmarca o procedimento porque eu não consegui o carro”. E eu disse: “então, não, eu não vou desmarcar, primeiro porque não sou eu que marquei, isso é um sistema de regulação que marca e tem mais de um ano que a gente tá tentando essa cirurgia pra essa menina. Como assim desmarca que você não conseguiu o carro? Você vai conseguir o carro”. E aí eu tive que procurar outras instâncias, gerência, gerência da secretaria de saúde, isso deu... e uma dia antes do procedimento, o local me liga e diz: “está tudo certo para o procedimento amanhã?”. Eu falei assim: “eu to de férias”, ligou pro meu celular, “eu to de férias, quem tem que responder isso é a gerente da UBS, liga pra lá”. E a gerente tinha dito que ia chegar com ela às 8h30 e eu tinha dito que ela precisava internar às 6h da manhã. Confere que a gerente disse que ela ia chegar às 8h30? De jeito nenhum, se ela não chegar aqui até às 7h, ela perde o procedimento. E eu de férias. Aí isso frustra. [Tainara, enfermeira]

Podemos observar que o relato de Tainara, ao mencionar as dificuldades de execução de ações em outras esferas da saúde, aponta para o problema da integralidade do cuidado, um dos princípios do Sistema Único de Saúde, fundamental à concretização da proteção, promoção e recuperação da saúde. O nível da atenção básica, representada pela Unidade Básica de Saúde, é trazido pela entrevistada para referir-se à ausência de recursos necessários para o atendimento da demanda da usuária em questão, gerando frustração na profissional ao buscar prestar o melhor cuidado, mas encontrar entraves na rede pública de saúde.

Dandara menciona que as frustrações sentidas no processo do trabalho em Saúde Mental estão mais relacionadas à questão paradigmática.

Destacaria as relações manicomiais dentro dos serviços substitutivos, o mais frustrante porque parece assim que em lugares em cidades que não tinham manicômio, a gente de alguma forma a gente espera o que o CAPS abra já seguindo uma vertente da Saúde Mental, só que não é isso que acontece. Em todos os lugares tem essa relação manicomial. E a gente pode pensar por conta de várias coisas, mas também porque o ser humano, ele tem essa vontade do manicômio. Tudo a gente vai transformando em manicômios, não só o manicômio, mas a escola pode ser manicômio, a residência terapêutica, o CAPS, o serviço de saúde da atenção básica.
[Dandara, psicóloga]

Em seu relato de Dandara expressa frustração, relacionada com a percepção da entrevistada, com a manutenção de concepções e práticas asilares em serviços pretensamente operados, a partir de uma nova proposta teórico-técnica e ideológico-política, utilizando os termos de COSTA-ROSA (2010) ao caracterizar os princípios básicos do Modo Psicossocial. Em sua fala encontra-se presente a percepção de que todos os lugares, mesmo aqueles em que não havia manicômios anteriormente, há essa relação manicomial, encontrada também em escolas, em residências terapêuticas.

Por exemplo, atribuindo esse fato, ao que parece, à *vontade do manicômio* do ser humano, enunciando uma visão cultural que tende a operar em lógicas que encerram sujeitos, de acordo com critérios normativos, em instituições totais.

A seguir, apresentamos o relato sobre os sentimentos de frustração de Everton, referido principalmente em relação à gestão e suas interfaces políticas.

A minha maior frustração são as interfaces políticas. Acho que emperra os trabalhos, esses atravessamentos políticos é o que me frustra um pouco. Você está indo, formando uma equipe, uma equipe super bacana que você vai formando com muito sacrifício e de repente, alguns atravessamentos políticos da gestão... eu tenho uma questão com gestão. Então, eu enfrento muito gestão. Então, os anteparos, a forma política de ver são as minhas frustrações. A minha frustração de ver hoje, a

Reforma estando na maioria dos postos de poder com os atravessamentos que não foi aquela ideologia vista lá, mas eu acho que a reforma tem que ser reformada no período atual, ela não pode mais ter o mesmo olhar que ela tinha. Hoje, ela é gestão, então, ela atua de uma outra forma que fica muito igual a quem tava no poder no período anterior. Essa é minha frustração. [Explica um pouco isso que você fala da reforma da reforma. Em que direção isso?] Os reformistas daquele período revolucionário, muitos deles estão hoje na administração, na gestão. E o olhar deles parece que ficou petrificado. Eles detêm o saber. Parece que o saber não evolui. Outros saberes se juntam a esse saber, mas é colocado que muitas vezes, uma equipe, essa equipe não sabe o que está fazendo. Essa equipe sabe o que está fazendo. Essa equipe necessita de outros aparatos e de outro olhar, mas é como se quem era da reforma, sabe tudo. Isso é frustrante pra mim. Eu acho que foi isso que eu fui aprendendo com [Benedetto] Saraceno, com as leituras que eu fui tendo. Mesmo [Franco] Basaglia, não foi isso. Foi algo muito mais aberto. E hoje, tem questões de democracia que não é muito democracia. O dispositivo de colegiado da gestão é só gestão, não tem trabalhador. E o discurso da reforma foi muito de ter trabalhador. Então, essas coisas me frustram. Não da lida direta com os pacientes ou com as pessoas. Ou com os outros equipamentos do território: UBS, CRAS, CREAS, isso por mais que eu perceba que eu tenha que ter uma lida... o CAPS tem que articular e organizar isso e a gente tenha vários embates, isso me frustra menos. Falar: “não é o momento dessa UBS agora, aguardar, temos que pensar em outras estratégias”, e que a população ainda não vai ser bem atendida... forçar a UBS a atender não vai transformar essa lida. Mas conseguir ir trabalhando essa UBS é que vai transformar. Então, é a mesma coisa. A gestão olhando uma equipe que precisa de formação, simplesmente, acusar, dizer, chamar de manicomial não ajuda. E isso me frustra. [Everton, psicólogo]

Everton discorre que suas principais frustrações são sentidas em termos de posturas políticas da gestão diante das equipes técnicas. Menciona, primeiramente, os chamados *atravessamentos políticos* como responsáveis pela interrupção de trabalhos desenvolvidos em certa direção, considerada construtiva pelo entrevistado, como fonte de desprazer profissional.

Outro aspecto mencionado pelo entrevistado sobre suas frustrações nas práticas profissionais, que consideramos importante destacar, refere-se

à sua crítica à gestão atual. A ideia presente é a de que se no período de proposta da Reforma Psiquiátrica, alguns profissionais militavam no sentido de romper com a lógica conservadora na assistência, ao assumirem a gestão dos serviços de saúde, passam a adotar outra postura, considerada como entrave ao avanço das transformações necessárias, no campo da Saúde Mental. Destaca assim, nesse processo, posturas da gestão consideradas como deslegitimadoras da equipe técnica. Podemos sintetizar sua narrativa, sobre esse aspecto, como representada em uma frase que consideramos significativa, qual seja: “a reforma precisa ser reformada”.

1.4.3 Crises e reflexões a partir das experiências

Os sujeitos entrevistados foram convidados a falar sobre momentos marcantes em suas trajetórias, em termos de crises, a partir das experiências vivenciadas. A pergunta era: *Você passou por momentos de crises pessoais e/ ou profissionais durante a sua trajetória que tenham te marcado?* A questão foi pensada de modo a destacar o campo profissional, mas contemplando igualmente, vivências importantes de outras esferas de suas vidas.

Entendemos crises, nesse contexto, por mobilizações afetivas geradas a partir de interações do indivíduo com o meio coletivo. As crises, por mais individuais que possam parecer, se ancoram em momentos de vida concretos relacionados a contextos quer interpessoais, regionais ou mesmo de conjunturas macrossociais.

Os relatos das entrevistadas, a seguir, referem-se a crises relacionadas a vivências familiares que afetaram, de alguma forma, trajetórias profissionais.

Vitória, enfermeira, relata que seu momento de maior crise foi à manifestação de sofrimento psíquico intenso de sua mãe. Esse momento de crise pessoal relacionado ao sofrimento psíquico de uma familiar tão próxima

despertou o interesse da então estudante de Enfermagem para o campo da Saúde Mental.

O meu momento mais difícil foi ver minha mãe... minha mãe é professora. De ver ela de uma maneira, eu vi ela até 2009 que foi o estopim de tudo, eu via a minha mãe de uma maneira e aí a Saúde Mental pra mim não existia até então, apesar de ter tido contato na faculdade. Mas depois que teve esse estopim, eu acho que mudou completamente. Acho que se não fosse isso, eu não sei se eu estaria fazendo Saúde Mental. [Vitória, enfermeira]

A narrativa de Vitória apresenta-se em uma perspectiva de crise pessoal vivenciada, no âmbito familiar, de forma intensa que direcionou sua trajetória profissional de inserção no campo da saúde mental.

A enfermeira Tainara e a psiquiatra Gilda, ao discorrerem sobre momentos de angústia marcantes, destacaram termos de relacionamentos afetivos. Nas palavras de Tainara:

Estou passando por uma crise agora, que está quase me fazendo ir embora, sair daqui, desistir de todo esse trabalho, de tudo o que eu acho muito legal e muito bom. Então, hoje, nesse momento, eu estou em total crise. Eu vim para São Paulo e aí é uma questão minha, pessoal e toda a vida que eu planejei ter, tem uma semana que ruiu. Então, eu estou agora me vendo sem família, sem casa, porque tudo isso acabou, de repente. [Tainara, enfermeira]

A gente que trabalha com gente e com os instrumentos que a gente tem pra trabalhar, é muito difícil não ser afetado por coisas da sua vida pessoal. Eu acho que eu tive um momento de crise que foi quando eu sai do Quixote, tive um rompimento, saí, aí em seguida, me divorciei e acho que isso afetou a minha prática, mas eu me organizei pra dar conta e me apeguei demais também. Aí comecei a trabalhar 60 horas por semana. Então, foi o que me segurou foi ter um trabalho que eu gostava muito. Mas afeta, afeta. Bom, você ter a crítica do que afeta e ver o que dá pra fazer numa situação dessas, mas afeta. O que a gente tem pra trabalhar além da gente mesmo, né? Nada. [Gilda, psiquiatra]

O relato de Gilda permite trazermos as contribuições de RAMMINGER (2002) ao expor que o trabalhador do campo da Saúde Mental, assim como qualquer outro, traz sua história individual construída através de suas relações sociais. Contudo, o trabalhador de Saúde Mental utiliza sua própria rede de relações intersubjetivas como ferramenta de trabalho. Nesse sentido, ao constatar que seu instrumento terapêutico é ela mesma, depara-se com o desafio de enfrentar tanto o sofrimento psíquico do sujeito atendido quanto o seu próprio.

Nos relatos sobre as crises, se em alguns de nossos entrevistados a vivência de crise se conforma a uma dimensão pessoal ou familiar, em outros ela adquire expressão para além da identificação que os próprios profissionais mantêm com a área, mas também com concepções de novas práticas instauradas pela Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial. Nesse sentido, a crise adquire dimensão mais ampla de implicação do sujeito, não só em nível do singular, mas notadamente do particular e do geral. Assim, enquanto os relatos de Vitória, Tainara e Gilda relacionam-se a dimensão pessoal, estreitamente relacionados às questões familiares, outros passam a referir a questão profissional.

A seguir, apresentamos a narrativa de Eliana, enfermeira, que quando indagada a respeito de momentos de crises pessoais, relatou:

Passei por um momento muito difícil, principalmente quando a gente tinha excesso de pacientes. Na época, eu trabalhava num lugar que eram 80 pacientes para 2 profissionais. Eu não conseguia ver o paciente, como colher sinais vitais, fazer evolução, fazer anotação, o paciente ficava muito distante. [...] Eu também não tinha apoio da administração. [...] Eu acabava perdendo o meu papel, isso me influenciou muito, isso me deixou extremamente frustrada, tanto eu, quanto outros enfermeiros que também estavam lá. [Eliana, enfermeira]

Em seu relato, Eliana destaca aspectos relevantes do processo de trabalho que se referem à relação profissional-usuário, capaz de possibilitar um atendimento considerado adequado, notadamente em hospitais, exercendo atividade como enfermeira.

Pelas características desse tipo de trabalho, o excesso de trabalho e de pacientes, relacionado à falta de apoio da direção, apresentaram-se em sua narrativa como capazes de descaracterizarem o que ela considera, ao que parece, de grande significação, qual seja, o seu próprio papel de enfermeira, fato capaz de gerar grande frustração para a mesma.

Em seu relato, parece haver um processo de percepção circunscrita de seu desempenho profissional individualizado àquele serviço de atendimento, no caso do hospital psiquiátrico. Eliana relatou sentir frustração, porém, através da sua fala, não parece ter associado as vivências a questões relativas à divergência de interesses e de correlação de forças, apresentando uma percepção mais localizada e socialmente descontextualizada.

Nos relatos de Nádia, terapeuta ocupacional; Dandara, psicóloga, e Hannah, psiquiatra, se descortinam novas dimensões da prática profissional em Saúde Mental, nos quais o objeto da saúde mental se apresenta em sua complexidade e como espaço de tensão e gerador de angústia em função da visão ampliada e transformadora desses profissionais.

Trazemos, a seguir, a narrativa de Nádia sobre momentos de crises relacionados às expectativas frustradas, entre referenciais teóricos, não só no campo da Saúde Mental, mas de outras áreas de atuação na Saúde Pública, e o cotidiano dos serviços.

Sempre tenho crises. A gente aposta muito em uma coisa, quando a gente sai da graduação acha que vai ser uma TO super feliz. Também tem a coisa da idade, de termos mais maturidade. No NASF eu tive muitas decepções porque acho que atenção básica é sensacional, mas na prática está muito aquém. Era algo que eu apostava, fiquei dois anos e meio, mas não deu. Coisas muito básicas: a equipe de apoio matricial do NASF não sabia o que era matriciamento e as pessoas falam barbaridades achando que estão fazendo matriciamento, tipo, agentes comunitários que não aparecem, julgamento moral de que a família não quer nada com nada, coisas da capacidade técnica e não têm comprometimento. Você vai tentando, a função do NASF é justamente desconstruir essa lógica, mas eu fiquei dois anos e meio pra ver que eu não via muito sentido

mais. Fui para CAPS para ter outra experiência e acho que na saúde mental, acho que as coisas são um pouco melhores porque acho que as pessoas que estão na saúde mental sabem um pouco mais o que estão fazendo. Na atenção básica, tive certeza de que ninguém sabe o que está fazendo, acha que atenção primária é simplória e acha que nada é função deles, vão encaminhando tudo, fazem um curativo e acham que estão arrasando. Na saúde mental, as pessoas são um pouco mais engajadas, mais técnicas, tem uma motivação um pouco maior, é um pouco melhor, embora com todas as questões, tem um projeto mais em conjunto. Fui aprendendo a lidar com as crises que eu sempre tive de que a gente faz um discurso e faz outra coisa. Diz que vai falar de saúde e só fala de doença, por exemplo. As pessoas têm que estar na vida e não nos serviços. A gente trabalha pouco com a questão do território, de ficar menos dependente dos serviços e isso não acontece. [Nádia, terapeuta ocupacional]

Em seu discurso, Nádia aponta aspectos dos serviços da atenção básica que considera precários em relação às concepções para esse nível de complexidade na Saúde Pública. Ao cotejar os atuais Serviços de Atenção Básica com a Saúde Mental, a terapeuta ocupacional entende que o campo da Saúde Mental está mais estruturado em termos de cuidado, apesar de considerar falhas as dimensões de integralidade e territorialidade. Aponta essas questões como geradores de crises no cotidiano de suas práticas profissionais.

O relato abaixo de Dandara permite-nos ilustrar a contraposição de dois modelos de atendimento, representando conflitos no processo de desinstitucionalização no estado de São Paulo. Ao ser indagada qual a maior crise vivida, nossa entrevistada apresenta a seguinte narrativa:

Eu trabalhei o ano passado com a Desinstitucionalização. [...] Teve um momento que a gente fez uma intervenção num hospital chamado [nome suprimido], que era só de mulheres. E com um viés basicamente do lucro. Isso é muito claro nas falas do dono do hospital. Eles perderam o convênio com a Prefeitura e ele queria transferir os pacientes para o [nome suprimido] e o dono se recusa, dizendo o seguinte: eu não vou liberar os pacientes até mudar de ramo. [...] O psicólogo, pra nossa tristeza, falou que aquele espaço já tinha sido o negócio

da China. E essas histórias explicam um pouco do porque existe o equipamento substitutivo, qual a diferença que faz na vida dessas pessoas, da possibilidade de viver. [...] A gente tem uma leve ideia do que é ter uma vida completamente de exclusão, de não poder andar na rua, de não poder frequentar a escola, e do quanto que isso, quando a gente fala de uma pessoa institucionalizada. Imagina o que é isso pra vida de uma pessoa, de não poder se desenvolver mesmo... então, acho que essas histórias me transformaram, me marcaram muito. [Dandara, psicóloga]

Nesse processo de desinstitucionalização, preconizado pela Luta Antimanicomial, o relato de Dandara contrapõe os dois níveis de interesse, que por hipótese, caracterizariam os tradicionais hospitais norteados pelos princípios do paradigma biomédico voltados de maneira exclusiva aos interesses financeiros, contrapondo-se à perspectiva de saúde como direito, do modelo psicossocial, que contemplava o início do processo de desinstitucionalização, com o objetivo de fazer a transição dos pacientes institucionalizados para reinserção da comunidade. Ao relatar esse processo, ganha expressão no relato de Dandara o seu reconhecimento de o quanto a proposta psicossocial contempla a pessoa com sofrimento como sujeito de direitos, apresentando-se como eixo central resgatar-lhes o direito à própria vida, o que na fala dessa nossa entrevistada, a institucionalização lhes negara.

Assim, para ela, crises vividas apresentam relação com, por exemplo, a falta de autonomia das pessoas com sofrimento psíquico, onde tudo lhes é destituído. Daí, considerar relevante o trabalhador da área atuar na construção de uma nova perspectiva de práticas em Saúde Mental, onde tais vivências deixaram marcas, mas encetaram transformações.

No relato, a seguir, Dandara possibilita melhor observar o significado que o termo crise ocupa no cotidiano de muitos dos profissionais em Saúde Mental e explicita o que representa este processo de busca de transformação das concepções e práticas na área.

A gente trabalha na Saúde Mental e volta e meia tem uma crise... tem várias. Tem tanto essa questão política que te gera

crises de como a gente vai trabalhar, normalmente a gente se vê muito encurralado de ver que determinada ação é muito importante, mas não vai poder fazer. A gestão não entende que aquilo é necessário, de repente aquilo que você entende, eles entendem como ideológico e contrário à política da instituição, no caso de um CAPS claramente manicomial. Então, a gente tem algumas crises, fica até um pouco persecutório, fica achando que a coordenadora vai vir e vai tirar a gente, não vai deixar fazer tal oficina, vai pegar a gente falando da Reforma.
[Dandara, psicóloga]

Em seu discurso, identificado com o ideal da Luta Antimanicomial numa realidade que teima em resistir, Dandara aponta a dimensão política da crise vivida na prática cotidiana da área como um embate de natureza político-ideológica, onde a tradicional política da instituição resiste, representada pelo papel autoritário do gestor, descaracterizando o próprio sentido da proposta de desinstitucionalização como sendo ideológico, ideológico esse empregado no sentido estigmatizante e pejorativo. No entanto, vale observar, com base em Edgar Morin, citado por ALVARENGA (et. al, 2014) que, no âmbito da ciência, a palavra paradigma trata-se de uma noção nuclear que é ao mesmo tempo linguística, lógica e ideológica, norteando assim, de maneira peculiar, visões de mundo e relações entre teoria e prática, notadamente em campos como a saúde. Nesse sentido, vale também mencionar observação de FOUREZ (1995, p. 132), que “ao determinar os tipos de raciocínio aceitáveis em determinada experiência, o paradigma determina um âmbito de racionalidade”, o que implica diante de problemas complexos, reduções que são discutíveis.

Esse relato parece exemplificar o que consideramos característico de uma crise de transição vivida pela saúde mental, traduzida pela negação do antigo paradigma e afirmação do novo por profissionais que se identificam como trabalhadores que não dissociam o sentido profissional do próprio sentido social de seu lugar no mundo.

