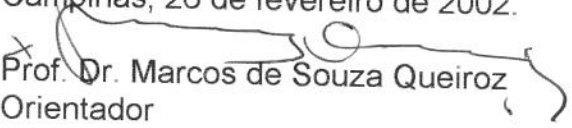


FÁBIO BRUNO DE CARVALHO

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, Área Saúde Mental do aluno **Fábio Bruno de Carvalho**.

Campinas, 26 de fevereiro de 2002.


Prof. Dr. Marcos de Souza Queiroz
Orientador

***HISTÓRIA, INTERDISCIPLINARIDADE E SAÚDE
MENTAL: o serviço de saúde dr. Cândido Ferreira***

CAMPINAS

2002

i

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

FÁBIO BRUNO DE CARVALHO

***HISTÓRIA, INTERDISCIPLINARIDADE E SAÚDE
MENTAL: o serviço de saúde dr. Cândido Ferreira***

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de
Doutor em Ciências Médicas, área de Saúde Mental*

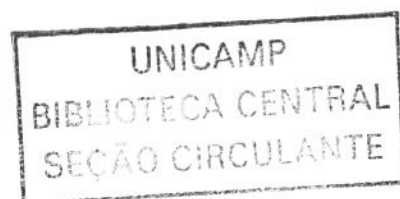
ORIENTADOR: MARCOS DE SOUZA QUEIROZ

CAMPINAS

2002

iii

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL



UNIDADE 80
Nº CHAMADA UNICAMP
C253R
V EX
TOMBO BCI 50489
PROC 16-837102
C DX
PREÇO R\$ 11,00
DATA 21/08/02
Nº CPD

CM001714846

BIB ID 255861

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

C253h Carvalho, Fábio Bruno de
 História, interdisciplinaridade e saúde mental: o serviço de saúde
 Dr. Cândido Ferreira / Fábio Bruno de Carvalho. Campinas, SP :
 [237p.], 2002.

 Orientador : Marcos de Souza Queiroz
 Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
 de Ciências Médicas.

 1. Trabalho-interdisciplinar. 2. Saúde mental. 3. Reforma-
 psiquiátrica. I. Marcos de Souza Queiroz. II. Universidade Estadual
 de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Marcos de Souza Queiroz

Membros:

- 1. Profa. Dra. Maria Heloísa da Rocha Medeiros**
- 2. Profa. Dra. Michelle Selma Hahn**
- 3. Profa. Dra. Maria de Fátima de Campos Françoso**
- 4. Prof. Dr. Paulo Dalgalarrrondo**
- 5. Prof. Dr. Marcos de Souza Queiroz**

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 26/02/2002

100288322

DEDICATÓRIA

Aos colegas e trabalhadores do Cândido que verdadeiramente acreditam no trabalho que realizam.

Aos pacientes, usuários, clientes, sujeitos, moradores, crônicos, agudos, trabalhadores, cooperados, enfim, a esses seres humanos que nos ajudam a descobrir nossas virtudes e nossos pecados.

À minha família, Lígia, Thales e Júlia, que já se acostumou com meus embaraços.

O processo de Mestrado, às vezes, nos faz arrogantes, pois é o primeiro exercício de afirmação de autonomia intelectual; o Doutorado, por sua vez, é um exercício contrário. Ficamos cada vez mais humildes, cada vez sabemos menos, pois vivemos o presente com o desconhecimento do que está a nossa frente e com o que nos foi dado pelo conhecimento passado.

Ao Dr. Décio Pinto de Moura (in memoria), professor e psiquiatra que, primeiramente, me abriu as portas do Cândido Ferreira.

Aos colegas e amigos do Curso de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas, pela compreensão com minhas limitações.

Às alunas, estagiárias de Terapia Ocupacional que estiveram junto comigo ao longo de vinte e três anos construindo um campo de aprendizagem mútuo.

Ao meu orientador que, com seus textos, sempre me mostrou os caminhos para sair dos labirintos em que me metia.

Aos profissionais do Cândido Ferreira, que me ofereceram suas experiências generosamente e, sem que, não seria possível a realização deste trabalho.

À Coordenadoria de Estudo e Apoio à Pesquisa – CEAP, da PUC-Campinas, que financiou as bolsas de iniciação científica de minhas duas auxiliares de pesquisa.

À Comissão de Carreira Docente da PUC-Campinas, que mantém o estímulo para continuarmos realizando nossas pesquisas e garantir a qualidade do seu projeto.

À Larissa e Ana Luisa, minhas auxiliares de pesquisa, que se mostraram dedicadas e de fato colaboradoras com minha pesquisa.

À Glória Maroto, colega de infortúnio com os prazos de entrega da tese e que, ao me pedir apoio para os seus temores e inseguranças, acabava por dá-los a mim.

Às preocupações de minha filha com o término da tese e que se manifestaram em sonhos

Ao Thales, meu filho, que respeitosamente se manteve à distância de meu computador.

À Ligia, que me surpreendeu, amorosamente, com sua dedicação e controle de sua irritação cotidiana para comigo, me ajudando intensamente na tarefa de finalização da tese.

À Billie Holiday, que com seu canto e voz conseguia acariciar minha alma carente.

Ao Nelson Gonçalves que, ao interpretar os rocks, reggaes e pops, me permitiu entender a poesia “bolerosa” da juventude.

Ao Jorge Mautner, que consegue associar pedra e vida e produzir maravilhosas poesias musicais.

xiii

CAPÍTULO V: ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO.....	129
Projeto de Assistência e interdisciplinaridade (sua perspectiva humanista e de reinserção social).....	131
Unidades e interdisciplinaridade (os novos procedimentos).....	152
Categorias e interdisciplinaridade (o vivido das categorias).....	176
CAPÍTULO VI: SÍNTESE.....	197
História e interdisciplinaridade.....	199
SUMMARY.....	205
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	209
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR.....	223
ANEXOS.....	231

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS -	Ações Integradas de Saúde
Capes -	Coordenadoria de Apoio à Pesquisa e Ensino Superior
CAPS -	Centro de Atenção Psicossocial
Ceap -	Coordenadoria de Ensino e Pesquisa da PUC-Campinas
CNS -	Conferência Nacional de Saúde
CNSM -	Conferência Nacional de Saúde Mental
Conasp -	Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
Coren -	Conselho Regional de Enfermagem
Crefito -	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CRM -	Conselho Regional de Medicina
DIR -	Divisão Regional de Saúde
Feac -	Federação das Entidades Assistenciais de Campinas
Fumec -	Fundação Municipal de Ensino Comunitário
Fundap -	Fundação do Desenvolvimento Administrativo
HD -	Hospital-dia
Lapa -	Laboratório de Pesquisas Aplicadas
NOT -	Núcleo de Oficinas e Trabalho
OMS -	Organização Mundial de Saúde
OPS -	Organização Pan-americana de Saúde
PES -	Planejamento Estratégico-situacional
PUC-Campinas -	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
SUDS -	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
Unesco -	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
Unicamp -	Universidade Estadual de Campinas



RESUMO

O objetivo desta tese é mostrar o resultado de uma investigação teórico-prática sobre a interdisciplinaridade no Serviço de Saúde "Dr. Cândido Ferreira", instituição filantrópica cogerida com a Prefeitura de Campinas. Nesta instituição funcionam quatro unidades diversas de assistência à saúde mental: a Unidade de Internação de Agudos, o Hospital-Dia, a Unidade de Reabilitação de Moradores e o Núcleo de Oficinas e Trabalho, nos quais vêm acontecendo uma experiência de transformação desde 1990. Foram realizadas 18 entrevistas semi-estruturadas junto a várias categorias profissionais, com uma metodologia derivada das pesquisas qualitativas. A partir dos dados, foram analisadas as Representações Sociais que esses atores sociais têm sobre suas vivências nesse campo da Saúde Mental. Verificou-se a existência de uma construção histórica, um projeto assistencial humanista e de reinserção social, um projeto político gerencial democrático e uma dinâmica interna das categorias profissionais que circula entre conceitos e práticas objetivas, ideologias e poderes, competências e limitações, consensos e divergências, e cooperação e competição.



CAPÍTULO I: *INTRODUÇÃO*

O trabalho de supervisão de estágios realizado junto aos alunos do Curso de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas, desde 1979 e o conhecimento sobre os programas técnicos, a clientela, os profissionais e a administração do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (Doravante será usada apenas a denominação Cândido Ferreira como referência ao Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira) abriram a perspectiva para a investigação da questão da interdisciplinaridade nesta instituição e na Saúde Mental.

Ao se estudar a história recente da Saúde Mental no Brasil vê-se, com ALMEIDA FILHO, SANTANA, MARI (1989) que as pesquisas epidemiológicas e clínicas têm predominância neste campo, sendo um marco de produtividade, situação contrária a das pesquisas sócio-antropológicas que apenas, recentemente, começam a ser desenvolvidas. É possível reconhecer que esta situação se deve, em parte, ao atraso da implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Nos Estados Unidos e em diversos países da Europa, principalmente Itália, França e Inglaterra, a Reforma existe desde a década de 60. Ela veio criar alternativas ao processo de tratamento psiquiátrico centrado, até então, nos grandes hospitais. É um processo denominado desinstitucionalização/desospitalização, que se desenvolve e assume peculiaridades próprias em função das diferentes condições sócio-político-econômicas de cada país.

A Reforma no Brasil iniciou-se a partir de 1979 (DELGADO,1987) quando no III Congresso Mineiro de Psiquiatria foi mostrada a condição de miséria em que viviam os pacientes do Hospital-Colônia de Barbacena no filme documentário 'Em Nome da Razão'. (Para se referir aos indivíduos que vivem ou viveram a experiência do sofrimento mental, será adotada, neste trabalho, todas as denominações que fazem parte do universo da saúde da saúde mental. Será preservado o sentido real e contextual em que acontecem as diversas falas tanto dos entrevistados, quanto do pesquisador. Evita-se qualquer preocupação com o politicamente correto. Entende-se que definir o homem que sofre mentalmente, através de uma única denominação, será sempre insuficiente e uma tentativa vã de apreende-lo em sua complexidade) A partir daí, os profissionais da área se conscientizaram de que havia a necessidade urgente de se fazer mudanças na assistência à Saúde Mental. Além disso, a presença de Franco Basaglia no Brasil, divulgando a experiência italiana de Trieste, iniciada em 1975, a crítica à indústria da loucura, o Primeiro Encontro de Trabalhadores em

Saúde Mental em São Paulo e o surgimento da Divisão Nacional de Saúde Mental na esfera governamental, foram marcos iniciais impulsionadores do movimento de desinstitucionalização/desospitalização.

Para os cientistas sociais, as transformações da assistência à saúde e à saúde mental que aconteceram no Brasil e no exterior eram resultado das mudanças de rumo nas políticas públicas para o setor saúde que aconteciam em nível mundial. O mundo e o país viviam graves crises: econômico-financeira, de planejamento e gerenciamento, os quais acabavam por criar um imenso caos no setor.

A Saúde Mental tem se integrado lentamente à Reforma Sanitária. A Declaração de Caracas, com suas resoluções e indicações para a reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina, é de 1990. Todavia, é esta política que tem estimulado e fortalecido o movimento de desospitalização e desinstitucionalização e favorecido a criação de uma rede alternativa de assistência em saúde mental.

No Brasil, várias experiências vêm sendo desenvolvidas no sentido de acompanhar as recomendações da Declaração de Caracas e, com isso, têm sido criados novos equipamentos, nos quais vêm sendo desenvolvidas intervenções terapêuticas resultantes de um novo modo de pensar e fazer a atenção em saúde mental, de uma nova ordenação do trabalho em equipe que foi ampliada com a presença de outros profissionais ‘não psi’, do estímulo à criação de associações de usuários, familiares e trabalhadores com vistas a implementar e acompanhar os programas de assistência em saúde mental e do privilégio às práticas e questionamentos interdisciplinares.

Com esta evolução histórica, fica posto para a ciência uma demanda investigativa sobre o processo de transformação em Saúde Mental. Todavia, o interesse deste trabalho era investigar especificamente a Saúde Mental e sua relação com a interdisciplinaridade e, dessa forma, deparou-se com um componente de investigação muito recente.

Os educadores afinados com esta questão dizem que a interdisciplinaridade não pode ser pensada apenas como uma palavra da moda ou um conceito vazio que logo terá seu interesse esmaecido, mas sim como um projeto que questione a fragmentação do conhecimento, busque a totalização do conhecimento, embora não seja uma categoria de conhecimento, e sim uma ação, um exercício de conhecimento, que coloca ênfase no duvidar e perguntar, que distingue a categoria disciplina da categoria interdisciplina. (FAZENDA,1994).

O sentido interativo que existe na interdisciplinaridade visa resgatar o diálogo entre a inteligência do homem e a realidade do mundo que foi sacrificado pelo reducionismo positivista, o qual, em função de manter os formalismos e a quantificação nas ciências, ao mesmo tempo prejudicou as noções de ser, de existência e a integridade dos seres. (MORIN, 1996).

Vive-se numa época em que vários paradigmas estão sendo questionados e novos tentam ganhar espaço, como é o caso do holismo. (WEÍL, D'AMBROSIO, CREMA, 1993; KHUN,1989, CAPRA, 1990). O entendimento e a praxis holística são uma nova realidade que vem se construindo no campo da saúde e, em particular, na Saúde Mental, portanto, não se pode ignorar esta nova produção social.

No panorama dessa nova realidade, tinha-se, de um lado, um estudo sobre a história da saúde mental e, de outro, o estudo da interdisciplinaridade que formavam a base teórica para analisar as transformações em saúde mental. Todavia, o intuito era conhecer como a equipe conceituava e vivia a problemática da interdisciplinaridade. Não se conhece muitos documentos que analisem a repercussão social destas mudanças junto à população atendida, a família do cliente, a comunidade e a própria equipe de saúde mental. Os estudos sobre os serviços pós-Reforma Psiquiátrica no Brasil são latos e carregados de idealismo.

Esta tese é uma investigação que se insere dentro da problemática da transformação da atenção em saúde mental, pois se tem observado que a Reforma Psiquiátrica tem introduzido outros componentes que reagem contra a cultura manicomial ainda vigente. É com ela que têm sido criados novos meios jurídicos que buscam garantir a preservação dos direitos dos usuários, busca-se a eliminação das práticas de violência em

saúde mental, há o incentivo ao desenvolvimento de novas tecnologias, é estimulada a ampliação e o treinamento dos recursos humanos na área, implementa-se novas formas de gerenciamento dos serviços, propõe-se um relacionamento mais democrático entre toda a equipe e a população atendida e, finalmente, incentiva-se a restauração da cidadania das pessoas.

É nesse contexto histórico de confrontos teóricos, técnicos, políticos, econômicos, ou melhor, entre a prática tradicional e excludente da psiquiatria e as mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica, que está localizada esta pesquisa.

O Cândido Ferreira, situado no distrito de Sousas, no município de Campinas, é uma instituição filantrópica com mais de 60 anos, que vem passando por um processo de transformação desde 1990. Data desta época a cogestão com a Prefeitura Municipal. Ele tornou-se um serviço de Saúde Mental que é modelo de referência tanto para o Brasil como para a América Latina. Portanto, é um campo fértil de investigação e compõe um contexto histórico favorável à análise das reformas em andamento e, também, por se constituir num complexo de atenção à saúde mental que integra num mesmo espaço físico várias unidades: a Unidade de Internação para Pacientes em Crise Aguda; o Hospital-Dia; a Unidade de Reabilitação de Moradores e o Núcleo de Oficinas e Trabalho. Foi nas quatro unidades do Cândido Ferreira que se investigou a questão da interdisciplinaridade e qual a representação social de cada categoria inserida no contexto desta instituição.

As representações sociais têm servido, atualmente, como orientação para a metodologia qualitativa nas Ciências Sociais e, em particular, na pesquisa social em saúde (MINAYO, 1996), permitindo mostrar novas formas de compreender as mudanças que estão se operando junto a população atendida e aos profissionais de saúde naquilo que está relacionado tanto às práticas quanto aos conceitos do binômio saúde-doença (QUEIROZ, 1991).

Os cientistas das Ciências Humanas e Sociais, ao reconhecerem a existência de uma relação dinâmica entre o sujeito e o mundo real, entre sujeito e objeto e, também, em função de sua oposição ao reducionismo, adotam para si os métodos clínicos e histórico-antropológicos. Para apreender e legitimar seus conhecimentos, os cientistas que adotam as

pesquisas qualitativas vão em busca de compreender os significados das ações e relações que o sujeito estabelece com o mundo objetivo, a partir de sua subjetividade, e não apenas em busca das relações de causa e efeito, objetivas, e que têm demandado e produzido teorias de caráter explicativo à moda da Física e da Biologia (CHIZZOTTI,1995).

No campo da saúde mental existe um imaginário relacionado às práticas interdisciplinares que orienta os vários discursos e as relações sociais, fazendo com que a interdisciplinaridade em saúde mental seja, portanto, representada, simbolizada de maneira semelhante àquela que profissionais têm sobre outros elementos próprios da saúde mental, isto é, técnica, tratamento, cura, eficiência, equipe, relacionamento, colaboração, cooperação e outros.

Dessa maneira, associado ao entendimento sobre os processos de simbolização, construiu-se um quadro de referência epistemológico de caráter qualitativo que se propõe descobrir as condições construtivas desse campo representacional, a partir de diversos modos de discursos e ações que compõem a problemática da interdisciplinaridade em saúde mental.

Para a produção dos dados foram utilizadas, principalmente, as entrevistas semi-estruturadas gravadas e fontes documentais.

O universo dos entrevistados abrange os dirigentes que iniciaram o processo de cogestão com a Prefeitura de Campinas e a transformação da instituição, os que antecederam este processo e os dirigentes atuais. Também, foram entrevistados os profissionais técnicos, escolhidos a partir do interesse em colaborar com a investigação. Assim, foi constituído um grupo representativo das diferentes carreiras que compõem a equipe de Saúde Mental. Em cada unidade foram entrevistados três profissionais, sendo um deles o gerente. Juntamente com os administradores, totalizou-se um grupo de dezoito profissionais.

No primeiro capítulo está compreendida esta introdução e os objetivos do trabalho.

O capítulo dois apresenta o referencial teórico que serviu de base para apresentação e discussão do problema, dando sustentação para a análise do material empírico.

A metodologia qualitativa utilizada, as condições da região em que está localizado o Cândido Ferreira, seus recursos físicos e humanos e como se procedeu a análise dos dados estão descritos no terceiro capítulo.

No quarto capítulo é mostrado o desenvolvimento histórico do Cândido Ferreira diante das políticas em saúde mental e como ele se constituiu num contexto privilegiado para a investigação da questão da interdisciplinaridade.

O quinto e sexto capítulos fazem a discussão dos resultados e apresentam as reflexões sobre a interdisciplinaridade, o projeto assistencial, as unidades analisadas e as categorias envolvidas.



CAPÍTULO II: ***REFERENCIAL TEÓRICO***

Os fundamentos teóricos que sustentam as atuais análises estão concentrados, em primeiro lugar, nas idéias de alguns autores que fizeram e fazem parte do movimento histórico e político chamado de Reforma Psiquiátrica, que inclui o fenômeno social de crítica às instituições psiquiátricas (desinstitucionalização) e, também, naqueles autores que vêm, mais recentemente, incorporando e discutindo o movimento de Reabilitação Psicossocial. Em segundo lugar, baseia-se nas idéias emergentes sobre a interdisciplinaridade, seus fundamentos epistemológicos e que concebem a possibilidade de se produzir conhecimento não somente a partir de uma ótica especializada, ou reducionista, mas também generalista e totalizante. O terceiro referencial está nos autores que trabalham com as Representações Sociais e sua história como elemento facilitador da compreensão dos fenômenos sociais. O quarto e último fundamento teórico refere-se às hermenêuticas particulares de Cassirer, Freud e Ricoeur sobre a simbolização e o símbolo.

Reforma Psiquiátrica, Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial

É verdade que no momento atual o mundo se vê de braços com as grandes tragédias da humanidade: a poluição, a pobreza, as drogas, a violência, o stress, a depressão e o pânico. Diante desse fato, a movimentação que se faz é na direção de se estudar estes fenômenos de um ponto de vista macro-sociológico e epidemiológico, que permita ir em busca de um entendimento que amplie a noção de adoecer psíquico, incorporando a complexidade em que se constituiu a vida cultural. Com esta diretriz abrem-se possibilidades que, de um lado, vão de encontro à valorização da investigação da indústria farmacêutica e a produção das drogas mágicas para todos os males, a descoberta de métodos preventivos e de planejamento que são resultados da “dissociação clássica entre a teoria e prática que as ciências duras (resolvem) segundo o modelo de ciência e tecnologia...” (INFANTE, 1989: 141). De outro, abre uma perspectiva para que a saúde mental seja vista como um fenômeno resultante da ecologia humana, com repercussões práticas, que pressupõe a colaboração interdisciplinar e a exploração das áreas de fronteira do conhecimento. Com isso, abre, também a possibilidade de se criar formas originais de lidar com os problemas teóricos e práticos da comunicação acerca da pesquisa social e humana desatrelados da epistemologia das ciências duras ou mecanicistas.

Não se tem mais visto exemplos de grandes reformadores da assistência em saúde mental, como havia no início e no meio do século passado. O que se vê atualmente são os grandes conglomerados industriais financiando pesquisas de medicamentos, genética e bioquímica do cérebro, assim como se vive uma era em que o pensamento individual e a investigação isolada têm poucas chances de produzir ações para um problema cuja amplitude tem múltiplos componentes que se apresentam com questões biológicas, psicológicas, sociais, econômicas e políticas.

Desta forma, nota-se com RIBEIRO (1996) que se atualizam interações, e um exemplo é a aproximação que tem ocorrido entre a saúde mental e a saúde coletiva, saúde mental e reabilitação, saúde mental e sociologia, saúde mental e antropologia, saúde mental e cultura, saúde mental e educação, saúde mental e justiça. Esta aproximação tem produzido vários estudos e ações políticas que avançam para a transformação das condições, não apenas daqueles que padecem de sofrimento mental, mas da população em geral.

A Saúde Coletiva tem ajudado na construção de políticas e estratégias que valorizam a construção de projetos e modelos gerenciais que produzem ações tanto operativas quanto na direção da busca das fontes de financiamento para a área.

A Saúde Mental, dentro de seus limites próprios, é um campo de conhecimento que se caracteriza por uma multiplicidade de concepções e modelos teóricos, tendo cada um deles prerrogativas técnicas e que, às vezes, são múltiplas também. Some-se a isto as diferentes categorias profissionais que se agregaram a este campo e tem-se quase uma verdadeira ‘Torre de Babel’, a qual acabou por construir, ao longo da história, vários modelos de atenção à Saúde Mental: desde a exclusão clássica, passando pelo autoritarismo organicista que entende a Saúde Mental como um campo de investigação em que se isola a doença com seus sintomas e se busca debelar os seus efeitos a partir de um modelo médico, até o modelo compreensivo derivado da psicologização do discurso do doente e da sociedade e, finalmente, os modelos sócio-antropológicos e integrativos que vêm tentando traduzir um mundo múltiplo, diverso e com demandas cada vez mais fluídas para uma essência humana que, aparentemente, se ‘plastificou’, e nos escapa ‘internetianamente’ a cada esforço que se faz para lhe recuperar o valor e a condição humana.

Epistemologicamente, esta ‘Torre de Babel’ é resultado das incertezas que são produzidas por um objeto – a mente humana - que não se deixa apreender completamente, menos ainda permite produzir verdades lógicas e puras à moda da Matemática, (LADRIÈRE, 1977), e nem as verdades empíricas, materiais como faz a Físico-Matemática, mas, apenas, quase como uma concessão, permite descobrir verdades simbólicas, polissêmicas que somente podem ser validadas pelo consenso e pelo contexto. É neste ambiente polissêmico, de grande riqueza teórica e prática, que vários grupos de pesquisadores vêm estudando tanto o movimento institucionalista quanto a desinstitucionalização.

BAREMBLITT (1989) reconhece numa metáfora sensorial a existência de pontos ou áreas cegas entre as disciplinas, dado que a partir de seu objeto, suas definições, suas teorias e seu campo, método e áreas de atuação técnica específicos não conseguem lidar com os seus limites, as áreas limítrofes com outras disciplinas e que, por definição, nenhuma disciplina pode dar conta porque cada uma ocupa um espaço do mesmo objeto.

A desinstitucionalização é alvo de investigação de vários autores e nos artigos que vêm sendo publicados desde 1989 na série SaúdeLoucura pela Editora Hucitec, LANCETTI (1989) afirma que a idéia que unia os autores em produzir a série era a convicção de que nenhuma disciplina poderia arrogar-se o direito de dar conta de um campo tão complexo como o da Saúde Mental.

Entende-se que a saúde mental é um fim e, como tal, está carregada de idealização e utopias, mas são utopias motivadoras e que têm provocado mudanças concretas e objetivas no rumo da atenção em saúde mental.

As vitórias obtidas com a desinstitucionalização

sugere um percurso evolutivo que pode tornar esta crise produtora de um aumento de eficácia. A experiência já realizada e sedimentada de desmontagem do manicômio ensinou que essa organização era também uma resposta institucional ineficaz frente às necessidades de saúde mental, e que, ao contrário, uma transformação qualitativa dos recursos existentes, uma sua reconversão, é não apenas possível mas também produtora de eficácia (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 1990: 54).

D'INCAO (1992) produziu um evento que resultou num livro sobre saúde mental em que se contrapuseram posições de psiquiatras e estudiosos da sociologia. Explicitaram-se diferenças e algumas convergências. Ficou evidente que os referenciais epistemológicos são diversos e as propostas de intervenção também. De um lado, fala-se de uma sociedade que enlouquece o homem, de outro, identificam-se os fatores individuais e orgânicos, embora reste saber como evitar tanto a causa como o desencadeante. A explicitação de posições, identificação de limitações, divergências e convergências, já significa um avanço. Fazer a discussão efetiva entre pensadores que se opõem teoricamente é tentar fazer a construção de um projeto interdisciplinar, mesmo que ainda seja no campo das idéias.

A Reabilitação, enquanto movimento internacional, com cerca de 40 anos, é recente e, mais ainda, a Reabilitação Psicossocial surgida no Brasil no final da década de 90 e que tem como propósitos incorporar

...o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (PITTA, 1996: 21).

Esse movimento, embora seja constituído por diversas experiências e um múltiplo instrumental técnico, surge, historicamente, como uma necessidade ética que significa realizar mudanças nas políticas dos serviços de saúde mental. Para SARACENO (1996) essas políticas devem levar em conta o indivíduo e sua capacidade de efetuar trocas e efetivação de contratualidades dentro de um processo de reconstrução e exercício pleno de cidadania que devem levar em conta o habitat, a rede social e o trabalho.

Os diferentes contextos em que ocorrem as práticas reabilitadoras são variados tanto ideologica como ambientalmente (setting). Percebe-se que há mais coerência entre as práticas territoriais com os novos equipamentos e a reabilitação do que com as estruturas hospitalares tradicionais. O sistema de atenção primária está incorporando em seus serviços os esforços reabilitadores. Mesmo os antigos hospitais como o Cândido Ferreira transformam-se em centros complexos de acolhida e alternativas de tratamento, muito embora permaneçam um desafio econômico.

Algumas experiências mostram que a noção de reabilitação surge como um processo de aprendizado resultante de condições práticas institucionais favoráveis, tais como: a extensão do trabalho para o exterior da instituição, a constituição de uma equipe de cuidados, a incorporação da instituição como um espaço de referência para pacientes e familiares, a ampliação da idéia de tratamento e de trabalho conjunto com os pacientes. Reconhece-se, assim, os resultados insatisfatórios da psiquiatria no seguimento de longo prazo dos pacientes graves, criando um ‘saber negativo’ que precisava ser desmontado. Também se evidencia que o sintoma como eixo central de conhecimento e desencadeador do processo de tratamento deixava de lado a singularidade, a história, a cultura e a vida cotidiana dos pacientes, despersonalizando-os. E que o ‘preconceito tecnológico’ incorporado pelos profissionais não lhes permitia ver além de suas técnicas convencionais, sendo qualquer outra ação entendida como ‘não tratar’(GOLDBERG, 1996).

Ainda sobre o Cândido Ferreira, no processo de transformação e sua perspectiva dentro da Reabilitação Psicossocial, é possível perceber que se

...desconstrói a desesperança, ou o sentimento de impotência civil, por meio do modelo de gestão, pelos projetos terapêuticos individuais e pela integração com a comunidade. Desde o início as proposições foram dirigidas no sentido de incrementar as trocas entre todos os protagonistas. Estão contidos nas trocas, o resgate do poder deliberativo, a elaboração de contratos, a busca de consenso em torno de objetivos fundamentais, a convivência com as diferenças e com os conflitos (VALENTINI, 1996: 51).

Embora a Reabilitação Psicossocial seja um campo novo e aberto que vem se enriquecendo com as múltiplas experiências que ocorrem no país, que concorda com a crítica ao asilo, e seja pressupostamente democrático, mas não pacífico, vem de todas as formas implementando os debates e aprofundando suas reflexões críticas.

A denominada ‘clínica ampliada’ é alvo de BEZERRA (1996), pois, este acredita ser indispensável discuti-la para se fazer o recorte do que se entende, tecnicamente, como intervenção clínica e o que se acredita ser uma intervenção de reabilitação social.

BENETTON (1996), discutindo as idéias de Pitta e Saraceno, supõe que exista uma questão de poder por trás da Reabilitação Psicossocial e que a incorporação dos médicos a este contexto transformou o projeto técnico dos não médicos numa questão sociopolítica que beneficia os primeiros.

SARACENO (1999) mobilizando e provocando a comunidade dos reabilitadores psicossociais, talvez retornando ao sentido positivista da psiquiatria (busca de eficácia e uma perspectiva adaptativa), faz uma crítica às práticas que chama de ‘entretenimento’ e propõe o desencadeamento de investigações teórico-práticas que possam descrever como é possível se resgatar a cidadania do paciente psiquiátrico.

A Reforma Psiquiátrica, a Desinstitucionalização e a Reabilitação Psicossocial, embora sejam movimentos históricos recentes apresentam, em seu conjunto, princípios que são consensuais e elementos conceituais e práticos importantes para a análise do processo de transformação em saúde mental presente nesta pesquisa. Associada a estas idéias acrescentou-se à saúde mental a problemática da interdisciplinaridade que, neste campo, é ainda mais nova. Portanto, é em busca da compreensão do conceito de interdisciplinaridade, sua história e seus debates que este trabalho se fundamenta.

Interdisciplinaridade

Atualmente, a interdisciplinaridade vem recuperando o espaço de discussão teórica e a forma de produção de conhecimento que lhe cabe dentro do processo de evolução histórica do conhecimento e, de certa forma, têm colocado em cheque o conhecimento disciplinar dominante.

A História do Conhecimento nos mostra que foi o positivismo de Comte o criador das condições para que o desenvolvimento científico e o domínio da natureza privilegiassem o modo reducionista de fazer ciência. Com isto, abriu-se também um espaço para as transformações sociais que resultaram na Revolução Industrial e na solicitação cada vez maior de especializações. Este foi um marco da modernidade que deu início à hegemonia do conhecimento especializado sobre o conhecimento generalista ou interdisciplinar.

Foi com esta ordenação científica que ocorreu, no campo da saúde, o partilhamento do trabalho e, nesse contexto, embora mais recentemente, surgiram as diversas profissões. Portanto, as diferentes categorias profissionais são fruto dessa construção histórica e suas especificidades foram constituídas a partir do uso racional e técnico de diversas atividades em benefício da saúde das pessoas.

Com GUSDORF (1982) e SANTOMÉ (1998) aprende-se que a hegemonia de uma forma de conhecimento sobre o outro não é resultado apenas do positivismo comteano. Há uma história sobre a unidade do conhecimento que é anterior ao século XVII, cujas origens remontam às preocupações de Platão em afirmar a necessidade da ciência unificada: o Trivium (gramática, retórica e dialética) e o Quadrivium (aritmética, geometria, astronomia e música).

Na Grécia Clássica sempre houve uma preocupação com a idéia de um único saber e o conjunto de todas as ciências foi nomeado de Paidéia Cíclica ou Enciclopédia.

No Renascimento, Bacon, utopicamente, pensava na criação de um centro de produção de pesquisas interdisciplinar, a serviço da humanidade. Depois Comenio, no século XVII, propôs a Pansophia que também buscava unificar o saber relacionando vários conhecimentos.

Descartes, Kant e o próprio Comte também se preocupavam com a fragmentação do conhecimento e propuseram alguma unificação.

No Iluminismo a produção e a idéia da Enciclopédia marcaram a luta que se travava em direção à evolução das ciências e sua disputa ideológica contra o dogmatismo religioso e a tradição cultural. Assim surgiram o Dicionário das Ciências, o das Artes e Ofícios e o das Árvores Enciclopédicas que descreviam as interações entre as disciplinas.

As transformações sociais ligadas à industrialização, a produção agrária e ao capitalismo acabaram por abrir espaço para um novo tipo de relação social com base na divisão social do trabalho e na criação das técnicas especializadas e, com isso, a ciência acabou se tornando sinônimo de disciplinaridade. Surgiu o especialista. “(É) o momento de firme consolidação das especialidades. O especialista é aquela pessoa que sabe muito de um campo cada vez menor, delimitado” (SANTOMÉ, 1998: 48). Contraditoriamente, o ideal renascentista do homem culto e educado, significando aquele que tem conhecimentos sobre todas as especialidades do saber continuava e continua premanecendo, mesmo num mundo em que, cada vez mais, se exige domínios específicos sobre uma determinada especialidade científica ou tecnológica.

Com isto estabelece-se, então, o conflito entre a necessidade de se atingir níveis cada vez maiores de especializações, juntamente com formações mais generalistas. Assim, deve-se assinalar que no debate epistemológico contemporâneo sobre a evolução do conhecimento interdisciplinar e sua cientificidade ocorreram duas movimentações acadêmicas.

A primeira delas aconteceu com os cientistas que defendiam o uso dos métodos quantitativos nas Ciências Sociais em busca de lhes atribuir cientificidade. Representados, principalmente, pelos filósofos neopositivistas do Círculo de Viena, como Neurath, Carnap e Morris, que defendiam a unificação das ciências pelo viés das Ciências Físicas e behaviorísticas e propunham a negação de qualquer perspectiva metafísica ou especulativa. Estes autores ficaram conhecidos como os positivistas lógicos ou empiristas lógicos, pois acreditavam que qualquer campo de conhecimento dependia, para o seu desenvolvimento, dos métodos das ciências positivas.

O outro movimento aconteceu com os professores universitários que, em seus departamentos, buscaram quebrar a inércia da compartimentalização dos saberes e criaram cursos, publicações e formas de convivência interdisciplinares, sem contudo chegar a um intercâmbio e integração autênticos.

Juntamente com estas tendências, as idéias marxistas, do estruturalismo, da teoria geral dos sistemas e do desconstrutivismo foram importantes fontes para a implementação da interdisciplinaridade. As teorias marxistas eram tão genéricas que influenciaram várias áreas do conhecimento. O estruturalismo, com a busca das estruturas comuns a cada uma das disciplinas deu valor aos princípios da interdisciplinaridade. A perspectiva de se estudar de forma global e total, como um sistema, qualquer ordem de problemas a partir da teoria geral dos sistemas, valorizou fundamentalmente a interdisciplinaridade. E o desconstrutivismo com sua preocupação analítica em saber como um conhecimento foi construído, sua genealogia, sua origem e sua história, pressupõe distância e domínio de conceitos e metodologias de diversas áreas do conhecimento, às vezes, distantes do objeto de análise.

Em 1970 o governo francês realizou um seminário sobre Pluridisciplinaridade e Interdisciplinaridade nas Universidades cujo objetivo era elucidar se havia positividade para o desenvolvimento do conhecimento moderno a partir da interdisciplinaridade. Neste seminário, em que estiveram presentes representantes de 21 países, não houve muitos pontos de consenso, mas ficou acordado que os problemas das sociedades modernas estavam se tornando cada vez mais complexos e demandavam políticas científicas de caráter mais interdisciplinar. A partir desta visão, a Unesco começou a promover debates, seminários e colóquios internacionais com ênfase na interdisciplinaridade.

Embora não havendo grandes consensos, a questão da prática, que é um elemento fundamental e sempre emerge quando se discute a interdisciplinaridade, apareceu com muito destaque. Assim, reafirmou-se que o saber interdisciplinar pressupõe essencialmente um conhecimento prático e não somente teórico.

Sua perfectibilidade é realizada na prática; na medida em que são feitas experiências reais de trabalho em equipe, exercitam-se suas possibilidades, problemas e limitações. É uma condição necessária para a pesquisa e a criação de modelos mais explicativos desta realidade tão complexa e difícil de abranger (SANTOMÉ, 1998: 66).

As pesquisas operacionais, realizadas principalmente pelas instituições militares são exemplo objetivo desta condição. As pesquisas militares são categoricamente interdisciplinares, pois são colocados

... a disposição dos interesses dos poderes militares todos os conhecimentos de todas as disciplinas para fazer e ganhar as batalhas cientificamente, atendendo de maneira especial às dimensões econômicas. Interessava uma aplicação rigorosa das disciplinas, fundamentadamente das ciências positivas, à arte de decidir o incerto (SANTOMÉ, 1998: 53).

É fato que as pesquisas militares interdisciplinares (retirado qualquer juízo de valor) têm produzido avanços tecnológicos imensos desde a destrutiva bomba atômica, os computadores de ponta, o sonar, o radar, a televisão de alta definição e até nos campos sociais, inclusive na educação. Observe-se a ênfase dada ao ensino das ciências e da matemática, ao uso da instrução baseada nos objetivos operacionais e a chamada de ‘revolução cognitiva’.

É possível reconhecer que a perspectiva militarista da investigação interdisciplinar na educação e na psicologia tem substituído a necessidade que a mente humana tem em buscar significação para a vida, pela metáfora da computação. Dessa maneira, o programa de computador e a computabilidade, enquanto teoria, teriam tornado mais claro o processo e a circulação de informações e, com este reducionismo mecanicista, deixaram sem entendimento os elementos culturais da constituição da humanidade. (SANTOMÉ, 1998)

Em oposição ao uso da interdisciplinaridade como condição para o desenvolvimento do conhecimento do homem dentro de uma perspectiva militarista, tem tido relevância, também, as pesquisas no campo do pacifismo e da ecologia em que seus resultados dependem da interação de equipes que atuam em diversos campos do conhecimento científico, social e tecnológico.

Assim, o que se verifica são duas correntes ideológicas, de certa maneira conflitantes, mas que fazem uso da interdisciplinaridade como condição necessária para a produção de conhecimentos que tanto podem se desenvolver a partir dos riscos e à custa da destruição dos homens, quanto a partir de esforços, às vezes românticos, que buscam garantir a preservação da vida humana e da natureza.

Para MORIN (1996), a ciência é uma atividade humana que tanto pode ocorrer de forma evolutiva como revolucionária, ou seja, de maneira determinística ou emancipatória. Para ele o conflito que ocorre entre estes princípios científicos traz vitalidade e desdobramento para a ciência.

Assim, não deixam de ter razão nem POPPER (1972) com suas afirmações sobre a seletividade que a ciência vai realizando acerca da verificabilidade e refutabilidade das teorias produzidas diante da realidade do mundo e nem KHUN (1989) que entende que as mudanças que ocorrem na ciência são resultado da crise que se instala na ciência normal e seu paradigma em resolver tecnicamente os problemas que se propunha a solucionar, a existência de novas escolas e teorias competidoras.

De qualquer forma a ciência é o lugar onde se desfraldam os antagonismos de idéias, as competições pessoais e, até mesmo, os conflitos e invejas mais mesquinhos. É claro que tudo isto está longe de ser positivo, mas faz parte da conflituosidade que só é operacional e fecunda por causa da aceitação da regra do jogo e do consenso fundamental de todos os parceiros em conflito (MORIN, 1996: 52).

Sem sombra de dúvida, a atividade científica se depara atualmente com a idéia de complexidade: "...a idéia de complexo, de complexidade, sempre foi usada, mas só modernamente vem ganhando foros de uma nova ciência. Fala-se em teoria da complexidade, paradigma da complexidade e epistemologia da complexidade" (CHAVES, 1998: 3).

Assim, há que se entender que a atividade científica e suas conseqüências não estão dissociadas da realidade do mundo e se realiza imbricada com todas as outras atividades e reflexões humanas. Morin diz que a ciência, embora seja uma atividade de investigação e pesquisa e essencialmente cognitiva, não é tão somente isso "...e, constantemente, ela é submergida, inibida, embebida, bloqueada e abafada por efeito de manipulações, de prática, de poder, por interesses sociais, etc"(MORIN, 1996: 57).

Afinados com a questão da interdisciplinaridade, os educadores afirmam que esta não pode ser pensada apenas como um modismo ou um conceito vazio que logo se tornará desinteressante, mas sim como uma proposta que questiona a fragmentação do conhecimento, busca a totalização do conhecimento, mesmo não sendo uma categoria de conhecimento, mas uma ação, um exercício de conhecimento, que enfatiza o duvidar e o perguntar, que diferencia a categoria disciplina da categoria interdisciplina. Entendem que esta última se constrói a partir de uma integração flexível e consistente entre as disciplinas que a compõem e que tem o seu crescimento garantido à medida que acontece, também, o crescimento das suas disciplinas (FAZENDA, 1994).

Nunes, ao confrontar o conhecimento produzido pelas Ciências Biológicas perante os conhecimentos das Ciências Humanas e associando essa discussão às exigências epistemológicas subjacentes à interdisciplinaridade, afirma que:

O ponto de partida de uma abordagem interdisciplinar deveria ser a articulação do conhecimento do fato humano e da prática, isso porque não existe interdisciplinaridade como decorrência do puro desejo de saber, independente de um projeto, de uma motivação extraordinária, nem mesmo nas Ciências Exatas e Naturais, como testemunha a origem da Cibernética (NUNES, 1995: 102).

Verifica-se que a tematização da interdisciplinaridade surge como um processo de oposição à maneira tradicional de organização do saber, a qual privilegia as especialidades e as formas de linguagem super específicas nas ciências, ou seja, as disciplinas. Portanto, o que se busca com o projeto interdisciplinar é o reconhecimento da interação das disciplinas, enquanto estas últimas sejam entendidas como sinônimo de ciência. Assim,

... o papel específico da atividade interdisciplinar consiste, primordialmente, em lançar uma ponte para religar as fronteiras que haviam sido estabelecidas anteriormente entre as disciplinas com o objetivo preciso de assegurar a cada uma seu caráter propriamente positivo, segundo modos particulares e com resultados específicos (JAPIASSU, 1976: 75).

É a partir do sentido interativo da interdisciplinaridade que se busca recuperar o diálogo entre a racionalidade do homem e os fatos reais do mundo que foram prejudicados pelo mecanicismo positivista, o qual, procurando manter o formalismo e a quantificação nas ciências, prejudicou os conceitos de ser, de existência e de integralidade dos seres (MORIN, 1996).

Além disso, se for entendido que a interdisciplinaridade é um processo de cooperação e de coordenação de interações crescentes que vieram desde a multidisciplinaridade – informações tomadas de empréstimo de duas ou mais disciplinas para solucionar um problema, sem qualquer cooperação –, passando pela pluridisciplinaridade – justaposição de disciplinas com alguma cooperação, mas sem coordenação – é possível, também, se pensar em alcançar a transdisciplinaridade e, conseqüentemente, abrir o espaço para um novo paradigma.

Deve-se, ainda, saber que a transdisciplinaridade entendida como ruptura dos limites das disciplinas e a criação de um sistema de coordenação total das interdisciplinas e dos objetivos que lhes são comuns é ainda uma idealização (JAPIASSU,1976), mas nada impede de se projetar o destino de uma pesquisa que trata da questão da interdisciplinaridade. Ao mesmo tempo, vivemos numa época em que vários paradigmas estão sendo questionados e novos tentam ganhar espaço, como é o caso do holismo. (WEÍL et al, 1993; KHUN,1989). O entendimento e a praxis holística são uma nova realidade que vem se construindo no campo da saúde e, em particular, na Saúde Mental, portanto, não se pode ignorar esta nova produção social.

Capra, embora polêmico, em 1982, com *O Ponto de Mutação* já havia sinalizado uma nova visão do mundo.

Vivemos hoje num mundo globalmente interligado no qual os fenômenos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais são todos interdependentes. Para descrever esse mundo apropriadamente, necessitamos de uma perspectiva ecológica que a visão de mundo cartesiana não nos oferece (CAPRA, 1990: 14).

Em 1996 reafirma a emergência de um novo paradigma que está assentado na filosofia do norueguês Arne Naess, denominada de *ecologia profunda*.

A ecologia profunda não separa seres humanos – ou qualquer outra coisa – do meio ambiente natural. Ela vê o mundo não como uma coleção de objetos isolados, mas como uma rede de fenômenos que estão fundamentalmente interconectados e são interdependentes (CAPRA,1997: 25).

Uma outra corrente acadêmica ligada às ciências do homem e da sociedade, radical contra os reducionismos e que incorpora uma visão da formação e da produção do conhecimento a partir da categoria totalização e vem iniciando seus debates no Brasil, a partir de 1986, é aquela que tem como base o conceito de *multirreferencialidade*.

[...] a multirreferencialidade na análise dos fatos, das práticas, das situações, dos fenômenos educativos se propõe explicitamente: uma leitura plural de seus objetos, a partir de diferentes ângulos em função de sistemas de referências distintos (o transbordamento–magma do objeto) não redutíveis uns aos outros (supostos, reconhecidos), ou seja, heterogêneos (BORBA, 1998: 12).

Deve-se saber, também, do risco que se corre, em uma época de globalização da economia, de simplificação, de banalização e de ausência de crítica do conhecimento, ao serem aglutinadas teorias e técnicas dos mais diversos matizes. Para evitar esse risco a proposta teórica de Baremblytt, quando analisa o universo atual das práticas e teorias em saúde mental – ‘Poliverso Psy’ - e propõe o Ecletismo Superior, pode ser um auxílio.

O Ecletismo Superior; é uma concepção do saber que se autoriza a conhecer o maior número de correntes do ‘Poliverso Psy’; (e de outros campos afins), e a pinçar, de cada uma delas, aqueles meios que se considere mais funcionantes. Os valores que orientam essa seleção podem enunciar se, (por mais vaga esta fórmula pareça), como aqueles que melhor propiciem a invenção de novas subjetivações em cada circunstância. Para justificar essa vaguidade, basta recordar, que na linguagem da maioria das Epistemologias, se sustenta que ‘não existe perspectiva para a invenção’... e é propriamente inventar, tanto ‘o método’, como seus efeitos, de que se trata (BAREMBLYTT, 1995: 21).

Todavia, com a chamada pós-modernidade e a discussão atual sobre os novos paradigmas, pode-se observar que estão dadas as possibilidades para se recuperar uma concepção científica mais totalizante, integralizadora, holística e interdisciplinar do conhecimento humano.

Para Suero é interdisciplinar

toda a interação existente entre duas ou mais disciplinas no campo dos conhecimentos, dos métodos ou da aprendizagem dos mesmos e que interdisciplinaridade é o conjunto das interações existentes e possíveis entre as disciplinas nos campos indicados (SUERO, 1986: 19).

Este processo de interação e comunicação, enquanto filosofia, deve ser uma convicção que pressupõe colaboração e não dominação ou arbitrariedade de uma disciplina sobre as outras.

O importante é explicar e demonstrar como existem informações, conceitos, metodologias, procedimentos, etc., que são úteis e têm sentido em mais de uma disciplina, algo que qualquer história da ciência e da tecnologia pode demonstrar (SANTOMÉ, 1998: 79).

Conforme SUERO (1986) a variedade e complexidade de campos, a finalidade prática, a disciplinaridade interdisciplinar e o pragmatismo epistemológico, enquanto elementos fundamentais da interdisciplinaridade, não devem servir à homogeneização do conhecimento, pois esta condição, no final das contas, acaba favorecendo o predomínio de um modelo epistemológico de ciência sobre os demais. E nem deve servir de base para a manutenção da análise crítica moralista que sataniza a fragmentação do conhecimento e não lhe reconhece a coerência com o modo de produção em voga.

Deve-se entender que a reflexão paradigmática que se opera no mundo das ciências e na sociedade se origina na pressão das necessidades decorrentes da materialidade histórica que exige a associação do conhecimento generalista ao conhecimento especialista (JANTSCH & BIANCHETTI, 1995).

Coimbra, em 1980, quando se iniciaram os primeiros debates sobre e as Ciências Humanas e a Interdisciplinaridade no Brasil, afirmava que

...os especialistas agem como se procurando o sentido de sua especialidade se desembocasse no Homem; eles dão a impressão de crerem que no final das contas se encontraria uma fórmula e complicando a equação se teria o Homem. Não é isso, não se encontrará o homem depois. O Homem não estará no fim da pesquisa se ele não estiver já dentro desde o princípio (COIMBRA, 1980: 33).

Em resposta às afirmações de Coimbra, Nunes considerava criticamente que a interdisciplinaridade moderna teria surgido como resposta terapêutica para a patologia do saber, dada a sua fragmentação, fazendo surgir na prática tanto a Cibernética e as Ciências do Comportamento como a Antropologia Estrutural e todas se dirigindo ao ideal da unidade do conhecimento científico. Também acreditava que o estatuto incerto das Ciências Humanas com seus múltiplos discursos “...não é uma deficiência provisória da maquinaria dos conceitos, que encontraria remédio num melhor refinamento dos métodos ou num apuro dos critérios da cientificidade ainda porvir” (NUNES, 1980: 53).

Esses debates revelam a existência de conflitos tanto externos quanto internos à interdisciplinaridade. Mas é importante assinalar que a justificativa de uma investigação científica sobre a interdisciplinaridade não se apóia na busca nostálgica da unidade epistemológica perdida ou da utopia de um saber absoluto que homogeneiza o conhecimento. Jantschi, ao criticar esta tendência que ele identifica em alguns estudiosos brasileiros sobre a interdisciplinaridade afirma que:

A interdisciplinaridade, como histórica e praticamente está sendo preconizada (a homogeneização), é um horizonte perdido. No nosso caso, pensamos que cada projeto de pesquisa deverá providenciar a sua interdisciplinaridade, sem incorrer, obviamente, na ditadura epistemológica de uma área/disciplina sobre as outras nem na mediocridade de pretensos projetos onde não há diferenças, onde se marca uma igualdade imposta e que impede a superação da superficialidade no processo pesquisante. Isto não significa que determinada disciplina/área não possa eventualmente se destacar num projeto (JANTSCHI & BIANCHETTI, 1995: 199).

Portanto, é com esse contraponto na Teoria do Conhecimento que se busca superar as limitações do reducionismo em fornecer respostas para os problemas científicos sobre os quais tem se debruçado historicamente e os novos que ele mesmo tem criado.

Deve-se reafirmar, ainda, que o retorno a uma concepção mais integrativa e totalizante inclui limitações e contradições, principalmente, nesses tempos de pós-modernidade. Pós-modernidade, entendida aqui como: a perda dos limites entre as instituições e a conseqüente perda dos referenciais culturais; as fusões de grupos econômicos e o aumento do desemprego; a Internet, informática, multimídia e o sufocamento informativo; a tecnologia de alimentos e aumento da fome; o PC, walk-man, videogame e analfabetismo; a globalização e abandono social e a banalização das terapêuticas e irresponsabilidade ética. Tudo isto é parte da realidade do mundo atual e é nele que Saúde Mental acontece e se desenvolve.