Na mesma perspectiva, encontra-se a seguir, o relato da psiquiatra Hannah acerca de momentos de crise vivenciados.

Já [passei por crises], aliás, todo dia é uma escola. Já fiz greve sozinha. Não tem graça, é muito sofrimento. Quando a gente lançou a cartilha dos direitos pra paciente, como a gente chamava, eu cheguei a abandonar um vínculo pra ver se meu paciente se organizava e transformava aquela situação. São coisas muitos sofridas e a gente vai resistindo pra transformar. Falta de vontade política. [...] A gente está empenhado na construção, no fortalecimento do SUS, da Rede de Atenção Psicossocial. Mas não é fácil. Os convênios tão virando bicho, você sabe. Saúde virou lucro. Então, a brincadeira não é pequena e o eletrochoque ainda faz muita festa no Servidor Público Estadual, no HC que são os hospícios de excelência. Tem uma indústria farmacêutica poderosa, ela que tá mandando inclusive na política de drogas. [Hannah, psiquiatra]

Mais uma vez, podemos observar como as contradições presentes nos diversos campos da saúde, que ganha especificidade na Saúde Mental, descortinam novas vivências quando profissionais como Hannah, a exemplo de Dandara, entendem a “resistência como caminho para transformação”, resistência essa ao tradicional modelo positivista de assistência ainda vigente dificultando a inovação via perspectiva de implementação do modelo psicossocial, representando ele próprio uma estratégia relevante de próprio fortalecimento do Sistema Único de Saúde, cujo princípio de saúde como direito universal e dever do Estado, não se encontra sobre a égide do liberalismo econômico, que transforma a saúde em negócio.

As questões abordadas pelas entrevistadas permitem discutirmos o que LINHART (2011, p. 150) denomina de *penosidades do trabalho*, exemplificadoras no contexto da Saúde Mental por estarem associadas ao sofrimento do próprio trabalhador e, portanto, às crises vivenciadas por eles. A autora as caracteriza “pelas restrições que ele impõe aos indivíduos e necessariamente constitui veículo de desacordos, dificuldades que ressoam em todas as dimensões da existência”. Também argumenta que a questão das penosidades tem sido contemporaneamente mais amplamente abordada junto com *sofrimento do trabalho*. Vale ressaltar que os indivíduos “designam como penosidades as dificuldades com as quais não conseguem lidar ou que não conseguem dominar, que surgem como estranhas à sua

profissão, que encontram origem em lógicas profissionais diferentes das que os motivam, que se inscrevem em outro registro de valores, que não lhes parecem equitativamente divididas e às quais esses indivíduos não conseguem mais atribuir um sentido. São penosidades, porque lhes parecem injustificadas, quer elas firam sua identidade profissional ou sua autoimagem, quer sejam vividas como um não reconhecimento das suas necessidades de fazer um trabalho de qualidade, verdadeiramente profissional”.

Esse sentimento de penosidades do trabalho, tratado por LINHART (2011) pode ser identificado nos discursos de Dandara e Hannah, na medida em que se identificam como profissionais não somente da área da saúde mental, mas engajadas na mesma, em função da adesão a um projeto de transformação na nossa sociedade. Tal projeto relaciona-se com o movimento de Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial que se constitui, como seus discursos permitem evidenciar, um campo de luta política e ideológica entre dois paradigmas, que encerram olhares divergentes para a pessoa com sofrimento psíquico. No relato de Dandara, abaixo, tal correlação de forças presente nas práticas dos serviços parece ganhar expressão:

Foi muito duro lidar com o que significa essa luta de paradigmas que se dá dentro da instituição, de que mesmo quando a gente tá falando de uma instituição que pretende ser antimanicomial, que está num processo de desinstitucionalização, de como também é muito manicomial e mesmo as pessoas, vamos supor, pessoas que vem para fazer a desinsti, como o movimento também é super manicomial, acho que foi o mais importante. [Dandara, psicóloga]

Pelos relatos, podemos considerar que há um processo de crise dos profissionais ao defrontarem-se no cotidiano com a adversidade pela própria natureza do objeto de trabalho, que se inscreve numa multidimensionalidade com a qual o profissional se depara. A prática preconizada pelo modelo psicossocial se contrapõe à ideia positivista que dissocia médico-paciente, e

possibilite ao profissional passar a identificar o sentido de seu trabalho, através de uma concepção de cuidado com o outro, no qual subjetividades se entrelaçam e os sujeitos se encontram não como pólos distantes, mas numa relação que é da ordem das interações humanas.

Nesse sentido, apresentamos o relato de Edna, que narra seu momento de crise relacionado à visão de relações humanas contrapostas em seu período de formação universitária.

Durante a faculdade, a maioria dos professores tinha um perfil que eu não gostava muito, muito acadêmico, muito... nos docentes tinha uma fogueira de vaidades. E ninguém nem aí pros pacientes. “Olha pro diagnóstico que eu fiz, o tratamento que eu consegui”. Eu me decepcionei bastante uma época com a Medicina por causa disso. Porque eu tinha um olhar mais ingênuo, eu imaginava que ia encontrar um monte de gente humanista, super. Eu não sabia nada da vida e eu me ferrei muito até aprender, até amadurecer um pouco e dizer: as pessoas são diferentes e eu posso construir o meu jeito de ser médica. Até eu conseguir dizer isso pra mim mesma, que eu não precisava desistir da Medicina. Eu também encontrei pessoas que foram modelos de olhar para o paciente, de se preocupar. [...] De ter proximidade e preocupação com o humano, tanto com os pacientes quanto com a gente que era aluno, residente, de médico aprendendo como aluno. [Edna, psiquiatra]

Edna, ao narrar sua crise vivenciada em função do que ela considerou como decepção com a Medicina, no contexto de formação universitária, permite desvelar uma visão que considera a dimensão chamada humanista, não encontrada, segundo o seu relato, entre os seus professores universitários, referências daquele momento de vida. Vale destacar sua consideração de que esse processo de crise possibilitou aprendizado e posicionamento por identificar possibilidades de buscar coerência em sua prática profissional de acordo com suas concepções.

O relato de Everton também permite evidenciar o aspecto dos aprendizados a partir das crises.

Acho que o momento maior foi quando me senti envolvido mesmo. Como eu venho de uma outra linha, então, por exemplo, como eu atuava como educador de rua, eu vi coisas que me causaram mais, vi meninos morrendo, vi meninos apanhando. Acho que eu já vim com uma carga mais intensa que depois eu comecei a ver que ali já era Saúde Mental. Mesmo que estivesse na Assistência Social. Já era. Mas a gente só olha quando está colocado no espaço. [...] O mais difícil foi a perda, o não encontrar mais. Teve uma situação que eu vi um menino apanhando da guarda, na época que tava sendo implantada e fazendo intervenção, mas como muito medo. Eu pensei que ia apanhar também. E, de certa forma, não apanhei, mas fiquei 24 horas detido por desacato, então, isso deu uma margem do quanto eu podia, porque eu aguentei. Deu muito medo, senti muito medo, fiz a intervenção, fiquei detido e aí realmente confirmaram quem eu era, porque eu era educador de rua, que era intervenção mesmo, esperada, e isso me deu muita potência depois. Mas foi muito pavor. E saber que eu conseguia fazer alguma coisa. [Everton, psicólogo]

Para Everton, assim como para profissionais que compartilham visões de mundo que se aproximam na prática profissional, crises representam sofrimentos, mas também aprendizado, aprendizado esse bem representado na expressão de Hannah, quando afirma em relato anterior: “Já [passei por crises], aliás, todo dia é uma escola”.

Na fala de Everton podemos identificar também a ressignificação de sentimentos de crise promovem afirmação de nossas identidades, como processos de construção de nós mesmos, quando relata, na experiência de trabalho com menores de idade, vivendo em situação de rua o seguinte: “eu pensei que ia apanhar também. E de certa forma, não apanhei, mas fiquei 24 horas detido por desacato, então, isso deu uma margem do quanto eu podia, porque eu aguentei [...] e isso me deu muita potência depois. Mas foi muito pavor”.

Através das exposições sobre os afetos, sendo estes os afetos tristes representados pelas frustrações e os afetos alegres representados pelos prazeres, vivenciados pelos sujeitos, podemos retomar aspectos das formulações de Espinosa, discutidas por BITTENCOURT (2009), que convergem com as reflexões tecidas nesse trabalho. Assim, quando

convidados a falarem sobre prazeres, frustrações e crises, muitos dos sujeitos entrevistados o fazem associando, a aspectos que o filósofo discutiu: conflitos advindos de interações com esferas do poder da gestão direta e com lógicas de coerção em que se ressentem de perderem sua liberdade e seu papel como agentes ativos e capazes, mesmo sem associarem diretamente à questão do poder.

Espinosa, na linguagem de BITTENCOURT (2009), assim como LINHART (2011), consideram a dimensão de atuação coletiva como uma possibilidade relevante de mobilização diante de momentos de opressão, geradores de sofrimentos, angústias e crises. Desse modo, consideramos as vivências afetivas dos profissionais da Saúde Mental como elementos que devem ser considerados e legitimados nesse processo de entendimento sobre suas concepções e práticas que representem a construção contínua do modelo psicossocial.

2 CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS SOBRE A CONSTRUÇÃO E DESAFIOS TÉCNICOS E POLÍTICOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Nesse capítulo, apresentamos os “resultados” que se encontram estreitamente relacionados aos atuais desafios colocados ao campo da Saúde Mental, levando-nos a tecer reflexões acerca de alguns temas.

Iniciamos pelos relatos dos profissionais entrevistados sobre mudanças percebidas, durante suas trajetórias, no campo da Saúde Mental desde a Reforma Psiquiátrica e, posteriormente, passaremos ao item sobre *o lugar de manejo da Emergência Psiquiátrica e significados da loucura*, considerado momento crítico e desafiador no cuidado em Saúde Mental para encetarmos a discussão sobre como os sujeitos vêem questões relativas à essência das propostas da Luta Antimanicomial, aspecto também discutido no item sobre *polissemia da humanização*.

Por fim, tratamos de discussões sobre as tensões paradigmáticas em relação à perspectiva de saúde como negócio ou como direito e o lugar dos movimentos sociais no atual cenário da saúde, em especial, na Saúde Mental.

2.1 Percepções sobre transformações na saúde mental

Pelo fato da Saúde Mental se constituir, a partir da Luta Antimanicomial, em um campo que passou a propor reestruturação de sua práxis, discutimos, nesse item, percepções dos profissionais sobre quais elementos consideram que foram ou não reestruturados a partir das novas propostas de Atenção Psicossocial. Essa discussão vai ao encontro de nossa busca em identificar, através das narrativas sobre transformações na Saúde Mental, concepções subjacentes que norteiam tais práticas em um contexto que tem como pressuposto a implementação da Atenção Psicossocial.

A narrativa da entrevistada, Vitória, enfermeira, apresenta a discussão sobre o quadro insuficiente de profissionais para a grande demanda de usuários, uma discussão genérica sobre os serviços públicos e não uma discussão específica à saúde mental.

Então, o modelo teórico é sempre discutido, né? Acho que antes falavam muito da Luta Antimanicomial, do modelo de CAPS e de acabar com os hospitais, mas que você vê que, hoje em dia, continua existindo. Teve uma mudança, mas acho que não foi tão radical quanto se esperava. Hoje, se fala muito da RAPS [Rede de Atenção Psicossocial] que é essa interlocução da rede, mas tem muita coisa que acaba ficando só na teoria. Quando você tá na prática, você vê o quanto é difícil de colocar. [Por que você acha que é tão difícil?] Por falta de recursos. Recurso humano, às vezes. Não tem como você cobrar uma coisa de um posto sendo que não tem recurso humano suficiente. Pode até ter uma estrutura física que dê pra fazer. Mas se você não tem recurso humano, se você tem um psiquiatra na unidade, não dá pra você esperar muita coisa. O posto que eu trabalhei eram 5 mil pacientes pra um psiquiatra

atender. É muita gente. Não tem como você cobrar isso... e uma psicóloga pro posto inteiro. Não dá. Então, acho que falta recurso humano. [Vitória, enfermeira]

Vitória considera que houve mudança, alimentada pelos princípios da Luta Antimanicomial, muito embora não suficientes para as transformações necessárias, tendo em vista a mudança do paradigma da assistência. Atribui, como principais motivos de tais limites, a clássica referência à distância entre teoria e prática, dando destaque à insuficiência de recursos humanos.

Tainara, em referência às transformações no Sistema de Saúde, relata, a seguir, suas percepções sobre as mudanças:

Aconteceram muitas transformações sim, como toda a saúde nesse país mudou muito. Eu peguei a época que você só era atendido se tivesse emprego, se o pai tivesse emprego, se o pai não tem emprego de carteira assinada, você não é atendido em lugar algum. Houve muitas modificações sim na saúde, muitas coisas positivas. De novo, o que atrapalha é uma política que pensa muito em encher o próprio bolso. [...] O fato, por exemplo, de não precisar asilar, de você chamar a família pro tratamento, acho extremamente importante, evitar pensar no indivíduo apenas como a dor de cabeça que ele tem, a alucinação que ele vê, ele é um todo, vamos ter que pensar esse indivíduo na vida, ele tem que subsistir, ele tem como ter pensão? Não. Então, ele precisa aprender algo para poder ganhar dinheiro. Sim, porque é o mundo que precisa disso. Por exemplo. Isso é uma coisa que é bacana, a gente tá começando a enxergar o indivíduo dessa forma. Tá começando a ver de verdade como psicossocial, ele não é uma mente de perninha vai, andando aí. Tem questões outras que precisam ser tratadas. Mas aí você não consegue tratar as outras questões porque tudo pesa para a saúde resolver, a educação falha porque ela não tá preparada pra isso ainda. O social falha porque não tem lugar pra criança que vai pra rua, falha porque ele não consegue manter vínculo familiar, porque não consegue buscar esse vínculo e reestruturar esse vínculo familiar, os pais não sabem mais ser pais, os pais chegam aqui e dizem: “vou devolver essa criança pro conselho tutelar”. [Tainara, enfermeira]

Tainara inicia seu relato considerando que as mudanças na Saúde Mental ocorreram no contexto da implantação do Sistema Único de Saúde,

que passou a ser um direito universal. Posteriormente, menciona transformações em direção ao não-asilamento, em novas formas de ver os sujeitos, numa perspectiva de desenvolvimento de autonomia e de ampliação de abordagem do paradigma biomédico para uma visão mais abrangente, considerada como mais próxima do paradigma psicossocial. Aponta como obstáculos a perspectiva do lucro na saúde e as relações intersetoriais, a exemplo da educação e da esfera da Assistência Social.

Hannah, por sua vez, relata mudanças, consideradas poucas e menciona aspectos de crítica que remetem à manutenção do paradigma biomédico e da perspectiva de saúde como negócio, mencionando o papel da indústria farmacêutica no direcionamento das práticas médicas.

Percebo [mudança], mas muito pouco, porque infelizmente os médicos estão saindo como psiquiatras hoje, eles obedecem ao que diz o CID-10. Ninguém pensa na Classificação Internacional de Funcionalidade. Ninguém pensa... e faz o que o laboratório mandar, quanto mais caro melhor. O que mudou? Devagarinho. Um aqui, outro lá. Tá mudando ainda. Tá em processo. [Hannah, psiquiatra]

A menção de Hannah à CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, contrapondo ao CID-10 – Classificação Internacional de Doenças 10, parte, ao que parece, de uma ideia de considerar os contextos sociais para o processo de compreensão do adoecimento, representado pelo uso do CIF, em contraposição a uma perspectiva meramente classificatória, descolada da realidade dos sujeitos para a atribuição diagnóstica, representada pelo CID-10 norteador pelo modelo biomédico, de uso hegemônico no campo da saúde.

Everton, também considera ter havido transformações, principalmente no âmbito cultural em relação ao olhar sobre a loucura e a possibilidade de convivência no meio social.

Houve, houve... houve vários, não dá pra negar. De forma direta: o olhar sobre a loucura mudou. Mudou bastante. Ainda temos, existe ranços, existem vários pré-conceitos, mas é muito mais fácil você ver a loucura circulando por vários

lugares. E antes não havia e o pré-conceito era muito maior. Alguns lugares com uma clínica mais fechada, como os hospitais gerais, que antes tinham a sua ala de psiquiatria e coisa e tal, era assim: entrou com uma dor de cabeça, vai para a psiquiatria. Não. O cara está com dor de cabeça, o cara não tá lá pela questão do sofrimento mental dele. Deu uma mudada. Eu vejo isso mais, “é doido, então vai pra ala de doido”. Isso deu uma mudada. Então, algumas experiências nesse sentido mudaram. Ver, em alguns lugares, na cultura, a aceitação, eu acho que mudou. Eu já tive situação de levar, acompanhar usuários a um centro de cultura e as pessoas falarem: não dá pra ficar aqui, a não ser que tenha um de vocês aqui. Eu tinha que dizer: não, é cidadão, ele pode vir sozinho, eu só vim para apresentar. “Não, mas a gente não sabe lidar com isso”. “E quem falou que você tem que lidar com isso?”. Isso já mudou, mas eu já tive esses embates. O campo ele abre, não tem como. [Everton, psicólogo]

Os discursos apresentados por de Hannah e Everton permitem apontar a complexidade da área e as diferentes gamas de transformação que a Luta Antimanicomial propõe, em termos de mudança do paradigma de atenção em Saúde Mental, ou seja, da lógica que preside a chamada “assistência em saúde”, inscrita no modelo biomédico, para o Modo Psicossocial.

Apresentamos, a seguir, o relato de Eliana sobre sua percepção de mudanças, podendo ser identificadas como centradas em alguns aspectos relevantes, preconizados para o sistema de saúde e seus serviços oferecidos, em geral, no âmbito da humanização, em especial, na humanização hospitalar.

Isso foi muito legal. Comparando hospitais, antes de trabalhar no CAPS, eu retornei para um outro hospital no qual eu já tinha trabalhado no início da minha graduação, voltei como enfermeira e a estrutura do hospital modificou bastante. Porque quando eu trabalhei em 2005, eles ainda eram do SUS, então, ele era muito estilo manicomial mesmo. Então assim, você tinha excesso de pacientes, poucos funcionários, os pacientes eram chamados por números. Isso em 2005, mesmo com a Reforma Psiquiátrica ainda existia esse ranço. Até para você desconstruir isso dos funcionários mesmo... teve alguns funcionários, quando eu voltei recentemente que ainda

estavam trabalhando lá e até mesmo pra eles se adaptarem a isso... parar de chamar por um número e começar a chamar por um nome, ter esse cuidado mais humanizado, ainda tinha aquela coisa de aspereza no cuidado com o paciente. E quando eu retornei, estava um hospital mais humanizado, ele atende agora só convênio. A estrutura do hospital mudou completamente. As alas foram reduzidas, o número de pacientes foi reduzido, os quartos eram quartos adequados. Porque na época que eu fui era como se fossem uns cubículos. Eram cubículos, tinham corredores muito amplos, mal iluminados, higiene deficiente. Era horrível até mesmo pra você circular no hospital. Por ele ter áreas mais amplas, ele era parecido, não posso dizer nem parecido, mas um pouco com o Pinel. E não tinha área verde. É um hospital amplo, então assim, você tinha um espaço muito grande para percorrer entre uma ala e outra e esses corredores também eram mal iluminados. E quando eu voltei para fazer a entrevista, a frente continua a mesma, por ser um hospital antigo, mas o interno, quando você passa o corredor, eu lembrava como era passar por aquele corredor escuro. Quando eu voltei, a única coisa que mudou no corredor foi que pintaram, iluminaram... os espaços eles adequaram de uma melhor forma para o cuidado e a segurança do paciente. Então assim, mudanças simples... não precisa derrubar e construir de novo, mudanças simples, a forma como você estrutura todo o hospital, muda tudo isso. Eu percebi que houve várias transformações na Saúde Mental. [...] Você vê até mesmo, você pensando em programas governamentais que fizeram: De Volta pra Casa, algumas coisas que eles estão fazendo depois de muitos anos para melhorar realmente a Saúde Mental. Aproximar a população em si. Então, isso eu percebi que melhorou bastante. [Eliana, enfermeira]

Embora aponte ter percebido mudanças, se contemplarmos a proposta nuclear da Luta Antimanicomial cuja diretriz fundamental é o processo de desinstitucionalização, podemos considerar seu relato como pouco crítico.