Com esta configuração observa-se que existe, por um lado, um farto arcabouço teórico que pode permitir a análise das transformações em saúde mental, mas, por outro, muitos dos estudos sobre os novos serviços constituídos após a Reforma Psiquiátrica no

Brasil ainda são empíricos e carregados de idealismo. Ainda são poucos os documentos que avaliem a repercussão social das mudanças perante a população atendida, a família do cliente, a comunidade e a própria equipe de saúde mental. Objetivando acrescentar novos elementos ao debate acerca das repercussões das mudanças que vem se operando na Saúde Mental, nesta pesquisa procurou-se compreender a representação social que a equipe do Cândido Ferreira tem sobre o conceito de interdisciplinaridade.

Representações Sociais

O surgimento da fenomenologia, com o valor que atribui à consciência criadora de mundos e à intencionalidade e sentido conferidos às coisas, relativizou o método científico e se tornou uma postura que desaloja o positivismo do lugar de único método científico possível. Conforme Husserl e, depois, Max Weber, a metodologia de cada área do saber é determinada pela natureza de seu objeto de estudo associado com uma consciência subjetiva. Estes princípios são constituintes modernos apenas das Ciências Humanas, pois nas Ciências Exatas, Naturais e Médicas eles ainda permanecem secundários (QUEIROZ,1998).

Estudar as representações sociais não é uma questão simples, uma vez que existem várias interpretações teóricas, que não permitem privilegiar-se uma única vertente, sob o risco de se reduzir sua complexidade e perder sua riqueza. O esforço de se construir generalizações científicas para as ações sociais, culturais e psíquicas, como se fosse possível resumi-las a uma disciplina matemática, além de restritivo é falso, enquanto pretende descrever completamente um fenômeno deste tipo.

Entende-se que as representações sociais são uma forma de conhecimento, “...socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 1989; 36).

Este conceito tem aparecido com força crescente no seio da metodologia qualitativa nas Ciências Sociais, ainda que seja freqüentemente acusado de falta de objetividade e de mostrar um sentido vago e impreciso.

Acredita-se que ao utilizar e explicitar alguns aspectos relacionados com o conceito de Representações Sociais, nesta investigação, pode-se contribuir na ampliação do entendimento de sua dimensão teórica e da operacionalização em sua dimensão empírica na área da Sociologia em Saúde, especificamente em saúde mental. Assim, é importante mostrar-se alguns princípios básicos do pensamento iluminista, a partir do século XVIII, e as possibilidades contidas nesse paradigma cosmológico e científico em relação à pesquisa qualitativa, num sentido mais amplo, e ao conceito de representações sociais, num sentido mais estrito.

A pesquisa qualitativa moderna está assentada, sem sombra de dúvidas, sobre as idéias desenvolvidas por Kant em fins do século XVIII.

Este grande filósofo do iluminismo estabeleceu as fronteiras e os limites do conhecimento humano em três grandes áreas: o conhecimento científico, o conhecimento moral e o conhecimento estético. O primeiro tipo de conhecimento limita-se ao fenômeno, que resulta da imposição de categorias subjetivas de percepção e de entendimento ao mundo externo. Nesta esfera, através da razão pura, o conhecimento quantifica e estabelece relações matemáticas entre fatos e coisas. O segundo e terceiro tipos de conhecimento vão além do fenômeno e se dirigem ao 'noumeno', à coisa em si, através de uma disciplina pessoal e prática (do ponto de vista moral e estético) que procura superar o particular e alcançar o universal. Nesta perspectiva, o fenômeno se qualifica numa perspectiva que pressupõe a totalidade e o universal (QUEIROZ, 1998: 12).

Com esta delimitação dos conhecimentos a ciência procurou um método legítimo de obtenção dos mesmos e assim incorporou a ideologia positivista presente nos séculos XVII e XVIII e carregava proposta revolucionária, pois colocava em cheque os princípios teológicos e metafísicos perante a verdade neutra e imparcial fundada nos fatos, na razão e livre de qualquer influência social.

Com isto, na balança dos conhecimentos houve o privilégio e a valorização das ciências positivas e perda da qualidade e profundidade da compreensão do mundo que resultam da Arte, Filosofia e Ciências Humanas. A história testemunhou, então, progressivamente, a mudança operada pela razão positivista, passando de libertadora no mundo feudal para opressora no mundo burguês.

Diante dos outros saberes dados pelo senso comum e a vida cotidiana – as representações sociais –, a razão positivista tornou-se dominadora e impositiva, considerando-os meios de conhecimento frágeis e enganadores que não produziam verdades científicas. Assim, o paradigma positivo-mecanicista retira qualquer possibilidade da consciência subjetiva em determinar o seu objeto de conhecimento e a maneira de tratá-la, reafirmando sua objetividade e instrumentação do homem e da natureza na produção de verdades formais.

Mesmo na tradição iluminista ocidental, dominada pelo paradigma mecanicista, permaneceu a busca pela essência e pelo significado das coisas, em três grandes correntes do pensamento: a tradição que na França procurou aberturas à metodologia positivista, a tradição filosófica alemã que, a partir de Kant, converge na fenomenologia de Husserl e, finalmente, a Antropologia Social e Cultural britânica e norte-americana que, a partir de Malinowsky e Boas, procuram, de um lado, colocar em perspectiva os valores do mundo do próprio investigador e, de outro, conhecer o outro em seus próprios termos (QUEIROZ,1998).

Deve-se, portanto, mostrar o sentido do conceito de Representações Sociais, mesmo que resumidamente, em cada uma dessas tradições destacando as bases teóricas que permitiram operacionalizar esta pesquisa empírica.

O termo Representações Sociais ou Coletivas foi empregado pela primeira vez, de um modo consistente e com um sentido moderno, por Durkheim, em sua obra clássica *As Formas Elementares de Vida Religiosa* (1912). Sobre as Representações Coletivas, o autor afirmava:

...são o produto de uma imensa cooperação que se estende não apenas no espaço, mas no tempo; para fazê-las, uma multidão de espíritos diversos associaram, misturaram, combinaram suas idéias e sentimentos; longas séries de gerações acumularam aqui sua experiência e saber (DURKHEIM, 1978: 216).

Para justificar seu conceito Durkheim realizou estudos empíricos sobre sistemas religiosos de vários povos primitivos visando entender a relação do pensamento individual e a lógica da sociedade. A influência de Durkheim na afirmação da Sociologia,

Antropologia e Psicologia Social modernas é muito grande. Todavia, a sua construção teórica mostra uma sociedade pesada e enrijecida, com mínimas possibilidades para a criatividade individual e mesmo para o coletivo. A dimensão social se impõe fortemente sobre os indivíduos. É a sociedade que configura e explica o indivíduo. A subjetividade não fornece à ciência qualquer verdade sobre a natureza do mundo:

De fato, a extensão explicativa do conceito de representações coletivas à sociedade ocidental da época em que fora proposto – início do século – poderia parecer suficiente, dada a ainda relativa integridade das religiões e de outros ‘sistemas unificadores’ (SÁ, 1995a: 22).

As idéias de Durkheim tiveram forte influência sobre todo o pensamento sociológico, sobretudo para o desenvolvimento do conceito de Representações Sociais. Sua influência foi marcante, principalmente na França, dentro da Psicologia Social, a partir de um enfoque proposto por Moscovici.

Em sua obra *Representação Social da Psicanálise* (1978), mesmo influenciado pelo positivismo de Durkheim, Moscovici desloca suas categorias explicativas de um espaço essencialmente social para uma dimensão entre o social e o psicológico, o que torna seu conceito de Representações Sociais mais maleável e operacional, mais dinâmico e multidisciplinar (QUEIROZ, 1998).

Em total sintonia com a proposta de Moscovici e sob a égide de Durkheim, outros pesquisadores franceses contemporâneos (Jodelet, Doise, Palmonari) também contribuíram significativamente para a elaboração do conceito de Representações Sociais, com a sua problemática principalmente voltada para questões de saúde e doença.

Para QUEIROZ (1998), na Alemanha, diferentemente da França e sua tradição sobre a universalidade positiva da razão e do método científico, os pensadores sociais se encaminharam em direção do reconhecimento da vontade como elemento fundamental para a explicação do mundo humano, influenciados pelas idéias de Schelling.

Metodologicamente, constituiu-se um abismo epistemológico que Dilthey veio sanar ao esclarecer a diferença básica entre o estudo da natureza (*Naturwissenschaften*) e o das humanidades (*Geistwissenschaften*).

Enquanto as Ciências Naturais lidam com fenômenos inanimados, que existem inteiramente à parte da humanidade e obedecem ao método científico estabelecido pelo paradigma mecanicista de Descartes e Newton, as Ciências Humanas lidam com subjetividades impulsionadas por uma vontade e uma consciência livres, construtoras de realidades e de mundos através do intelecto e da emoção (QUEIROZ, 1998: 20).

Nas Ciências Humanas o conhecimento que se obtém emerge a partir da identificação intuitiva das idéias, dos sentimentos e objetivos comuns de um grupo social qualquer, ou de um período histórico determinado. O cientista humano deve buscar e descobrir esses elementos não mensuráveis que revelam a subjetividade, que atribuem o significado e o sentido do comportamento humano, que integram um povo à sua cultura e ao seu período histórico. Portanto, as Ciências Humanas deveriam encontrar métodos que pudessem mostrar as essências que tornassem cada ato isolado, seja de natureza social, política, cultural ou psicológica, em subjetivamente significativo.

Institui-se, assim, nas Ciências Humanas uma metodologia que reconhece tanto o sujeito quanto o objeto como elementos constituintes do conhecimento. Conhecer a sociedade, a cultura e a psicologia, portanto, é conhecer a si mesmo.

Max Weber foi outro grande pensador alemão que influenciou enormemente o campo das Ciências Sociais modernas. A sua teoria sociológica parte da singularidade individual subjetivamente voltada para um outro. Seu método propõe uma interpretação compreensiva do fato social que sempre apresenta uma natureza única. O elemento básico do social, nessa perspectiva, é a relação do seu significado subjetivo com a ação dos outros. Assim, as Representações Sociais para WEBER (1979) são a matéria-prima fundamental que forja e dá sentido à realidade social e podem ser, metodologicamente, tratadas de maneira objetiva.

Em Weber, a compreensão interpretativa é uma condição fundamental para tentar entender as atitudes subjetivas dos outros, embora não nos forneçam uma explicação científica. A validade de uma interpretação só pode ser obtida quando apoiada por evidência empírica que a confirme. Os tipos ideais de formação social, econômica e cultural (racionalizações radicais que dão significado explícito e reconhecível a elementos da nossa experiência), constituem referências a que o investigador deve recorrer na construção de sua análise.

Associando-se à evolução das Ciências Humanas e as Ciências Sociais, a fenomenologia surge no século XX, como resultado de um movimento filosófico cujo pioneiro foi o matemático e filósofo Edmund Husserl, tendo como objetivo fundamental o conhecimento daquilo que se manifesta para a consciência sem a mediação de proposições conceituais ou metafísicas. A fenomenologia de Husserl se propõe realizar três tarefas principais: conservar a autonomia da filosofia diante da psicologia; manter o privilégio do sujeito do conhecimento ou consciência reflexiva diante dos objetos e, finalmente, ampliar o conceito de fenômeno.

Os objetos da fenomenologia são dados absolutos apreendidos por meio da intuição imanente pura, sem a intermediação da cultura, da sociedade e de qualquer conceito ou teoria tomados a priori. Seu objetivo principal é descobrir as estruturas essenciais dos atos de consciência (noesis) e as entidades objetivas que lhes correspondem (noema). Em contraste com o racionalismo, que enfatiza o raciocínio conceitual, a fenomenologia insiste no fundamento intuitivo da verificação experiencial de conceitos (QUEIROZ,1998).

Um desses conceitos é o da intencionalidade, que significa dirigir-se para, visar alguma coisa. É um conceito oriundo da filosofia medieval, que passou por Goethe e a Psicologia de Franz Brentano. Neste sentido a consciência é intencionalidade, é ‘consciência de’. Assim, a consciência surge como criadora de mundos, como uma forma que busca um objeto e lhe impõe uma significação (CHAUI, 1996).

Perceber é o ato intencional da consciência; o percebido é o seu correlato intencional e a percepção é a unidade interna e necessária entre o ato e o correlato. A percepção é uma relação fundamental entre a consciência e o objeto, cuja estrutura é formada pela imaginação, a memória, a linguagem, o pensamento. Sentimos e percebemos formas que nada mais são que totalidades estruturadas e dotadas de sentido e significação.

HUSSERL (1996) se opunha ao positivismo, para o qual a realidade não considera qualquer dimensão subjetiva. Na fenomenologia, o fenômeno, enquanto objeto de consciência incorpora coisas naturais, ideais e culturais para ter sua existência garantida. Por isso, a realidade do mundo está carregada de subjetividade, inclusive as Ciências

Naturais e Matemáticas. O conhecimento fenomenológico procura descrever cada ato de consciência e cada uma de suas essências ou significações. Refere-se necessariamente a ontologias regionais que focalizam, por exemplo, a região da Consciência, da Natureza, da Matemática, da Religião, das Artes, da Política, da História, etc. Cada uma dessas regiões requer metodologias específicas, determinadas pela natureza do objeto de conhecimento.

Apoiado nas idéias de Husserl e Weber, Schutz tenta construir uma Ciência Social fenomenológica, embora discorde do entendimento do primeiro sobre a consideração da Fenomenologia como ciência objetiva da consciência humana transcendental. Para ele os atos de consciência têm uma estrutura que se baseia no 'lebenswelt' e mostra como a subjetividade se produz e caracteriza a realidade a partir da experiência cotidiana dos indivíduos. Para SCHUTZ (1979) a consciência não é pura e transcendental, como em Husserl, mas sim socialmente orientada. O propósito principal do autor é entender as regras de tipicidade, a partir das experiências passadas que, de forma subjetiva, se abrem em campos de significação e influenciam estratégias e ações intencionais, e o relacionamento entre várias subjetividades, forjando o tecido social.

As Representações Sociais, dessa maneira, aparecem como elementos privilegiados de investigação fenomenológica, uma vez que contêm, em menor escala, todos os ingredientes do pensamento e da vida social. Cada uma delas têm incorporado parte da essência, mas, de qualquer forma, contém um elemento de verdade. Assim, um instrumento fundamental para o pesquisador atingir a essência da realidade social estudada é a convergência das representações sociais de diversos atores diante de uma realidade.

Para se estudar as representações sociais a um determinado contexto é necessária uma abordagem compreensiva que percebe o ator social como um sujeito que interpreta o mundo ao seu redor com uma atitude intencional, portanto, prático. Dessa forma, o meio social é uma realidade que está em permanente construção, que só existe a partir da consciência dos indivíduos, não se configurando como uma realidade que o constrange.

Foi com *Argonautas do Pacífico Ocidental* (1976) que Malinowski iniciou a chamada Antropologia Moderna que ultrapassou o evolucionismo de Frazer e também o difusionismo de Tylor, os quais baseavam suas análises etnocêntricas numa tendência em que a avaliação do outro emergia de um ponto de vista impregnado com princípios e valores pertencentes ao mundo do observador.

O conceito de etnocentrismo, em Malinowski, desenvolveu-se em estudos nos quais buscou compreender o modo de sentir, de pensar e agir próprios à cultura e à sociedade trobriandesa, a partir de seus próprios valores. Isto era completamente contrário à perspectiva positivista predominante em sua época.

Esse novo enfoque metodológico era, essencialmente, qualitativo, exigindo dos pesquisadores tolerância afetiva em relação ao outro e, intelectualmente, o controle dos próprios valores morais e categorias de percepção e de entendimento que fazem parte, inevitavelmente, do seu mundo. Metodologicamente, propõe evitar qualquer atitude etnocêntrica, pois uma falha detectada no controle deste aspecto é a mesma falta de controle de uma variável significativa num procedimento científico experimental nas Ciências Naturais.

Para Minayo, a Antropologia de Malinowski é considerada funcionalista e permanece positivista, embora “...negue as leis gerais que regem o funcionamento da sociedade como um todo. Também não reduzem a ciência do social à descrição de acontecimento e fatos observáveis” (MINAYO, 1996: 46).

O método qualitativo inaugurado pela Antropologia Moderna transforma, ambos, o sujeito e objeto, no centro de qualquer investigação empírica. Não há hegemonia em qualquer dos lados. A proposta metodológica diante da realidade estudada deve ser aberta, processualmente negociada e com menor formalidade, caso contrário corre o risco de fracasso. A pesquisa qualitativa requer, portanto, da mesma maneira que a postura fenomenológica, a apreensão da essência das coisas e não o seu controle.

Em sua obra sobre os ndembu da África Oriental, *Dramas, fields and metaphors* (1974), Victor Turner desenvolve o conceito de ‘drama social’. Com este conceito identifica a estrutura social profunda e inconsciente da sociedade que emerge do conflito

entre indivíduos ou grupos sociais. É nos momentos de crise social, quando há muitas ações, que o investigador tem as melhores possibilidades de desnudar a verdadeira estrutura da sociedade e não nos momentos de harmonia.

O entendimento acima é muito semelhante aos conflitos inevitáveis que surgem entre o super-ego e o id, na Psicanálise freudiana, e com a luta do homem pela sua emancipação e desenvolvimento da História dentro no materialismo histórico de Marx..

Apreende-se com a Nova Antropologia Social e Cultural que o social é uma dimensão complexa e maleável, apoiada em estruturas que se digladiam e mostram um equilíbrio social precário. Os indivíduos, enquanto agentes sociais, reproduzem essas estruturas, mas com uma interpretação subjetiva que, em geral, é determinada por interesses pessoais de ordem econômica, política ou meramente simbólica. Dessa forma, percebe-se que a sociedade não é uma força constrangedora do indivíduo, e sim que existe um sistema muito mais dialético e equilibrado entre o indivíduo e a sociedade.

Para a Antropologia Social e Cultural as representações sociais não são apenas mais um reflexo da estrutura social. Elas adquiriram relativa autonomia na sociedade. Todavia, trata-se de um conceito que faz referência, indubitavelmente a uma determinada configuração sociocultural, mas que, pode apresentar discordância, incompatibilidade e conflito. Desse modo, mesmo com sua autonomia relativa, as representações sociais estão dinamicamente associadas à realidade social que as contêm, sendo impossível serem estudadas adequadamente fora deste contexto.

Há que se destacar, ainda, as produções teóricas que buscam conciliar dois níveis de realidade: o materialismo histórico e as perspectivas metodológicas de análise sincrônica, principalmente as de pequena escala, desenvolvidas pela Antropologia Social e Cultural. MINAYO (1996), por exemplo, abre o Marxismo com empréstimos metodológicos provenientes de outras correntes teóricas, desde que não contradigam a sua dialética mais ampla. Com isto, acaba por valorizar a dimensão cultural que na teoria marxista é, em geral, um elemento secundário contido na superestrutura social. Uma consequência positiva desta proposta é a valorização das Representações Sociais.

A análise do fenômeno social por meio de um aspecto que transcenda a sua inserção numa determinada estrutura local é desejável. Entender o sentido diacrônico, além de sua posição numa estrutura sincrônica, é fundamental. Contudo, esta interpretação deve ser realizada com extremo cuidado, a partir de evidências contidas no próprio fenômeno e não no impulso do investigador em referendar uma teoria.

Embora a perspectiva desta tese não se proponha a fazer uma investigação de caráter psicológico individual, é possível entender que “A constatação dos conteúdos emocionais nas Representações Sociais permitiu o avanço dos estudos na direção dos conteúdos inconscientes, como foi apontado por Käs e por Carvalho”(LANE, 1995: 70). Este avanço é consequência da preocupação dos pesquisadores em integrar os aspectos afetivos aos diferentes matizes de símbolos que estão presentes nas representações sociais.

O conceito apresentado a seguir por este texto estará sendo tratado epistemologicamente, estando diretamente ligado ao processo de pensamento. Além disso, como este trabalho enfoca um campo em que os profissionais lidam, essencialmente, com a função mental – na medida em que os elementos componentes de seus discursos estão, de certa forma, impregnados de conceitos psicodinâmicos e ligados à simbolização – justifica-se usar o conceito de símbolo e o processo de simbolização, tal como em Cassirer, Freud e Ricoeur, como instrumental para a atual análise.

Símbolo e Simbolização

Os conceitos de símbolo e simbolização foram utilizados como um pano de fundo teórico facilitador para a compreensão empírica do sentido representacional e/ou do sentido expressivo e/ou do sentido existencial presentes nos discursos dos entrevistados e menos na direção de demonstrar, explicativamente, as relações de causa e efeito entre diferentes conceitos de símbolo e a fala dos entrevistados.

A partir desta ressalva é possível, então, entender que o símbolo em Cassirer permite compreender uma condição universal exclusiva, própria do homem. Essa condição é a capacidade de produzir símbolos e que o autoriza fazer a superação do mundo da necessidade, o mundo da biologia, da animalidade e adentrar no mundo da significação, do pensamento, da cultura, constituindo a sua humanidade.

Em Cassirer o símbolo é concebido a partir de uma análise racional, idealista, que, ao reconhecer suas duas estruturas, vê nelas o poder e as limitações do intelecto humano, pois, “...não podemos pensar sem imagens nem intuir sem conceitos” (Cassirer, 1977: 98). É com esse entendimento da estrutura do intelecto humano que Cassirer propôs substituir as imagens pelos símbolos. Dessa proposta resultou a definição do conhecimento humano como simbólico e não mais racional.

No símbolo Cassirer encontrou os princípios estruturais gerais que permitem compreender a simbolização como uma condição universal do homem, uma vez que, ao constituir o símbolo, o que ela mostra é uma representação, um conceito, uma abstração que surge numa forma — as chamadas formas simbólicas — e não, como se poderia esperar, nos objetos da realidade concreta.

As formas simbólicas para Cassirer são o mito e religião, a linguagem, a arte, a história e a ciência que surgem a partir do trabalho do homem, isto é, o sistema das atividades humanas, embora este trabalho não seja derivado de uma substancialidade e sim de uma funcionalidade racional.

É dessa maneira, portanto, que Cassirer enxerga cada uma das formas simbólicas. No mito, apesar de sua aparência caótica, há, por trás, a função mito-criadora. Ele surge como resultado da imaginação ou das imagens, que se instalam na mente do homem em decorrência dos estímulos da vida e que precisam encontrar uma linguagem que lhes permita sua manifestação. É por isso que o mito surge como uma estória antiga, mostrando-nos as primeiras explicações da natureza, num constructo que congrega uma teoria e a criação artística.

É, assim, que o mito se refere à realidade dos objetos e das coisas da natureza, muito embora essa objetividade esteja voltada para uma descrição de sua fisionomia emocional, derivada de um sentimento geral que ele compartilha igualmente com todos os seres, animados e inanimados, de maneira alguma podendo se confundir com a objetividade da ciência.

Pelo seu lado, a religião, enquanto uma forma simbólica que se segue ao mito, é derivada de uma preocupação do homem consigo mesmo, surgida no momento em que ele começou a descobrir sua individualidade, abandonando o sentimento geral de solidariedade com a vida e adquirindo confiança perante a natureza. Assim, é possível dizer que a religião teve sua origem na magia, o primeiro passo confiante que o homem deu para intervir junto à natureza e, posteriormente, ao buscar os ideais e a identificação dos dramas morais e éticos, ele pôde começar a construção da sua racionalidade.

Quanto à linguagem, essencial nesta investigação, Cassirer mostrou que ela é a forma simbólica que, pela primeira vez, buscou estabelecer a conexão direta e saber da identidade entre o símbolo e a coisa e que, ao fazer isso, acabou fornecendo as condições básicas para o conhecimento acontecer. Além disso, aquele autor reconheceu que nem as teorias genéticas — que tentaram explicar a origem da linguagem como imitação, como retórica, ou como interjeição —, nem as teorias sistemáticas — que tentaram reduzir a linguagem a um agrupamento mecânico ou construir uma única gramática —, foram capazes de explicar a linguagem, ao não perceberem que ela é um instrumento de pensamento cujo dinamismo e função social oferecem a oportunidade da conquista do mundo objetivo.

Em relação à arte, Cassirer acredita que ela é considerada como uma forma inferior de conhecimento, talvez, porque carregue dentro si a questão da estética e do belo. Todavia, para ele, tanto a arte como a linguagem transitam pelas vias do conhecimento objetivo e subjetivo. Portanto, a arte pode ser considerada tanto como um meio de expressividade como de formação.

Pode-se dizer, assim, que na arte não existem somente emoções e instintos. Há também intencionalidade. O artista não expressa apenas sentimentos; ele mostra uma representação e uma interpretação permitindo o descobrimento da realidade e o conhecimento do sentimento humano.

A história, como forma simbólica, é aquela que vem apontar que o conhecimento histórico, tanto quanto o da natureza dependem da experiência. Contudo, há uma diferença fundamental entre ambos, pois o conhecimento histórico não está em busca

das causas dos fatos empíricos, mas sim em descobrir-lhes o sentido. Portanto, procedendo com um método interpretativo, realizado no presente sobre os documentos e monumentos do passado, é possível uma reconstrução do real e também compreender, simbolicamente, o verdadeiro sentido da vida dos homens do passado.

A ciência é a última etapa do conhecimento que se desenvolveu desde o mito, passando pela linguagem até chegar à linguagem dos números que permite encontrar a ordem e a uniformidade da natureza. Embora o número possibilite conhecer com objetividade a natureza, ele não é a própria realidade e sim um símbolo que facilita construir novos símbolos e compreender a natureza numa linguagem universal.

Em Freud o símbolo tem a marca do empirismo e do reducionismo resultantes da formação acadêmica e dos valores científicos vividos por ele. Embora houvesse nele uma preocupação central em investigar as causas dos fenômenos mentais, que ele descobriu estarem ligadas às pulsões sexuais inconscientes reprimidas, que apareciam nas idéias latentes dos conteúdos manifestos pelo sujeito do sonho, ele também procurou, em suas investigações posteriores, aplicar o conhecimento que obteve com seu método psicanalítico a outras formas de manifestações relacionais e culturais criando um conhecimento psicológico mais universal, a metapsicologia.

Além disso, Freud, juntamente com Nietzsche e Marx, revolucionaram a Teoria do Conhecimento ao transformar a consciência imediata, narcísica, numa consciência falsa. Com sua teoria ele mostrou que não se pode mais pensar sobre o conhecimento e a vida mental sem se referir ao inconsciente e à sexualidade.

O símbolo de Freud está na base de toda essa questão. Portanto, seu caráter é marcadamente psicológico e orienta em direção ao conhecimento do funcionamento da mente do homem. O símbolo deixa, então, de ser apenas a representação das coisas que estão na consciência e passa a ser a expressão de sentimentos, emoções, conflitos e desejos frustrados que fazem parte do mundo inconsciente:

... se trata de conhecimentos inconscientes, de relações inconscientes entre certas idéias e de comparações inconscientes entre diversos objetos, cuja consequência é que um dos ditos objetos passa a instalar-se de um modo permanente no lugar correspondente ao outro (FREUD, 1981: 2223).

No início, o símbolo de Freud era um símbolo mnêmico que estava associado a um trauma psíquico datado, arbitrário e não permitia a interpretação. Posteriormente, com a simbolização, os sintomas psíquicos começaram a ser vistos como fenômenos que tinham uma significação lógica, genética e biográfica e, portanto, podiam ser interpretados. Mas, foi somente com a *Interpretação dos sonhos* (1900) que houve uma nova compreensão sobre o símbolo. Reconheceu que no símbolo onírico havia, além da representação substituta inconsciente da base genética e dos paralelismos filogenéticos, uma relação constante entre os elementos do sonho e a sua interpretação, a qual ele chamou de relação simbólica. Foi o entendimento da relação simbólica que permitiu o surgimento da técnica da livre associação no relato dos sonhos, embora, mais tarde, o autor tivesse revisto que o valor verdadeiro da relação simbólica estava somente nas associações livres que os pacientes faziam e não no conhecimento de símbolos do analista.

Freud apreendeu da relação simbólica nos sonhos que ela era uma comparação que se referia, na maioria das vezes, à vida sexual do homem, embora isto fosse inconsciente para o sujeito do sonho. Ele descobriu que o relato dos sonhos era a expressão da realização de desejos inconscientes e, por isso, eram manifestados de forma confusa, apoiados nos fenômenos de condensação, deslocamento e censura. Apesar de tudo isso, podiam ser compreendidos a partir da colaboração do sujeito do sonho e da interpretação do analista.

Esses fenômenos também apareciam em outras formas de manifestações culturais como a arte, o mito, o jogo, o xiste e o trabalho. Esse reconhecimento permitiu a Freud ampliar a sua teoria na direção de um conhecimento que se unia à Filosofia, à Antropologia, à Estética, à Teoria das Religiões e se localizava nas Humanidades.

Foi assim que Freud viu na arte a manifestação cultural humana que melhor permite a realização simbólica, pois ela consegue fazer a troca do objeto e do fim do desejo humano, via processo de sublimação. É a arte, então, com a produção de objetos simbólicos e a sublimação correspondente, que possibilita ao seu sujeito diminuir a frustração de seus desejos não realizados e, ao mesmo tempo, obter a aceitação social.

A interpretação que Freud deu às características simbólicas dos mitos totêmicos e dos tabus dos primitivos levaram-no a estabelecer uma série de associações entre elas e o desenvolvimento da vida mental do homem, que vai desde a infância, passando pelo narcisismo, até a subordinação do princípio de prazer ao princípio de realidade e também com os mais diversos quadros de patologia psíquica. Foi com esse entendimento que ele transformou o mito de Édipo no modelo explicativo para o desenvolvimento de todas as neuroses.

No jogo infantil Freud observou que o processo de simbolização oferece ao sujeito que o realiza a renúncia à satisfação de um instinto. Isso ocorre a partir do momento em que essa satisfação é manifestada nas representações simbólicas do jogo e é trocada pelo controle dos sentimentos correspondentes a esse instinto. No jogo os sentimentos instintivos deixam de ser apenas vividos e passam a ser também simbolizados.

A identificação da simbolização no trabalho é um tanto contraditória em Freud. O primeiro entendimento que ele tinha do trabalho era que seria originário de um deslocamento das pulsões sexuais primitivas do homem. Ele também via no trabalho a atividade que mais fortemente vinculava o homem à realidade. Contudo, talvez seja, exatamente, essa dupla condição do trabalho que permita vê-lo como um símbolo: é ele que possibilita, por sua função sublimatória, a mobilização e a integração de vários aspectos — narcísicos, sexuais e agressivos — que fazem funcionar a mente humana.

Continuando uma leitura psicológica pode-se ver em Jung que o símbolo, embora mais desenvolvido, seguiu em direção oposta aquela proposta por Freud, buscando os arquétipos, as criações universais da humanidade que se mostram nas imagens dos mitos, da religião, das lendas, as quais mostram que a compreensão psicológica do homem está sempre no porvir.

M. Klein investigou mais intensamente a relação entre a simbolização e os processos de sublimação, fantasia, identificação, ansiedade e, com isso, acabou por reconhecer que o símbolo é fundamental para o desenvolvimento do ego.

O símbolo em Ricoeur está associado à ciência hermenêutica e, portanto, ligado à interpretação, à compreensão, à linguagem, à reflexão, à existência e à equivocidade do homem. Esse autor foi buscar na exegese, uma técnica tradicional de fazer a decifração da significação dos textos sagrados, e no seu projeto de enxertar a hermenêutica à fenomenologia, uma teoria que lhe permitisse a compreensão do compreender como um modo de ser.

Para Ricoeur todas as hermenêuticas se propõem a investigar um tipo de símbolo, aquele que faz a apresentação do sentido, que tem duplo sentido e que são expressões que ‘mostram-escondendo’. Portanto, o símbolo para Ricoeur é

...toda a estrutura de significação em que um sentido direto, primário, literal, designa por acréscimo um outro sentido, secundário, figurado, que apenas pode ser aprendido através do primeiro (RICOEUR, 1988: 14).

Em Ricoeur há uma preocupação em saber da existência do homem, que pode ser mostrada pela interpretação de suas obras, isto é, pelas expressões simbólicas de sua vida. Portanto, o símbolo faz saber da existência e de sua vida operante, anteriores a todo o conhecimento lógico e objetivo das ciências da natureza e da matemática.

Segundo Ricoeur investigar as expressões da vida ou da existência, ele precisou se apoiar na Lingüística, pois, por mais variados que sejam os símbolos, eles sempre aparecem num meio lingüístico. É assim com a religião, com os mitos, com os sonhos, com a poesia e com o folclore. Portanto, foi nos textos, enquanto símbolos, que ele foi buscar conhecer a existência do homem.

As dificuldades sobre o conhecimento do símbolo aumentaram na medida em que Ricoeur verificou que as interpretações oferecidas às expressões multívocas eram divergentes e que ele precisaria de uma hermenêutica filosófica que levasse em consideração um plano semântico para poder fazer a arbitragem dos conflitos das mesmas. Contudo, o símbolo proposto por Ricoeur não serve para unificar nem as interpretações nem as teorias que lhes são subjacentes. Ao contrário, ele vem para garantir os seus diferentes sentidos: a arqueologia da psicanálise, a teleologia da fenomenologia do espírito e da escatologia da fenomenologia da religião, para poder saber da existência do ser.

Ao comparar as análises que a semântica lexical e a semântica estrutural fazem sobre os símbolos com as interpretações das várias hermenêuticas, Ricoeur percebeu que o símbolo conquistou precisão para seus significados e criou um universo auto-suficiente para a linguagem. Entretanto, ao conseguir isso, a linguagem se fechou sobre si mesma. Com as hermenêuticas acontece o contrário: elas descobrem nos símbolos um universo aberto, que fala do homem e da experiência vivida.

Assim, para Ricoeur, nos sintomas, nos sonhos, nos mitos, nos ideais, nas ilusões estão presentes tanto as relações de força dadas por uma energética - a natureza -, quanto as relações de sentido dadas por uma exegese de sentido - o espírito. Apenas estas últimas permitem o símbolo como uma expressão que 'mostra escondendo'. É, por isso, que se pode ver o sonho também como um desejo, bem como o êxodo bíblico como um movimento existencial que vai do cativeiro à liberdade.

Ao discutir o acúmulo de sentido dos símbolos como uma polissemia, Ricoeur encontrou justificativa e objetividade para ela, fazendo-a passar pela ótica dos conceitos de sincronia e diacronia, significante e significado de Saussure. Além disso, mostrou que é possível descobrir uma lógica para a polissemia dos símbolos, quando selecionados e concatenados dentro de um contexto. É, assim, que o símbolo pode ganhar cientificidade, superando o místico e o patológico. Entretanto, ao fazer isso, a lingüística enclausura a equivocidade do ser na lógica semântica.

Com Ricoeur essa condição do símbolo é inaceitável. É no discurso que a equivocidade do ser se diz e, portanto, é essa função primária de linguagem, o dizer, que se deve recuperar através do símbolo. É o dizer que remete o signo à coisa e retoma a realidade do discurso, retirada pelo estruturalismo. Contudo, o símbolo em Ricoeur permite uma interação entre a estrutura e a frase, por uma polissemia regrada em que, "As palavras têm mais do que um sentido, mas não têm um sentido infinito" (RICOEUR, 1988: 95). Pode-se ver, portanto, que a univocidade e a precisão, ou a plurivocidade e a abertura de um discurso não são determinadas pela polissemia, mas sim pelo contexto. Disso resultam a ciência com uma única isotopia ou a linguagem simbólica e suas várias isotopias.

A condição geral do símbolo em Ricoeur é que ele ‘dá que pensar’, está carregado de uma intencionalidade significativa que, ao ser interpretada, vem dizer do ser do homem. O símbolo permite ir mais adiante e transformar sua interpretação em uma reflexão filosófica para poder ganhar sua compreensão, garantindo a riqueza da totalidade simbólica.

A reflexão filosófica do símbolo não é consensual, pois, além da densidade de suas características gerais, que depõem contra sua cientificidade, existe, ainda, a justaposição das hermenêuticas divergentes. Para resolver isso Ricoeur estabeleceu uma nova relação entre consciente e inconsciente, mostrando que a consciência é uma tarefa que só pode ser obtida quando se fizer uma reflexão sobre os símbolos que estão nas instituições, nos monumentos, nas obras de arte e na cultura, podendo ser analítica e regressiva quando surge do inconsciente, ou sintética e progressiva quando vem do espírito. É assim, pela multivocidade do símbolo, que se pode compreender a equivocidade do ser.

Estes três conceitos de símbolo apresentados até aqui podem ser sintetizados da seguinte maneira:

Cassirer, ao mostrar a racionalidade do símbolo na direção da lógica, permite que se pense na formalidade do discurso. Portanto, apoiado no símbolo cassireriano, prescinde-se do sujeito concreto, em busca da universalidade, das relações lógicas e abstratas que surgiram das representações resultantes do trabalho humano, enquanto formas simbólicas. O que ele viria mostrar seria a capacidade de o homem construir uma representação geral e universal de si mesmo e do mundo.

Ao introduzir à experiência do símbolo e o uso do símbolo, Freud, apresenta um conceito que faz com que se visualize tanto um método terapêutico interpretativo quanto uma teoria da cultura. Um símbolo, assim constituído, permite pensar-se empiricamente o discurso que solicita, portanto, a presença concreta de um sujeito para que se possa procurar saber da sua individualidade, na medida em que se puder estabelecer as relações de causa e efeito existente entre o inconsciente do sujeito e as expressões simbólicas por ele produzidas, tentando, assim, uma explicação para sua psicodinâmica e também para o “... metabolismo sócio-prático e material do homem e da natureza na sua forma histórico-concreta” (BLEICHER, 1980; 237).

Com Ricoeur o símbolo é aquele que tem um duplo sentido, que ‘dá que pensar’ e que mostra a equivocidade e a polissemia do ser, portanto diz do conhecimento da existência. Esse conceito de símbolo propõe, então, a incorporação da noção de humanidade, na medida em que irá procurar conciliar, numa reflexão, as interpretações divergentes sobre os múltiplos sentidos que estão presentes no discurso e nas obras do homem e, com isto, tentar obter um conhecimento compreensivo da existência humana.



CAPÍTULO III: ***METODOLOGIA***

Faz parte dos trabalhos atuais de teses e dissertações a apresentação de um capítulo sobre a metodologia que, até algum tempo atrás, mostrava-se implícita na escolha do objeto de estudo, do referencial teórico utilizado e do desenvolvimento de uma investigação. Essas novas exigências levam à explicitação de cada etapa de um processo de produção científica em sua pertinência, sua coerência, sua consistência e facilitam a compreensão e a avaliação que estão pressupostos na finalização dos programas de pós-graduação *stricto sensu*. Alves, discutindo o interesse e relevância dos problemas investigados confrontados com a metodologia, afirma que:

Qualquer análise interdisciplinar, empreendida por um pesquisador, tem necessariamente de ser frouxa do ponto de vista metodológico. Mas é isto que a comunidade científica não perdoa! Rigor acima de tudo!
(ALVES, 1989: 79).

Contudo, entende-se que o resultado de uma investigação científica não é um processo linear, mas sim uma constante movimentação entre as concepções teóricas, a prática e a metodologia utilizadas pelo pesquisador. Assim, este trabalho é resultado de uma pesquisa de caráter qualitativo que toma como referência a noção de representação social para investigar a interdisciplinaridade em saúde mental.

A pesquisa qualitativa apresenta-se como uma alternativa às pesquisas experimentais. Estas, freqüentemente, são pensadas como a única forma de investigação para todas as ciências, o que significa tomar os métodos das ciências da natureza como o modelo final de cientificidade. Por outro lado, os pesquisadores das Ciências Humanas e Sociais, ao reconhecerem a existência de uma relação dinâmica entre o sujeito e o mundo real, entre sujeito e objeto — e também em função de sua oposição ao reducionismo — adotam para si os métodos clínicos e histórico-antropológicos.

Assim, para apreender e legitimar seus conhecimentos, os cientistas das Humanidades que adotam as pesquisas qualitativas buscam compreender os significados das ações e relações que o par sujeito-objeto estabelece com o mundo objetivo a partir da subjetividade envolvida e não apenas na direção das relações de causa e efeito, objetivas, que têm demandado e produzido teorias de caráter explicativos à moda da Biologia (CHIZZOTTI, 1995). Outro conceito teórico que está na base dessa investigação é o das representações sociais, conceito este, derivado das Ciências Sociais, e que pode ser definido como:

... um tipo de saber, socialmente negociado, contido no senso comum e na dimensão cotidiana, que permite ao indivíduo uma visão de mundo e o orienta nos projetos de ação e nas estratégias que desenvolve em seu meio social. As 'representações sociais' são conhecimentos culturalmente carregados, que adquirem sentido e significado pleno apenas se forem levados em consideração o contexto e a situação em que se manifestam (QUEIROZ, 1998: 1).

As representações sociais têm sido empregadas como orientação para a metodologia qualitativa nas Ciências Sociais e, em particular, na pesquisa social em saúde (MINAYO, 1996). Com isto, têm permitido mostrar novas formas de compreender as mudanças operadas junto à população atendida e aos profissionais de saúde naquilo que está relacionado tanto às práticas quanto aos conceitos do binômio saúde-doença (QUEIROZ, 1991).

É possível ainda afirmar que o conceito de representações sociais é usado em pesquisas na área da saúde para enfrentar a problemática resultante de um objeto de estudo que necessita articular o individual e o coletivo. Dessa forma, é possível reconhecer que o valor dessas representações na área da Saúde Mental reside em dar permissão a que conceitos como interdisciplinaridade possam ser tratados de uma nova forma, na medida em que são entendidas como conceituações do tipo interfacial, compostas ao mesmo tempo por elementos de ordem política, social, lingüística e psicológica (MAGALHÃES, 1997).

Justifica-se assim a necessidade de ultrapassar os limites das formas tradicionais de fazer investigações em Saúde Mental. É possível usar novos modos de coleta e análise de dados de maneira a apreender as dimensões sociais, culturais e econômicas ligadas aos fenômenos em Saúde Mental e, ao mesmo tempo, garantir e considerar as representações individuais — portanto subjetivas — dos mesmos fenômenos (MINAYO, 1996; BRICENO-LEÓN, 1997).

Neste capítulo serão abordados os instrumentos utilizados para coleta dos dados, o trabalho de campo e a forma de análise. Primeiramente apresenta-se o desenho geral do estudo, seu contexto, a descrição estrutural da instituição e os programas investigados.

Desenho da pesquisa e antecedentes

O trabalho interdisciplinar em Saúde Mental é um objeto de interesse investigativo bastante recente, e uma pesquisa empírica dentro de uma instituição como o Cândido Ferreira, que tem seu projeto baseado na Reforma Psiquiátrica, poderia permitir a identificação da existência da interdisciplinaridade, suas características, potencialidades, dificuldades, idealizações e realizações concretas. A escolha desta instituição se deve ao fato deste trabalho ser realizado por um pesquisador que têm uma longa experiência (desde 1979) como docente supervisor no Convênio de Estágio entre a Instituição e o Curso de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas, o que implica conhecer a história, a operacionalização e os programas desenvolvidos na instituição. Paralelamente, verifica-se a necessidade de investigar uma parte da experiência de transformação que tem vivido a instituição.

O Cândido Ferreira é um campo de investigação que já produziu algumas dissertações e teses, livros e artigos em revistas especializadas dada sua importância no cenário das práticas em Saúde Mental: MEDEIROS (1994), AMARAL (1995), ONOCKO & AMARAL (1997), ODA (1998), HAHN (1999), BALTAZAR (2000), GUANAIS, (2000) e BORTOLOTTI (2001).

O antecedente desta pesquisa surgiu quando houve uma proposta de se associar a idéia de avaliação do Cândido Ferreira ao projeto sobre Avaliação de Serviços de Saúde de Campinas — desenvolvido no Núcleo de Estudos Psicológicos da Unicamp, pelo Prof. Dr. Marcos de Sousa Queiroz. Todavia, este trabalho ganhou outra forma a partir do projeto de ingresso, do pesquisador, no Doutorado em Saúde Mental da Unicamp, cujo propósito seria avaliar a questão da interdisciplinaridade na Unidade de Internação do Cândido Ferreira. Com esse projeto e a idéia de parceria com o NEP, iniciou-se uma primeira coleta de dados com os dirigentes (atuais e anteriores) para se conhecer a história da instituição, suas realizações, políticas, seus projetos e filosofias atuais. Os dados coletados serviram para ser feita uma revisão no projeto inicial a fim de investigar a questão da interdisciplinaridade nas quatro unidades que compunham a instituição: Unidade de Internação; Unidade de Reabilitação de Moradores; Hospital-Dia e Núcleo de Oficinas e Trabalho. Além disso, no exame de Qualificação do projeto foi recomendado investigar o

conceito de interdisciplinaridade apenas junto à equipe de técnicos (e não mais junto à família dos usuários e aos pacientes, como estava previsto em nosso projeto inicial), para que a investigação ficasse melhor delimitada dentro de uma perspectiva social e epistemológica e não se perdesse em questões de caráter técnico-clínico.

Esta situação ajudou a definir um primeiro recorte quanto aos profissionais que deveriam ser investigados. Já havia entrevistado cinco dirigentes a respeito da história, da política e da filosofia. Estes eram, em sua maioria, médicos; havia apenas um administrador, situação que não permitiu obter uma visão mais ampliada da instituição. Como o objeto de investigação pressupõe o reconhecimento de relações interdisciplinares, elegeu-se os profissionais de nível superior, em sua maior diversidade de categorias possível — sendo dois de cada uma das unidades — mas, incluindo sempre um gerente (independentemente de sua categoria profissional) e um outro profissional dentre aqueles que têm experiência com a clínica em sua Unidade e com o projeto da instituição.

Como contingência do processo de pesquisa, foi feito um recorte na formação dos entrevistados, priorizando os profissionais de nível superior. Mesmo assim, este trabalho abre perspectivas para investigações futuras que considerem os profissionais de nível médio — não só devido à grande contribuição prática que esses profissionais têm oferecido à Saúde Mental, mas principalmente pelo interesse em investigar a vivência dos mesmos em um projeto que pressupõe uma relação mais aberta, democrática e participativa.

Após a segunda coleta de dados verificou-se que havia a necessidade de se ampliar a investigação criando um equilíbrio numérico por categoria de profissionais investigados, dentre as quais estavam: psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e psicólogos. Incluiu-se uma entrevista com um médico-sanitarista que propôs um plano gerencial e de assistência para a instituição, no qual estava pressuposta a interdisciplinaridade. Para este conjunto de três etapas de investigação, ao longo de 5 anos, trabalhou-se, apenas, com dois tipos de coleta de dados: a realização de entrevistas com um roteiro de questões semi-estruturadas e fontes documentais.

Região da instituição e os outros serviços

O Cândido Ferreira está localizado na região Leste de Campinas, no distrito de Sousas, cerca de 15 km do centro de Campinas. Administrativamente faz parte da antiga SAR-Leste; todavia, devido aos seus diferentes tipos de assistência (internação, ambulatorial, reabilitação psicossocial), oferece cobertura assistencial à toda rede de saúde mental de Campinas. Juntamente com Hospital Psiquiátrico Tibiriçá, que fica na mesma região, mais os hospitais Celso Pierro (da PUC-Campinas) e o de Clínicas (da Unicamp), constitui a retaguarda para internação hospitalar em Saúde Mental da rede pública de Campinas. Através do Hospital-dia, realiza um trabalho que é um misto de assistência ambulatorial e de reabilitação; assim, junto com os 19 Centros de Saúde (46% do total de C.S.), com os ambulatórios da PUC-Campinas e com os da Unicamp, integra a rede de assistência ambulatorial da cidade.

De outro lado, o Hospital-dia, o Caps Estação, as pensões protegidas, os lares abrigados, as oficinas de trabalho do NOT, o Caps Aeroporto e o Caps Integração compõem a rede de reabilitação em Saúde Mental do município de Campinas.

A avaliação feita por RÖSSLER & SALIZE (1996) sobre os serviços da rede de Saúde Mental na cidade de Campinas indicou a necessidade de que ela fosse ampliada no âmbito da assistência ambulatorial e de reabilitação.

Serviços estudados

O Cândido Ferreira é uma instituição filantrópica com mais de 60 anos que passa por um processo de transformação desde 1990, quando da cogestão com a Prefeitura Municipal de Campinas, tornando-se um serviço de Saúde Mental modelo de referência tanto para o Brasil como para a América Latina. Portanto, é um campo fértil para a análise das reformas em andamento, além de constituir um complexo de atenção à saúde mental que integra, num mesmo espaço físico, várias unidades: a Unidade de Internação para Pacientes em Crise Agudas; o Hospital-Dia; a Unidade de Reabilitação de Moradores e o Núcleo de Oficinas e Trabalho.

A unidade de internação de agudos (Unidade de Internação) está localizada na enfermaria do antigo pavilhão feminino, tem uma área aproximada de 1200 m² na qual estão instalados os dormitórios masculinos e femininos, os banheiros coletivos, dois salões de circulação com TV, sala da gerência, sala de café de funcionários, posto de enfermagem e medicamentos, sala de prontuários e equipe, quarto de observação, um pátio aberto com um quiosque, uma sala de atividades culinárias, uma sala de reuniões e/ou terapias grupais e uma sala para a realização de atividades ocupacionais diversas. Neste ambiente é oferecido um tratamento intensivo (permanência média de 30 dias) para 30 homens e 20 mulheres adultos divididos entre três equipes de referência (VALENTINI, 1995).

Cada equipe de referência é composta por cinco a seis profissionais responsáveis por elaborar o Projeto Terapêutico Individual (PTI), as atividades terapêuticas coletivas para cerca de 15 a 20 usuários, além das atividades coletivas da unidade, tais como assembléias, triagem, eventos socioculturais, etc. São atendidos usuários encaminhados pelos prontos-socorros e centros de saúde do município de Campinas e da Região de cobertura da DIR. XII do Estado. O perfil psicopatológico da clientela compreende psicóticos, neuróticos graves e dependentes químicos. A equipe é composta por três psiquiatras, quatro enfermeiras, três psicólogos, uma terapeuta ocupacional, um professor de educação física, uma auxiliar técnica, além de auxiliares e atendentes de enfermagem. Conta ainda com estagiários de enfermagem, terapia ocupacional, psicologia e saúde pública. (SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA, 1999)

O Hospital-dia (HD) funciona em parte do antigo pavilhão masculino, ocupando também o porão onde se localizavam a capela e o necrotério. A área construída destinada à Unidade é de aproximadamente 500 m². Nesta área estão localizadas a recepção, sala de gerência, sala de TV, salas de grupo, banheiros, sala de equipe, salão de convivência, sala de arteterapia e sala de terapia ocupacional. O Hospital-dia começou a funcionar a partir de 1991, e sua proposta é tratar e prevenir internações e reinternações de psicóticos em primeiro surto, dependentes químicos e neuróticos, e isto a partir de diversas técnicas grupais. São assistidos em média cerca de 120 usuários inseridos em diferentes programas terapêuticos grupais. Cada programa tem uma equipe de referência que é responsável pelo PTI e pelo seguimento de cada grupo.

Os usuários são encaminhados pelos centros de saúde, Pronto-Socorro da PUC-Campinas e pela Unidade de Internação de Agudos do próprio Serviço. A equipe é composta por dois psiquiatras, duas terapeutas ocupacionais, uma enfermeira, duas psicólogas, uma artista plástica, um ator, monitores e estagiários de enfermagem, psicologia, terapia ocupacional e saúde pública.