Os aspectos referidos por Eliana, em relação à humanização na atenção hospitalar, parecem remeter às implementações das diretrizes do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, publicada em 2001, pelo então Ministro da Saúde, José Serra (BRASIL, 2001).

O modelo de humanização hospitalar, relevante ao contexto das internações em hospitais gerais, pode ser considerado insuficiente na Saúde

mental, pois o debate sobre humanização adquire especificidades na mesma e passa por outras dimensões no âmbito da reestruturação paradigmática.

No campo da Saúde Mental, diante da perspectiva da Luta Antimanicomial, inspirada por Franco Basaglia, procura-se fortalecer a concepção de que não é possível humanizar manicômios, pois sua essência como instituição total, é incompatível com qualquer possibilidade de humanização real e ampla desses espaços (PACHECO, 2009).

Contudo, para Eliana, enfermeira entrevistada, não é necessário extinguir o hospital psiquiátrico e sim revisá-lo. Dessa forma, seu discurso parece não contemplar o aspecto ético e estrutural das propostas da Atenção Psicossocial.

Chamar os pacientes por seus nomes, ao invés dos números dos leitos, é fundamental no processo de identidade e reconhecimento como sujeitos das pessoas internadas em hospitais, assim como a redução do número de pacientes e a melhoria das condições de higiene, aspectos de segurança sanitária, essenciais aos serviços de saúde, em especial, aos ambientes hospitalares. Contudo, não são considerados suficientes no campo da Saúde Mental, diante de um modelo que não questiona simplesmente as condições manicomiais, mas a sua existência.

Nesse sentido, uma ideia de desconstrução implicaria, no caso de uma perspectiva da Luta Antimanicomial, extinção dos manicômios, em seu sentido concreto e simbólico, que não parece estar no horizonte de reflexão de nossa entrevistada.

Outra questão relevante a ser destacada no discurso da profissional é a sua correlação entre modelo manicomial e SUS e melhoria no atendimento e convênio, numa acepção que parece identificar baixa qualidade ao serviço público e boa qualidade ao serviço privado. Essa correlação parece apontar que a entrevistada não relaciona a melhoria das condições hospitalares nem mesmo ao Programa Nacional de Humanização Hospitalar, do governo federal à época, para hospitais públicos e privados. Relaciona ao processo de transição de controle do público para o privado, apontando para uma noção que reproduz a ideia de Saúde Pública é de baixa qualidade e a

Saúde Privada, representada em seu discurso pelos convênios, é de alta qualidade.

O discurso de Heloísa vai nesse mesmo sentido, embora reconheça mudanças com o fechamento dos antigos manicômios, seu relato relativiza o eixo estruturante da proposta do Modo Psicossocial de desinstitucionalização.

Sim. Eu acho que em termos estruturais, eu acho que sim. Quando eu tava na faculdade foi um “boom” do fechamento dos hospitais psiquiátricos, dos antigos manicômios, das instalações meio que iniciais dos CAPS. Em termos estruturais acho que houve mudança. Mas acho que essa mudança ainda na cabeça da população e talvez na cabeça de alguns profissionais ainda não. Agora, uma outra coisa que talvez, eu sei que existe toda uma questão, todo um movimento aí né, por essa questão de des-ins-ti-tu-ci-o-na-li-zar né... os pacientes né, que a gente fala, da questão das internações, mas eu acho que muitas vezes é necessário uma internação. A gente ter mais... tem pacientes que, muitas vezes, não conseguem. Assim, eu não sou a favor de internações longas, nos modelos que se tinha. Mas eu acho que a gente, enquanto serviço, o que a gente oferece talvez seja um pouco precário. E a gente não tem. Eu acho que a gente deveria falar mais sobre internação. Porque, às vezes, eu acho que a gente não pode... minha mãe dizia que tudo que é extremo, é ruim. A gente não pode polarizar, não pode ser ou 8 ou 80, né? Então assim, tudo bem... os modelos que se tinha atualmente (acho que ela quis dizer antigamente), não davam conta de ter uma dignidade pro paciente, de trabalhar a questão da família, a questão da independência, não sou a favor disso. Acho que foi bom ter acabado, mas se polarizou, não se fala mais em internação. E a gente sabe que é necessário para alguns casos, né? Internações mais curtas, internações em que a pessoa fica, em que ela seja assistida por essa equipe, que seja uma equipe idealizada, entendeu? [Heloísa, psicóloga]

Heloísa faz uma crítica a Reforma Psiquiátrica, considerando a radicalidade da desinstitucionalização como uma concepção *extremista* e polarizada, numa conotação negativa, expondo que, de acordo com sua visão, o ideal seria a manutenção dos hospitais psiquiátricos, como um dos

serviços da Rede de Saúde Mental para tratamento das emergências psiquiátricas.

O discurso de Heloísa poderia ser, ao que parece, representativo de problematizações alcançadas pela Reforma Psiquiátrica e sobre dimensões ainda não alcançadas. A entrevistada menciona que a internação não é a única possibilidade, apontando para essa ideia de que a Reforma Psiquiátrica ampliou o horizonte de possibilidades de atendimento em Saúde Mental. Também refere à questão das internações breves, aspecto que parece ter significado diferente em relação à noção e prática de asilamentos de décadas nos manicômios, característica marcante das internações do período anterior à Reforma Psiquiátrica.

Contudo, sobre a manutenção da ideia do hospital psiquiátrico ser uma possibilidade, respalda-se na concepção de que o lugar da Emergência Psiquiátrica permanece sendo o isolamento, mesmo que numa ideia “reformada” de a mesma ser o mais breve possível. A entrevistada, ao considerar relevante a inclusão do hospital psiquiátrico na Rede de Atenção em Saúde Mental, aponta ser uma questão polêmica a ideia de sua extinção. É importante destacar que, em seu relato, ela não menciona o lugar de manejo da Emergência Psiquiátrica nos leitos de hospitais gerais e nem nos CAPS III.

Sobre essa questão, SILVA e DIMENSTEIN (2014) discutem a atenção à crise na Rede de Atenção Psicossocial como um desafio, devido à dificuldade da RAPS na construção de resposta à Emergência Psiquiátrica, *integral e contínua*, questão essa considerada como problematizadora das orientações e funcionamento da Atenção Psicossocial, que será abordada no próximo item.

Na continuidade de seu relato, apresenta a questão das Comunidades Terapêuticas, tema atual nas discussões no campo da saúde mental.

Existem profissionais muito extremistas, muito polarizados, que, às vezes só de ouvir falar de Comunidade Terapêutica, sabe? Ui! E existem políticas também. Então, a gente enquanto

estrutura, enquanto Serviço Público a gente tem que se submeter a aquilo que eles ditam como certo. [Por que você acha que os profissionais se assustam com as Comunidades Terapêuticas?] Porque eles não acreditam que seja um trabalho sério. Mas, pessoalmente, eu já ouvi relatos de pessoas fora daqui que foram e tiveram bons resultados. Ou estruturas que são bacanas. Não apenas estruturas que estão pautadas pela religião. Mas existe uma equipe profissional. Que a gente aqui não tá nem discutindo se a religião... eu particularmente, eu acho sim que a religião tem um fator importante no tratamento, na recuperação, mas não é a religião que vai fazer o principal. Eu acredito muito na ciência, no que as áreas do saber oferecem, mas acho que existem trabalhos que a gente poderia dar crédito. Por isso que eu te falo sobre a questão dos pólos. A gente não pode polarizar nada, nada. A gente tem que ser flexível e de repente ver que eu posso avaliar que não é bom pro paciente A, pode ser pro paciente B. Eu tenho pacientes aqui que vieram de internações longas e que estão bem, há mais de um ano abstinentes, que estão conscientes de suas situações. [Longas quanto?] Geralmente de seis a sete meses, não mais do que isso. Ou comunidades terapêuticas ou instituições que se dizem clínicas, supostas clínicas. [Heloísa, psicóloga]

Ao retomar a ideia de polarização nos discursos de profissionais no campo da Saúde Mental, Heloísa faz referência às Comunidades Terapêuticas pelas críticas às mesmas, que não considera pertinente, como não sendo “um trabalho sério”.

Os Serviços de Atenção em Regime Residencial, dos quais, as Comunidades Terapêuticas fazem parte, são “serviços de saúde de atenção residencial transitória que oferecem cuidados para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas”, segundo a Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012). Essas instituições, financiadas pelo Estado, municípios e pelo Distrito Federal teoricamente objetivam prover atendimento, em caráter transitório, “a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas” (BRASIL, 2012).

O Conselho Federal de Psicologia, assim como o Conselho Federal de Serviço Social, manifestaram-se contrários à existência das Comunidades Terapêuticas. Apresentamos, a seguir, trechos da conclusão

do “Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas”, publicado pelo CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (2011) sobre as Comunidades Terapêuticas.

As chamadas comunidades terapêuticas, iniciativas da sociedade civil, com pouca ou nenhuma regulação pública e nas quais se desenvolvem práticas que são objeto de denúncias de violação de direitos humanos. [...] Exemplificando a afirmativa, registramos: interceptação e violação de correspondências, violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência de exames clínicos, como o teste de HIV – exigência esta inconstitucional –, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras, são ocorrências registradas em todos os lugares. [...] Esta é a cura almejada. Nos lugares onde a estrutura física não é precária, a violação de direitos, contudo, não está ausente. Esta se revela na disciplina, na imposição de normas e regras, na ruptura total dos laços afetivos e sociais ou, ainda, no impedimento de qualquer forma de comunicação com o mundo externo. [...] A maioria dessas práticas sociais adota a opção por um credo, pela fé religiosa, como recurso de tratamento. Além da incompatibilidade com os princípios que regem as políticas públicas, o caráter republicano e laico delas, esta escolha conduz, inevitavelmente, à violação de um direito: a escolha de outro credo ou a opção de não adotar nem seguir nenhuma crença religiosa. Na prática desses lugares, conforme nos foi relatado, os internos são constrangidos a participar de atividades religiosas, mesmo quando sua crença e fé são outras. Até porque inexiste outra possibilidade. Na ampla maioria dos locais não existem funcionários, apenas religiosos, pastores, obreiros (quase sempre ex-usuários convertidos). Poucos profissionais de saúde (médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem) são encontrados. [...] Um dos pressupostos dessa lógica de “tratamento” – a separação do sujeito de seu meio social, portanto, a adoção da segregação como resposta de tratamento – revela-se de modo cristalino na admissão feita pelos responsáveis quanto à necessidade de romper os laços dos usuários com o mundo externo. Variando quanto ao tempo exigido de não comunicação com familiares, a maioria das instituições admite que os internos são proibidos de acessar qualquer meio de comunicação, como, por exemplo: acessar internet, ouvir rádio, ver televisão, etc., além de terem suas correspondências violadas e seu contato com familiares – presencial ou por telefone – monitorado pela instituição. O que fundamenta esta posição? A descrença, ou melhor, a desqualificação do interno como sujeito responsável, portanto, como um sujeito de direitos (CRP, 2011, p. 189-192).

A partir das conclusões do referido relatório sobre as condições de funcionamento das comunidades terapêuticas, em território nacional, podemos observar alguns dos motivos pelos quais essas instituições são consideradas novas formas de aparato manicomial, em função, principalmente, da violação de direitos fundamentais e da concepção de pessoas como objeto de tutela e não como sujeito de direitos, pressuposto essencial da Atenção Psicossocial.

Assim como Eliana, enfermeira e Heloísa, psicóloga, Gilda narra que percebe mudanças e destaca o fechamento de grandes manicômios, mas também enuncia uma visão de necessidade da manutenção dos hospitais psiquiátricos.

Nossa! Muito! Mudou muito! Só de dismantelar um monte de manicômios. Sou da época de Santos, do Anchieta. Isso faz muita diferença. Acho que ainda tem passos pra caminhar, da comunidade como um todo querer acolher as pessoas, você mudar a cultura de que a internação não é a única solução, que tem muito recurso na comunidade pra dar conta disso, tem uma cultura pra ser mudada, mas melhorou muito. Tem paciente que ficou 54 anos em manicômio. Tem internações agora que tem outra política, de ficar no máximo um mês, aí não tá compensado e teve alta porque deu 1 mês. Que é totalmente contrário, de você pecar pelo excesso. Acho que quando a gente conseguir ser mais flexível e não precisar de políticas tão rígidas pra segurar ou a internação ou a não internação, acho que vai melhorar. Mas melhorou muito. [Gilda, psiquiatra]

Gilda, em seu relato, menciona que ocorreram mudanças do ponto de vista estrutural, pelo fechamento dos grandes manicômios e por uma mudança cultural no olhar para a loucura, que sugere uma flexibilização ao afirmar que: “a internação não é a única solução”, característica da antiga mentalidade de aprisionar toda e qualquer loucura.

Nádia, terapeuta ocupacional, também relata mudanças mencionando, além do fechamento dos grandes hospitais psiquiátricos e da abertura de novos serviços, avanços no campo teórico sobre a visão em relação à Saúde Mental.

Mudou muita coisa desde a Reforma, acho que muitos hospitais foram fechados, mesmo no campo teórico, de atingir mais pessoas a questão da Saúde Mental. Mas é sempre muito tenso, você investe, investe e vê barbaridades. É uma luta constante, mas acho que melhorou, muitos serviços abriram e serviços bacanas de 24 horas, trabalho de rede que melhorou, mas têm regiões capengas, lugares mais reacionários. Lembro muito da história de Santos que tem uma história bacana do que foi a Reforma e hoje não sobrou muito. Lutaram tanto pra transformar aquilo lá e não conseguiram manter, não conseguiram superar, isso vai dando muito desgosto. [Nádia, terapeuta ocupacional]

O relato de Nádia aponta questão relevante acerca das limitações dos avanços em direção à construção da Atenção Psicossocial e das dificuldades de manutenção e retrocessos nesse processo, fato que podemos atribuir a tensões e visões políticas e ideológicas, que caracterizam o processo de trabalho no campo da Saúde Mental, norteados por diferentes éticas do cuidado, conforme especificados por COSTA-ROSA (2013), já mencionado.

Dandara, psicóloga, menciona algumas questões pertinentes sobre esse processo dialético de avanços e retrocessos no que diz respeito, principalmente, à convivência do serviço substitutivo com o manicômio.

Acho que é muito limitado, acho que existe alguma mudança, mas acho que é muito limitada. E também acho que entra a diferença entre Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial. a Reforma Psiquiátrica por ela ser um discurso do Ministério da Saúde, por ser um discurso oficial, em algum momento, ele aceitou essa convivência do serviço substitutivo com o manicômio. Embora a gente saiba que existe um esforço do Ministério da Saúde em reduzir recursos para os leitos, ao mesmo tempo que a gente tem o governo do estado de São Paulo comprando os leitos psiquiátricos pelo dobro do valor do que o governo federal paga. Então, por exemplo, o hospital Lacan, que é uma referência do ABC, São Bernardo do Campo estava fechando os leitos que tinha direito nesse hospital Lacan e pra cada leito o Governo Federal repassava em torno de R\$1400,00. Quando São Bernardo resolveu que não precisava mais, teoricamente iam ser fechados esses leitos, o que o Estado fez? Comprou os leitos de São Bernardo e

pagando um valor que é o dobro, em torno de R\$3000,00. Então, é óbvio que o hospital vai querer que os municípios fechem as suas vagas e venda pro Governo do Estado, porque o Estado de São Paulo tem uma política que é manicomial, não só da questão do sofrimento psíquico, mas também do uso de substâncias psicoativas, a construção dos grandes hospitais que estão aparecendo agora para internação. De alguma forma esse discurso de que hoje no Brasil, oficialmente a gente vive a Reforma Psiquiátrica. Mas o que a gente tem de rede? CAPS, residência, centros de convivência, quando tem e o hospital psiquiátrico. A ponto de que muitas equipes de CAPS não saberem lidar com a crise porque mandam pro hospital psiquiátrico. A gente pode dizer que esse discurso oficial aceita o hospital psiquiátrico, quando que a Luta Antimanicomial não. Mesmo há bastante tempo atrás já se pontuava isso, que quem vai pra gestão em um momento diz que o hospital não pode existir, quando vai pra gestão já diz que não é bem assim, que tem que ter um acordo e tal. Acho que a Luta Antimanicomial ela é mais radical, sem dúvida e pontua isso de, acho que pontua bastante a questão do fechamento do manicômio, poderia pontuar mais dessa reprodução do manicômio em outros espaços, mas de alguma forma ela faz. Mas a Reforma Psiquiátrica, até pelo próprio nome, a Reforma Psiquiátrica reforma a Psiquiatria, mas pode ser o antigo manicômio que é humanizado e pode chamar hospital psiquiátrico e aí pode conviver na rede, né? Então, você tem um discurso de que “não somos a favor, mas que o fechamento do hospital psiquiátrico é muuuito demorado, mas a gente tem uma perspectiva de fechar”. Então, eu acho que isso é uma das características que a gente tem que compreender pra entender o que é o movimento da Saúde Mental no Brasil. [Dandara, psicóloga]

Dandara, ao diferenciar, em seu discurso, a Reforma Psiquiátrica da Luta Antimanicomial, expressa uma posição crítica à inserção dos hospitais psiquiátricos na Rede de Atenção em Saúde Mental.

A entrevistada relata que à medida que a Luta Antimanicomial permanece atrelada aos princípios de ruptura do modelo manicomial, a Reforma Psiquiátrica, no seu processo de implementação através das Políticas de Saúde, passa a aceitar como defensável a convivência entre as instituições totais e os serviços substitutivos, a exemplo das já mencionadas Comunidades Terapêuticas.

Esse aspecto apontado por Dandara pode ser observado no discurso de muitos dos nossos entrevistados, já apresentados. A narrativa da entrevistada sobre esse tema pode, portanto, ser considerada exemplar, tendo em vista o âmbito das políticas públicas de saúde, em geral, e o que os profissionais, em nível particular, expressam em suas concepções e práticas sobre a convivência pacífica e integrada entre serviços substitutivos e novas formas de manicômios.

Ao trazer para o plano concreto, o relato de Dandara permite exemplificar como esse discurso opera na prática, colocando a questão da articulação entre esferas do Estado e o setor privado, se apropriando, sob novas formas, do campo Saúde Mental, atuando na oficialização da convivência entre os serviços substitutivos e novos espaços manicomialais.

Nesse mesmo sentido, apresentamos o relato de Everton, que também diferencia Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica.

Eu acho que a Luta Antimanicomial, eu acho que ela é permanente. Porque como há reajustes de poderes, esses reajustes de poderes vai sempre manter a lógica de se manter naquele lugar e a Luta Antimanicomial pra mim é da loucura é sobrepujar os poderes que vem se colocando. Seja dos reformistas que hoje estão, a luta vai continuar, mas não porque tá totalmente incrustado na Reforma. Eu acho que a Luta Antimanicomial é permanente. Os CAPS vão se tornando pequenos manicômios, dependendo da ideologia que se investe. Então, essa luta tem que ser permanente. [Você diferenciaria a Luta Antimanicomial da Reforma Psiquiátrica?] Nasceram como... eu vejo a parte ideológica. A luta ela é ideológica e ela tem que manter essa ideologia para que ela não se torne a estrutura, para mim. A Reforma virou a estrutura e toda a estrutura precisa de tempos em tempos ser reformada. A ideologia não. Ela pode se manter porque ela vai se ajustando às diversas estruturas. [Everton, psicólogo]

Em seu discurso, Everton diferencia a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica considerando a primeira como tendo uma natureza ideológica e a segunda de natureza estrutural. Nesse sentido, argumenta que a natureza ideológica é permanente e pode ser mantida e a natureza estrutural, em sua visão, precisa ser reformada para não se cristalizar.

Nessa perspectiva, parece também enunciar, assim como Dandara, uma visão crítica sobre o processo de desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica, numa dimensão mais ampla de transformação paradigmática.

Portanto, através dos relatos, observamos perspectivas diferentes de nossos sujeitos de pesquisa. Algumas mais atreladas à manutenção do chamado núcleo duro, de concepções e práticas, consentem a coexistência de instituições fechadas da Rede de Atenção em Saúde Mental, tais como, Comunidades Terapêuticas e hospitais psiquiátricos, junto com os serviços substitutivos. Podemos considerar que tal consentimento encontra respaldo na crença de que a internação pode ser necessária e que, o local apropriado para tratamento da Emergência Psiquiátrica continua sendo a instituição fechada. Observamos também perspectivas contrapostas a essa concepção de consentimento. Diante dessa consideração trataremos, no tópico seguinte, sobre questões em relação ao lugar legítimo das expectativas de manejo da Emergência Psiquiátrica.

2.2 O lugar da Emergência Psiquiátrica e significados da loucura

Um dos mais importantes princípios da Antipsiquiatria é a consideração do caráter de produção social da loucura. Nessa perspectiva, que reflete a própria natureza do problema, não se justificam medidas excludentes em sua terapêutica. Nesse sentido, vale destacar que, na matriz do movimento antimanicomial, apresentada na introdução deste trabalho, a existência da loucura não foi negada e, sim, questionada a premissa pela qual esta era significada (PACHECO, 2009).

A Emergência Psiquiátrica é vista pelo modelo biomédico como uma grave disfunção consequente da doença. Por isso, o objetivo da Psiquiatria é o controle da pessoa em crise, no seu sentido físico e psicofarmacológico. Para o antigo paradigma asilar, isolar seria terapêutico. Segundo SANT'ANNA & BRITO (2006, p. 370) “Os locais especializados em tratar

especificamente os alienados, os loucos, proliferaram no século XIX, com duas características básicas: estratégia médica e precaução social”.

Pela nova proposta em Saúde Mental, a Emergência Psiquiátrica é vista como resultado de condições psicossociais. O entendimento do processo psicossocial permite não somente melhor entendimento do fenômeno de saúde, mas também o delineamento de novas estratégias terapêuticas que passam pelo acolhimento, pela escuta através da formação de vínculos de confiança entre a equipe, os usuários e familiares. Nessa visão, terapêutico é promover e mediar interações (AMARANTE, 2003b).

O lugar do manicômio foi construído historicamente como depósito da expectativa de tratar o surto psiquiátrico, através da internação. A partir da Luta Antimanicomial, esse pressuposto passou a ser questionado. Nesse sentido, questões colocadas atualmente seriam, por exemplo, se a estrutura paradigmática foi, de fato, reestruturada e se as novas perspectivas sobre Saúde Mental foram capazes de alterar o imaginário social sobre novas possibilidades de manejo da Emergência Psiquiátrica.

Traremos, a seguir, as narrativas dos sujeitos entrevistados tendo em vista discutirmos esse tópico, dando voz aos mesmos como profissionais que apresentam traços que podem ser aproximados ao Modo Asilar e ao Modo Psicossocial.

Vitória, enfermeira, apresenta pontos importantes que possibilitam problematizarmos questões relativas à chamada emergência ou crise psiquiátrica.

Então... (pausa) eu concordo com algumas questões, mas essa questão, por exemplo, do hospital... eu não sou a favor também da institucionalização, mas em certos momentos você precisa proteger aquela pessoa. E você sabe que a família não vai dar conta, que alguns amigos também não vão dar conta. E eu acho que leito, em hospital geral, não sei se comportaria tanto. Mas você precisa de ter uma equipe especializada e no hospital geral você não tem uma equipe especializada. Você só tem psiquiatra. Acho que esse ponto pega muito pra mim. Eu não sou a favor de manicômio. De forma alguma. Mas acho que tem hospital geral que não está preparado. Eu já passei

por situação de um paciente meu ter uma agitação psicomotora de precisar ir pro hospital, foi pra um hospital geral e a equipe se recusou a atender o paciente. [Vitória, enfermeira]

Através da fala de Vitória podemos discutir pontos relevantes problematizados por discussões norteadas pelo paradigma do Modo Psicossocial. Em primeiro lugar, a enfermeira se posiciona que não é a favor da institucionalização, mas ressalta momentos de necessidade de que isso ocorra. O discurso da proteção da pessoa e de terceiros respalda-se numa lógica da ética da tutela, já trabalhada por nós no item sobre princípios norteadores do cuidado nas práticas profissionais. A profissional refere, em outro momento, conhecer a possibilidade de internação em hospitais gerais em casos de crises graves, contudo parece não depositar expectativa de capacidade de manejo nesses espaços das emergências psiquiátricas, por contar somente com psiquiatras e pela ausência de equipe especializada. Pode-se considerar que, em discursos dessa natureza o hospital psiquiátrico continua legitimado, sendo o depositário da expectativa de seu melhor manejo.

Heloísa, psicóloga, também expõe seu posicionamento numa concepção próxima a de Vitória.

Eu acredito, eu acho que realmente tinha que ter acontecido o que aconteceu, mas eu acho que ainda está precário. Como eu falei, existem casos em que a pessoa precisa sim de uma internação, ela precisa ser assistida mais de perto e não é a gente aqui que vai fazer isso, porque a gente aqui é aberto. Então, eu acho que o número de serviços que são oferecidos ainda é pouco, pensando em CAPS, pensando nessa questão do suporte que a atenção básica teria que dar aos casos mais leves e de repente, não está estruturada pra dar. Então, eu acho que assim, que a Reforma, ela iniciou bem, mas ainda falta, nesse aspecto. Faltam mais equipamentos de saúde mental, faltam mais profissionais, tanto na especializada, quanto na atenção básica... e também porque é novinho né? Não tem tanto tempo assim. [Heloísa, psicóloga]

A entrevistada considera que a implementação da Reforma Psiquiátrica ainda é *precária*. Menciona aspectos que consideramos relativos

à gestão e distribuição nos níveis de atenção à saúde no que diz respeito à atuação da atenção primária na Rede de Atenção Psicossocial, nos casos de menor complexidade, passíveis de serem manejados nesse nível da atenção, assim como para não sobrecarregar o trabalho nos CAPS.

Ao mencionar o manejo de emergências psiquiátricas, não considera o CAPS com essa prerrogativa, argumentando que “a pessoa precisa ser assistida mais de perto” e “porque a gente aqui é aberto”, aspectos que parecem remeter à consideração de que o adequado é um maior acompanhamento em ambiente que não seja aberto.

Nessa mesma perspectiva, coloca-se o discurso de Nádia, terapeuta ocupacional.

Têm pacientes que devem ser internados. Depois da prática, comecei a achar que sim, tem espaço pros hospitais psiquiátricos e é super necessário. No panorama da Reforma hoje, acho que a gente não conseguiu radicalizar na reforma de fechar tudo e dar conta nos serviços do território. Acho que tá muito aquém, então, acho muito necessário. Já fui muito de achar que não pode, que não vamos internar. Mas quando fui pra prática, pro dia a dia via que se eu não internasse aquele paciente, ele iria morrer, vai piorar, então, eu ponderei muito mais. Eu acho que tem que ter esse diálogo. Então, no CAPS a gente acompanhava porque sabia que ele ia voltar pra gente. Não dava pra jogar ele no hospital e dizer: fica aí três meses com ele e acabou. Não. Você tem que dar continuidade e a gente conseguia fazer isso com os hospitais. Na Emergência Psiquiátrica, ele vai e fica 10 minutos e tem alta. Essa rede ainda não funciona. [Nádia, terapeuta ocupacional]

Nádia, terapeuta ocupacional, ao mencionar que há pacientes que devem ser internados também aponta para uma visão que, nesse sentido, legitima o lugar dos hospitais psiquiátricos como parte da rede de atendimento. Ao considerar essa questão, também parece relacionar a necessidade da permanência dos hospitais psiquiátricos às faltas do processo da Reforma Psiquiátrica, especialmente, na construção da Rede de Atenção Psicossocial e seus serviços de atendimento às emergências, assim como Vitória e Heloísa.

Gilda, psiquiatra, ao ser indagada sobre o que pensa sobre a Reforma Psiquiátrica, traz um relato que permite bem ilustrarmos as discussões sobre os desdobramentos atuais do processo da Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica.

Ah! Acho o máximo. Acho que tem que continuar, é isso que faz mudança. O 18 de maio [Dia da Luta Antimanicomial] no MASP, isso que faz diferença, que faz mudança. Todos nós que entendemos um pouquinho disso, somos responsáveis por fazer alguma mudança. Acho que esse movimento é uma coisa que faz alguma coisa por isso. [Você acha que mesmo no movimento da Reforma Psiquiátrica há um lugar pros hospitais psiquiátricos?] Acho. Acho que nos momentos de crise grave, que a pessoa tá em sério risco, tá colocando alguém em risco, que precisa de uma proteção maior, uma proteção breve, que quanto menos tempo ficar é melhor. Mas acho que ainda tem lugar. Hospitais psiquiátricos bem administrados por pessoas que entendam de Saúde Mental e que não estejam lá pra ganhar dinheiro, mas acho que cabe. [Gilda, psiquiatra]

Gilda destaca o aspecto da internação breve, da crítica ao interesse do lucro, mas mantém a posição de que, observadas essas condições, o hospital psiquiátrico continua como lugar de destaque no manejo da Emergência Psiquiátrica.

No discurso da entrevistada a mensagem da Luta Antimanicomial se apresenta, em nível da retórica, no imaginário dos profissionais, contudo, no aprofundamento de seu discurso, acerca do lugar dos hospitais psiquiátricos, de acordo com essa proposta, a exemplo de Heloísa e Vitória, Gilda passa a legitimá-los preconizando a sua existência, o que significa contemplar o Modo Psicossocial, de maneira relativizada.

A partir dos relatos de Vitória, Heloísa e Gilda identificamos elementos importantes para problematizarmos uma questão que consideramos essencial nesse tipo de discussão, que se refere ao respaldo pelo profissional da permanência dos hospitais psiquiátricos, como um serviço necessário na área da Saúde Mental, querendo significar o espaço que possui a capacidade e mesmo a legitimidade de manejar a crise psiquiátrica.

Ao observarmos tais elementos em comum, nos relatos dessas profissionais e considerando que as profissões das mesmas são diferentes, respectivamente, enfermeira, psicóloga e psiquiatra, o que se descortina, em termos interpretativos, é que a discussão de tal questão está para além das fronteiras de campos profissionais específicos e alcança a dimensão paradigmática do problema, reveladora de seu papel estruturante de realidade de saúde e tipos de resistência a transformações na prática do cuidado na área.

Todas as profissionais reconhecem, em seus discursos, a importância da Reforma Psiquiátrica e, vale mencionar que nenhum profissional entrevistado expressou-se contra a relevância da existência do movimento. Todavia, a forma como relataram sobre a crise psiquiátrica, permite identificar que a resistência aos princípios básicos da Reforma Psiquiátrica apresenta-se como defesa ao que é nuclear para permitir a permanência e legitimidade do paradigma biomédico na “arte do tratamento”.

Expressões como, “proteger a pessoa”, “assistir de perto”, “não é a gente aqui [No CAPS] que vai fazer isso, porque a gente é aberto”, “proteção maior” e “representa risco” remetem a ideia do *louco perigoso para si e para o outro* e à lógica da ética da tutela, referida por COSTA-ROSA (2010), atrelada ao Modo Asilar.

Dispositivos previstos na Reforma Psiquiátrica, tais como o CAPS III, não foram mencionados como possibilidades de manejo das emergências psiquiátricas, nem nas idealizações do avanço da Reforma Psiquiátrica no futuro. Os CAPS III, modalidade de Centro de Atenção Psicossocial que funciona 24 horas, e os leitos dos hospitais gerais preconizados pela Reforma Psiquiátrica, não foram, assim, os depositários das expectativas de seu manejo. Em seus discursos, esses sujeitos da pesquisa não questionam a existência dos CAPS e são unânimes em admitir a importância dos equipamentos substitutivos na Rede de Atenção Psicossocial. Porém, firmam suas visões de assistência ao admitirem a coexistência pacífica e integrada entre CAPS e hospitais psiquiátricos. Nesse sentido, muito embora Vitória chegue a mencionar o hospital geral, não o vê com capacidade de

tratar o momento de crise, por não contar, segundo seu relato, com a equipe especializada, mas tão somente com o psiquiatra.

A expressão, para referir-se ao tratamento, foi controle de crise, também impressa numa perspectiva biomédica e asilar de contenção e não de manejo. Nesse aspecto, podemos relacionar tais relatos às discussões de ANDRADE e MALUF (2014) que tecem reflexões de interesse sobre a permanência da lógica asilar. Para essas autoras houve redirecionamento considerável no modelo de assistência em saúde mental no cenário brasileiro. Contudo, consideram que tais realidades continuam presentes no atual contexto, em um processo de entrecruzamento e combinação, que operam via práticas que ora escapam ora são capturadas pelo que Lavrador e Machado, citadas por ANDRADE e MALUF (2014, p. 53) chamaram de “desejos de manicômio”, que se expressam por meio do desejo de controlar, dominar e oprimir. Dessa forma, esses manicômios estão presentes nas diversas formas de expressão inscrita em uma lógica autoritária.

O aspecto da fala de Vitória que considera a equipe do hospital geral sem preparo para a assistência às emergências psiquiátrica remete, portanto, para o ideal de que a pessoa em crise seja tratada por uma equipe que ela considera especializada e preparada, ou seja, atribui ao hospital psiquiátrico não somente primado para esse tipo de assistência, mas também apresenta justificativa em mantê-los como parte da rede. Nesse sentido, vale reter a ideia presente de que as estruturas pensadas, a partir da Reforma Psiquiátrica, para acolherem a crise, não têm conseguido cumprir essa função.

Com isso, é importante reiterar que os CAPS não foram pensados simplesmente para darem conta de sofrimento psíquico fora de períodos agudos. Nesse sentido, uma das questões que se apresenta é por que esses dispositivos ainda não são depositários da expectativa de manejo desses momentos, e as instituições totais ainda permanecem no imaginário de profissionais que atuam na área como único detentor de capacidade de dar conta da crise?

Consideramos relevante, para a contextualização desse problema, a discussão realizada por SILVA e DIMENSTEIN (2014), em artigo cujo título é “Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão”. As autoras discorrem que:

A atenção à crise se revela como um eixo estratégico do cuidado da RAPS, uma vez que sua viabilização, fora do circuito das internações nos hospitais psiquiátricos, garante a permanência dos usuários em seus contextos familiares e sociocomunitários, possibilitando a territorialização do cuidado e interrompendo o circuito de internações, segregações e cronificações tão conhecido. Desse modo operada, a atenção à crise garante a função substitutiva dos serviços e ações na RAPS (SILVA e DIMEINSTEIN, 2014, p. 32).

As mesmas autoras consideram que o manejo da crise psiquiátrica revela-se como uma das principais dificuldades para as equipes da Rede de Atenção Psicossocial. Diante dessa questão, SILVA e DIMENSTEIN (2014) mencionam que o Ministério da Saúde reconhece, em nível do discurso, esse desafio e considera relevante o investimento em formação de equipe profissional e a expansão dos CAPS III e dos Leitos de Atenção Integral, funcionando em hospitais gerais, para atendimento à Emergência Psiquiátrica. Contudo, na realidade não se verifica investimentos suficientes para esse nível da atenção. Dessa forma, ganha relevância a consideração desse aspecto como um dos elementos em relação a pouca expectativa de possibilidade de manejo das crises psiquiátricas, atribuído pelos profissionais entrevistados a esses espaços.

Também como contribuição a essas reflexões, COSTA-ROSA (2010) considera que os CAPS são fruto da proposta do Modo Psicossocial de cuidado em Saúde Mental, enquanto que os hospitais psiquiátricos estão identificados no modo asilar. Contudo, entende que apesar de serem opostos no plano ideológico, é compreensível que convivam na prática, já que a realidade é complexa, contraditória e permeável por vários modos de pensar e agir, que geram tensões e disputas cotidianas que, na linguagem de Edgar Morin, segundo ALVARENGA (et. al, 2014) encerra, como questão

nuclear para o entendimento da realidade, tanto a questão linguística, quanto lógica e ideológica.

Contudo, SILVA e DIMENSTEIN (2014) retomam as reflexões de Políbio José de Campos Souza (2012) que afirma que enquanto não forem apresentadas possibilidades de manejo aos casos graves, assim como às crises nos territórios das pessoas equipamentos da Reforma Psiquiátrica serão “satélites sem vida e impotentes, gravitando em torno do hospício, justificando-se, assim, sua existência prática e ideológica” (SILVA e DIMENSTEIN, 2014, p. 44) e não estarão sendo prestados cuidados no modelo da Atenção Psicossocial.

2.3 Polissemia da humanização

Relacionadas às controvérsias das questões levantadas nos dois itens anteriores, encontra-se a questão da humanização que se apresenta como dimensão cara à Saúde Mental.

Sílvio YASUI, na apresentação do Caderno Humaniza SUS de 2015, publicado pelo Ministério da Saúde, expõe que o Programa Nacional de Humanização e Saúde Mental “são apostas que se constroem nas bordas e [fissuras de um] cotidiano conservador” (2015, p. 8). Tal compreensão está respaldada em uma perspectiva política e técnica de “luta por um atendimento em saúde resolutivo, integral e humanizado para a população que padece de sofrimento psíquico”. O autor enuncia que pode parecer óbvio, mas imprescindível assinalar, que a humanização, por essa perspectiva, reconhece esses sujeitos como cidadãos, com direito de buscar ajuda quando avaliarem necessário, de acessar a rede de atenção com diferentes serviços e em diferentes circunstâncias de suas vidas. Desse modo, demarca uma perspectiva de que pessoas com sofrimento psíquico são sujeitos de direitos, enfatizando a questão da liberdade, e não objeto de tutela.

Retomamos, para ilustrar essa discussão, a fala de Eliana já apresentada.

Podemos fazer mudanças simples para humanizar. Não precisa derrubar e construir de novo, mudanças simples, a forma como você estrutura todo o hospital, muda tudo isso. Eu tenho certeza que é possível humanizar o hospital psiquiátrico e colocar pessoas que gostem de trabalhar com saúde mental, porque muitas vezes as pessoas entram na saúde mental porque: “ah! É fácil lidar com o louco porque eu não vou precisar trocar fralda, porque não vou precisar puncionar um acesso”, de um mínimo de cuidado possível. E não é isso. Quando a gente fala é a atenção. A saúde mental, você requer atenção. Como qualquer outro cuidado. As pessoas pararem com o preconceito de que é só dar o remédio e depois ele some. Não é. Ele tem que, naquele período que ele tomou a medicação, mas ele tem que interagir com outros pacientes, ele tem que ter atividades para melhora dele. [Eliana, enfermeira]

Eliana, ao relatar sua concepção sobre humanização, defende a possibilidade de implementar esse processo nos hospitais psiquiátricos, através das chamadas por ela, *mudanças simples*, sendo estas, mencionadas em outros discursos, como pintar a parede, melhorar a iluminação, ser atencioso com os pacientes e contratar profissionais que se identifiquem com o campo da saúde mental. Contempla, inclusive, uma visão que reconhece a importância de não somente medicalizar, mas promover atividades interativas nos espaços hospitalares.

Alguns trabalhadores acreditam na possibilidade de coexistência pacífica e integrada entre o Modo Asilar e Modo Psicossocial. Para estes entrevistados, que são trabalhadores de CAPS, é desejável a permanência dos hospitais psiquiátricos e é possível a humanização dos mesmos. Essa questão indica que as práticas em Saúde Mental ainda operam sobre premissas que discriminam sujeitos que podem e os que não podem circular no meio social. A existência dos hospitais psiquiátricos, cuja essência totalizante é problematizada e questionada pela Luta Antimanicomial, indica a permanência da lógica asilar que respalda a continuidade dos hospitais,

exclusivamente psiquiátricos, entre os serviços de atendimento, com o apoio de parte dos profissionais da Rede de Saúde Mental que sustenta tal modelo de atenção na área.

Ainda concordantes com a possibilidade de coexistência do modelo asilar e modelo psicossocial, as narrativas dos profissionais apontam que mesmo uma visão clínica pretensamente humanizadora, que defenda em seu discurso um tratamento digno, pode operar no modelo positivista, a exemplo do modelo biomédico e asilar, que não está necessariamente vinculada à defesa de uma postura política, que contemple pessoas com sofrimento psíquico como sujeitos de direitos e de cidadania, e sim inscrita na concepção de que devem ser objeto de tutela.

Praticamente todos os profissionais apresentam discursos de humanização no campo da Saúde Mental, mas sem necessariamente enunciarem visões críticas aos modelos asilares, a exemplo de Eliana, enfermeira.