A unidade de reabilitação de moradores (Unidade de Moradores) surgiu como necessidade de abrigar a herança humana resultante do modo asilar característico do antigo Cândido Ferreira. O relatório-diagnóstico de 1990 apontou que 75% dos usuários permaneciam na instituição há mais de 5 anos e que 50% deles lá estavam há mais de 10 anos, o que perfazia 160 ‘crônicos’. Atualmente, a unidade atende a um grupo de 139 pessoas — entre homens e mulheres, chamados de moradores — que habitam três unidades de moradia coletiva: dentro do espaço físico do Cândido Ferreira, numa Pensão Protegida no bairro Santa Odila e em dois Lares Abrigados no distrito de Sousas.

A proposta da unidade é buscar as famílias dessas pessoas para reintegrá-las e, quando isto não for possível, criar condições de moradia fora da instituição, favorecendo a reinserção social desta população na comunidade. Para fazer este acompanhamento, as moradias são divididas por equipes de referência e são realizados os PTIs.

Existe ainda uma unidade externa à instituição, que surgiu como resultado do processo de desinstitucionalização realizado pela unidade: o CAPS Estação — localizado no bairro Guanabara, na cidade de Campinas — que visa dar conta das necessidades assistenciais e terapêuticas dos moradores egressos do Cândido Ferreira. Além disso, a Instituição sentiu a necessidade de criar uma outra unidade (Unidade Clínica) para poder atender às necessidades clínicas da população mais dependente, que não tem condições de autonomia devido aos processos naturais e patológicos associados ao envelhecimento. A equipe que atende a esta população é composta por uma assistente social, três psiquiatras, um médico clínico, três enfermeiras, dois fisioterapeutas, três terapeutas ocupacionais, duas psicólogas, uma dentista, monitores atendentes e auxiliares de enfermagem, estagiários de Psicologia, de Terapia Ocupacional, de Enfermagem e de Saúde Pública.

O núcleo de oficinas e trabalho (NOT) surgiu como resultado de uma evolução das precárias oficinas de prendedor, do desmonte da exploração/privilegio de mão-de-obra dos pacientes e da efetiva necessidade de se criar alternativas de reinserção socioprofissionais, dada a discriminação, o preconceito e a resistência operantes na sociedade em oferecer oportunidades de trabalho para indivíduos que tiveram experiências com o sofrimento mental. Este processo é também um desdobramento das oficinas protegidas, terapêuticas ou pedagógicas, que se confundem atualmente com os ateliês de atividades, as cooperativas de trabalho e as empresas sociais. A proposta da unidade é oferecer uma alternativa de trabalho remunerado para os indivíduos egressos dos processos terapêuticos em Saúde Mental, de forma que possam ser treinados e profissionalizados e, ao mesmo tempo, acompanhados e estimulados nos seus esforços em ampliar e criar melhores condições para serem reinseridos em seu meio familiar e social.

Nesta unidade são diariamente acompanhadas 75 pessoas de ambos os sexos que realizam atividades remuneradas nas oficinas de trabalho: agrícola, mosaico, marcenaria, gráfica, vidro, papel e culinária. Todas as oficinas estão localizadas dentro da área da instituição, excetuando-se os grupos de trabalhadores da oficina agrícola, que prestam serviços contratados fora dela.

A evolução do trabalho nesta Unidade demandou e permitiu a criação da Associação 'Cornélia Van Hyckama', uma entidade civil que congrega profissionais, trabalhadores e familiares, e visa dar existência legal aos contratos, aos projetos de profissionalização e às parcerias desenvolvidas com a comunidade.

Os candidatos a trabalhadores são encaminhados pelas outras unidades do Cândido Ferreira, dos CAPS, e da Rede de Saúde Mental da cidade. Cada oficina conta com um coordenador e uma equipe de monitores que fazem a avaliação, o treinamento e o acompanhamento do processo de profissionalização do indivíduo, além do seguimento terapêutico necessário. O trabalho nas oficinas é realizado por um grupo de profissionais composto por quatro psicólogas, uma enfermeira, uma psiquiatra, duas terapeutas ocupacionais, uma assistente social, um artista plástico, um relações-públicas, monitores e estagiários de terapia ocupacional e de psicologia.

Composição geral dos Recursos Humanos e das equipes multiprofissionais do Cândido Ferreira

A Instituição tem um total de 238 trabalhadores: 181 não têm nível universitário e 57 têm. Deste total 177 estão na assistência e 61 estão nas atividades-meio. Dos profissionais que oferecem assistência de nível superior há um certo equilíbrio numérico entre quatro categorias que atuam na área psicológica: 13 são médicos psiquiatras (incluindo um clínico geral), 11 psicólogas, 10 enfermeiras e 8 terapeutas ocupacionais. As assistentes sociais são 3 e os fisioterapeutas 2. Dentista, farmacêutico e nutricionista aparecem com 1 profissional, que é o mesmo número das novas categorias que começam a integrar as equipes de Saúde Mental, como o educador físico, o artista plástico e o ator.

Estes dados mostram uma mudança quanto à hegemonia médica na área da saúde, embora no campo da Saúde Mental já ocorra uma transformação desde o início da década de 90. Psicólogos, enfermeiros e terapeutas ocupacionais são os profissionais emergentes — talvez devido aos recursos técnicos destes campos —, sobretudo os psicólogos, os quais apresentam um percentual muito próximo ao dos psiquiatras. Assistentes sociais aparecem num grupo intermediário, próximas aos fisioterapeutas que começam a aparecer como atores complementares no campo. As antigas categorias que compõem a área da saúde — dentista, farmacêutico e nutricionista — têm menores percentuais neste campo, assim como os novos integrantes das equipes, tais como educador físico, ator e artista plástico. Considerando a composição de recursos humanos — no conjunto geral da instituição e por unidades — não se pode mais falar de uma relação bipolar, em que de um lado ficariam os médicos e de outro os não-médicos: trata-se agora de uma equipe de saúde e de seus componentes. Houve na área da Saúde Mental um encolhimento do espaço para o médico e um aumento de vagas para os não-médicos, resultado do surgimento de novas profissões e de uma nova composição de forças no mercado e na demanda complexa que caracteriza o trabalho em Saúde Mental. Quanto ao sexo, há uma prevalência feminina: 80,4% contra 19,6% de homens; estes dados ultrapassam as informações obtidas na literatura em que há predomínio de 60% de mulheres como recursos humanos atuantes na área da saúde (PRADO, 1985).

A maioria dos profissionais não-médicos (43) tem vínculo de 30 a 36 horas, com algumas exceções: uma artista plástica (24 horas); um ator, três psicólogas, uma fisioterapeuta (20 horas) e o dentista (16 horas). Em relação aos médicos, a maioria trabalha em regime de 20 horas, exceto dois deles com 30 horas.

Dentre os 181 profissionais de nível não universitário, 126 dedicam-se à assistência; dentre os 57 universitários, 51 dedicam-se a esta atividade, o que eleva o para 176 o número de profissionais ligados à assistência. Isto mostra um direcionamento muito grande dos recursos humanos para as atividades-fim e menos para as atividades-meio.

Em todas as unidades o perfil das equipes que prevalece está ligado ao modelo psicossocial, devido ao objeto que é alvo do trabalho na instituição — o sofrimento psíquico — e da primazia das técnicas utilizadas. As equipes cujo perfil tem um caráter predominantemente biomédico somente podem ser assim consideradas quando a Unidade Clínica é incorporada à Unidade de Moradores, o que demanda uma assistência sobretudo físico-orgânica e ocasiona um maior contingente da área: 36 auxiliares de enfermagem, 3 médicos, 3 terapeutas ocupacionais, 3 enfermeiros, 1 fisioterapeuta e 1 cirurgião-dentista.

Na conformação do perfil das categorias de nível superior por unidade verifica-se algumas peculiaridades: os médicos estão equilibradamente divididos pelas unidades, embora apareçam em maior número na Unidade de Moradores (4), e em menor número no NOT (1); os psicólogos estão mais presentes na Unidade de Internação (3) e no NOT (3), e menos nos Moradores (2) e H.D (2); os enfermeiros se destacam na Unidade de Internação (4), e são menos presentes no H.D (1) e NOT (1); as terapeutas ocupacionais são mais numerosas na Unidade de Moradores (3) e menos na Unidade de Internação (1); os assistentes sociais estão presentes na Unidade de Moradores (1), NOT (1), Centro de Convivência (é uma nova unidade instalada no Cândido Ferreira, cujo objetivo é criar, através das mais diversas atividades, um ambiente que favoreça e estimule a convivência das pessoas.) (1) e ausentes na Unidade de Internação e no H.D; e, finalmente, os fisioterapeutas estão presentes apenas na Unidade de Moradores (2).

Como indica Pitta, é possível utilizar dados quantitativos mesmo quando não sejam o alvo de uma pesquisa, pois discutir

... a qualificação dos trabalhadores para o setor hospitalar, pareceu-nos ser um viés rico para analisar a escolaridade, a profissão-ocupação e a renda per capita familiar, na medida em que se concebe qualificação enquanto coincidência entre um modo de organização do trabalho, um saber e algo dotado de valor econômico (PITTA, 1990: 137).

Coleta de informações

A saúde mental é um campo em que existem sobrepostas diversas imagens relacionadas às práticas interdisciplinares e que orientam os vários discursos e relações sociais. Dessa forma, a interdisciplinaridade em Saúde Mental é representada de maneira semelhante àquela que os profissionais têm sobre outros elementos próprios da saúde mental, tais como: técnica, especialização, doença, tratamento, cura, eficiência, equipe, relacionamento, colaboração, cooperação e poder. Justifica-se assim a opção por um quadro de referência epistemológico de caráter qualitativo que visa descobrir as condições construtivas desse campo representacional a partir de diversos modos de discursos e ações que compõem a problemática da interdisciplinaridade em saúde mental.

Assim, para a produção dos dados foram utilizadas, principalmente, as entrevistas semi-estruturadas gravadas e as fontes documentais.

Segundo, Lüdke & André a entrevista é um dos instrumentos fundamentais para coleta de dados qualitativos.

A grande vantagem da entrevista sobre as outras técnicas é que ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos. Uma entrevista bem-feita pode permitir o tratamento de assuntos de natureza estritamente pessoal e íntima, assim como temas de natureza complexa e de escolhas nitidamente pessoais (LÜDKE & ANDRÉ, 1986: 34).

A entrevista como meio técnico para obtenção de dados em uma investigação tem como substrato a reprodução, por escrito, da interação verbal e não-verbal entre pesquisador e entrevistado. Neste processo, o investigador estimula e induz o entrevistado a fornecer informações sobre um certo tema para posteriormente inseri-las em um quadro mais amplo de dados (HAGUETTE, 1995).

As entrevistas podem ser estruturadas (diretivas) ou não estruturadas (não diretivas). Para THIOLENT (1982) e MINAYO (1996), as entrevistas estruturadas por questionários têm uma finalidade que se amolda sobremaneira às pesquisas de caráter quantitativo, dada sua objetividade e à não valorização dos significados intersubjetivos entre o entrevistado, o entrevistador e o objeto investigado. De outro lado, as entrevistas não estruturadas trabalham dentro de uma perspectiva quase terapêutica ao coletar dados intersubjetivos — e não somente os objetivos. As entrevistas semi-estruturadas, por sua vez, são utilizadas a partir de um roteiro geral sobre o tema investigado e, da mesma forma que as entrevistas não estruturadas, buscam ir além do processo racionalizado do discurso, investigando aspectos mais profundos e reveladores do objeto em estudo (TRIVIÑOS, 1987; CHIZZOTTI, 1995).

Nesta investigação foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. Utilizaram-se dois roteiros de entrevistas: um para os dirigentes da instituição, e outro para aos profissionais que exercem o gerenciamento e a clínica na instituição. A escolha desta forma de coleta de dados deve-se ao fato de que realizou-se uma investigação qualitativa — na qual pressupõe-se uma interação entre entrevistado e entrevistador na busca dos significados mais amplos e aprofundados sobre o objeto investigado, condição esta que se diferencia da entrevista estruturada (com uso de questionário), já que a mesma descarta a ação interveniente do entrevistador.

Por outro lado, tratando-se de uma investigação que aborda um conceito teórico — a interdisciplinaridade — acredita-se que a entrevista semi-estruturada seja mais favorável que a aberta, dado que a primeira instrumentaliza melhor o entrevistador tanto para os dados subjetivos quanto para os dados objetivos.

HAGUETTE (1995) descreve os cuidados que se deve ter com os vieses resultantes da interação entre o entrevistado, o entrevistador, o ambiente e o roteiro de entrevistas para que não se perca o sentido heurístico do trabalho científico, mesmo que se tenha certeza de que a verdade absoluta seja apenas um ideal.

Para fazer entrevistas produtivas, é necessário que o entrevistador tenha boa capacidade de comunicação, estabelecendo uma relação de confiança e simpatia com o entrevistado, além de paciência para saber ouvir. É requisito básico para esse investigador

estudar, observar e praticar as técnicas de entrevistas de forma a desenvolver suas habilidades, pois são estas que lhe permitirão diminuir as tensões presentes no interior da interação com o pesquisado, evitando dificuldades na obtenção de informações (PEDUZZI, 1998; LÜDKE & ANDRE, 1986).

O roteiro semi-estruturado deve servir como um recurso que garanta orientação para o entrevistador, de forma que não perca o essencial daquilo que está sendo investigado; também ocupa a função de um elemento formal menos ameaçador para o entrevistado, quando comparado com as técnicas de entrevista livre. Por outro lado, deve ser empregado de forma a favorecer o livre falar do entrevistado, estimulando um fluir gradual que permita obter desde os dados mais elementares até os centrais da investigação. Além disso, o local da entrevista deve ser escolhido de comum acordo — de preferência nas condições do entrevistado — garantindo-se um ambiente que permita o diálogo com um mínimo de interrupções.

As fontes documentais foram consideradas como sendo todos os materiais que possam trazer informações sobre um determinado objeto de pesquisa, na esteira do que pondera Contandriopoulos *et al*:

A atividade humana quase sempre deixa vestígios, sejam eles mudos (ex.: objetos), sonoros (ex.: discos, fitas), visuais (ex.: desenhos, pinturas, filmes, vídeos) ou escritos (ex.: inscrições, textos, dados, etc). Assim, por ‘documento’, entendemos toda fonte de informações já existente, à qual um pesquisador pode ter acesso (CONTANDRIOPOULOS ET AL, 1997: 74).

Nesta pesquisa os profissionais entrevistados foram escolhidos a partir do interesse manifestado em colaborar com a investigação e da indicação de outros profissionais, de maneira a constituir um grupo que incluísse a presença das principais categorias que compõem a equipe de saúde mental. SCHRAIBER (1995), com suas reflexões sobre os relatos orais e produção de narrativas de médicos, diz que usou o critério de ‘maior facilidade de contato’ quando procurava os sujeitos de suas entrevistas e, com isto, corrobora a escolha deste trabalho.

Foi estabelecido, previamente, um compromisso ético com cada um dos sujeitos investigados, no qual, após serem esclarecidas as finalidades da pesquisa e consentirem em participar livremente da mesma, teriam garantidas todas prerrogativas derivadas da Resolução CNS 196/96 (BRASIL, 1996).

Em primeiro lugar, foram realizadas seis entrevistas: com os dirigentes que antecederam o processo de transformação da instituição, com aqueles que iniciaram o processo de cogestão com a Prefeitura de Campinas e com os dirigentes atuais, cuja finalidade era identificar o perfil histórico, político, administrativo, filosófico e técnico-científico da instituição. Dessas seis entrevistas, duas foram realizadas no Cândido Ferreira, uma na Unicamp e três na casa dos entrevistados, pois os mesmos não trabalhavam mais na instituição.

Posteriormente, em cada uma das unidades de assistência, foram entrevistados três profissionais de categorias distintas, incluindo sempre o gerente. Dessa forma foram entrevistados 12 sujeitos, que totalizaram 18 entrevistas. Essas entrevistas foram realizadas no Cândido Ferreira, exceto uma que foi realizada na casa da entrevistada por motivo de saúde.

A maioria das entrevistas durou cerca de uma hora e algumas outras ficaram em torno de uma hora e meia. A primeira entrevista foi realizada em dezembro de 1996 e a última em dezembro de 1999. Deve-se ressaltar que a receptividade, colaboração e disponibilidade dos profissionais em oferecer seus depoimentos, foram fundamentais para o processo desta investigação.

Paralelamente, foi feito um levantamento dos documentos oficiais que pudessem se referir à história passada e recente sobre o gerenciamento da instituição, além das políticas públicas e assistenciais que atravessaram a vida do serviço.

No Quadro I, a seguir, estão caracterizadas as categorias profissionais segundo: profissão, tempo de formado, unidade de trabalho e tempo no local de trabalho. Na análise do material empírico, os entrevistados serão identificados pelos respectivos números, conforme o Quadro I, pela letra correspondente à inicial de cada profissão: administrador –

a'; assistente social – a; enfermeiro – e ; fisioterapeuta – f ; médico – m; psicólogo – p e terapeuta ocupacional – t. e, também, pela letra inicial da função na instituição: administrador – a; gerente – g e técnico – t.

Quadro I: Caracterização dos profissionais entrevistados segundo profissão, tempo de formado, unidade de trabalho e tempo no local de trabalho

NÚMERO	PROFISSÃO	ANOS DE FORMADO	LOCAL DE TRABALHO	ANOS NO SERVIÇO
E1	Medicina	46	Hospital	21
E2	Administrador	47	Hospital	32
E3	Medicina	15	Hospital	01
E4	Medicina	16	Hospital	05
E5	Medicina	20	Hospital	07
E6	Medicina	25	Hospital	10
E7	Terapia Ocupacional	12	Hospital-dia	08
E8	Medicina	10	Hospital-dia	06
E9	Serviço Social	27	Hospital-dia	10
E10	Enfermagem	11	Internação	08
E11	Psicologia	20	Internação	20
E12	Medicina	05	Internação	02
E13	Fisioterapia	14	Moradores	07
E14	Terapia Ocupacional	15	Moradores	04
E15	Fisioterapia	06	Moradores	03
E16	Psicologia	13	NOT	08
E17	Serviço Social	13	NOT	08
E18	Enfermagem	14	NOT	09

Procedimentos de análise

Os dados obtidos com as entrevistas foram transcritos das fitas gravadas para serem submetidos à análise. Para a transcrição das fitas houve a colaboração de duas auxiliares de pesquisa Ana Luiza Ferrer e Larissa Mazzoti Santamaria, estudantes do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da PUC-Campinas, bolsistas do Programa de Iniciação Científica da Coordenação de Estudos e Apoio à Pesquisa – CEAP. (As estudantes foram informadas sobre o projeto de pesquisa, participaram de reuniões, seminários, leituras de textos, e orientadas para produzir um trabalho parcial de investigação, apresentado no VI Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional em 1999).

Realizou-se uma revisão para garantia de sua fidelidade, o que permitiu fazer um primeiro e elementar exame dos dados. Em seguida deu-se continuidade ao processo de objetificação e transformou-se o conteúdo das entrevistas numa fonte documental. Isto é, a partir dos relatos das experiências dos sujeitos investigados criou-se uma nova forma de produção material, um texto RICOEUR, (1988); BRUYNE, HERMAN, SCHOUTHEETE, (1991) e CARVALHO, (1996). Ato contínuo, foram feitas repetidas leituras para absorver-se o conteúdo explícito, totalizante e contextualizador das entrevistas, sempre tendo em vista o material latente, as contradições, os ‘insights’, as confusões e evitações ou temas silenciados que puderam ser associados às primeiras impressões registradas no caderno de pesquisa, logo após a realização de cada uma das entrevistas.

Seguiram-se as indicações de PEDUZZI (1998) sobre a necessidade de um processo de impregnação com leituras e releituras, além da realização de leituras verticais e leituras horizontais. As leituras verticais dirigiram a atenção para as particularidades de cada uma das entrevistas. Já as leituras horizontais buscavam identificar os aspectos mais coletivos presentes nos relatos dos profissionais que tinham alguma identidade derivada de suas ações na sua unidade de trabalho, seja pela origem profissional, seja pela função gerencial, ou ainda pelo projeto da instituição. Nestas leituras emergiram categorias que MINAYO (1996) denomina analíticas e empíricas. As analíticas são conceitos que derivam dos fundamentos teóricos que orientam a pesquisa para seu objeto, e as empíricas são construções que facilitam o trabalho de campo ou derivam dos achados empíricos. Seguindo as orientações de LÜDKE & ANDRÉ (1986), foram selecionados determinados

relatos que formaram classificações em que ficaram destacadas determinadas categorias teóricas e concepções novas, com os quais, foi possível fazer associações, contraposições e abstrações que ultrapassaram a mera descrição dos conceitos em jogo e levaram a novos questionamentos e perspectivas teóricas.

Esta análise foi fundamentada no referencial teórico hermenêutico-dialético, isto é, dois momentos de produção de racionalidade, cujos sentidos, Minayo aponta:

Enquanto a hermenêutica penetra no seu tempo e através da compreensão procura atingir o sentido do texto, a crítica dialética se dirige contra seu tempo. Ela enfatiza a diferença, o contraste, o dissenso e a ruptura de sentido. A hermenêutica destaca a mediação, o acordo e a unidade de sentido (MINAYO, 1996: 227).

Seguiu-se esta orientação dentro de um quadro que busca compreender e ao mesmo tempo criticar a ação humana a partir dos seus significados simbólicos individuais, mas que pretende chegar também ao ator social enquanto construtor da história e coadjuvante na produção de um novo conhecimento social e humano.

Metodologicamente, procurou-se nas análises clarear o contexto em que estava o autor dos relatos: respeitar e compreender o sentido do texto a partir das razões do autor; tomar posição em relação ao texto e pressupor a comunhão das idéias deste trabalho com as do autor.

Os dados quantitativos obtidos com as fontes documentais mereceram um tratamento estatístico elementar que permitiu descrever partes da estrutura do serviço e também mostrar elementos ou características que compõem o sistema, "... um certo estado da totalidade-sistema, a qual, por sua vez, condiciona seu funcionamento de conjunto." (BRUYNE, et al, 1991: 143). O resultado dessa análise possibilitou olhar o plano de referência epistêmica que envolve a pesquisa e verificar que ambos — estrutura e sistema — são 'fertilizados e vivificados' pela intencionalidade que está presente na atividade individual e coletiva dos seres humanos que formam o universo social do serviço.



CAPÍTULO IV:
O CÂNDIDO FERREIRA:
CONTEXTO HISTÓRICO E DE TRABALHO

História inicial - anos 20, 30 e 40

O Cândido Ferreira nasceu com o nome de ‘Hospital de Dementes de Campinas’ e foi inaugurado em 14 de abril de 1924. A história de sua criação tem origem no reconhecimento, efetuado pela comunidade campineira, das condições de superlotação do Hospital Colônia do Juqueri. Este público excessivo ocorria desde 1917 e impedia a instituição de lidar com o contingente de insanos que permaneciam presos nas cadeias públicas do Estado aguardando vaga para internação. Nesse período, esse era o quadro dos doentes mentais em Campinas: amontoados nos porões das cadeias, abandonados, sujeitos e sem tratamento.

Foi a constatação desta problemática levada a cabo por um jornalista (PASSOS,1975) — em colaboração com o espírito filantrópico da comunidade campineira — que deu origem ao atual Cândido Ferreira. Esta entidade filantrópica despontou em um cenário que contava com mais de 30 instituições psiquiátricas, em sua maioria públicas — mas, mesmo filantrópica, propôs um modelo de tratamento inspirado nos hospitais-colônia. A idéia inicial dos fundadores do hospital era deixar de lado a exclusão social — derivada da tentativa de implantar no Brasil o alienismo pineliano e o tratamento moral, ambos europeus, quando da criação do primeiro hospital psiquiátrico, o Hospício Pedro II, para o tratamento dos doentes mentais — e construir um hospital-colônia, cuja finalidade seria tratar pacientes agudos através do trabalho agrícola, e fazer com que retornassem à comunidade.

Nesta época, embora os hospitais-colônia continuassem a ser construídos em todo Brasil, já começavam a demonstrar falência, pois os propósitos terapêuticos idealizados eram, na prática, quase inexistentes. Misturavam-se aos doentes crônicos muitos mendigos, moças namoradeiras, arruaceiros e órfãos; aumentava-se incessantemente o número de internados; havia muita violência e maus-tratos, como bem assinala Resende. “Mantinha-se pois inalterada a destinação social do hospital psiquiátrico, a despeito da substituição da psiquiatria empírica pela psiquiatria científica...” (RESENDE, 1987: 52). Bastide, ao analisar sociologicamente a ‘ciência da loucura’ no final do século XIX e início do século XX, reconhece que a valorização da utopia e da imaginação criadora de mundos sem viabilidade foi superada pela ação sobre a realidade física e sobre a realidade social:

Compreende-se que, neste novo clima, que marcou o triunfo no primeiro capitalismo industrial, e a entrada no que se poderia chamar de seu 'período orgânico', uma 'ciência da loucura' no primeiro dos dois sentidos que apresentamos (as ciências ditadas pela loucura) só podia desaparecer para dar lugar ao segundo deles: uma ciência que diagnostica e trata das doenças da imaginação. Mesmo a psicanálise de Freud se inscreveu nesta segunda corrente... (BASTIDE, 1983: 203).

Embora existissem disputas teóricas sobre as origens e formas de tratar as doenças mentais (degenerações de Morel x biologismo positivista médico), na prática esses embates não melhoravam as condições dos doentes mentais. O lugar social em que cabia a loucura eram os asilos, que deveriam ser construídos afastados das cidades. "Fronteira simbólica, sem dúvida, pois [...] se inscrevia então entre a ordem da natureza e a ordem da sociedade, entre o registro da animalidade e o registro da civilização." (BIRMAM, 1992: 82). A despeito do momento de contradições, a filosofia que motivava os fundadores da instituição carregava em seu bojo um entendimento mais humanitário, global e científico sobre a loucura. Essas abordagens, em São Paulo, decorriam das idéias que Franco da Rocha procurava implementar no hospital do Juquery:

...em visita ao manicômio de Juquery, no qual conferenciaram longamente com o Dr. Franco da Rocha, diretor daquele estabelecimento, e eminente psiquiatra, sobre o plano a adoptar na nossa instituição, recebendo desse consumado mestre de psiquiatria no nosso país, não só proveitosas inspirações quanto ao modo de fazer em Campinas o nosso instituto, como também a afirmação de seu apoio e interesse... (PASSOS, 1975: 13).

É verdade que os recursos terapêuticos biológicos da época eram o choque térmico, a malarioterapia e a sonoterapia. As sangrias, os eméticos, os purgos, os jejuns forçados, eram recursos já em desuso. Todavia, Franco da Rocha também tinha sido influenciado pelo Tratamento Moral de Tuke e as correntes fenomenológicas européias:

Na sua passagem pelo hospício novo, da Vila Juquery, hoje município da grande São Paulo que recebeu seu nome, Franco da Rocha desenvolveu a sua proposta de hospital colônia – agrícola, convencido de que o Tratamento Moral, o regime de 'open-door' e a laborterapia eram, de fato, e cientificamente recomendados, procedimentos terapêuticos (FIGUEIREDO, 1996: 119).

Mas, mesmo esta perspectiva humanitária não está a salvo das críticas, como constata os investigadores que estudaram a história do hospício do Juqueri:

Para o 'open-door', grau máximo da carreira de trabalhador institucional, vão aqueles escolhidos pelo seu bom estado mental e depositários de total confiança da diretoria [...] O trabalho na instituição não cumpre, como parece evidente, o papel de educar para reabilitar os loucos para o trabalho fora da instituição, que, certamente, para eles não existe, mas tem papel de criar e recriar a própria instituição (MÂNGIA, 1997: 96).

Ainda que o ambiente científico e cultural da década fosse propício à criação de um grande hospício, como acontecia no Rio de Janeiro com o Sanatório Botafogo, o Manicômio Judiciário, a Colônia Masculina de Jacarepaguá; ou em Belo Horizonte com o Instituto Neuro-Psiquiátrico; e ainda em Oliveira, Barbacena e na Paraíba (RESENDE, 1987 VIANNA, 1997), o Hospital de Dementes de Campinas surgiu como um pequeno hospital. Nos primórdios eram apenas 24 enfermos; foi ampliado somente seis anos após sua inauguração, criando-se um pavilhão feminino denominado de Cândido Ferreira, em homenagem a um filantropo campineiro. Em 1928, o governo do Estado — através do então diretor do Hospital Juquery, Pacheco e Silva — buscando organizar a assistência ao doente mental, pressionado pela demanda das internações que não paravam de crescer, propôs à diretoria da instituição incorporar o asilo como o primeiro hospital regional do Estado, dentro do plano de criação da Diretoria Geral da Assistência a Alienados, em que fazia parte do compromisso submetê-lo à política de Assistência a Alienados do Estado. Esta proposta não foi consumada porque os dirigentes não aceitaram mudar o perfil da população acolhida pelo hospital, garantindo atendimento apenas à população originária de Campinas. Também pesou a decisão de manter o caráter filantrópico da instituição, válido até hoje.

Em 1936 o hospital passou a ser denominado Cândido Ferreira. Desde então, vem reproduzindo os modelos de assistência à saúde mental existentes e implementando novas formas diferenciadas. Como instituição filantrópica, passou por uma série de mudanças de ordem política e administrativa. Houve mudanças de estatuto, inquéritos sobre desvios de dinheiro, venda e compra do patrimônio, falência econômica, ampliações e reformas das instalações físicas. Por outro lado, obteve o reconhecimento do seu caráter de instituição de utilidade pública nas esferas municipal, estadual e federal. Estas mudanças

foram resultado das transformações ocorridas no âmbito da sociedade e do relacionamento e interesses que os dirigentes da instituição estabeleciam com o poder público e suas políticas sociais e de saúde (PASSOS, 1975).

Do ponto vista técnico-assistencial, desde a inauguração o hospital vinha tratando os pacientes com as idéias de Franco da Rocha (praxiterapia ou laborterapia agrária). Entretanto, a prática na instituição era realizada por pessoas leigas, analfabetas, e o trabalho médico era oferecido por um único profissional voluntário. Resende, criticando este período, informa:

Tentava-se, desse modo, a título de solução terapêutica, recriar artificialmente o ambiente rural pré-capitalista no qual algumas das práticas agora propostas como estratégias terapêuticas eram, até certo ponto, espontâneas e decorrência natural da própria organização social daquelas sociedades.... Malogradas as intenções de recuperação do doente contidas nas propostas de seus criadores (mesmo porque esta demanda talvez jamais lhes tenha sido feita pela sociedade), restava ao hospital agrícola ater-se à única função que já caracterizava a assistência ao alienado, no país, desde a sua criação; a de excluir o doente de seu convívio social e, a propósito de lhe proporcionar espaço e liberdade, escondê-lo dos olhos da sociedade (RESENDE, 1987: 51-52).

Em 1943 a diretoria da instituição adquiriu o primeiro aparelho de eletrochoque e iniciou uma nova etapa de intervenções por meio de técnicas médicas que culminariam, na década de 50, com o uso dos psicofármacos. Para Resende, foi este advento analisado do ponto de vista das políticas de saúde mental no país, que permitiu a criação da psiquiatria de massa na década de 60.

Voluntariado e experimentalismo - anos 50 e 60

A instituição ingressou nos anos 50 e 60 com a perspectiva de mudanças técnico-assistenciais. Ampliou-se, nesse período, o número de psiquiatras voluntários que davam assistência aos doentes (4 profissionais para um total de 200 pacientes); foram elaborados mecanismos para efetuar a verificação da eficácia empírica dos psicofármacos (os hospitais psiquiátricos eram os grandes campos de observação); e foram criados os serviços de psicologia (um prático) e de assistência dentária.

Mesmo reconhecendo a mudança qualitativa no atendimento aos doentes na instituição, Cerqueira, que conhecera o Cândido Ferreira em dois períodos diferentes, afirma em uma crítica poética que, com o abandono da praxiterapia e a implementação da psiquiatria biologicista, houve uma piora na vida dos pacientes:

... uma outra instituição que visitamos em 1948: eram 100 doentes indigentes que viviam numa fazenda, em Souzas, arraial a 9 km de Campinas. Cuidados por raro enfermeiro que tinha sua família residindo no andar superior do prédio, recebiam da benemerência do Dr. João de Souza Coelho, psiquiatra naquela cidade, uma visita semanal. Claro que da observação constava apenas a identidade; mas havia os elementares cuidados de higiene, alimentação e abrigo, todos calçados de tamancos, cada um com sua cama, ao contrário de muitos serviços oficiais com centenas de doentes dormindo no chão, todos ociosos. Vimos sua alegria nas atividades do campo, com seus chapéus de palha e seus instrumentos de trabalho, sua euforia nos recreios puxado a viola e sanfona, ao ritmo matuto. Mantinha-se então a casa com 10 contos de donativos, outros 10 do governo municipal, 10 do estadual, 10 do federal, 100 da colheita de algodão, 200 da suinocultura e substancial renda com a criação de cães de raça, além de gado, leite, ovos, hortaliças, legumes e outros artigos que eles próprios produziam e consumiam. Voltamos a Souzas 10 anos depois. Havia uma bem feita observação clínica, mas a fazenda estava abandonada; havia a possibilidade de um diagnóstico certo no atestado de óbito, mas o canil estava vazio; havia médicos diariamente, mas os doentes permaneciam o dia todo nas enfermarias, não mais tostados de sol; agora os tratamentos eram feitos por especialistas, mas sumira o algodoal. Finavam a horta, o galinheiro, a pocilga. No campo só o martelo d'água trabalhava, indiferente ao 'progresso' do qual temos nossas dúvidas (CERQUEIRA, 1965: 26).

É possível, ainda, analisar e compreender parte deste período a partir dos relatos, objetivos e pragmáticos, contidos em entrevista de um antigo administrador.

[...] vim para Souzas em dezembro de 1950 para dirigir o Sanatório a convite do Diretor clínico, pois o hospital estava uma verdadeira bagunça, funcionários truculentos, má alimentação e uma média de 3 a 5 óbitos mensais. Tive a felicidade de não ter, depois de um ano, qualquer óbito. Isto foi realizado somente melhorando a alimentação e condições de trabalho dos bons funcionários e demitindo os maus. [...] Administramos as dívidas e

começamos a fazer as compras de alimentos em Campinas e exigíamos produtos de boa qualidade. Melhoramos a alimentação e higiene. Havia pulgas, percevejos, ratos e baratas. Pela manhã pegávamos os funcionários e fazíamos uma limpeza completa com inseticida. [...] Existiam nessa época uns 200 pacientes. Eram, nessa época, três médicos e depois veio a equipe do Dr. [...] com mais dois psiquiatras e aí melhorou toda a parte de saúde. [...] O antigo administrador, deixava as coisas correrem, meteu a mão no dinheiro, fugiu com uma funcionária e acabou sendo demitido e eu vim para substituí-lo. [...] O tratamento que se fazia naquela época era um tratamento que não se faz mais. Era eletrochoque, cardiazol, insulinoaterapia, era violento, uma coisa feia, mas resolvia. Os médicos eram bons, pelo menos eram humanos, não havia os recursos de hoje em dia, mas mesmo dessa forma eram bem tratados. Não havia outros profissionais; só havia um médico clínico e psiquiatras. Os 'enfermeiros' eram quase todos analfabetos e eu tive que fazer um curso de enfermagem na Santa Casa para poder introduzir assepsia, sistema de injeção e curativos. [...] Em relação ao uso do trabalho eu tinha um grupo de doentes que eram encarregados de arrumar camas, fazer a limpeza, ajudar na cozinha junto com funcionários. Eu tinha uma lavoura em que cheguei a não precisar comprar feijão e trocar o excesso de produção por outros produtos. Tinha uma horta que fornecia diariamente para cozinha de 40 a 50 quilos de verdura. Tinha um pomar em que havia todo tipo de frutas, uma criação de porcos que nos dava uma boa fonte de renda. Tinha vacas leiteiras que me davam 120 quilos de leite diariamente e que significava meio litro de leite por doente. [...] Os homens e mulheres eram completamente separados uns dos outros. Não admitia contato nenhum como há hoje, o que, aliás, eu acho um absurdo. Nunca admiti de doente dormir com doente, engravidar doente. Não havia contato de espécie alguma. [...] Tinha psicótico, epilético, muitos deficientes mentais, desses que ficavam lá eternamente. Eu cheguei a receber vários, saí depois de 32 anos e eles continuavam lá, não se sabia se tinham família, eram completamente abandonados por quem havia internado. Tinha os alcoólatras e os drogados. Os drogados não queriam fazer nada. Já os alcoólatras, depois de desintoxicados, queriam trabalhar. Como eram loucos por cigarro e estavam abandonados, eu dava meio maço para quem quisesse trabalhar na lavoura. Era um briga danada para se trabalhar na lavoura. Cada quatro pacientes faziam o trabalho de um funcionário, era maravilhoso. O Dr. [...] falava: '...não deixe o alcoólatra sem fazer nada, senão ele acaba aprontando. Se ele quiser trabalhar, mande-o trabalhar...', e isto funcionava (E2a'a).

Pode-se dizer que nos primeiros tempos de sua existência — anos 20 a 40 — o Cândido Fereira foi um lugar específico e de abrigo para os doentes mentais, um asilo funcionando dentro de uma perspectiva assistencialista, com todas as mazelas resultantes da inexistência de profissionais especializados que pudessem utilizar com pertinência as técnicas disponíveis neste período.

Na segunda etapa — décadas de 50 e 60 — foi marcado pelo experimentalismo de métodos e técnicas médicas invasivas, além do uso do trabalho cuja finalidade era, além de produzir comportamentos submissos, ajudar a garantir a manutenção econômica e administrativa da instituição, ao invés de ser implementado como processo terapêutico.

Com o relato acima é possível reconhecer a permanência do voluntariado das décadas anteriores, ampliado e associado ao experimentalismo de novas técnicas; também fica evidente o repasse de funções técnicas terapêuticas para um único profissional, o administrador. Com esta autorização institucional — dadas a ausência de profissionais qualificados no mercado e a tradição assistencialista da época — era suprida a carência de mão-de-obra especializada, permitindo o desenvolvimento das atividades ocupacionais e de enfermagem a partir de uma perspectiva pessoal e empírica. Ressalte-se que estas atividades eram dependentes da sensibilidade do administrador sobre as demandas terapêuticas que se manifestavam. Essa maneira de funcionar aumentava em muito a possibilidade do risco de arbítrio e do uso não terapêutico do trabalho dos pacientes, já que não havia qualquer controle técnico, político ou administrativo. As condições descritas acima são alvo de várias análises críticas relacionadas tanto a este período quanto ao anterior, pois a atenção ao doente mental, apesar de suas diferenças ideológicas e técnicas, permanecia idêntica: manutenção da exclusão social.

Em meados dos anos vinte [...]. Neste momento, se pelos avanços da psiquiatria os ganhos terapêuticos do trabalho para os internos não são mais validados, os ganhos econômicos para a instituição aparecem claramente demonstrados e valorizados (MÂNGIA, 1997: 95).

O doente mental pobre passa a contribuir no custeio do hospício, com o seu trabalho, que representava um valor aproximado de um terço do orçamento alocado. Esses pacientes trabalhavam na agricultura, produzindo os gêneros alimentícios que seriam consumidos no hospital; construíam a estrada de rodagem que ligava o Hospital Colônia [...] (VIANNA, 1997: 20).

Por outro lado, a nova tecnologia medicamentosa precisava ser testada, experimentada, verificada; dessa forma, apesar dos seus benefícios, também era sujeita a incertezas científicas, riscos de arbítrio e violência que, mais uma vez, constrangiam os doentes mentais, em sua maioria indivíduos abandonados pelas suas famílias, sem qualquer apoio ou controle social:

[...] cumpre observar que o furor farmacológico dos psiquiatras dá origem a uma postura no uso dos medicamentos que nem sempre é ‘tecnicamente orientado’, muitas das vezes utilizados apenas em decorrência da pressão da propaganda industrial, muitas vezes por ignorância quanto aos seus efeitos ou às suas limitações, quando não como mecanismo de repressão e violência, ou ainda, como no caso dos manicômios, com o fito de tornar a internação mais tolerável e os enfermos mais dóceis (AMARANTE, 1994: 73).

Paralelamente ao desenvolvimento do uso da psicofarmacologia e da instalação da indústria farmacêutica no país, foram criadas novas profissões de nível superior, como psicologia, terapia ocupacional e fisioterapia. Também foram regulamentados o ensino e o exercício das novas profissões, estendendo-se às antigas, como enfermagem e serviço social. Com isso, um contingente maior de trabalhadores na saúde começava a surgir, afirmar-se, abrir e ocupar este campo de trabalho (SPINK, 1985), o que é confirmado por Magalhães:

No âmbito da formação as décadas de 50 e 60 constituem o período da proliferação dos planos de preparação de pessoal para a Saúde, inspirados em modelos calcados em projeções estatísticas e estimativas de crescimento demográfico. Deste processo participaram não só entidades nacionais, mas organismos internacionais que orientavam a ‘racionalização’ da oferta de pessoal para os ‘países em desenvolvimento’ (MAGALHÃES, 1989: 46).

Ao mesmo tempo intensificaram-se a superlotação dos hospitais psiquiátricos, os maus-tratos aos doentes e a corrupção, o que levou os hospitais-colônia ao fracasso. O governo da época, através do Serviço Nacional de Doenças Mentais, tentava modificar esse panorama trágico da atenção à saúde mental no país implementando os serviços de ambulatório. Em Campinas esta política estimulou a criação do primeiro ambulatório dentro do Cândido Ferreira, em 1961. Ele conheceu uma curta existência (3 anos) devido à

localização muito distante do centro da cidade. Foi somente em 1970, com a construção e a inauguração do ambulatório no centro da cidade — e seu funcionamento em 1972 — que esse projeto foi viabilizado, numa época em que a política no país incentivava a criação de ambulatórios e centrais de internação, na tentativa de disciplinar e conter as internações que abarrotavam os hospitais públicos e alimentavam a indústria da loucura.

Em outros países, como a Inglaterra, a comunidade terapêutica de Maxwell Jones aparece “como um método ou programa de tratamento em que se destaca a interação do doente com toda comunidade hospitalar e desta com o paciente, que é estimulado a ter um papel ativo na instituição...” (RIBEIRO, 1999: 145).

Nos EUA acontece o movimento de desinstitucionalização:

De 1960 para cá, o tratamento e cuidados da pessoa com distúrbios mentais desloca-se do hospital psiquiátrico para os serviços na comunidade: ambulatórios e postos de saúde mental, consultórios individuais e centros comunitários (MORGADO & LIMA, 1994: 18).

A antipsiquiatria de Thomaz Szasz, David Cooper, Ronald Lang e Franco Basaglia também surgiu nessa época. Era um movimento heterogêneo, que criticava a instituição psiquiátrica tanto como modelo de entendimento como de tratamento para a doença mental, e era resultado da concepção que cada autor tinha sobre doença e doença mental. Essas concepções surgiram em obras polêmicas, que suscitaram críticas e questionamentos por parte de todos aqueles que não comungavam com as novas idéias. (RIBEIRO, 1996)

No Brasil, a política principal para a saúde mental que vinha se desenvolvendo desde o século passado ainda estava centrada nos hospícios. Depois do golpe militar de 1964 e da política desenvolvimentista proposta pelo governo abriu-se uma brecha para o lucro com o adoecer mental que incentivou o investimento do empresariado na abertura de vários hospitais privados. Esta política acabou por criar um descompasso entre o desenvolvimento das ações em saúde mental no Brasil e nos países desenvolvidos, como ressalta Figueiredo:

... a partir da década de 50, quando a psiquiatria mundial ganha dois grandes reforços, seja no campo da Psiquiatria Social, seja no da psicofarmacologia, que a psiquiatria entra em retrocesso e numa lamentável defasagem quando comparada aos avanços obtidos internacionalmente. Resguardados os fechados círculos do ambiente universitário e algumas experiências isoladas, quase nada avançou no Brasil, em Assistência Psiquiátrica em Saúde Mental, no período que vai de 1964 a 1982 (FIGUEIREDO, 1996: 178).

Profissionalização - anos 70 e 80

No ano de 1967, dois fatos marcaram a história do Cândido Ferreira. O primeiro deles foi o rompimento do convênio entre a Secretaria de Segurança Pública e o Cândido Ferreira. Pelo convênio, desde 1924 a Secretaria destinava verbas para alimentação dos insanos pobres que eram acolhidos pela instituição, evitando que fossem recolhidos às cadeias públicas de Campinas. Instalou-se uma crise política e administrativa superada somente quando a Secretaria de Saúde — através do Departamento de Assistência aos Psicopatas — celebrou um outro convênio que financiaria o tratamento de 180 pacientes. Com isto, houve um aumento substancial da verba pública que o Cândido Ferreira recebia do Estado: “O convênio combinado foi assinado no dia 10 de novembro de 1967, passando a Sociedade a receber, no princípio do ano de 1968, por leito-dia o valor de Cr\$ 6,50.” (PASSOS, 1975: 110).

Este fato foi fundamental, pois mostra que o Estado começava, embora com muito atraso, a implementar um decreto-lei de 1931, no qual o Ministério da Justiça e Negócios Interiores passava para o Ministério da Educação e Saúde a competência sobre a Assistência aos Psicopatas e o Manicômio Judiciário. Esta distinção em relação à doença mental é um fato importante em si, mas é também reflexo das mudanças sociais que ocorriam no país. Se antes a loucura era um problema de Segurança Pública, naquele momento passava a ser considerado um problema de Saúde.

O governo também precisava contratar leitos da rede privada, uma vez que os hospitais públicos não estavam em condições de estender a atenção em saúde mental à massa de trabalhadores e seus familiares. Pretendia-se evitar que houvesse prejuízo sobre o

processo produtivo iniciante e dessa forma ficasse garantida a aceitação da política desenvolvimentista que estava sendo implantada pelo regime militar. Outra causa do atraso da incorporação da doença mental como um problema de saúde pública pelo Estado era consequência da ineficiência da psiquiatria em lidar com os problemas mais amplos da saúde mental, em sua densidade social e tecnológica. Esta situação começou a ser modificada quando a psiquiatria efetivamente incorporou o uso dos psicofármacos e quando a saúde mental começou a ser considerada um problema crítico para toda a sociedade brasileira.

FIGUEIREDO (1996) reproduz dados do IBGE para mostrar que até 1941 havia no país 62 hospitais psiquiátricos (23 públicos e 39 privados); em 1961 eles eram 135 (54 públicos e 81 privados). O balanço é significativo: um milhão de internações até 1965 e dois milhões duzentos e cinquenta mil em 1970. Em 1970, na cidade de Campinas, havia 5 hospitais psiquiátricos — 1 filantrópico e 4 privados — com aproximadamente 800 leitos. A cidade seguia a política hospitalocêntrica e privatista que vinha sendo implantada no país.

O segundo fato que marcou a vida do Cândido Ferreira foi o convênio estabelecido com a antiga Faculdade de Medicina do Estado de São Paulo (mais tarde Unicamp), através do qual o Cândido Ferreira tornou-se um campo de prática de clínica psiquiátrica para os alunos da faculdade; em troca, receberia os serviços dos alunos e do supervisor. Com este convênio criaram-se as condições para que em 1969 começasse uma etapa de profissionalização e de práticas científicas na atenção aos doentes mentais. O diretor clínico que assumiu a instituição era o psiquiatra que havia fundado o Departamento de Psiquiatria da Unicamp e tinha sido o supervisor do programa de prática clínica psiquiátrica; ele introduziu efetivamente o uso de psicofármacos e iniciou a contratação de médicos e outros profissionais de saúde. O relato da entrevista abaixo revela esses aspectos.

Eu conheci o Cândido Ferreira ocasionalmente, porque eu vim para implantar a psiquiatria na Unicamp.[...] fundei a psiquiatria na UNICAMP. [...] Descobri o Cândido Ferreira, fui lá pedir à diretoria se eu poderia levar os alunos para obterem aulas lá. [...]. Houve muita resistência do médico que era diretor clínico na época. [...] o Cândido. que eu conheci naquela época era um asilo, um depósito em que o

único tratamento era o eletrochoque indiscriminado. Os médicos tinham alternativamente uma visita semanal e não acompanhavam o doente cientificamente. [...] Isso foi em 1967. E eu freqüentei o Sanatório, com os alunos, no fim de agosto ou começo de setembro de 67. E eu via aqueles doentes cronificados, esquecidos ou quase sem tratamento. [...] Havia um diretor clínico para poder haver o alvará de funcionamento. [...] Existia o pátio e alguns doentes tinham licença para sair para trabalhar na roça do hospital, que tinha 34 alqueires. Então faziam trabalho no pomar, na pocilga com a grande criação de porcos e cuidavam também das vacas, pois o Sanatório não comprava leite. [...] Assim, os doentes eram explorados nesse trabalho [...] e se mantinha o doente sem alta lá no hospital e as famílias davam graças a Deus por se livrarem dos seus doentes. [...]. Eu ia lá pela Unicamp, abraçando socialmente tudo [...] Eu via erros horríveis de administração em prejuízo dos doentes, mas o que eu ia denunciar, e para quem? [...] Porque o diretor clínico era muito cotado em Campinas, tinha influência até política, o vice dele no seu hospital-empresa era Vice-Prefeito, ocupou a Prefeitura em várias ocasiões (Elma).

A política de saúde mental que o Ministério da Saúde buscava implementar estava apoiada em um documento que foi elaborado conjuntamente pelos países latino-americanos em 1972, em Santiago do Chile.

[Em] linhas gerais recomendava a diversificação da oferta de serviços, sua regionalização, condenava o macro-hospital, propunha alternativas à hospitalização integral, ações especiais dirigidas ao egresso e campanhas para a reabilitação de crônicos visando 'pronta reintegração social do indivíduo' (RESENDE, 1987: 65).

Mas, entre esta proposição e a prática, o que se via era a preservação do financiamento para os leitos de internação integral e pouco investimento em propostas alternativas.

Nesse período, no Cândido Ferreira, foram contratados dois médicos, e posteriormente mais quatro. Em seguida admitiu-se uma nutricionista, uma assistente social e uma artista plástica voluntária que iniciou o uso de atividades artesanais junto aos doentes mentais. Anos mais tarde, já no final da década de 70, foram contratadas uma enfermeira de alto padrão e um psicólogo.

[...] com a nova verba, pedi que me dessem dois médicos para auxiliar a manter os doentes vivos e tentar dar os diagnósticos. Os médicos foram contratados para dar duas horas por dia de trabalho. [...] Como eu era o chefe da Psiquiatria, designei um assistente para prestar serviços para o Cândido Ferreira [...] Para ir ligando o Sanatório à Universidade e também para que eu fosse desdobrado, porque eu não dava conta de tudo. Depois eu fui caminhando para montar uma equipe técnica. Em 1970 eu recebi os serviços voluntários de uma senhora, formada desenhista pela Holanda, que foi pedir para trabalhar gratuitamente. [...] mais tarde eu consegui que o Sanatório pagasse a sua condução, porque ela vinha da Holambra. Depois consegui uma A.S., excelente moça, mas que trabalhava no Ambulatório da rua Senador Saraiva, que eu idealizei a planta, [...] de forma que se evitasse que os pacientes tivessem que ir até Sousas para revisão. Então eu atendia o Ambulatório e, em 1971, eu consegui um acordo para 6 médicos: 3 para a ala masculina e 3 para a feminina. Já tínhamos a A.S., a D. C., mobilizando os doentes. [...] Não tinha enfermeiras, havia muita relutância.[...] Eles não entendiam qual era a diferença, o que era enfermeira padrão, etc. [...] Eu consegui um psicólogo 9 anos depois que eu comecei a trabalhar no Cândido Ferreira. [...] nessa altura eu também já tinha nomeado um farmacêutico para se responsabilizar pelos psicotrópicos, etc (Elma).