A Luta Antimanicomial é também uma luta por humanização. Mas a polissemia do termo humanização descortina a relevância de aprofundar-se o debate sobre os significados clínicos e políticos das práticas atuais em Saúde Mental, buscando diálogo e movimentação na direção de uma luta, de fato, Antimanicomial. Para tal, entende-se que a transformação paradigmática possibilitaria a não sedimentação de um “neopinelianismo” e o que se pode considerar uma nova epopeia pela humanização dos atuais espaços manicomiais reformados, a exemplo das já mencionadas comunidades terapêuticas.

2.4 Saúde: um direito social ou um negócio? Disputas e tensões no campo da saúde mental

Pelos relatos dos profissionais do campo da Saúde Mental é possível identificar que um tensionamento ideológico marca fortemente o espaço da

saúde. Alguns profissionais, especialmente psiquiatras, relataram a busca por construir práticas pautadas pelo modelo psicossocial, preconizado pela Reforma Psiquiátrica, porém, constataram a resistência de outras categorias profissionais, tais como a Psicologia, em trabalharem para além da medicalização. Esse tipo de narrativa permite observarmos a complexidade de tais discussões, não ocorridas, conforme já observado, em âmbitos apenas de categorias profissionais, mas estreitamente vinculadas à estruturação paradigmática da relação entre saber e prática que a Luta Antimanicomial se propõe e passa a defender com a Atenção Psicossocial.

Para discutir outro âmbito das tensões paradigmáticas presentes no campo da Saúde e, em especial, na Saúde Mental, recorreremos às reflexões de MONTE CARDOSO (2013). Esse autor, em sua dissertação de mestrado “A Saúde entre os Negócios e a Questão Social: Privatização, Modernização e Segregação na Ditadura Civil-Militar (1964-1985)”, critica a perspectiva de que o direito à saúde no Brasil não se desenvolveu em função do Sistema Único da Saúde ser um sistema novo, como mencionado pela entrevistada Heloísa em seu relato, já apresentado.

O autor contextualiza que, a perspectiva de saúde como direito, lema da Reforma Sanitária Brasileira, em contraposição à saúde como negócio, lema da iniciativa privada, foi disputada com grupos econômicos que objetivavam manter esse campo sob seu nicho de negócios, deixando suas marcas, durante o processo de elaboração da Constituição Federal de 1988.

Essa discussão se aplica a esse contexto, quando abordamos a chamada precariedade dos serviços de saúde, alvo de constantes sucateamentos na esfera pública, usados como justificativas para o controle da iniciativa privada. A criação do imaginário social de depositar a expectativa no manicômio respalda, em sentido amplo, através dessa perspectiva, a manutenção da lógica do lucro e não do direito à saúde e sua permanência como possibilidade de serviço de atendimento em Saúde Mental. Tal situação parece manter estreita relação, por exemplo, com o não-investimento em leitos e equipe em hospitais gerais e nos CAPS III,

previstos para manejo em momentos agudos do sofrimento psíquico, tema tratado anteriormente.

Segundo MONTE CARDOSO (2013), o movimento da Reforma Sanitária Brasileira durante anos de luta pelo direito à saúde conseguiu imprimir grandes modificações institucionais e, através da Carta Magna, consolidou o Sistema Único de Saúde, constituindo-se em um avanço legal significativo, e trazendo as reflexões de recolocar a relevância de compreender essa questão e realizar esse debate no âmbito acadêmico e dos movimentos sociais.

Porém, o financiamento necessário que garanta o funcionamento pleno, de acordo com princípios, do Sistema Único de Saúde (SUS) e de suas políticas, que podemos considerar entre elas, a Lei 10.216/2001, da Reforma Psiquiátrica, ainda está por ocorrer. MONTE CARDOSO (2013) expõe que:

A regulamentação da EC-29 [Emenda Constitucional, número 29], que deveria garantir fontes suficientes e estáveis de recursos, representou, na prática, a manutenção dos atuais patamares de subfinanciamento, corroborando os princípios fiscais restritivos – para os direitos sociais, mas pródigos com o pagamento da caríssima dívida pública – característicos da política econômica, que perdura desde os anos 90. De outro lado, a privatização da saúde avança, comprovada pela superação do gasto estatal pelo gasto privado em saúde desde 2006. Enormes organizações privadas supostamente sem fins lucrativos proliferam Brasil afora, e, sob a alcunha de Organizações Sociais, chanceladas por governos municipais, estaduais e federal, abocanham frações cada vez maiores do orçamento do SUS. Além disso, novas modalidades de privatização, desde um modelo “misto” como a Fundação Estatal de Direito Privado até as abertamente empresariais Parcerias Público-Privadas e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, expressam um entendimento consensual dos dirigentes do Estado brasileiro no que diz respeito à inviabilidade da gestão pública em garantir o direito à assistência à saúde (MONTE CARDOSO, 2013, p. 19).

As Organizações Sociais de Saúde, referidas por esse mesmo autor, surgiram no cenário brasileiro como uma alternativa para a adequação da Lei Complementar Nº 101/2000, denominada Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), cuja disposição limita os gastos do Poder Executivo, tipificando

punição criminal para gestores que ultrapassarem os limites estabelecidos, gerando controvérsias no campo da Saúde Pública.

Segundo MENDES e MOREIRA (2001), as esferas do executivo para evitarem as possíveis sanções decorrentes da Lei de Responsabilidade Fiscal, cortam verbas de programas essenciais, tais como na Estratégia de Saúde da Família (ESF), ou na terceirização de serviços por meio das Organizações Sociais. Dessa forma, de acordo com esses autores, as Organizações Sociais de Saúde são consideradas empecilhos aos princípios do SUS, especialmente à integralidade e ao controle público.

Essa discussão, no campo da Saúde Mental, pode ser realizada ao considerarmos que, por exemplo, os hospitais psiquiátricos que visaram lucro foram substituídos por CAPS administrados por Organizações Sociais cujo interesse é o mesmo: lucro. Segundo MENDES e MOREIRA (2001), essas instituições privadas administram setores importantes dos serviços da rede pública pela lógica mercantil.

O relato de Dandara, a seguir, versa sobre essa questão:

A rede substitutiva continua sendo manicomial, mas com aquela forma de gestão de tirar o pessoal do hospital que queria o lucro, mas colocam uma OS que tem o mesmo interesse. Qual a diferença na condução? [...] Eu entrei em um serviço no começo de 2014 e saí no final, a partir de um golpe político, de uma questão que a OS tava a frente, não concordar com algumas ações e demitir muitos trabalhadores que eram engajados em movimentos sociais. [Dandara, psicóloga]

Dandara, psicóloga, ao discorrer sobre momentos marcantes de sua trajetória profissional, destacou que as histórias vividas durante a experiência com o processo de desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico, exemplificadora da questão da mercantilização no campo da saúde mental, cujo relato reapresentamos, a seguir.

Eu ouvi do dono do hospital psiquiátrico que ele não iria liberar os pacientes até que ele mudasse de ramo e do psicólogo que

atuava no então hospital que “aquele espaço já tinha sido o negócio da China”. [Dandara, psicóloga]

Hannah, psiquiatra, também relaciona a dificuldade de construção do direito à saúde à disputa com o setor privado e à lógica de mercantilização.

Há empenho no município por fortalecer o SUS, a Rede de Atenção Psicossocial, mas não é fácil. Os convênios estão virando bicho, a saúde virou lucro. Então, o eletrochoque ainda faz muita festa no Servidor Público Estadual e no HC, que são hospícios de excelência. Tem uma indústria farmacêutica poderosa e ela tá mandando inclusive na política de drogas. [Hannah, psiquiatra]

Na continuação de seu relato, a psiquiatra menciona que as Organizações Sociais são empecilhos ao controle público.

Tá indo, tá construindo, eu quero terapia grátis. Eu quero o SUS, não é grátis porque a gente paga, mas isso aí é que eu quero... terapias. Cinema já tá de bom tamanho. Teatro grátis, parque de diversões. O Estado tá muito ausente, a gente precisa de mais Estado. São Paulo, por exemplo, a gente ficou anos, foi PAS, um monte de coisa... hoje são as OSS. A gente precisa de mais direitos. Nas OSS é essa parada mesmo que eu tô falando. Não tem controle, não tem controle social, não tem transparência e a gente precisa vigiar, se contrata pra uma UBS uma equipe e as pessoas vão saindo, não têm identidade profissional, não têm identidade com a comunidade, não têm identidade com a cultura e vão mudando de instituição pelos melhores salários oferecidos e aquilo continua sendo pago pelo Estado ainda. Isso que eu vejo. Falta controle social. De verdade, a gente precisa ensinar aos nossos usuários a defender o SUS, é isso que a gente precisa. Daí, qualquer computador na frente já tá ou uma boa recepcionista já tá iludindo. [Hannah, psiquiatra]

O relato de Hannah também é crítico ao financiamento estatal para que as Organizações Sociais administrem os serviços públicos, considerados pela entrevistada como obstáculos à efetivação da essência do SUS de participação social e controle público.

Por outro lado, apresentamos relatos dos sujeitos entrevistados que observam outras questões relativas ao lucro, permeando as relações de cuidado, na Saúde Mental.

Eu acho que tudo bem, você ser muito bem remunerado, você vai dar um melhor atendimento, mas se você não tiver, você pode estar ganhando o quanto for, mas se você não gostar do que você faz, independente disso, isso não muda, isso não vai mudar. Você tem que gostar do que você faz independente do salário que você ganha no final do dia. [E a instituição, você acha que tem alguma mudança ter o objetivo de lucro e você acha que isso se reflete no cuidado, diretamente?] Sim. A instituição, se ela visar, única e exclusivamente o lucro, você sobrecarrega os funcionários e acaba não tendo um bom atendimento. Tudo bem, você precisa do lucro pra poder girar, mas tem que humanizar, você tem que visar o bem do profissional também. Do profissional e de quem está sendo atendido. [Eliana, enfermeira]

Eliana ao discorrer sobre suas considerações acerca da relação entre lucro e cuidado em Saúde Mental, inicialmente, centra seu argumento na remuneração profissional. Quando indagada sobre a instituição privada e sua relação com o cuidado, considera que existem prejuízos da centralidade do lucro às expensas não só do usuário, mas igualmente, ao profissional. Volta a mencionar a humanização como possível solução para minimizar os efeitos da perspectiva do lucro sobre o atendimento em Saúde Mental.

Sobre as percepções dos profissionais em relação à diferença entre as gestões pelas Organizações Sociais e pelas administrações diretas, apresentamos os relatos de Vitória, enfermeira, e Gilda, psiquiatra.

Totalmente. A prefeitura que eu trabalhei, faltava muito recurso de tudo e era tudo muito improvisado. O CAPS era acolhedor, porque era numa casa gostosa, mas não era num ambiente tão protegido. Então, tinha, às vezes, paciente que tivesse alguma agitação, não teria como dar suporte. Era uma equipe extremamente pequena, eu e mais duas auxiliares de enfermagem. Faltava recurso humano, faltava recurso físico, o CAPS muitas vezes ficava sem alimentação pros usuários, que ficavam no projeto intensivo. Faltava muita coisa e, às vezes, você tinha que suspender atendimento por conta dessa falta.

Falta de alimentação, água, folha sulfite pra você fazer anotação, evolução. Muito complicado. A OS que eu trabalho é extremamente organizada. Eu nunca vi faltar essas coisas. A diferença que eu vejo entre a administração da prefeitura e da OS é isso. Você consegue ter um controle maior, planejamento maior. [Vitória, enfermeira]

Vitória, enfermeira, considera que as condições de cuidado são melhores quando administrados pelas Organizações Sociais. Relaciona à questão dos recursos humanos e instrumentais para atendimento e a organização do trabalho ser mais planejada e controlada.

Nesse mesmo sentido, Nádia, terapeuta ocupacional, narra sua visão sobre essa questão.

Eu acho que melhorou muito com as OSs, abriu campo profissional para muita gente, eu acho que tem a questão dos princípios do SUS e acho que é inconstitucional, mas acho que, de fato, os serviços funcionam, bem ou mal. Os serviços de administração direta também funcionam, só que os que conheço tem sempre poucos profissionais e as pessoas são muito desmotivadas, não que isso não tenha nos administrados pelas OSS, mas assim, eu achava que tinha que ser contra [às OSs] pela saúde pública, mas acho que abriram muitos serviços. Acho que melhorou em número de serviços, atendimento mais rápido, acho que isso deu uma melhorada. Pros pacientes também, porque as pessoas conseguiram acessar mais os serviços. Eu não tenho nenhuma crise ideológica. Eu tenho uma visão mais pessimista porque estou com desgosto, mas é isso que eu acho hoje. [Nádia, terapeuta ocupacional]

Para Nádia as Organizações Sociais de Saúde possibilitaram aumento do campo de trabalho para os profissionais, assim como melhoraram o acesso dos usuários aos serviços, em função da abertura de equipamentos e atendimento mais rápido. Contudo, menciona a questão da incoerência entre a entrada nas Organizações Sociais no campo da Saúde Pública e os princípios do SUS, tendo em vista a lógica que preside sua visão de assistência, conforme será discutido abaixo.

Gilda, psiquiatra, por sua vez, menciona aspectos que também consideramos relevantes para essa discussão.

Sei pouco disso. Mas acho que uma OSS honesta... o ideal seria que o governo, o Estado pudesse dar conta de tudo. Mas não pode, não dá. Acho que não faz diferença entre deixar uma OSS corrupta e um governo corrupto. Acho que não, mas acho que quando pega uma OS que tá interessada e trabalha com honestidade, acho que a administração com a OS, na minha experiência é melhor. Porque eu vejo, eu trabalho numa OS e tem patrão. Só que ninguém faz esquema, você acha que não tá ganhando bem, você vai procurar outro emprego, você não vai conseguir trabalhar menos do que as horas que você foi contratada... eu já trabalhei em hospital público que é terra de ninguém. Você ganha pouco e faz a metade do serviço, a metade da carga horária e tem acordo tácito de que isso é permitido e isso é ruim. Os profissionais da prefeitura são muito pouco valorizados, recebem muito menos do que a gente e é óbvio que vai faltar. O que eu vejo hoje nas unidades de administração direta é que as pessoas são pouco valorizadas, ganham mal, se sentem no direito de fazer esquemas e não conseguem dar conta da demanda que tem que dar. Falta profissional e quem vai querer trabalhar na periferia ganhando a metade do preço de mercado. Pelo menos nas OSs que eu trabalhei, eu acho que funciona bem. Deve ter um desvio ou outro, mas nada que comprometa o trabalho, pelo menos o que chega na ponta é de qualidade. [Gilda, psiquiatra]

Gilda, ao apontar que o ideal seria o poder público *dar conta de tudo*, *mas não pode*, sinaliza uma ideia corrente, notadamente no campo da Saúde, de que a iniciativa privada é capaz de suprir o que a esfera pública não consegue em termos de demanda de assistência. Assim, considera as Organizações Sociais como a alternativa viável que supre essa falta por oferecer, no caso, as condições necessárias ao trabalhador e ao usuário.

Podemos observar que se as Organizações Sociais são apontadas por alguns profissionais entrevistados como sérios empecilhos à efetivação dos princípios essenciais do SUS, tais como, o controle público e a participação social e a manutenção da perspectiva da saúde como um negócio, estas foram consideradas, por outros profissionais, como positivas quando inseridas na administração pública por possibilitar a ampliação do

campo profissional, melhorar as condições instrumentais de trabalho e, principalmente, por aumentar o acesso aos serviços de Saúde Mental.

O debate sobre o acesso aos serviços de saúde pode ser considerado atual aos presentes desafios da construção da Atenção Psicossocial. É compreensível que essa questão seja marcante, visto que, o direito universal à saúde não era uma realidade brasileira até a Constituição Federal de 1988. Contudo, reduzir a questão ao acesso universal aos serviços de saúde não contempla a complexidade da saúde como direito social.

DALLARI (2009) afirma que:

O direito à saúde exige tanto a participação do Parlamento, legítimo representante dos interesses envolvidos tanto no processo de produzir e consumir, quanto de controlar os riscos sanitários, como a participação dos cidadãos na elaboração e na implementação das normas e ações destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde (DALLARI, 2009, p. 14).

A mesma autora ao discorrer que, de acordo com os princípios do SUS, a população tem direito a produzir, consumir e controlar o processo de saúde, permite considerarmos que a redução dessa tríade ao acesso, inscreve esse eixo de princípios do SUS somente ao consumo e, não contempla suas dimensões de produção e de controle. Tal inscrição, ao que parece, reduz a perspectiva de conceber os indivíduos como cidadãos e como sujeito de amplos direitos sociais a uma mera questão de direito ao acesso e, portanto, ao consumo, em termos quantitativos e não qualitativos do cuidado em saúde.

Dessa forma, os desafios atuais e embates ideológicos no campo da Saúde Mental podem ser compreendidos através da tensão entre um modelo de concepção de sujeito de direitos, em relação à lógica de mercado, que procura cooptar novamente para o modelo institucional representado pela lógica biomédica. Nesse sentido, podemos observar que a abordagem de tais aspectos manterá uma correspondência igualmente lógica e ideológica com diferentes perspectivas das éticas do cuidado,

descritas por COSTA-ROSA (2013): assim, tal interpretação sugere que a lógica de mercado se aproximaria da ética da tutela, enquanto que a concepção de sujeito de direitos estaria mais próxima à ética da Atenção Psicossocial.

Finalmente, vale considerar que a lógica de mercado incide no plano concreto não só sobre os usuários, como sobre os trabalhadores da saúde. Consideramos, por isso, relevante discutir as formas de inserção do trabalhador do campo da Saúde Mental como sujeito social e político e não como mero executor de atividades. Nesse sentido, entendemos que a despolitização do trabalhador da Saúde Mental, em nosso meio, parece desarticular e fragmentar o significado dos movimentos sociais e seu potencial de crítica e transformação de demandas consideradas relevantes a esse campo em construção, por enfraquecer uma visão do sentido social de seu trabalho coletivo em saúde na perspectiva da complexidade que tal campo encerra.

Assim, consideramos que, nesse cenário, os movimentos sociais merecem destaque no processo da Reforma Psiquiátrica por ilustrarem a relevância da associação coletiva, como uma das possibilidades de transformações sociais.

2.5 Movimentos sociais, formação e atuação profissional para além da academia

A formação acadêmica é um dos espaços para a reflexão e construção dos pilares do conhecimento técnico-científico para posterior prática profissional e uma das responsáveis pelo delineamento da atuação no mundo do trabalho. Contudo, antes de serem trabalhadores do campo da Saúde, tais pessoas são sujeitos do seu tempo histórico, dos seus contextos de vida com trajetórias e escolhas profissionais específicas, inscritos e atuando em conjunturas sócio-históricas.

Embora, a partir da Reforma Psiquiátrica, as noções de processo saúde-doença passem a se inscrever em uma nova perspectiva epistemológica, que vai para além do modelo biologicista, para uma compreensão da saúde mental como fenômeno complexo, é importante destacar que esta perspectiva não foi incorporada às formações profissionais do campo da Saúde, apontando para a distância entre teoria e prática nessa área.

MARAZINA (1989) questiona a tarefa do trabalhador de Saúde Mental de tratar alienados, sendo que seu próprio trabalho está inserido num modelo socioeconômico que produz trabalho alienado e alienação, tendo em vista a inscrição da nossa sociedade no modo de produção capitalista.

Daí poder-se considerar que os desafios delineados no campo da formação acadêmica são reflexos dos desafios de transformação dos modelos de atendimento no campo social, cultural, jurídico, econômico e político. Em face disso, retoma-se o pensamento de BASAGLIA (2005, p. 11) de que desinstitucionalizar a doença e o doente seria a “demolição concreta de uma cultura, possível somente, se contemporaneamente, outras culturas pudessem ser construídas: outra sustentação, outro suporte, outro conceito de saúde e de doença, de normalidade e de loucura”.

Os sujeitos foram indagados sobre participação em movimentos sociais. Apresentamos, inicialmente, os relatos dos entrevistados que não participaram de nenhum movimento social.

Tainara, enfermeira, menciona não ter participação em movimentos sociais, embora tenha realizado trabalho voluntário.

[Gravador desligado: entrevistada disse que nunca participou de movimento social. Realizou trabalho voluntário em castração de animais. Disse não ter religião e praticar a filosofia hinduísta]. [Tainara, enfermeira]

Eliana, também enfermeira, nesse mesmo sentido, faz parte de uma ONG de caráter religioso e não tem participação em movimentos sociais.

Não participei na parte de Saúde Mental. Eu sou budista há 17 anos... e nós somos uma ONG, nós trabalhamos como voluntários dentro da organização. É uma religião, uma filosofia de vida. Nós temos a parte religiosa e nós trabalhamos com paz, cultura e educação. Nós disseminamos o ideal budista. A minha postura profissional tem muito a ver com a minha religião. Eu tento passar os ideais budistas pro meu trabalho. Como eu já falei numa reunião de equipe: eu não preciso que todas as pessoas sejam budistas, mas desde que você tenha ideais budistas, que quando nós falamos do humanismo, que o Budismo fala sobre o humanismo é exatamente isso. Você se colocar no lugar do outro, você se preocupar com o outro é um ideal budista. Eu levo muito isso. O budismo eu aplico diariamente na minha profissão. [Eliana, enfermeira]

Vitória relata ter tido envolvimento com trabalhos sociais durante o período da faculdade, embora não tenha participado de nenhum movimento social.

Acho que só na época da faculdade. A gente tinha muito essa questão do social, sempre me envolvi muito com questão social. Mas faz tempo. Nunca participei de nenhum movimento mesmo. [Vitória, enfermeira]

Heloísa menciona seu trabalho em comunidades, a partir da atuação da igreja evangélica.

Já. Grupos. Acho que já. Na verdade assim, como eu tenho uma atuação na comunidade religiosa que eu frequento, tudo que eu faço é voluntário. É uma igreja evangélica. Lá, às vezes, o fato de eu ser psicóloga, sempre vem uma pessoa ou outra pedir orientação, eu dou aula pras crianças, já fiz trabalho com gestantes, já participei com trabalhos sociais com pessoas carentes... já fiz grupos de dependência química dentro da igreja. Hoje, eu não tenho algo que seja periódico. Mas sempre estou fazendo uma coisa ou outra. [Heloísa, psicóloga]

Em seu relato, Gilda, discorre sobre esse tema.

Não. Já participei em reunião de Conselho Comunitário, conferência, mas nada formal. [Trabalho voluntário?] ACDD, com órfãos numa instituição, mas não me satisfaz. [Gilda, psiquiatra]

Nádia, também menciona não ter atuado em movimentos sociais, mas os considera importantes para a formação.

Não tive participação em nenhum movimento, mas acho importante, acho que faz parte da formação. [Nádia, terapeuta ocupacional]

Nádia, assim como Tainara, Eliana, Vitória, Heloísa e Gilda relataram que não tiveram participação em movimentos sociais, embora tenham participado em outros espaços de associação entre pessoas, vinculados principalmente a doutrinas espiritualistas, assim como religiões das quais participam, notadamente a evangélica.

É possível observar que as mesmas entrevistadas, antes mencionadas, em outros trechos dos relatos, narraram suas vivências de prazeres, frustrações e crises mais relacionadas a aspectos individuais, tanto em suas vidas pessoais, como no campo profissional, do que associadas a dimensões mais coletivas, tais como questões de sentimentos de inserção na equipe interdisciplinar e engajamento no âmbito sociopolítico. Sobre esse tema, pode-se considerar as reflexões de LINHART (2011), ao argumentar que discussões sociológicas, no campo do trabalho, destacaram a relevância dos coletivos para diminuição de dificuldades do trabalho, possíveis de gerar angústias e frustrações. Segundo a mesma autora, as análises sociológicas revelaram a capacidade desses coletivos de compartilhamento de princípios relacionados a vivências em comum, sejam eles de natureza *sindical, política ou profissional*.

Dessa forma, experiências em movimentos sociais poderiam facilitar, como hipótese, concepções e práticas profissionais mais voltadas às dimensões coletivas. De acordo com as análises mencionadas por LINHART (2011), podem constituir-se em uma forma de minimizar o sofrimento, a partir da ajuda mútua e promovendo um sentido coletivo, pois as angústias decorrentes do trabalho eram postos em referência às relações de poder, tais como exploração e dominação, a partir de objetivos econômicos e políticos. Nesse sentido, os coletivos buscariam atuar em contraposição à hierarquia, procurando amenizar essas angústias. Vale mencionar que,

segundo a mesma autora, diversos textos sociológicos realizaram análises sobre a modernização corporativa, que atua para a fragmentação da dimensão coletiva do trabalho, através de, por exemplo, estabelecimento de horários variados, remunerações individualizadas, terceirizações de serviços específicos dentro de uma mesma empresa, entrevistas individuais com o chefe para negociação salarial, avaliação de desempenho quantitativa. O processo de individualização vulnerabiliza os assalariados, em contraposição aos coletivos que, ao que parece, os fortalece.

A seguir, podemos observar os relatos dos entrevistados que narraram participação passada ou atual em movimentos sociais.

Iniciamos com o discurso de Everton, que menciona ter atuado em diversos coletivos, contudo, não participa atualmente.

Já participei. Hoje, eu nego qualquer tipo de movimentos. Fui militante de movimento estudantil durante muito tempo, participei do movimento negro, do MMU [Movimento Negro Unificado], bem lá atrás, junto com o Partido Comunista. Comecei a atuar com 16 anos. Na militância estudantil, eu era do movimento secundarista, na época. [19]76, [19]77, por aí... fui do movimento estudantil, comecei a minha militância aí, entro na faculdade, vou para a UNE, também tenho militância, então vou tendo militâncias estudantis e política mesmo com o partido dos trabalhadores. Eu passei pelo PC, depois pro PT que fica forte, passo pro PT. No Comunista em [19]76... eu era da convergência socialista que se ligava ao PT que ainda não era partido e com o comunista. PT em [19]79, [19]80 quando o partido é criado. O que me moveu, acho que assim, a não aceitação de muitas coisas. Eu pego a ditadura, eu vivo o final da ditadura, e já discordâncias, saber das torturas, DOPS, então, é isso que me move e tento modificar. Faço um congresso revolucionário, na época, que sou de Osasco, eu entro num colégio que é o [nome suprimido] que tem muita cultura, que tem muitas discussões políticas, então aí tô lá dentro. Eu vou até a faculdade, eu saio do movimento secundarista naturalmente porque eu sou universitário e aí até o terceiro, quarto ano da faculdade que é quando eu volto. E aí eu vou fazer o rompimento porque aí eu sou presidente do diretório acadêmico e começo a ter outros olhares, aí eu acho que não contempla mais e é o momento que eu rompo porque eu começo a ver as políticas por dentro e os mecanismos e os grupos. Então, dentro do PT são várias facções, vários grupos

e aquilo não vai me contemplando mais e dentro do movimento estudantil também. E aí eu vou focando nas questões sociais, então, o que vai me levando muito pro engajamento da psicologia e depois no campo social, porque aí eu rompo com os partidos e com os movimentos. E participo de tudo. Diretas Já, ainda tô na militância, depois eu não aguento mais. Tanto que aí no “Movimento dos Caras Pintadas” eu já faço crítica. Vejo como massa de manobra que tem uma razão sim, mas existem razões políticas outras que não é o olhar da população. Eu sou professor do estado, dou aula de psicologia no estado, também, então, eu vejo os meninos do movimento, faço essa discussão com os meninos, mas deixo claro que eles vão ter essa visão, que eles foram massa de manobra, assim como eu tive de do meu processo também, mas que era necessário esse engajamento da adolescência, estar envolvido nesses movimentos transformando a si mesmo e enfrentando o mundo, é necessário, mas chega num momento que você tem que fazer o rompimento, tem que fazer uma crítica aquilo, mesmo que você se mantenha no movimento, mas você tem que ter uma crítica que não é puro, não é só ideológico. Então, desde então você vai por esses outros caminhos, mas que... sim... mas políticos não-partidários. Mantenho uma fala, mantenho um olhar, busco a cidadania como um movimento político, mas não ligado a partido nenhum, não ligado a movimento nenhum. Faço crítica ao movimento negro como separatista, da mulher... e eu não sou separatista, sou uma pessoa que busca a igualdade. Uma das coisas que eu fiz um certo movimento foi o movimento da igualdade entre homens e mulheres, recentemente. Fiz algumas atuações com o laço branco, por exemplo. Mas algo bem, sem muito afinco, mas apoiando, divulgando, igualdade entre gênero.[...] [Everton, psicólogo]

Everton relata seu histórico de participação em movimentos sociais durante, aproximadamente 16 anos, sendo estes o Movimento Negro Unificado, União Nacional dos Estudantes, Partido Comunista e Partido dos Trabalhadores. Nosso entrevistado relata que sua aproximação com a militância social ocorreu, principalmente, em função do momento sociopolítico vivido pelo Brasil de Ditadura Civil-Militar e seus aparelhos de repressão, tais como o DOPS, numa reação às opressões praticadas na sociedade. Com o tempo, principalmente a partir do “Movimento das Caras Pintadas”, em 1992, por passar a criticar os movimentos, começou seu processo de afastamento em movimentos organizados e partidos políticos.

Considera-os importantes em sua formação, contudo, menciona que a participação requer crítica quanto aos seus diversos interesses. A partir de seu afastamento, relata ter passado a atuar de forma, considerada por ele, como política não-partidária, destacando a questão do trabalho pela cidadania.

Edna, psiquiatra, também relata participação passada em movimentos sociais, no contexto universitário.

Na faculdade eu participei de um projeto com o pessoal do PET num assentamento do pessoal do MST, aí eles faziam capacitações que a gente ajudou a organizar. Foi bem legal, eu fui bastante, fiquei bastante tempo, foi durante a época da faculdade e nos trabalhos de extensão. Trabalhei também com escola pública com as crianças num modelo do Teatro do Oprimido, foi legal. Mais ativamente foi do MST. Conheço pessoas do movimento feminista, outros movimentos, mas atualmente não estou. Minha irmã está bastante na cultura popular, quase uma militância no “Povo do Nordeste pela Cultura Popular” e tenho me aproximado bastante por causa da minha irmã. [Edna, psiquiatra]

Edna narra ter participado durante a faculdade de atividades em assentamentos do Movimento dos Sem-Terra e de trabalhos com o Teatro do Oprimido, embora não esteja atualmente participando.

Como exemplo de participação atual como militante social, apresentamos o relato de Hannah, psiquiatra.

Participo da União de Mulheres de São Paulo, tem um bloco que é em homenagem à louca do Bixiga, dona Iaiá, Sebastiana de Melo Freitas, foi encarcerada na própria casa durante muitos anos e aí temos essa luta do dia a dia que não deixa de ser movimentos sociais. Eu fui na Marcha da Maconha, fui na... [interrupção: usuário entra na sala] e aí menina... é isso aí, essa luta de todo dia. [...] A gente vai no encontro da ABRASME, por exemplo, então, a gente vê o que a gente precisa mudar do Amazonas ao Rio Grande do Sul. Tem muita boa intenção, né? Mas qual a diferença que eu vejo nessa malucada com a Reforma? Foi preciso que os usuários solicitassem a Reforma. A gente pediu no Congresso Nacional, a Conferência Nacional de Saúde Mental, a gente precisa

continuar. Mas a gente tá vivendo um momento de muita... a gente sabe, né? A Câmara, o Senado, essas pinturas são pessoas tão retrógradas, tão sem noção do que seja saúde, o Estado sendo interpenetrado por moralismos hipócritas, então, é tão complicado, a gente vê tantas mulheres morrendo de aborto, por abortamento clandestinos, e por aí vai. Acho que os movimentos, não só da Luta Antimanicomial, mas os movimentos de mulheres, gays, lésbicas, trans, a gente tem que tá junto, o movimento negro, tudo junto e misturado para lutar. [Hannah, psiquiatra]

Hannah menciona participar da União de Mulheres de São Paulo. Ao narrar a questão de sua militância social, menciona a Conferência Nacional de Saúde Mental, aspecto que permite considerar que a entrevistada relaciona a militância social com a participação popular e o controle social do Sistema Único de Saúde. Considera importante a união entre diversos coletivos e movimentos sociais para as transformações sociais.

No mesmo sentido de considerar os movimentos sociais como possibilidades de transformação social, apresentamos o relato de Dandara.

Eu entrei no movimento social antimanicomial em 2009. Não foi exatamente na criação do [nome suprimido], foi uns meses depois. Foi uma coincidência, teve uma reunião, nós psicólogos na cidade que era pra falar da vinda da subsede do CRP pra cá e alguns desses psicólogos eram quem estavam articulando a criação desse movimento. E aí quando eu fiquei sabendo disse: “me digam quando é a próxima reunião que eu quero participar” e aí começou também de uma forma bem desarticulada também, como é até hoje. Embora, tenha ficado com o nome conhecido, é muito desorganizado, não tem data certa de reunião, a gente não consegue se encontrar muito, mas em alguns momentos que são críticos, todo mundo é muito engajado nessa área, então, muito revoltados com as coisas muito manicomiais que a gente vê. Então, precisando a gente se conversa por whatsapp e começa a se formar, a fazer as ações, mas isso foi em 2009 e coincidiu com esse momento que eu tava conhecendo a cidade e entendendo como era formada a rede, quais os interesses em jogo aqui, e logo em seguida, a gente começou a fazer a pesquisa que faz a denúncia das mortes, que até então, a gente era um grupo de psicólogos basicamente e tinha uma ou outra pessoa de outra área, que a gente se encontrava pra falar desses absurdos que aconteciam, das pessoas trancadas, desse processo de lei, de

como a Reforma Psiquiátrica não tinha chegado aqui ainda, de que o secretário de saúde era dono de um manicômio. A gente se encontrava muito para falar sobre isso. Tá. E o que fazer? O que o movimento social poderia fazer? Então aí veio a ideia da pesquisa e de começar a divulgar em congressos, em encontros e tomou uma proporção grande, né, que a gente também tava tentando encontrar outras mídias para poder denunciar essa história. Então assim, eu vejo que o movimento social organizado da forma que foi, no que ele pode fazer, ele foi muito importante, mas antes dele, algumas pessoas também tentaram fazer uma luta um pouco isolada. Não tinha um agrupamento pra fazer um pouco mais de frente. Mas as pessoas já pontuavam as questões muito manicomial da cidade como uma bolha. Então, acho assim que muita, o TAC [Termo de Ajustamento de Conduta – dispõe sobre a desinstitucionalização], por exemplo, termo de conduta que chegou aqui para fechar os manicômios e abrir a rede substitutiva, ele só foi possível a partir das denúncias. Acho que aqui o movimento social tem peso muito forte. Mas no meu conceito, acho que o movimento social no Brasil, acho que tudo que a gente conseguiu em SM, parte daí, quando a gente pensa na luta do movimento dos trabalhadores, de entender essa diferença entre a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial. Porque acho que a Reforma só é viável e possível a partir dessa movimentação da luta, mas é óbvio que ela se concretiza de uma outra forma que é muito mais branda, que a luta antimanicomial se concretiza pela reforma. Mas uma não é a outra. E acho que a questão da luta de paradigmas aí. Se o movimento não entra com a radicalidade que ele pode ter, porque aí no caso, o que tá instituído é muito limitado, a gestão enquanto gestão ela é limitada pra fazer ações diferentes. Se o movimento social não cobra, não denuncia e não critica, parece que não tem abertura. Mesmo assim, essa abertura é muito difícil, é super desgastante, mas eu não vejo outra possibilidade. [Dandara, psicóloga]

Dandara relata participação em movimento social pela Luta Antimanicomial desde 2009. Considera que essa atuação é relevante no campo das denúncias sobre a realidade institucional em saúde. Menciona que, no contexto da gestão, as possibilidades de questionamento da ordem instituída são mais limitadas e os movimentos sociais, apresentam-se como possibilidades de manter-se ancorada nos princípios do movimento antimanicomial, através de *cobrança, denúncia e crítica* para a atuação direcionada às transformações do campo da saúde mental. Exemplifica as

possibilidades de transformação mencionando o papel histórico do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental - MTSM, já apresentados na introdução deste trabalho, para a construção da Reforma Psiquiátrica no cenário brasileiro.

Nesse sentido, vale destacarmos a função histórica dos movimentos sociais, em especial no campo da saúde, com a articulação da Reforma Sanitária Brasileira e, na saúde mental, com a Luta Antimanicomial.

SANTOS (apud GUIMARÃES et al., 2001) discute o surgimento do que se considera Novos Movimentos Sociais, constituídos especialmente nas décadas de 1970 e 1980 em todo o mundo, considerados pós-industriais, cujas denúncias centram-se nos diversos modos cotidianos de opressão denunciando a violência, a poluição, o sexismo, o racismo e o produtivismo, por exemplo, e demarcando posição crítica diante do modo de produção capitalista.

No cenário da América Latina e, especialmente, no Brasil, a crítica ao modelo hegemônico de assistência, realizado pela Reforma Psiquiátrica, ocorreu em um contexto peculiar: os Movimentos Sociais, segundo SANTOS (apud GUIMARÃES et al., 2001) travaram lutas por condições mínimas de sobrevivência e estiveram atrelados ao momento político de luta pela redemocratização, após um longo período de ditadura militar. Exemplo característico foi o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, já mencionado anteriormente, que realizou denúncias sobre as condições de trabalho e de atendimento aos pacientes, iniciando a construção de um pensamento crítico em relação ao papel das práticas em saúde mental.

REIS et al. (2004) contextualiza que no cenário nacional é presente “o descaso histórico e politicamente produzido pelos sucessivos governos, em uma ordem maior”, ao contrastar que em “outros países, aplicando corretamente o mesmo modelo, conseguem condições razoáveis, dentro do campo da assistência” (REIS, et al., 2004, p. 42), no que tange à humanização nessa área.

Sônia FLEURY (1988) em seu texto sobre “*O Dilema da Reforma Sanitária Brasileira*”, inspirado, segundo a autora, na tese do prof. Sérgio

Arouca, intitulada “*O dilema preventivista – contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*”, discute que o movimento da Reforma Sanitária Brasileira expressa-se no campo da saúde coletiva e está embasado em um novo paradigma que origina o movimento sanitário, operando sob uma

Leitura socializante da problemática evidenciada pela crise da medicina mercantilizada, bem como da sua ineficiência, enquanto possibilidade de organização de um sistema de saúde capaz de responder às demandas prevalentes, organizado de forma democrática em sua gestão. Mas, para além de sua base técnico-conceitual, a saúde coletiva organiza-se como movimento sanitário, isto é, como conjunto de práticas ideológicas, verdadeiro movimento contra-hegemônico, cuja estratégia é a alteração de correlação de forças a partir do aprofundamento da consciência sanitária dos vários atores políticos (FLEURY, 1988, p. 196-197).

A Reforma Sanitária Brasileira, como um movimento, está inserido no contexto sócio-histórico de luta pela redemocratização da sociedade brasileira, inscrito em uma perspectiva política caracterizada pela busca de ampliação da consciência sanitária, essencialmente na tomada de consciência de saúde como um direito que será conquistado através da ação individual e coletiva.

Contudo, é importante destacar que a redemocratização brasileira é considerada, pela autora, uma *transição pactuada* cujas características impressas e delimitação de espaços de atuação no nível governamental, em função do “relativo, embora perverso, êxito econômico da ditadura militar parece ser um fator crucial na preservação da credibilidade dos atores políticos que compactuaram com o regime militar, sendo, portanto, responsável pela manutenção desses grupos e suas vinculações, durante o processo de transição” (O'DONNELL, 1987 apud FLEURY, 1988, p. 204).

Retomamos esse chamado *fenômeno continuísta*, para as discussões em Saúde Mental, para abordar as limitações de alterações mais fundamentais e amplas dos programas políticos e das esferas do Estado responsáveis pela formulação e execução de políticas sociais. Embora

tenham ocorrido avanços na construção da Rede de Atenção Psicossocial, a partir da Reforma Psiquiátrica, podemos refletir até que ponto a manutenção do que consideramos o *núcleo duro* e o grande desafio colocado sobre a não capacidade de manejo da crise psiquiátrica no território das pessoas com sofrimento psíquico, discutido nesse trabalho, anteriormente, pelas contribuições de SILVA & DIMEINSTEIN (2014), possui relação com esse fenômeno continuísta, problematizado por FLEURY (1988), no cenário brasileiro.