Em 1979 o Curso de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas estabeleceu um convênio de docência-assistência com o Cândido Ferreira, em busca da criação de campo de estágios. Com isto, ampliou-se o perfil da instituição, já que o mesmo vinha sendo ocupado pelos alunos e residentes de Medicina da Unicamp; em 1985 voltou a expandir-se, com a presença das estagiárias do Curso de Fisioterapia e de Enfermagem da PUC-Campinas. Essa foi uma época de mudanças significativas, na instituição e na assistência ao doente mental, devido ao uso dos novos medicamentos, das psicoterapias verbais, ocupacionais, da assistência familiar e da constituição de uma equipe técnica ampliada. Ao mesmo tempo, havia as críticas sobre o papel e a função do hospital psiquiátrico, trazidas a público em diversos fóruns profissionais, acadêmicos e políticos.

Tecnicamente, o modelo que vigorava na década de 70 era médico-centrado, biologicista e relacionado a uma perspectiva curativa, na qual havia uma estrutura hierárquica de valor e de responsabilidade referendadas no poder e nas técnicas terapêuticas das diferentes categorias profissionais. Dessa forma, as ações terapêuticas dos profissionais eram segmentadas, sendo cada uma realizada em um espaço específico, sem interação e,

portanto, multidisciplinar. Os médicos diagnosticavam nos consultórios, prescrevendo medicamentos e decidindo a internação e a alta dos pacientes. A enfermeira administrava medicamentos, cuidando da disciplina e comandando os auxiliares em todo o hospital. A assistente social cuidava das informações familiares, orientação e busca de documentação. O psicólogo fazia psicoterapia verbal em seu consultório; e a artista plástica oferecia artesanato no pavilhão feminino e na sala de terapia ocupacional. Dessa forma, as práticas técnicas eram um misto de assistencialismo, autoritarismo, posse dos pacientes e tentativas de controle da loucura e do louco.

Assim, montamos a equipe mínima. Quero dizer que eu não tinha o Serviço Social, eu tinha a A.S.. Eu não tinha Serviço de Psicologia, tinha o psicólogo. Para fazer tudo não dava conta, mas para fazer superficialmente o que podia [...]. E nós começamos a trabalhar assim. Mas a introdução da técnica sofreu alguns anos de guerra [...], época em que a Diretoria havia sido mudada e foi dilapidado o caixa do Sanatório. Quando o P. deixou a Diretoria, havia 800 mil cruzeiros na época. O que era uma fortuna. Eu propus à Diretoria que em toda aquela área da frente do Sanatório, fossem construídos conjuntos comerciais para deslocar o comércio de Sousas para o local e eles pagariam aluguéis, o que daria renda para o hospital e melhoraria as possibilidades de progredirmos. Para eu poder introduzir o meu plano assistencial, que nunca foi possível [...] (Elma).

Na década de 80, com a política de implementação dos ambulatórios e Unidades Básicas de Saúde, resultado das críticas mais severas ao hospitalocentrismo, começava uma primeira etapa de transformação da assistência ao doente mental, na tentativa de prevenir as internações e conter as reinternações.

Entre as inúmeras determinações que foram colocadas em prática, uma delas propunha que a intervenção junto ao doente mental, desde a sua recepção até o final do tratamento, não mais deveria ser executada exclusivamente pelo profissional médico, mas preferencialmente por uma equipe multiprofissional, composta por vários profissionais. [...] São dessa mesma época a criação das propostas de procedimentos terapêuticos junto ao doente mental e seus familiares, através dos programas denominados de ‘intensidade máxima, média e menor intensidade’ (HAHN, 1999: 37).

Essas propostas resultaram numa simples mudança geográfica dos atendimentos aos doentes e na transformação dos ambulatórios em centros de triagem hospitalar, já que os donos dos hospitais privados, que detinham os leitos de internação, resistiam a qualquer mudança no sistema de internação; este funcionava como uma ‘porta giratória’, com alta rotatividade dos pacientes pelos diversos hospitais e lucro com o sofrimento da população. É verdade que, apesar da resistência do empresariado, “durante os anos 80, em um espaço de 8 anos, o número total de leitos psiquiátricos no Brasil teve uma redução de 20%.” (RÖSSLER & SALIZE, 1996: 9)

O Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, do Conasp (Conselho Consultivo da Administração Pública Previdenciária) — que surgiu como resultado da crise financeira da Previdência e dos ares de redemocratização do país, — mudou a política de financiamento, execução e gerenciamento dos serviços de saúde, propondo sua descentralização, regionalização e hierarquização.

Na área de saúde mental, esse plano desdobra-se no ‘Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica’ (dezembro/82) que denuncia o caráter iatrogênico do modelo asilar, menciona distorções tais como internações desnecessárias, existência de múltiplas portas de entrada no sistema e de expedientes visando aumentar os períodos de internação (por exemplo, uso de certos diagnósticos, altas seguidas imediatamente de reinternações, etc.) (ODA, 1998: 15).

Não existiam outras alternativas à hospitalização, exceto dois ambulatórios, um municipal e outro estadual, desarticulados em suas ações. O Cândido Ferreira tornara-se um asilo, pois eram poucas as altas, faltavam alternativas concretas à internação, e a interação com as poucas equipes de saúde mental da rede pública era quase inexistente. Os pacientes circulavam entre a Unidade Psiquiátrica de Urgências do Hospital Geral da PUC-Campinas, a Enfermaria Psiquiátrica do Hospital de Clínicas da Unicamp, o Hospital Psiquiátrico Tibiricá e os hospitais da região.

Tecnicamente havia a preocupação de revisar o modelo médico e incorporar uma perspectiva psicossocial, mas o trabalho permanecia dissociado, multidisciplinar e com preocupações corporativistas quanto ao uso especializado das técnicas terapêuticas. No ano de 1985 foi contratada uma terapeuta ocupacional, por determinação da Coordenadoria de Saúde Mental (que exigia a presença de um profissional graduado para a qualificação da

instituição e para a obtenção de melhor financiamento público). A interação técnica acontecia esporadicamente: nas crises agudas de alguns pacientes, nas brigas nos pátios, nos eventos socioculturais e na mobilização que estudantes e estagiários realizavam junto aos pacientes e à equipe técnica. Carvalho, analisando o Cândido Ferreira, indica:

Neste panorama de dificuldades e lentidão poderíamos concluir que talvez fosse melhor que propuséssemos acabar com a instituição psiquiátrica. [...] Seria ingênuo pensar que resolveríamos os problemas em saúde mental. Acho que a instituição psiquiátrica deve buscar integrar-se à comunidade, saindo do papel de agência de exclusão dos indivíduos não desejados. A instituição deve ter a perspectiva de estar sempre devolvendo o sujeito para comunidade, além de integrar-se plenamente aos outros planos de atenção à saúde. [...] devemos quebrar esse círculo vicioso, ocupando este espaço vazio com a criação de oficinas abrigadas, centros de atenção psicossociais, pensões protegidas e outras alternativas, com a finalidade de manter e apoiar o sujeito em sua comunidade o mais possível, até que adquira o máximo de sua autonomia (CARVALHO, 1987: 10).

Financeiramente, o Cândido Ferreira era sustentado pelas verbas advindas do convênio com o Inamps para pagamentos dos leitos de internação, alguns poucos sócios pagantes e uma pequena verba da Federação das Entidades Associadas de Campinas (Feac).

Politicamente, em 1977, o secretário de Saúde de Campinas iniciava uma fase de preocupação com a organização e administração dos serviços de saúde — buscando recuperar o eixo principal de sua pasta, que era a de promover a saúde dentro de um custo razoável para a sociedade, visto que o diagnóstico da área na época mostrava

...a desorganização administrativa do setor saúde, que causava grandes desperdícios de recursos; a incapacidade do modelo de saúde centrado no hospital para se manter diante da crise econômica; e, finalmente, a inadequação do modelo saúde com relação às necessidades da grande maioria da população (QUEIROZ, 1994: 28).

Campinas começou então a implementar a rede municipal de assistência à saúde, tirando a hegemonia do hospital e intervindo preventivamente sobre a comunidade: a cidade chegou a 36 postos de saúde em 1981 e foi “considerada pelo INPS, o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual da Saúde, uma área experimental para a implantação do Sistema Nacional de Saúde.” (QUEIROZ, 1994: 28).

Em 1983, depois das improvisações e da falta de financiamento, a rede sofreu reveses que somente foram reparados pelos governantes com os novos financiamentos decorrentes do projeto do Pró-assistência (Estadual) e das Ações Integradas de Saúde (Federal), que permitiram a transformação da rede básica num sistema de saúde descentralizado, hierarquizado e regionalizado, o SUDS.

Foi com a Reforma Psiquiátrica ocorrida no país — decorrente da Reforma Sanitária — que se criaram alternativas ao processo de tratamento psiquiátrico, até então centrado nos grandes hospitais. Nos diferentes países em que foi implantado, esse processo (denominado desinstitucionalização e desospitalização) desenvolveu-se e assumiu peculiaridades próprias em função das diferentes condições socio-político-econômicas observadas. A Reforma Psiquiátrica não era novidade alguma nos países do Hemisfério Norte, pois já vinha sendo implantada nos Estados Unidos e em diversos países da Europa, principalmente Itália, França e Inglaterra, desde a década de 60.

No Brasil, começou a dar os primeiros passos a partir de 1979 (DELGADO,1987) quando se mostraram, no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, as condições em que viviam os pacientes do Hospital-colônia de Barbacena. Nessa ocasião foi exibido um documentário chamado Em Nome da Razão, verdadeira denúncia que criou as condições para a tomada de consciência, pelos profissionais da área, da necessidade de mudança no atendimento em saúde mental. Outros marcos iniciais também foram a presença de Franco Basaglia divulgando a experiência italiana de Trieste, iniciada em 1975; os debates sobre a indústria da loucura implementada em função da política de repasse de verbas públicas para o empresariado da saúde; a organização do Primeiro Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental em São Paulo; a substituição do nome do Serviço Nacional de Doenças Mentais para Divisão Nacional de Saúde Mental, refletindo mudanças conceituais na esfera governamental.

Nos EUA, a Reforma Psiquiátrica foi marcada, conforme CAVALCANTI (1992) e GOLDBERG (1996), pelo desenvolvimento das chamadas práticas comunitárias. Nesse país havia os Centros Comunitários de Saúde Mental que, em princípio, estavam carregados das idéias preventivistas de Gerald Caplan, mas que resultaram num processo apressado e massivo de desmonte dos hospitais psiquiátricos, no qual o sentido

econômico-financeiro foi privilegiado em detrimento dos pacientes, praticamente abandonados à própria sorte.

Na França, a Psiquiatria de Setor propunha criar um modelo — síntese médica, jurídica e social — que pudesse dar conta do fenômeno psiquiátrico, mas resultou apenas num modelo administrativo que, com o passar do tempo, veio perdendo até mesmo o conceito original de território, isto é, unidades territoriais de 70.000 habitantes em que uma mesma equipe psiquiátrica polivalente, oriunda de diversas instituições, deveria assegurar ininterruptamente a continuidade dos cuidados psiquiátricos à população aí compreendida.

Na Itália, a desinstitucionalização originou-se mais de um movimento político e menos de uma questão de pura assistência psiquiátrica, no qual lutava-se por liberdade e consciência política, negando-se e reinventando-se a instituição. Discutia-se o que era tratar, curar e prevenir, reflexão que acabou levando à descoberta de

...uma tarefa gigantesca e interminável, construída numa prática do dia-a-dia que tem muito de revolucionária sim, mas da micro revolução, a revolução no território de cada um, o que talvez seja a única revolução viável e possível, a revolução de tornar as nossas misérias cotidianas um pouco menos dolorosas e um pouco mais solidárias umas com as outras (CAVALCANTI, 1992, 142: 143).

Em outro ponto de vista, MEDEIROS (1994) sustenta ter sido somente na segunda metade dos anos 80 que a reforma se efetivou no Brasil. Nessa época implantou-se uma série de novos equipamentos terapêuticos em saúde mental para tornar viável a política de desinstitucionalização e desospitalização debatida na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987. A reforma só começou a ser implantada, na prática, quando foi amparada pelas Ações Integradas de Saúde (AIS), o primeiro plano decorrente da política de racionalização da assistência médica proposto pelo Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (Conasp). Nesse plano previa-se o repasse de verbas do governo federal para estados e municípios, responsáveis pela ampliação da cobertura assistencial.

JANEIRO 2006

19

Quinta

20

Sexta

21

Sábado

22

Domingo

Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

poiada pelo Sistema Unificado e Descentralizado de s da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). la a partir da Assembléia Nacional Constituinte de para toda a saúde, a descentralização e a expansão e está sustentada pelo Sistema Unificado de Saúde entes de um sistema em implantação: dificuldades os de trabalhadores diversos, e indefinição do

o projeto do deputado Paulo Delgado propondo a ricos (manicômios) e sua substituição por outros entação da internação psiquiátrica compulsória, forma Psiquiátrica brasileira.

alisassem as contradições teóricas do projeto,

Deputado Paulo Delgado, pela ousadia com ical na assistência psiquiátrica brasileira, m que se assentavam, mobilizando paixões ira principal levantava a defesa dos direitos no mental (NOGUEIRA E MORGADO,

Deve-se saber ainda que as transformações da assistência à saúde mental que aconteciam no Brasil e no exterior, segundo os cientistas sociais, foram resultantes de mudanças ocorridas nas políticas públicas de saúde em âmbito mundial. No Brasil, foi atribuída também à grave crise econômico-financeira pela qual passava o país e à crise de planejamento e gerenciamento (que inviabilizava a previdência social, levava o sistema de saúde brasileiro ao colapso e criava as condições para uma reforma profunda no setor). Nos EUA, França, Inglaterra, Itália e outros países a crise no setor saúde também havia se instalado como resultado de duas crises maiores: a incapacidade do Estado em garantir e financiar o bem-estar social, e a insuficiência do paradigma mecanicista da medicina para resolver os problemas de saúde da população (QUEIROZ & VIANNA,1992).

Os países desenvolvidos reorganizaram-se rapidamente: através de financiamentos, implantaram políticas de contenção de demanda e redução da oferta sanitária; quanto às insuficiências do paradigma, reconheceram que os fatores causais que determinam a saúde e a doença localizam-se também no nível social, e não só no biológico. Foi nesse contexto que a Organização Mundial de Saúde (OMS) — na Conferência Internacional de Alma Ata (1978), e com o relatório de O'Neal (1983) — procurou dar operacionalidade ao conceito de saúde definido anteriormente em sua constituição: o estado de completo bem-estar físico, mental e social deve ser entendido como um direito inalienável de todo cidadão; este direito deve ser coberto pelos serviços de saúde de maneira universalizada, hierarquizada, integrada, regionalizada e descentralizada. Ao mesmo tempo, relativizou a importância do paradigma biológico mecanicista hegemônico para o entendimento da questão da saúde e da doença, incorporando nesse entendimento a importância das estruturas e das organizações sociais.

A saúde mental, de modo geral, tem se integrado mais lentamente à Reforma Sanitária. As resoluções da Organização Mundial de Saúde e da Organização Panamericana de Saúde (OPS), incluídas na Declaração de Caracas (da qual o Brasil foi signatário) e que serviram para referendar as tendências à reestruturação da atenção psiquiátrica que vinham ocorrendo na América Latina, são de 1990 (ROTELLI & AMARANTE, 1992). Foi essa política internacional que ajudou a estimular e fortalecer a desospitalização e a desinstitucionalização, portanto, a criação das redes alternativas de assistência em saúde mental compostas por Hospitais-dia, Pensões Protegidas, Lares Abridados, Centros de Atenção Psicossocial, Núcleos de Profissionalização, Centros Convivência, além de implementar as internações psiquiátricas em Hospitais Gerais, a desativação dos Macro-Hospitais e a criação de Pequenas Unidades de Internação como leitos de retaguarda.

Transformação - anos 90-98

É neste ambiente de muita riqueza cultural, de movimentação técnica, administrativa e política que o Cândido Ferreira entra nos anos 90, carregando consigo as marcas de sua história: uma instituição carente de recursos financeiros — decorrência de uma estrutura administrativa filantrópica sem fundos para mantê-la funcionando — correndo o risco de desfazer-se de seu patrimônio. Sua estrutura física estava envelhecida, precária, o que comprometia as condições de habitação, higiene e alimentação, além de expor ao insucesso a qualidade da assistência aos pacientes.

A equipe técnica — composta por seis médicos, uma enfermeira padrão, um psicólogo, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, um farmacêutico, uma nutricionista, um dentista e uma artista plástica — era séria e experiente na tradição psiquiátrica, mas estava acomodada e pouco flexível. A Direção Clínica e a Administração não tinham força política para implementar mudanças que acompanhassem os fatos ocorridos no país e no mundo, fazendo emergir ou vir à luz a nova prática latente.

A população de 189 pacientes, em sua maioria crônicos, não vislumbrava nenhuma perspectiva de reinserção social e era alojada em dois pavilhões, um masculino e outro feminino. Cada pavilhão dispunha de uma subdivisão espacial que servia para alocar os pacientes a partir de uma hierarquia comportamental. Assim, existia um pátio para os sociáveis, um para os menos sociáveis e outro para os agressivos e demenciados, o chamado ‘pátio dos pelados’. Alguns poucos pacientes tinham possibilidades de circular livremente pela instituição; outros, somente quando eram mobilizados para participar da terapia ocupacional.

Quanto à faixa etária e tempo de permanência, Valentini indica que os

dados constantes do relatório diagnóstico realizado em maio de 1990 pela equipe designada para conduzir o processo demonstram que quase metade dos pacientes internados tinha mais de 50 anos de idade. Em relação ao tempo de permanência, apenas 5% da clientela encontrava-se internada há menos de um ano. Com mais de 5 anos de internação encontravam-se à época 75% dos pacientes, 50% dos pacientes morando no serviço há mais de 10 anos e 25% há mais de 20 anos (VALENTINI, 1995: 4).

Por outro lado, os novos governantes estavam interessados em desenvolver uma política compatível com as demandas do setor saúde; com este fim, realizaram um seminário de avaliação e planejamento (1989) no qual foi rediscutido o modelo de assistência para a saúde mental. Como conclusão, as indicações centrais indicaram a implementação de um processo de desospitalização.

Assim, a administração municipal ocupada pelo Partido dos Trabalhadores (1989) — tendo como propósitos para a área da saúde a recuperação, a otimização, a ampliação e a adequação da assistência feita pelo setor público municipal — propôs alterações para a área da saúde mental. Embora as diretrizes dadas pela Secretaria de Saúde fossem pouco claras, “... não havia dúvidas de que a política de saúde mental do município de Campinas estava inserida no movimento de desospitalização e de resgate da cidadania dos doentes mentais” (AMARAL, 1995: 17).

Em 1990, a Prefeitura assinou o convênio de Cogestão com a direção do Cândido Ferreira. Este convênio resolveria a falência econômica e assistencial da instituição, permitindo à Secretaria de Saúde resgatar o caráter público da instituição, além de também exercer o controle da demanda de internações. “LEI Nº 6215 DE 09 DE MAIO DE 1990: Autoriza o poder executivo a celebrar convênio com o sanatório ‘Dr. Cândido Ferreira’, visando o funcionamento e gerenciamento comum de suas atividades” (DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO, 1990: 2).

O convênio incluía a instituição no Sistema Municipal de Saúde, previa a reforma dos estatutos, o repasse de verbas da Prefeitura, a criação e composição do Conselho Diretor (para ser o órgão executivo do Convênio) e da Superintendência (com sua diretoria técnica e administrativa), além do conselho técnico administrativo (DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS, 1990).

Os relatos de E6ma descrevem como foi feito informalmente o contato com o presidente do Cândido Ferreira que deu início ao Convênio de Cogestão:

Eu era secretário, estava na minha sala, [...] a minha diretora de saúde conversando com o Sr. N. sobre um centro de saúde que era mantido por uma instituição filantrópica católica que ele dirigia. Ele estava lá pedindo para a

gente pagar o aluguel, pagar o telefone[...]. Isso foi as nove horas e ao meio-dia ele falou: ‘ — Eu tenho um hospício também!’, ‘ — Como, um hospício?’, ‘ — Eu tenho um hospício, aquilo está falindo, estou morrendo de vergonha, vai ser vendido, vai virar um spa, não consigo administrar, as condições estão péssimas, tenho ganhado algumas doações, tem a verba da Prefeitura e está acabando. Você não quer vir?’. Falei: ‘ — Vamos visitar’. Marquei com o Dr. N. para fazer uma visita e daí chamei o pessoal de saúde mental, tinha uma comissão de saúde mental, a Prefeitura tinha um ambulatório, o Estado tinha outro ambulatório, e tinha vários hospitais credenciados pelo Inamps, a gente é quem controlava. Chamei o pessoal de saúde mental, expliquei e disse que tinha a possibilidade de intervir, porque já tinha uma polêmica se ia ter HD ou ambulatório ou se ia ter equipes, se ia centralizar o ambulatório da Prefeitura. Eu queria fazer as duas coisas, defendia que deveria ter equipe e HD, tinha que ter as duas coisas (Eóma).

A injeção de recursos financeiros trouxe esperanças para a instituição, na perspectiva de reestruturação do modelo de assistência vigente e não apenas de superação da crise econômica. Uma médica sanitarista foi contratada para a Superintendência (mas logo deixou a função, devido ao acúmulo de atividades, sendo substituída por seu assessor, um médico sanitarista) e uma médica psiquiátrica veio da Prefeitura para a Direção Clínica. Os recursos humanos aumentaram imediatamente, principalmente os profissionais não médicos. Cada categoria (assistentes sociais, enfermeiras, psicólogas e terapeutas ocupacionais) contava com cinco a oito profissionais, e houve novas contratações: mais uma nutricionista e um dentista. Os plantões médicos foram ampliados; a municipalização permitia que profissionais contratados pelo Estado e pelo Município atuassem ao lado de profissionais empregados pela instituição. Os relatos de E3ma mostram como iniciou a mudança da instituição:

Eu fiquei no Cândido em 90 e 91. Na época, a Prefeitura estava tomando uma posição em relação ao Cândido — na verdade era uma instituição antiga no município, economicamente inviável, falimentar e talvez do lado da instituição foi isto que motivou os dirigentes a procurar a Prefeitura. Ela tinha só patrimônio. Do lado da Prefeitura existia um grupo de pessoas com interesse em uma abordagem diferenciada em relação à questão da saúde mental e que via no Cândido essa oportunidade de implementar uma série de ações. Eu fui para o Cândido mais por ter experiência na questão hospitalar do que propriamente na questão da saúde mental. Sou médico, mas minha

residência foi em clínica médica e depois em administração e planejamento em Saúde. [...] Um grupo de pessoas foi para lá, mas nunca tinham trabalhado juntas. Algumas tinham formação em Saúde Mental, outros eram psicólogos e administradores, mas sem experiência em trabalhar com uma instituição daquele tamanho e peso. O que unia este grupo era a grande vontade de mudar, de criar. Não sei se sabiam o que e para que mudar. Havia vontade de movimento, de transformação. Talvez naquele momento, para aquela instituição, tenha sido adequado. As pessoas eram ousadas não na proposta, mas na vontade (E3ma).

A idéia principal era abrir a instituição para a comunidade, buscar apoio, humanizar o hospital, melhorar as instalações, a qualidade de vida e a assistência à saúde mental destinada à população de pacientes. As dificuldades apareceram quando se iniciaram as discussões sobre o modelo técnico a ser seguido e a necessidade de se fazer um diagnóstico da população de pacientes. Na ‘pré-história’ da transformação técnica do modelo, a primeira estratégia foi a constituição de um conjunto de cinco mini-equipes encabeçadas por um profissional de cada categoria; elas se dividiram para trabalhar nos antigos pavilhões — masculinos e femininos — com os pacientes agrupados e classificados, precariamente, em crônicos e crônicos especiais. E17at mostra como viveu a experiência:

Ficou um tempo funcionando, foi até uma época de experiência, mas depois nós vimos que era uma população muito diferente dentro de cada mini equipe. Cada uma tinha uma demanda diferente; havia tanto pacientes agudos que estavam internados para ter uma intervenção pontual num momento de crise, como havia paciente muito dependente que demandava muito mais cuidado de enfermagem, como tinha paciente morador que solicitava espaço de trabalho, como tinha paciente apático que precisaria de estímulo. Então, era mais ou menos uma população de 20 a 25 pacientes para cada equipe e era um leque de coisas, havia as demandas mais variadas, grupos nem um pouco homogêneos. Havia dificuldades, nós tínhamos que atirar para todos os lados, nós fazíamos um grupo e saía de tudo ali, portanto a convivência era difícil, tudo era complicado. [...] a partir dali começou-se a pensar em dividir a população por setores, levando em consideração o que cada grupo da população mais precisava e realizou-se dentro de cada mini equipe uma pesquisa sobre o grupo. Quem era essa população e a formação que tinha, para se pensar em alguma alternativa (E17at).

Ao analisar as instituições totais, GOFFMAM (1974) mostrou que as mesmas retiram a autonomia e a liberdade de ação das pessoas, violentam seus desejos e interesses em função da ordem institucional, criando indivíduos aparentemente sem identidade. Entretanto, verifica-se que ao mudarem a finalidade de uma instituição e o destino das pessoas que nela habitam — como foi vivido no Cândido Ferreira no início da Cogestão — a individualidade e a identidade podem reaparecer, e ser terapêuticamente estimuladas e respeitadas. Assim, depois da primeira análise dos pacientes, procedeu-se a um diagnóstico mais detalhado no qual se verificou a existência de demandas terapêuticas diversas, já que o perfil da população era menos homogêneo do que se identificara inicialmente. Criou-se então uma classificação que definia os pacientes em crônicos/moradores (a maioria) e agudos.