FLEURY (1988) ainda destaca que é importante observar que a presença de lideranças governamentais na área da Saúde, em um governo com características conservadoras, encontra-se no excerto abaixo:

Deve ser analisada à luz da interpretação de que ser governo não é ser poder. Ou seja, governo diz respeito às instituições; poder é uma categoria que remete à correlação das forças sociais. [...] Torna-se necessário retomar aqui algumas análises teóricas acerca da natureza e atuação do Estado capitalista, cuja lógica desarticuladora da organização popular transforma as demandas sociais em questões técnicas, destituindo-as de seu conteúdo político (FLEURY, 1988, p. 204).

A permanência das forças conservadoras, segundo a mesma autora, representadas pelos setores capitalistas nos serviços de saúde são capazes de atuar sob os aparelhos burocráticos cujo objetivo central é impedir o avanço da Reforma Sanitária Brasileira “caracterizando-a como uma mera proposta ideológica (e, portanto, inoperante) de grupos esquerdistas” (FLEURY, 1988, p. 204).

Dessa forma, quando retomamos as reflexões de FLEURY (1988), nas discussões desse trabalho, estamos relacionando essa transição continuísta da sociopolítica brasileira, permeado pelo conservadorismo e pela permanência da lógica do lucro, como um dos obstáculos colocados aos avanços do processo mais orgânico da Reforma Sanitária Brasileira e, por conseguinte, da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Buscamos refutar, com esses argumentos, apontamentos sobre a necessidade de paciência com a efetivação do SUS por ser um sistema novo e em construção, mencionado

por Heloísa, uma de nossas entrevistadas, em discurso anterior. A ideia presente é a de que tal linha lógica de pensamento negligencia o aspecto central de disputa de poder e enfrentamentos necessários, para a real concretização da Reforma Psiquiátrica, que ocorrerá, em nosso entendimento, por meio de rupturas e não de processos continuístas, meramente reformistas, da permanência da lógica, chamada por FLEURY (1988), da *dialética do possível*.

Os profissionais que apresentaram, em suas narrativas, a não concordância com a permanência dos hospitais psiquiátricos, defendem que as transformações sejam clínicas e políticas nos saberes e práticas em Saúde Mental. Estes trabalhadores já fizeram ou fazem parte de movimentos sociais, não exclusivamente ligados à Luta Antimanicomial, mas também militantes de Coletivos Feministas ou por Igualdade Racial. Eles são profissionais que, para além dos currículos universitários formais, buscaram outros espaços de formação profissional. ROTELLI (1990) apontou que muitos profissionais do campo da Saúde foram atraídos por escolas de pensamento notadamente técnico e desvinculadas do contexto social, político e cultural. O autor ressalta a importância dos movimentos sociais como propulsores de inovação e transformação de modelos e práticas de saúde estabelecidos.

As questões levantadas sobre a militância revelaram, entre os sujeitos entrevistados, que as críticas paradigmáticas sobre o que consideramos ser o núcleo duro da proposta de desinstitucionalização – o lugar de manejo da crise psiquiátrica – foram realizadas pelos militantes sociais, não só do campo da Saúde, mas por pessoas que participaram ou participam de coletivos contra o racismo e a desigualdade de gênero, por exemplo.

Dessa forma, podemos refletir sobre a relação existente entre participação em movimentos sociais e a formação crítica dos trabalhadores, portanto, para além da formação técnica. Os espaços dos movimentos sociais foram apontados, a exemplo do discurso de Dandara, como lugares de reflexão crítica sobre ideias instituídas, contribuindo para o processo de

desnaturalização de concepções que são construídas culturalmente e que vão orientar práticas profissionais.

Portanto, entre nossos entrevistados, os movimentos sociais apresentaram-se como possibilidades relevantes de críticas paradigmáticas e de trabalho por transformações de modelos sociais e políticos. São consideradas formas importantes de construções coletivas de enfrentamento à lógica hegemônica, relevantes aos avanços históricos da Saúde Mental Coletiva.

Enfim, trata-se de refletir sobre caminhos possíveis a serem trilhados pelos movimentos sociais, diante do atual cenário no campo da Saúde Mental, considerado momento desafiador, para a contínua construção da Rede de Atenção Psicossocial.

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS À ABERTURA DE QUESTÕES

O questionamento do manicômio como instrumento terapêutico, nascido com a Luta Antimanicomial, passa a considerá-lo grande símbolo da exclusão social e inerentemente não-terapêutico, com efeitos considerados nocivos aos sujeitos institucionalizados. Tal questionamento fez surgir a ideia de que sua mera organização não seria suficiente. Era necessário extingui-lo, criando possibilidades de convivência vinculadas à comunidade e ao território dos sujeitos. Contudo, assim como as concepções sobre a loucura e os sujeitos não foram construídas historicamente de maneira linear, a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica também não o foram.

A Reforma Psiquiátrica ocorreu, no cenário brasileiro, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira que pautou a construção do Sistema Único de Saúde. A Luta Antimanicomial havia chegado à Saúde Pública, tendo o movimento social como ator importante nas formulações de políticas públicas de saúde.

Neste trabalho, os sujeitos entrevistados – trabalhadores do campo da Saúde Mental – permitiram revelar, em suas narrativas, aspectos relevantes de suas trajetórias profissionais e algumas de suas concepções e práticas na área.

Em relação ao interesse pelo campo da Saúde Mental, a dimensão dos grupos de pares e familiares, exercidas de diferentes formas, apresentaram-se com papel relevante de identificação e aproximação com o campo do trabalho, assim como a formação educacional, de modo especial, a universitária, e a preocupação com as inserções no mercado de trabalho. O interesse pelo campo da Saúde Mental mostrou-se atrelado ao interesse pelo “outro” e sua condição. Importante aspecto observado é o de antes de tornarem-se profissionais da Saúde Mental, que se constitui em área especializada, houve interesse e escolha por profissões de cuidado.

Sobre os princípios norteadores do cuidado nas práticas profissionais, observamos, em comum, que o aspecto do vínculo, da relação terapêutica e

da escuta são valorizados pelos profissionais. Observa-se variadas concepções e práticas sobre o que significa vínculo, expressando a adoção de perspectivas mais próximas, por alguns, ao Modo Asilar e outros ao Modo Psicossocial. Não somente em relação aos conteúdos trazidos sobre princípios norteadores das práticas profissionais, mas no conjunto das entrevistas, é possível observar que os discursos não são lineares e totalmente inscritos no Modo Asilar ou no Modo Psicossocial, apresentando, por vezes, elementos de ambos em uma mesma fala. Tal fato permite-nos apontar para a complexidade da realidade que, diante de novos modelos de assistência, a exemplo do Modo Psicossocial, traços do mesmo são incorporados de maneira processual, observando-se a dialética entre desconstrução e manutenção do antigo modelo, o que sinalizaria uma possibilidade de transição de paradigmas na práxis dos serviços de saúde.

Em relação às identidades profissionais em Saúde Mental, alguns sujeitos parecem revelar identidades contraditórias, que se movem em diferentes direções, de acordo com sistemas de significação e representações culturais que vão se multiplicando, em função de suas trajetórias e contextos de vida. Daí, termos evidenciado que, no processo de discussão sobre identidades profissionais, as relações entre os trabalhadores nas equipes estão permeadas por essas identidades que caminham, em nível das práticas, pelos meandros de processos de negociação mais integrativos ou conflituosos.

Em relação às práticas disciplinares e interdisciplinares, podemos observar nos relatos dos entrevistados, notadamente nos CAPS, impasses a serem superados. Por um lado, a necessidade de práticas interdisciplinares, pautadas pelo modelo psicossocial e, por outro, as resistências à superação ao disciplinar, representado pelo modelo biomédico de assistência, tendo em vista a percepção equivocada de que a prática interdisciplinar implica anulação da prática especializada, caracterizada pelo modelo disciplinar de formação.

É também relevante reafirmar que, mesmo a despeito de enunciarem diferentes perspectivas, ora mais próximas do Modo Asilar, ora mais

próximas do Modo Psicossocial, os profissionais entrevistados apresentam identificação com o campo da assistência em Saúde Mental.

Sobre as vivências e trajetórias no mundo do trabalho em Saúde Mental, alguns sujeitos consideraram que a saúde mental constitui-se como parte importante de seu projeto de vida, em uma dimensão do prazer ancorada no sentido que a prática representa. Também reconhecem a relevância da equipe interdisciplinar nas trocas de saberes compartilhados, elemento considerado relevante para a atuação, segundo o modelo de Atenção Psicossocial.

Em relação às frustrações em suas práticas profissionais é apontado por muitos sujeitos que a persistência do modelo biomédico, norteando o processo de atenção em saúde, associado ao Modo Asilar, paradigma que permanece orientando práticas em serviços pretensamente inscritos no Modo Psicossocial, é elemento de angústia e de frustrações, notadamente por aqueles que se identificaram com o projeto de transformação paradigmática em relação ao cuidado em Saúde Mental, característico da proposta da Reforma Psiquiátrica.

Sobre os momentos de crise vividos pelos profissionais foram mencionados conflitos de ordem pessoal e relativos à prática profissional. Nos relatos sobre as práticas profissionais foram destacados os conflitos entre os dois modelos de atendimento, asilar e psicossocial, com a menção da não ocorrência do real processo de desinstitucionalização, no estado de São Paulo. O significado que o termo crise ocupa, no cotidiano de muitos dos profissionais em Saúde Mental, pode explicitar o que representa este processo de busca de transformação das concepções e práticas na área para muitos profissionais. Foram apresentados relatos que exemplificam o que consideramos característico de uma crise de transição vivida pela Saúde Mental, traduzida pela negação do antigo paradigma e afirmação do novo, por profissionais que se identificam como trabalhadores e que não dissociam o sentido profissional do próprio sentido social de seu lugar no mundo. Vale destacar o aspecto positivo da crise, evidenciado por alguns

sujeitos, sobre os aprendizados a partir daquelas vividas, durante suas trajetórias.

Em relação às percepções de transformações no campo da saúde mental, desde a Reforma Psiquiátrica, os discursos foram proferidos em uma direção que aponta para a complexidade da área, sobre as diferentes gamas de transformação que a Luta Antimanicomial propõe de mudança do paradigma de atenção em Saúde Mental. Ou seja, da lógica que preside a chamada “assistência em saúde”, inscrita no modelo biomédico para o Modo Psicossocial.

Algumas narrativas podem ser consideradas representativas do que se considera como conquistas do movimento pela Reforma Psiquiátrica e sobre desafios ainda presentes. A internação psiquiátrica foi considerada, por alguns sujeitos, como não sendo a única possibilidade, apontando para a ideia de que a Reforma Psiquiátrica ampliou o horizonte de possibilidades de atendimento em Saúde Mental, assim como a menção às internações breves, aspecto que também, ao que parece, apresenta significado diferente em relação à noção e prática de asilamentos de décadas nos manicômios, característica marcante das internações do período anterior à Reforma Psiquiátrica.

Contudo, a ideia de manutenção do hospital psiquiátrico como parte da rede de atenção, presente em alguns discursos, respalda-se na concepção de que o lugar da Emergência Psiquiátrica permanece sendo o isolamento, mesmo que numa ideia reformada de *ser mais o breve possível*. Outro aspecto que ganha destaque é a consideração de que é legítima a inclusão do hospital psiquiátrico na Rede de Atenção em Saúde Mental, apontando para a ideia de que sua extinção seria um problema para a assistência no campo. Não foram mencionados, por alguns sujeitos, que o lugar de manejo da Emergência Psiquiátrica teriam como possibilidades, já previstos nas portarias do Ministério da Saúde, os leitos em hospitais gerais e nem nos CAPS III.

Alguns sujeitos diferenciaram a Reforma Psiquiátrica da Luta Antimanicomial, quando expressam uma posição de crítica à inserção dos

hospitais psiquiátricos na Rede de Atenção em Saúde Mental. Consideram que a Luta Antimanicomial permanece atrelada à ideologia de ruptura do modelo manicomial, enquanto a Reforma Psiquiátrica, no seu processo de implementação passa, através das políticas de saúde, a consentir na convivência entre as instituições totais e os serviços substitutivos.

Os profissionais entrevistados revelam diferentes perspectivas quanto à visão sobre práticas em saúde mental. Algumas estão mais atreladas à manutenção do modelo asilar e defendem a coexistência de instituições fechadas na rede de atenção em saúde mental, tais como, comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos, junto com os serviços substitutivos, aspecto entendido como *núcleo duro* de concepções e práticas em saúde mental. Podemos considerar que esse consentimento encontra respaldo na crença de que a internação pode ser necessária e que o local legítimo de tratamento da Emergência Psiquiátrica continua sendo a instituição fechada. Outras perspectivas se contrapõem a essa visão de manutenção do asilamento, ao defender a necessidade de transformação paradigmática na direção da construção da Atenção Psicossocial.

Todos os profissionais entrevistados reconhecem, em seus discursos, a importância da Reforma Psiquiátrica e vale mencionar que nenhum profissional entrevistado posicionou-se contra a relevância desse movimento. Todavia, a forma como discursaram sobre a crise psiquiátrica permite identificar em alguns entrevistados que a resistência aos princípios básicos da Reforma Psiquiátrica apresenta-se como defesa ao que consideram ser nuclear para garantir a permanência e legitimidade do paradigma biomédico na “arte do tratamento”. Em relação à discussão sobre o lugar da Emergência Psiquiátrica e os significados da loucura, alguns profissionais entendem que deve ser realizado o controle da pessoa em crise, no seu sentido físico e psicofarmacológico. Nesse contexto, vale considerar que a expressão “controle de crise”, para referir-se ao tratamento, encontra-se impressa numa perspectiva biomédica e asilar, e não da Atenção Psicossocial, cujo termo usualmente empregado é o de manejo.

COSTA-ROSA (2010) considera que os CAPS são fruto da proposta do Modo Psicossocial de cuidado em Saúde Mental, enquanto que os hospitais psiquiátricos estão identificados no Modo Asilar. Contudo, entende que apesar de serem opostos no plano ideológico, é compreensível que convivam na prática, já que a realidade é complexa, contraditória e permeável por vários modos de pensar e agir que geram tensões e disputas cotidianas, concepção essa que vai ao encontro da concepção de Edgar Morin, quando considera que paradigmas que norteiam visões de mundo são nucleares e se apresentam ao mesmo tempo na perspectiva dos sujeitos como linguística, lógica e ideológica.

Ainda concordantes com a possibilidade de coexistência do modelo asilar e modelo psicossocial, as narrativas dos profissionais apontam que mesmo uma visão clínica pretensamente humanizadora, que defenda em seu discurso um tratamento digno, pode operar na perspectiva do modelo positivista, a exemplo do modelo biomédico e asilar, que não está necessariamente vinculada à defesa de uma postura política, que contemple pessoas com sofrimento psíquico como sujeitos de direitos e de cidadania, e sim inscrita na concepção de que devem ser objeto de tutela. Assim, praticamente todos os profissionais apresentam discursos de humanização no campo da Saúde Mental, mas sem necessariamente enunciarem visões críticas aos modelos asilares.

A Luta Antimanicomial é também uma luta por humanização. Mas a polissemia do termo humanização aponta para a relevância do aprofundamento do debate sobre os significados clínicos e políticos das práticas atuais em Saúde Mental, buscando diálogo e movimentação na direção de uma Luta, de fato, Antimanicomial. Para tal, entende-se que a transformação paradigmática possibilitaria a não sedimentação de um “neopinelianismo” e o que se pode considerar uma nova epopeia pela humanização dos atuais espaços manicomiais reformados, a exemplo das já mencionadas Comunidades Terapêuticas.

Sobre a questão do direito à saúde ou saúde como um negócio, as Organizações Sociais na administração dos serviços públicos foram

consideradas, por alguns dos entrevistados, obstáculos à participação social e ao controle público, que são princípios do SUS. Entre os críticos das Organizações Sociais de Saúde há o argumento de que, por exemplo, na saúde mental, os hospitais psiquiátricos que visaram lucro foram substituídos por CAPS administrados por Organizações Sociais, cujo interesse é o mesmo: lucro. Por outros profissionais essas foram consideradas positivas, quando inseridas na administração pública, por ampliar a oferta de trabalho e melhorar suas condições instrumentais e, principalmente por aumentar o acesso dos usuários aos serviços de saúde mental.

Contudo, as Organizações Sociais foram apontadas por outros sujeitos como melhor planejadas e melhor estruturadas para o atendimento às pessoas com sofrimento psíquico, numa acepção quantitativa porque circunscrita ao aumento do acesso dos usuários aos serviços. A questão do acesso é fundamental, mas não contempla, em nosso entendimento, a complexidade do amplo processo de saúde, que envolve para além da universalidade, os princípios da integralidade e da equidade, assim como a participação social na produção, consumo e controle da saúde e não contempla a saúde como direito social.

Dessa forma, os desafios atuais e embates ideológicos no campo da Saúde Mental podem ser compreendidos através da tensão de diferentes ordens sociais, econômicas e políticas, passíveis de serem manifestadas entre um modelo de concepção de sujeito de direitos, em contraposição à lógica de mercado, que se atrela ao modelo institucional representado pela lógica biomédica.

Sobre os movimentos sociais, os profissionais que apresentaram em suas narrativas a não concordância com a permanência dos hospitais psiquiátricos já fizeram ou fazem parte de movimentos sociais, não exclusivamente ligados à Luta Antimanicomial, mas também militantes de Coletivos Feministas ou por Igualdade Racial. Tratam-se de profissionais que para além dos currículos universitários formais, buscaram outros espaços de formação profissional.

Dessa forma, podemos refletir sobre a identificação existente entre participação em movimentos sociais e a formação crítica dos trabalhadores em Saúde Mental que os coloca, portanto, para além da formação técnica. Os espaços dos movimentos sociais foram apontados como lugares de reflexão crítica sobre ideias instituídas contribuindo, ao que parece, para o processo de desnaturalização de concepções que são construídas culturalmente e que vão orientar práticas profissionais.

Portanto, entre nossos entrevistados, os movimentos sociais apresentaram-se como possibilidades relevantes de críticas paradigmáticas e de trabalho por transformações de modelos sociais e políticos. São consideradas formas importantes de construções coletivas de enfrentamento à lógica hegemônica, relevantes aos avanços históricos da Saúde Mental Coletiva.

A proposição do paradigma Psicossocial, por COSTA-ROSA (2010) permite observar que a Luta Antimanicomial está para além de uma Reforma Psiquiátrica e, inspirado no pensamento de Basaglia, representa uma demolição cultural do lugar da loucura na sociedade. Dessa forma, para o avanço da construção do Paradigma Psicossocial, concretizado na estruturação da Atenção Psicossocial, há um eixo de luta por transformação social e não circunscrita ao campo da Saúde, assim como a Reforma Sanitária também defende.

O que se descortina em termos de uma discussão ao campo da Saúde Mental são questões que permanecem em aberto e que, em nosso entendimento, merecem ser discutidas e melhor aprofundadas, quer em nível do conhecimento, quer da prática.

As seguintes indagações estão ancoradas em muitos dos discursos de nossos entrevistados, que se apresentaram como reflexões críticas, acerca do próprio Sistema Único Saúde e da Rede de Atenção Psicossocial, ao se depararem com essas questões na prática cotidiana, quer em relação aos problemas de gestão administrativa, quer em relação à construção da Rede de Atenção.

A desinstitucionalização, concreta e simbólica, encontra-se no horizonte de uma política pública de atenção em Saúde Mental que realmente tenha como projeto a real implementação de tal processo? Como promover espaços de reflexão sobre a questão da desinstitucionalização e sobre os rumos da Reforma Psiquiátrica? A permanência dos hospitais psiquiátricos e das Comunidades Terapêuticas estaria descaracterizando as propostas iniciais da construção da Atenção Psicossocial, considerando os interesses privados e a manutenção da lógica asilar?

Como a integralidade e o controle público estão sendo contemplados em nível das políticas públicas, no campo da Saúde Mental, e seus processos de implementação, no Sistema Único de Saúde que passa a incorporar, em seu funcionamento, por um lado, estruturas tais como as Comunidades Terapêuticas, no campo dos serviços e, por outro, as Organizações Sociais de Saúde, no campo administrativo, que parecem ser obstáculos à efetivação desses princípios?

Entendemos que a busca de respostas a tais perguntas representam um convite à reflexão para que novas investigações no campo sejam realizadas, tendo em vista responder à complexidade de que se reveste o pensar a Saúde Mental como um campo de conhecimento e de prática em construção.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F.H; MELO-SILVA, L.L. **Influência dos pais no processo de escolha profissional dos filhos: uma revisão da literatura**. Psico-USF (Impr.), Itatiba, v. 16, n. 1, Abr. 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712011000100009&1ng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 set. 2015.

ALVARENGA, A.T.; VASCONCELLOS, M.P.; ADORNO, R.C.F. **A contribuição das ciências sociais e humanas na pesquisa, no ensino e na formação em saúde**. Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 20, n. 1, mar. 2011.

ALVARENGA, A.T.; ALVAREZ, A.M.S.; SOMMERMAN, A.; PHILIPPI JR., A. **Interdisciplinaridade e transdisciplinaridade nas tramas da complexidade e desafios aos processos investigativos**. In: Práticas da Interdisciplinaridade no ensino e pesquisa. Barueri, SP: Manole, 2014.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª Ed. Editora Fiocruz; Rio de Janeiro, RJ; 2003a.

AMARANTE, P. **O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**; 2ª Ed. Editora Fiocruz; Rio de Janeiro, RJ; 2003b.

AMARANTE, P. **Rumo ao fim dos manicômios**. Revista Mente e Cérebro; ed. 164; Setembro de 2006; p. 30-35.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Editora Fiocruz; Rio de Janeiro, RJ; 2007.

ANDRADE, A.P.M., MALUF, S.W. **Cotidianos e trajetórias de sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira**. In: FERREIRA, J. e FLEISCHER, S. Etnografias em serviços de saúde. Rio de Janeiro, Garamond: 2014, p. 33-55.

ARBEX, D. **Tratamento desumano inicia reforma psiquiátrica no país**, Tribuna de Minas. 24 de novembro de 2011. http://blogln.ning.com/forum/topics/tratamento-desumano-inicia-reforma-psiqui-trica-no-pa-s-daniela?xg_source=activity; acesso em 30.11.2011.

ARRUNÁTEGUI, G.A.D.F. **Olhares entrecruzados: mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo**, tese, Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, 2008.

AYRES, J. R. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade**. v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. 3ª Ed. trad. Heloisa Jahn; Editora Graal; Rio de Janeiro, 1985.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. organização Paulo Amarante; Garamond Universitária; Rio de Janeiro, 2005.

BITTENCOURT, R.N. **Espinosa e a crítica da política dos afetos tristes**. Revista Eletrônica Achegas.net – Revista Ciência Política (ISSN 1677-8855), n. 41, Jan/Jul 2009, p. 104-120.

BOFF, L. **O cuidado inicial: o princípio de um novo ethos**. Inclusão social, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, out./ mar., 2005.

BOURDIEU, P. et al. **A miséria do mundo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

BOURDIEU, P. **Razões práticas sobre a teoria da ação**. Campinas: Papirus, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha nacional de humanização**. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno humaniza SUS**. Programa Nacional de Humanização e Saúde Mental. Brasília, DF, 2015

BRITO, M.J.M; VIANNA, P.C.M; COSTA, A.S.S.M; SILVA, T.C.; SANTOS, F.X. **Os traços identitários de profissionais que atuam em um serviço substitutivo de saúde mental de Belo Horizonte**. Revista Ciência, Cuidado e Saúde, 8(4), Out/Dez, 2009, p. 523-530.

CAMARGO JUNIOR, K.R. **A biomedicina**. Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 7(1): 45-68, 1997.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octávio Ferreira Barreto Leite. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CAPONI S. **Georges Canguilhem: del cuerpo subjetivo a la localización cerebral**. Salud Colectiva. 2010;6(2):149-161.

CASTRO, J.C.L. **VI Colóquio internacional Marx e Engels: capitalismo e discurso da universidade: Marx com Lacan**. Campinas, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª inspeção nacional de direitos humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Brasília, DF; 2011.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ. **Os leitos psiquiátricos no Paraná**. Revista Contato; ano 13, edição 73; jan/fev de 2011.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ. **Saúde mental: a estrutura no modelo substitutivo ao hospitalocêntrico**. Revista Contato; ano 12; edição 71; set/ out de 2010.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO RIO DE JANEIRO; Jornal, Ano 2, nº 10, junho de 2006.

COSTA-ROSA, A. **O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar**. In AMARANTE, Paulo (org.). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COSTA-ROSA, A. **atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva**. Editora UNESP, São Paulo, 2010.

COSTA-ROSA, A. da, LUZIO, C. A. & YASUI, S. **As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25, maio/ago. 2001.

COURTINE-DENAMY, S. **O Cuidado com o mundo: diálogo entre Hannah Arendt e alguns de seus contemporâneos**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004.

DALLARI, S.G. **A construção do direito à saúde no Brasil**. Revista de Direito Sanitário. V. 9. n. 3. p. 9-34, nov.2008/ fev. 2009,

DECLARAÇÃO DE CARACAS; Organização Mundial de Saúde, 1990; acesso <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas>.

FLEURY, S.M. **O dilema da reforma sanitária brasileira**. In: BERLINGUER, G; FLEURY. S.M; CAMPOS, G.W.S. Reforma Sanitária: Itália e Brasil. Editora Hucitec. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, São Paulo, 1988.

FÓRUM DA LUTA ANTIMANICOMIAL DE SOROCABA; 22 de julho de 2011; <<http://flamasorocaba.wordpress.com/2011/07/22/nota-de-repudio-do-flamas-as-declaracoes-do-prefeito-vitor-lippi/>>.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. Editora Perspectiva; 7ª Ed.; São Paulo; 1972.

FOUCAULT, M. **O nascimento da medicina social**. In: Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, p. 79-98, 1993.

HALL, S. **Identidades culturais na pós-modernidade**. Trad. Tomas Tadeu da Silva, Guaracira Lopes Louro. Rio de Janeiro: DP&A Ed., 1997.

HOULE, G. **A sociologia como ciência da vida: a abordagem biográfica**. In: **A Pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

GARCIA, M.R.V. (org.). **Levantamento de indicadores sobre os manicômios de Sorocaba e região: relatório parcial de pesquisa**; Flamas: Fórum de Luta Antimanicomial de Sorocaba; Sorocaba, Setembro de 2011; acesso <<http://flamasorocaba.files.wordpress.com/2011/09/dossie-setembro-18-09-2011.pdf>> em 30.11.2011.

GOFFMAN, E.; **Manicômios, prisões e conventos**. 2ª Ed.; Editora Perspectiva; São Paulo, 1987.

GUIMARÃES, J. et al. **Desinstitucionalização em saúde mental: considerações sobre o paradigma emergente**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 5-11, maio/ago. 2001.

LIMA, M.E.A.T. **Análise do discurso e/ou análise de conteúdo**. Psicologia em revista, Belo Horizonte, v. 9, n. 13, p.76-88, jun. 2003.

LINHART, D. **Entrevista**. Trab. educ. saúde (Online), Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 149-160, Junho 2011. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 Out. 2015.

LUZ, M.T. **A disciplina das doenças e a razão social: categorias médico-sociais no século XIX**. In: Natural, Racional, Social. Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna. Rio de Janeiro: Editora Campus, p. 83-116, 1988.

MAGNUS, C.N & MERLO A.R.C. **Sofrimento-prazer: dinâmica do trabalho de profissionais de saúde mental de um hospital psiquiátrico público**. V. 43, n. 2, PP. 185-192, abr/jun. 2012. Revista Psico, Porto Alegre – PUCRS.

MARAZINA I.V. **Trabalhador de saúde mental. encruzilhada da loucura.** Saúdeloucura, n 1. São Paulo: Hucitec; 1989.

MENDES, A; MOREIRA, M. (Org.). **Comentários à lei de responsabilidade na gestão fiscal.** São Paulo: Cepam, 2001

MEIHY, J.C.S.B.. **Manual de história oral.** 5ª ed. São Paulo: Loyola, 2005.

MERHY, E.E. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde.** 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTE CARDOSO, F. A **Saúde entre os negócios e a questão social: privatização, modernização e segregação na ditadura civil-militar (1964-1985).** Dissertação. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2013.

MUYLAERT, C.J. **Formação, vida profissional e subjetividade: narrativas de trabalhadores de Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil,** dissertação, Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, 2013.

OLIVEIRA, P.F. **Liberdade, afetividade e atividade: o tripé terapêutico de Nise da Silveira no discurso dos integrantes do núcleo de criação e pesquisa sapos e afogados.** Dissertação. São João Del Rey, MG; 2012.

PACHECO, J.G. **Reforma psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência;** Juruá Psicologia; Curitiba, PR; 2009.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Tese (doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador: J.S. Paim, 2007. 300 p.

PAIS, J.M. **Sociologia da vida cotidiana: teorias, métodos e estudos de caso.** Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2002.

PERRUSI, A. **Imagens da loucura: representação social da doença mental na psiquiatria.** São Paulo: Cortez; Recife: Editora da Universidade Federal de Pernambuco, 1995.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas.** Editora 34; São Paulo, SP; 1994.

PESSOTTI, I. **O século dos manicômios.** Editora 34; São Paulo, SP; 1996.

PSICOLOGIA, CIÊNCIA E PROFISSÃO. **Diálogos**, Revista; Reportagem Pai PJ: Fazendo a diferença. Ano 2, n.2, Brasília, DF; 2005.

RAMMINGER, T. **A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico**. In: Boletim de Saúde. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul; Escola de Saúde Pública, v.16, n. 1, Porto Alegre, 2002.

QUEIROZ, M.I.P. **Relatos orais: Do indizível ao dizível**. In: Von Simon, O.M. (org.) - Experimentos com História de Vida (Itália-Brasil), São Paulo, Vértice, 1988.

REIS, A.O.A.; MARAZINA, I.V.; GALLO, P.R. **A humanização na saúde como instância libertadora**. Saúde e Sociedade. v.13. n.3. p. 36-43. Set-dez, 2004.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. **Análise de conteúdo e análise de discurso: aproximações e afastamento na (re)construção de uma trajetória**. Alea, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 305-322, jul.-dez. 2005

ROTELLI F. **Entrevista com Franco Rotelli**. In: Delgado J, organizador e tradutor. A loucura na sala de jantar. São Paulo: Resenha; 1990. p. 81-95.

SALES, A.L.L.F. & DIMENSTEIN, M.D.B. **Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: práticas em desconstrução?** Artigo; Revista Psicologia em Estudo, v. 14, n. 2, p. 277-285, Maringá, 2009.

SANT'ANNA, T.C. & BRITO, V.C.A.; **A lei antimanicomial e o trabalho de psicólogos em instituições de saúde mental**; Artigo In: Psicologia Ciência e Profissão; Conselho Federal de Psicologia; n. 3; ano 26; 2006.

SAWAIA, B.B. **O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/ inclusão**. In: SAWAIA, B. (org). As Artimanhas da Exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social. 9 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009, p. 97-118.

SILVA, M.L.B. & DIMENSTEIN, M.D.B. **Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão**. Artigo In: Arquivos brasileiros de psicologia; v.66, n.3, 2014.

SINGER, P. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.

VELHO, G. **Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea**. Jorge Zahar Editora, 2004.

VÍCTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Fui informado a respeito da presente pesquisa, intitulada “Visão de Mundo e Prática Profissional em Saúde Mental”, sob responsabilidade da aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, Paula Morena Souto Derenusson Silveira, orientada pela Profa. Dra. Augusta Thereza de Alvarenga, da referida faculdade.

Após ser convidado a participar dessa pesquisa, tive a informação de que o objetivo geral da mesma é o de compreender relações entre a visão de mundo dos profissionais e a prática dos mesmos no campo da saúde mental. Fui informado, igualmente, que, com a minha participação, estarei contribuindo para o desenvolvimento e aprimoramento do cuidado em saúde mental, previsto pela Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/01), que se refere aos serviços psicossociais de atendimento em saúde mental.

Fui também informado de que se trata de uma pesquisa do tipo qualitativa, na qual a minha participação consistirá na autorização do fornecimento de informações por mim cedidas, em relação às vivências pessoais e profissionais, em uma entrevista, que será realizada pelo próprio pesquisador, responsável pela pesquisa, a qual será gravada mediante a minha autorização e posteriormente transcrita para divulgação em sua dissertação de mestrado e publicações relacionadas.

Além disso, fui também informado que em nenhum momento serei identificado pelo meu nome, mas sim por um número ou nome fictício, a fim de preservar minha identidade quando forem apresentados os resultados da pesquisa. Estou garantido de que poderei desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, inclusive sem nenhum motivo, bastando para isso informar minha decisão de desistência. Fui esclarecido ainda, que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não terei direito a nenhuma remuneração. A participação na pesquisa incorrerá em riscos mínimos, tais como o desconforto pelo tempo de duração da entrevista ou pelo conteúdo por ela abordado.

Se eu estiver de acordo em participar, assinarei este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado em duas vias, devidamente assinadas pelo pesquisador, sendo que uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será entregue a mim e a outra ficará sob a guarda pesquisador, conforme a resolução CNS 466/12.

Caso eu prefira não assinar, por não querer me identificar, minha decisão será respeitada e poderei, mesmo assim, participar da pesquisa mediante a assinatura de duas testemunhas como alternativa à minha não assinatura do presente Termo de consentimento livre e esclarecido. Fui informado que caso opte por não oferecer a autorização, não receberei nenhuma punição por isso.

Declaro, finalmente, que recebi todas as demais informações que solicitei sobre a pesquisa, bem como que este termo foi lido junto comigo, de modo que decido participar.

Em casos de dúvidas poderei contatar a pesquisadora Paula Morena Souto Derenusson Silveira, no telefone (11)94820-2710, ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – CEP 01246-904, São Paulo, SP – Telefone: (11) 3061-7779 – e-mail: coep@fsp.usp.br

São Paulo, de de 2015.

Assinatura do participante:_____

Assinatura do pesquisador:_____

**ANEXO 2 - Formulário para caracterização sociodemográfica dos
profissionais entrevistados**

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Pesquisadora: Paula Morena Souto Derenusson Silveira

Orientadora: Augusta Thereza de Alvarenga

Data da entrevista: ____/____/2015

Local: _____

Entrevistado(a) _____

Idade: _____

Formação/ Local: _____

Local de trabalho: _____

Atividade exercida/ Tipo de Ocupação: _____

Tempo de atuação: _____

Outras observações: _____

ANEXO 3 – Roteiro Temático para Entrevista

1. Como você passou a se **interessar** pela Saúde Mental?
2. Como você começou a **atuar** profissionalmente na área da Saúde Mental?
3. Como foi a sua **formação** em Saúde Mental?
4. O que mais te **atraiu para atuar** na área da Saúde Mental?
5. Como você entende a **contribuição**, o papel da **sua profissão** para a SM?
6. O que você destacaria de **aspectos mais relevantes** da sua prática ao longo da sua carreira profissional?
7. Na sua **trajetória** de vida profissional, houve momentos, experiências, leituras e/ ou pessoas que **te marcaram de maneira significativa**? Como foi? Marcaram de que modo?
8. Você passou por momentos de **crises pessoais e/ ou profissionais** que, de alguma forma, afetaram sua vida profissional? Que tipo de crises? Em que momentos? Como afetou?
9. Como são as **relações de trabalho** em equipe na sua instituição?
10. O que mais te **dá prazer**, na sua atuação profissional?
11. E o que mais te **causa frustração**?
12. Se você pudesse mudar algo na instituição em que você atua, o **que você mudaria** para a melhoria do atendimento?
13. Você tem alguma ideia de como seria o atendimento e **tratamento ideal** na área da Saúde Mental nos dias atuais?
14. Na sua experiência, você **considera que houve transformações** no campo da Saúde Mental? Se sim, **que transformações** foram essas e **qual a avaliação** que você faz delas? Quais as possibilidades e limites para mudanças nesse campo?
15. O que você tem a dizer sobre o **movimento da Reforma Psiquiátrica** para o campo da Saúde Mental no Brasil?

16. O que você acha que ainda **falta**, quais são **problemas** do movimento antimanicomial?
17. O que você **valoriza na sua prática profissional e não abre mão**?
18. Você tem ou teve participação em algum tipo de **movimento social** ou **trabalho voluntário** que foram relevantes para a sua vida profissional e/ ou pessoal? Em que **momentos** de sua vida elas ocorreram e como foi a **experiência** e o **significado** que tiveram?
19. Tem mais algo que você queira acrescentar?

ANEXO 4 – Aprovação do Comitê de Ética

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Visão de Mundo e Prática Profissional em Saúde Mental

Pesquisador: PAULA MORENA SOUTO DERENUSSON SILVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47667015.7.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública USP/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.199.896

Apresentação do Projeto:

Partindo do pressuposto de que foram observadas, em nível da literatura, diferentes práticas de profissionais em saúde mental no que tange à adoção do modelo biomédico ou do modelo psicossocial, no presente trabalho parte-se de alguns pressupostos no sentido de indagar quais as possíveis relações entre a atuação profissional e a visão de mundo desse profissional, construída não só a partir de sua formação acadêmica, mas também atravessado por suas trajetórias de vida e contextos associados, para além do currículo universitário formal. Os tópicos do referencial teórico são: 1. A Saúde Mental e a questão do cuidado como problema social de Saúde Pública 1.1 A trajetória da Saúde Mental rumo à Reforma Psiquiátrica 1.2 O cuidado no campo da Saúde Mental e seus desafios como conhecimento e prática na sociedade contemporânea 2. A Reforma Psiquiátrica no contexto da Reforma Sanitária Brasileira e contribuições para novas práticas em Saúde Mental 2.1 Movimento da Reforma Psiquiátrica no contexto da Reforma Sanitária Brasileira 2.2 Saberes e tensões entre o modelo biomédico de assistência e a proposta psicossocial do cuidado em Saúde Mental 3. Novas concepções, novas práticas, formação profissional e visão de mundo em Saúde Mental 3.1 Pilares epistemológicos de novas propostas em Saúde Mental e seus desafios 3.2 Sobre a atuação profissional para além da formação acadêmica: desafios das novas práticas em Saúde Mental.

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.248-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 1.199.896

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Relacionar contextos, trajetórias de vida, formação acadêmica e opção pela prática profissional em Saúde Mental.

Objetivo Secundário:

Identificar concepções e práticas profissionais em relação a modelos tradicionais e a propostas inovadoras em Saúde Mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo oferece riscos mínimos à integridade psíquica, física, moral, social e econômica dos sujeitos, aos quais serão assegurados a confidencialidade e privacidade das informações, proteção da imagem, não estigmatização dos sujeitos e a não-utilização das informações em prejuízo das pessoas envolvidas. A partir do pressuposto que a pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes, os pesquisadores assumem a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos, assim como, os possíveis custos solicitados pelos sujeitos da pesquisa, desde que comprovada e legalmente essa necessidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As considerações sobre a visão de mundo no âmbito das ciências sociais e humanas contribuem para a investigação de questões relevantes no campo da saúde pública e, em especial, na área da saúde mental, tema central deste trabalho, que busca desvelar concepções de mundo e suas relações com modalidades de práticas profissionais em saúde mental. Nessa perspectiva, considera-se a importância de se tomar os profissionais

de saúde como sujeitos fundamentais desse processo e dar voz aos mesmos abrindo reflexões para possibilitar pensar e repensar as estratégias de continuidade da política da Reforma Psiquiátrica, uma vez que esse movimento necessita de renovações constantes diante da complexidade de sua implementação para a melhoria do atendimento integral e humanizado no cuidado em saúde mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão adequados à Resolução 466/2012.

Recomendações:

Sem recomendação.

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.248-904

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 1.199.896

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Acatado parecer da relatoria pela aprovação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompleto_PaulaSilveira.pdf	11/03/2015 16:52:31		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	13/03/2015 15:55:19		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_480946.pdf	18/03/2015 15:49:16		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE-atualizado.docx	04/05/2015 14:22:57		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_480946.pdf	29/07/2015 13:09:09		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 25 de Agosto de 2015

Assinado por:
Sandra Roberta Gouvea Ferreira Vivolo
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.246-904
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br