A partir desta nova classificação separaram-se os pacientes em três alas de moradias — denominadas Primavera, Arco-Íris e Casa Branca — em que ficavam alojados, respectivamente, os crônicos independentes, os crônicos graves e deficientes mentais e os crônicos dependentes; para os agudos foi criada uma única ala. Em cada uma dessas alas havia os setores feminino e masculino com suas equipes multidisciplinares. Pouco tempo depois foi utilizada uma nova estratégia, com um suporte teórico, com o qual criaram-se as Unidades de Moradores e de Internação. A partir daí, as equipes tornaram-se especializadas, observou-se melhor a sintomatologia clínica dos pacientes e implementou-se a convivência de homens e mulheres nas unidades. El7at conta a história da reestruturação da assistência em sua materialidade:

Disso resultou que, em todos os grupos, apareceu este tipo de população, morador menos comprometido, pacientes que eram mais dependentes fisicamente, deficiente mental. Então, o hospital foi dividido em espaços para Crônicos (na Casa Branca) em que ficavam os pacientes mais idosos e crônicos especiais [...] e Agudos em que ficavam os pacientes que estavam aqui para internação e que poderiam ter alta. Depois houve outra divisão, na qual, de cada mini-equipe surgiu uma equipe que estaria cuidando da Internação e outra equipe ficaria com os pacientes das Moradias. Dentro das moradias havia outras divisões.[...] Havia a Casa Primavera,[...] a Casa Branca e o Arco-Íris, sendo que esta [...] acabou rapidinho [...] porque juntou uma população muito comprometida numa ala só e que ninguém conseguia

lidar. Foi difícil para essa equipe que ficou responsável em estar dando conta de trabalhar só com doentes mentais graves. Eram os pacientes muito comprometidos, com paralisia cerebral, com surtos psicóticos graves. Eram a G., a L., o J C, a L, o I, era um grupo ‘da pesada’. [...] Em 1991, acabou por se separar os pacientes por condição clínica, por quadro psiquiátrico e misturar homens e mulheres, não havia mais a divisão por sexo que antes era prioridade, antes era uma ala masculina e outra feminina, e assim passou a misturar tanto nos agudos como em outras unidades. [...] Aí sim, quando começou, tendo em vista a minha experiência da equipe da unidade de internação, foi nesse momento que começamos a trabalhar como equipe mesmo, uma equipe mais interdisciplinar do que multiprofissional (E17at).

Analisando este período de políticas de saúde no município de Campinas, Queiroz mostra que a política implementada pela Secretaria de Saúde permitia que se criassem novas práticas assistenciais, principalmente numa área em que o governo municipal tinha pouquíssimo domínio: “A política de descentralização gerencial estimulou cada unidade de saúde a promover suas próprias tecnologias e processos de trabalho, inclusive com a adoção de formas terapêuticas alternativas.” (QUEIROZ, 1994: 34). Todavia, a transição do modelo hospitalocêntrico e médico-centrado para um modelo novo, que era uma incógnita, criava uma luta ideológica que contrapunha principalmente as categorias dos psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, além dos novos administradores, à maioria dos antigos psiquiatras e a estrutura anterior de funcionamento da enfermagem e do hospital. Reflexo disso eram as reuniões conflituosas, carregadas de afetos e disputas do Conselho Técnico Administrativo, relatadas por (E18et):

Eu acho que tinha essa questão da tradição, da história que estava aqui e que não dava para mudar de repente e tinha a questão técnica que era quando se discutia como as pessoas se sentiam, se a minha idéia não ficasse não ia dar certo, ou fica a idéia nova ou fica a idéia velha. Tinha muito confronto, era muito tenso nesse sentido, um queria convencer o lado do outro para poder permanecer e tinha a sensação de que as pessoas que estavam aqui se sentiam um pouco invadidas porque chegou um monte de gente e tinha que respeitar a história delas, muitas vezes elas não se sentiam respeitadas. E tinha muita dificuldade em respeitar as coisas que estavam chegando, tinha a responsabilidade dos dois lados, mas até chegar no meio termo tinha uma tensão grande (E18et).

Na evolução desse processo houve a inauguração do Hospital-dia em 1991. Esta unidade que se associava ao hospital em transformação veio, em princípio, para ocupar um espaço físico disponível — resultado da extinção do ambulatório do Estado — com uma proposta de prática autônoma e independente daquelas que se iniciavam no Cândido Ferreira. A crise e o desmonte dos ambulatórios dentro da precária rede de saúde mental existente em Campinas foi conflituosa. Alguns profissionais não incorporaram as mudanças que se apresentavam e, com o advento da municipalização, preferiram ingressar nos Postos de Saúde. Por outro lado, isso deu ensejo a que um grupo de profissionais discutisse e propusesse a criação de um novo equipamento, o Hospital-dia (HD). Este veio incrementar a luta travada entre os profissionais antigos e os novos, pois o projeto do HD era independente daquele que estava se constituindo no Cândido Ferreira. Sob outro aspecto, criava uma nova alternativa referencial para ambos os lados em confronto. Os relatos da assistente social (E9at) mostram o início do HD e o desmonte do Ambulatório do Estado:

[...] eu não conhecia o Cândido Ferreira [...]. Eles chegavam para pegar guia, às vezes o paciente nem vinha. [...] tanto é que quando a gente foi fazer a descentralização dos prontuários nós pegamos prontuários que só tinham a internação, a intervenção do ambulatório era para internar. [...] Então eu comecei a fazer atendimento de família dos pacientes internados. [...] Aí, quando veio a idéia de fechar, foi uma coisa assim... fizemos vários movimentos, a psicóloga fez uma carta que foi para a Rede inteira, foi para os jornais, contra o fechamento do ambulatório, teve vários ressentimentos. Quem acabou ficando na discussão, em termos de modelo de assistência fui eu, o C. e o O., que ficamos mais para montar esse equipamento, [...] com algumas pessoas que vieram para cá e outras que continuaram na rede e que também ajudaram na discussão desse outro projeto [...] Então, quando viemos para o Cândido [...] — na realidade a gente não veio para o Cândido Ferreira, nós viemos transferidas para um espaço que ia ser cedido pelo Cândido para a Secretaria, para ser o 'Hospital Dia'. Quer dizer, o 'Hospital Dia' não saiu como um projeto do Cândido, ele saiu como um projeto da Secretaria que veio para o Cândido Ferreira. Acho que hoje tenho mais clareza que foi por um desejo muito grande do G. e muito mais ainda por conta de não termos conseguido espaço na cidade para alugar, nós não conseguimos alugar em lugar nenhum (E9at).

Em 1991 foi criado, também, o Núcleo de Oficinas e Trabalho, um espaço de assistência que surgiu em decorrência da identificação da realização cotidiana, pelos pacientes, de uma série de atividades de trabalho no hospital, e de algumas atividades pré-profissionalizantes nas oficinas terapêuticas. Além disso, houve o reconhecimento da necessidade de se criar um recurso terapêutico que oferecesse condições mais efetivas para a realização de trabalhos profissionalizantes e que, ao mesmo tempo, favorecesse a reinserção social dos egressos da desinstitucionalização:

Observou-se que muitos deles trabalhavam em setores da instituição, entre outros, lavanderia, rouparia, higienização, serviço de nutrição e agro-pecuária, auxiliando os funcionários e substituindo a mão-de-obra, insuficiente na época. Pelos trabalhos realizados obtinham em troca um 'prêmio' (assim chamado pelos pacientes,) que constituía na distribuição de doces, cigarros e alguns objetos de higiene pessoal. A escolha dos produtos era feita pelos profissionais e a compra realizada com o fundo de caixa do setor de Terapia Ocupacional. Neste setor eram desenvolvidas atividades tais como: marcenaria, pintura e montagem de prendedores. Parte da produção era vendida (BETTI et al., 1993: 1).

Nessa época o SUDS, na cidade de Campinas, com a sua proposta de descentralização e municipalização, acabou por estimular e criar uma nova ordenação nas ações administrativas e gerenciais das instituições de saúde, de forma que estas pudessem ter acesso aos recursos financeiros públicos disponíveis. A PUC-Campinas, preocupada com seu projeto de extensão, propôs um grupo de trabalho para a criação de um ambulatório multidisciplinar em saúde mental (que não conseguiu sair do papel, resultando apenas na manutenção dos já existentes — e isolados — ambulatórios especializados de clínica psiquiátrica, psicologia e terapia ocupacional).

Além disso, as discussões sobre a prática e o conceito de saúde mental relativizaram o peso da psiquiatria, pois ao serem incorporadas politicamente pelo sistema de saúde pública na direção da criação de uma rede em saúde mental, tornaram-se alvo do interesse das diversas categorias profissionais preocupadas com sua inserção funcional na rede pública, na ampliação do mercado de trabalho, na participação e na implementação das discussões sobre a assistência em saúde.

Após este seminário a intervenção municipal deu-se no sentido da expansão descentralizada dos serviços, constituindo-se uma rede regionalizada de 17 unidades básicas de saúde, onde instalou-se a denominada equipe mínima de saúde mental, composta por psiquiatra, psicólogo e, eventualmente, de assistente social. Posteriormente, alguns terapeutas ocupacionais foram incorporados às equipes (AMARAL, 1995: 14).

Associado a estes fatos surgiu uma demanda de capacitação por parte dos profissionais docentes da chamada área ‘psi’. Estes profissionais buscavam cursos que lhes oferecessem uma formação mais atualizada e mais conforme à realidade prática em saúde mental, isto é, mais ampliada, integral, generalista, e menos especializada. Foi assim que em 1988 aconteceu na cidade o 1º Congresso Nacional de Saúde Mental, promovido pela Unicamp, no qual se valorizava a formação dos profissionais e reconhecia-se a necessidade de composição de equipes de saúde mental ampliadas. No ano seguinte, a Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp criou o primeiro Curso de Pós-Graduação *stricto sensu* em Saúde Mental do país. Infelizmente, depois de avaliações negativas da Capes, e talvez por razões corporativistas relacionadas ao título obtido, foi extinto em 1999 (assim, como os outros cursos em Saúde Mental: da USP de Ribeirão Preto e da Fundação Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro).

Foi com a declaração de Caracas de 1990 — propondo a reestruturação da atenção psiquiátrica, que esta ficasse ligada à Atenção Primária em Saúde, criasse modelos alternativos centrados na comunidade, diminuísse a hegemonia do hospital psiquiátrico, respeitasse os direitos humanos e civis, usasse de racionalidade técnica, produzisse legislação pertinente, capacitasse os recursos humanos e comprometesse os políticos com a defesa dos direitos dos pacientes — que se marcou e reafirmou a realidade do que ocorria na prática da saúde mental no país.

Ao analisar as legislações internacionais relativas à saúde mental, Bertolote destaca quatro áreas de interesse: direitos dos doentes mentais; qualidade da assistência à saúde mental; uso adequado da via administrativa e do controle orçamentário; e participação dos usuários na organização e na administração dos serviços de saúde.

Com isto, confirma-se que “de fato, em muitos casos, a promulgação de muita lei importante tem sido a confirmação — muitas vezes tardia — de mudanças já ocorridas na prática” (BERTOLOTE, 1995: 29).

Dessa maneira, todos esses fatos se associaram e culminaram com o relatório da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental de 1992 marcando definitivamente os avanços concretos da prática em saúde mental e os resultados da incorporação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Neste documento propugnava-se que deveria haver uma

... mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento, e não apenas a partir do seu diagnóstico... E que haja uma ética da autonomia e singularização que rompa com o conjunto de mecanismos institucionais e técnicos em saúde, que têm produzido, nos últimos séculos, subjetividades proscritas e prescritas (BRASIL, 1994: 11).

Além disso, deveria acontecer uma ruptura com as concepções compartimentalizadas e disjuntivas do saber em saúde mental e que se construísse uma “... diversificação das referências conceituais e operacionais, indo além das fronteiras delimitadas pelas profissões clássicas em saúde mental...” (BRASIL, 1994; 11) e, ainda, que se desenvolvessem pesquisas em direção à avaliação e à divulgação dos resultados da rede de atenção em saúde mental e dos avanços tecnológicos gerados.

Há que se reconhecer que as mudanças que se iniciaram no Cândido eram consequência de um movimento geral de transformação da assistência em saúde mental que se iniciou nos anos 80 e que tinha como cidades precursoras São Paulo, Santos, Niterói e Porto Alegre.

O que estava em discussão não era apenas uma nova concepção de lidar com a doença mental, mas todo o aparato político ideológico que sustentava a estrutura organizativa da instituição. Os dirigentes que ingressaram na instituição tiveram que fazer um enfrentamento, principalmente com parte da corporação médica que não aceitava dividir o poder sobre o destino dos pacientes e o rumo da instituição e ter que debater suas técnicas e interessar-se pelas técnicas dos outros profissionais.

E3ma relata as dificuldades iniciais quanto à implementação de um projeto incerto que se esboçava perante a uma estrutura de assistência já cristalizada:

Eu encontrei muita oposição, uma oposição muito forte, principalmente, da equipe que estava trabalhando lá. Era uma oposição à mudança, as pessoas tinham um status quo bem estabelecido. O modelo era asilar, de exclusão. [...] No discurso ninguém era contra a proposta de acabar com o isolamento, de abertura, de reintegrar o homem à sociedade. Isto era imbatível, [...], mas não se enxergava a possibilidade da instituição ser de outro modo. Talvez tenha havido resistência porque a equipe que vinha era mais avançada, etc. [...] A Secretaria de Saúde da Prefeitura dava apoio, mas faltava um apoio interno, que era derivado da inexperiência da equipe que foi para lá. Isto não imobilizou, mas havia insegurança na abertura da instituição. Ninguém sabia o que iria acontecer, naquela época. A estratégia foi buscar apoio técnico nas Secretarias do Município e do Estado, no Ministério da Saúde, no intercâmbio com outras localidades que experimentavam mudanças, principalmente Santos, e buscar apoio na própria comunidade de Sousas, de Campinas [... promovendo] eventos, levando os pacientes para fora do hospital em passeios, mostras de arte, colocando o nome do Cândido Ferreira na praça. [...] Uma das resistências do corpo médico era trabalhar de fato com outros profissionais não médicos, com poder de decisão sobre as questões terapêuticas. Esta era uma questão que o hospital não lidava. A responsabilidade e a decisão terapêutica sobre os pacientes era eminentemente médica. [...] A equipe que entrou era ousada e quebrava o esquema que estava lá. [...] O impacto do Cândido Ferreira foi muito grande. Nesse sentido, ele foi um grande sucesso, fora os percalços, com denúncias ao CRM, etc, para o norte que queríamos mudar e abrir a organização. [...] Houve um trabalho que se seguiu e que hoje tem todo reconhecimento, mas o primeiro trabalho foi de uma tropa de choque. Tropa de choque no sentido da mudança, para acabar com o eletrochoque, um choque na estrutura que era muito forte, muito cristalizada [...] A rede estava muito desestruturada para a desospitalização (E3ma).

Havia, evidentemente, um modelo ideológico que mobilizava a equipe em primeiro plano, e o saber técnico era a consequência implementada para validar o projeto de transformação, conforme relata E9at.:

Acho que essa é uma discussão que a gente sempre levou, tanto que se você pegar o primeiro relatório de avaliação que a gente fez do Hospital-Dia, acho que dos três primeiros meses de funcionamento, a gente termina fazendo essa avaliação: de que a gente acreditava que se não tivéssemos um forte componente ideológico, dificilmente a gente conseguiria caminhar com o projeto, mas isso não garantia que o projeto fosse para frente. A gente teria que ter muito mais discussões técnicas, clínicas, que se apropriassem do modelo que estava sendo discutido na cidade, que não dava para manter o isolamento que o Hospital-Dia tinha em relação a Rede, porque a gente recebia os encaminhamentos mas a gente não tinha como retornar — desde aquela época a gente já tinha essa discussão. Teve sempre uma preocupação da discussão de que saber é esse, o que é isso que estamos fazendo, de ir à busca, de tentar entender, mas acho que tinha um pouco de defesa mesmo ideológica. Acho que, se não tivesse, nessa época a gente não teria dado conta (E9at).

Em junho de 1991 houve uma alteração na Superintendência do Cândido Ferreira: a mudança do sanitarista dirigente. Em seu lugar ingressou um psiquiatra que havia gerenciado o processo de intervenção da Casa de Saúde Anchieta, de Santos, e que se especializara na Itália. Esta mudança — que aconteceu durante a implementação do projeto, dando-lhe maior sustentação política, técnica e gerencial — propunha a afirmação do modelo de assistência e de gestão. Durante o processo ocorreu uma crise entre o prefeito Jacó Bittar e seu partido, resultando na saída do mesmo do Partido dos Trabalhadores; também saiu o Secretário da Saúde — que buscou manter o apoio técnico e gerencial para a instituição, através do Lapa da Unicamp.

A diversidade de necessidades que emergiam dos diagnósticos — continuamente feitos e refeitos — levou à estruturação de quatro unidades de produção assistencial, já descritas em sua perspectiva histórica: Unidade de Internação de pacientes em crise; Unidade de Reabilitação de Moradores; Hospital-dia e Núcleo de Oficinas e Trabalho. Quanto ao modelo de gestão, ele constituiu-se como

um sistema de direção colegiada, no qual a distribuição de poder entre a gerência e as unidades de produção é mais horizontalizada do que o encontrado na maioria das estruturas organizacionais. [...] Existem três níveis de decisão: o conselho diretor, responsável pela execução do convênio de

cogestão, e que traça as políticas gerais e ao nível executivo o colegiado de gestão composto pelos gerentes e os colegiados das unidades de produção (ONOCKO & AMARAL. 1997: 357).

O novo superintendente ingressou na instituição com uma missão em que era fundamental a implementação e testagem do modelo gerencial e de administração que fora gerado na Secretaria de Saúde e que visava desencadear mudanças técnicas no modelo assistencial que se iniciaram na primeira fase da Cogestão. E4ma relata os fatos desta mudança:

Em 1990, recebi um convite do Secretário de Saúde de Campinas para trabalhar no Cândido. Nessa época, o Cândido já tinha feito o Convênio de Cogestão e o G. me convidou para ajudar na Secretaria, na Coordenadoria de Saúde Mental, junto com outras colegas que estavam lá e isto foi até junho quando eu vim para o Cândido. Desde 1992 tenho feito um trabalho de consultoria, assessoria ao processo de reforma junto ao Ministério da Saúde. Desde 1995 até agora tenho feito parte dos consultores da OPAS para o processo de reforma psiquiátrica na América Latina, que é o processo que procura efetivar os princípios da Declaração de Caracas, que foi produzido em 1990 na Venezuela. [...] Tudo isso vem sendo acompanhado pelo próprio Ministério que em 1992 considerou, depois que conheceu o processo em curso aqui, o Cândido como referência nacional de processo de transformação de hospital psiquiátrico [...] Quando eu cheguei os primeiros embates já tinham acontecido. A pedra estava mais mole e eu tenho uma preocupação com software. Qual tecnologia nós iríamos utilizar? Qual lógica trabalhar? Como respeitar os direitos e envolver os pacientes? (E4ma).

Com a crise política instalada na cidade em 1991 perdeu-se o projeto gerencial e diminuíram as perspectivas para a saúde mental. Os profissionais da rede de saúde mental começaram a discutir criticamente o financiamento do Convênio de Cogestão, pois embora tivessem obtido e ampliado os recursos humanos para a rede, do ponto de vista da reestruturação física houve apenas a criação do CAPS Aeroporto e o CAPS Integração. Diante dessa nova realidade política, administrativa, financeira e técnica, uma das estratégias utilizadas para favorecer uma aproximação entre a rede e o Cândido Ferreira foi a realização aberta de seminários de avaliação e planejamento.

Ao assumir o governo em 1993, o PSDB — apesar da crise financeira municipal e estadual — tentou retomar a estabilidade institucional, embora sua estratégia quase tenha custado a sobrevivência do Convênio de Cogestão. A manutenção deu-se graças à dedicação de toda a instituição na defesa do projeto que contava com um modelo de assistência inédito e que havia se tornado uma referência para o país, com o reconhecimento da OPS. Os relatos de E4ma mostram como a situação econômica do país e as estratégias tecnocráticas comprometeram o projeto em seu percurso de desenvolvimento:

A maior dificuldade foi conjuntural, porque nós queríamos implementar os serviços no território e nós fomos tratados no início do governo do PSDB como párias, porque este projeto nasceu na vigência de um governo de esquerda, de administração popular e que depois mudou, pois o Prefeito mudou de partido. Nós tínhamos a expectativa de implementar na rede de serviços, nos postos de saúde, nos bairros, alternativas para os doentes mentais e isto não caminhou. [...] Nós tivemos um problema muito grande, no começo do governo, quando a Secretaria de Saúde do Município anunciou que iria diminuir em 50% o recurso que teria que passar para o Cândido, e isto maculou a possibilidade de nos sentirmos parceiros. Nós tínhamos uma verba de repasse do convênio de cogestão com esta instituição que era da ordem de um milhão de reais ano, que é menos do que custa um Centro de Saúde da Rede, e passamos a ter quatrocentos e oitenta. Isto foi anunciado, preparado e feito, e nós tivemos que correr atrás da ampliação do nosso poder contratual com o Ministério, a Secretaria de Saúde (E4ma).

Não era admissível que se perdesse um projeto — por mais que este tivesse tido sustentação partidária, principalmente do PT, suscitando a oposição do PSDB. Não se tratava mais de uma questão política, mas sim de assistência; com este entendimento buscou-se implementar a capacitação dos profissionais, principalmente dos gerentes, como apontam Onocko & Amaral: “[...] a partir de 1994, iniciou-se a capacitação dos gerentes em Planejamento, Teoria Geral da Administração, PES, ferramentas da Qualidade Total, Análise Institucional e especialização em Saúde Pública.” (ONOCKO & AMARAL, 1997: 364).

Em 1997 a tensão ideológica deixou de existir, pois o prefeito do PPB dedicava afeto especial ao trabalho da instituição, mas permaneciam os conflitos com a rede de saúde — que sempre questionou a autonomia administrativa do Cândido Ferreira e o aporte financeiro que lhe era destinado. E4ma relata como entende a relação do Cândido Ferreira com a administração pública e a rede:

Hoje o Cândido tem problemas originários somente da crise geral. A relação com o poder público é de respeito pelo projeto, não há grandes pressões, embora haja uma relação tensa com a Rede e os serviços do Cândido. Não porque seja protegido, mas porque aqui tem se conseguido mostrar resultados do trabalho, tem uma coesão interna, clareza do que queremos, uma grande negociação, tem sentido trabalhar aqui, muito mais do que o sentido construído na Rede. E isto não é porque as pessoas sejam menos capazes ou incompetentes, mas, na minha visão, é porque falta liderança que ajude as equipes a construírem seus sentidos e a serem desafiadas na construção do seu futuro assistencial. A realidade da rede pública é mais difícil do que o processo interno do Cândido, pois nós controlamos mais variáveis. Controlamos salários, admissão, demissão, horário. Temos uma capacidade contratual construída diferente, é um exercício de poder bastante coletivizado (E4ma).

Um estudo de revisão da bibliografia americana e inglesa feito por CAVALCANTI (1992) sobre a avaliação da desinstitucionalização mostra resultados amplos e variados. Economicamente, os resultados não têm ajudado na defesa da desinstitucionalização. Pelo lado da clínica há resultados que confirmam o abandono, outros confirmam apenas o benefício da liberdade, outros mostram ainda a necessidade da diminuição de expectativas dos profissionais quanto aos grandes resultados da ressocialização dos pacientes, apontando a necessidade da criação de amplas redes de ‘facilitação social’. Alguns mostram que o sucesso ou o fracasso da ressocialização depende tanto do tempo que os pacientes passaram hospitalizados quanto do tempo que permanece funcionando um programa de desospitalização. Outros associam o sucesso à qualidade e à eficiência das equipes, além da diversidade das terapêuticas.

A autora conclui que a desospitalização deve ser um processo gradual, de médio a longo prazo, e não deve estar pura e simplesmente associada a uma estratégia econômica. Portanto, quando se pensa em fazer uma mudança dentro de um sistema de

saúde, é necessário considerar tanto as questões clínicas e econômicas quanto as de planejamento. Além disso, deve-se buscar saber o que os usuários pensam da assistência que lhes é prestada e o que eles desejam. Esta última condição traz à tona uma questão ética que também é política e de planejamento:

... a questão de tratar cada indivíduo como um ser único e particular. Resta-nos perguntar se há espaço para este tipo de abordagem em planejamentos cada vez mais amplos e massificados, e se pode haver algum interesse, por parte do Estado, em olhar o sofrimento de um paciente psicótico em particular. Parece-nos que esta é uma briga que se inicia no trabalho diário de cada profissional e não há como ser diferente (CAVALCANTI, 1992:175).

O Cândido permanece um projeto em construção, há convicções políticas, ideológicas, mas o projeto permanece democrático e, principalmente, com uma perspectiva de criatividade técnica e, com a qual, vem buscando aprimorar um componente que está na sua base, que é a capacitação de recursos humanos dentro de uma visão inovadora. Muito embora, permaneça, apenas, como um campo de estágio e não seja um centro de capacitação formal, mas que por outro lado a prática objetiva teima em dizer que é. E4ma reafirma com seu relato parte desta afirmação:

E nós passamos um período muito crítico por causa do governo federal, que anunciou uma coisa que não conseguiu cumprir durante esse ano, que só se resolveu a partir de setembro, quando foi assinado em julho a gestão semi-plena [...] A saúde mental deveria criar instâncias de construção de significados em que as pessoas pudessem produzir e sair valendo a partir do trabalho que elas desenvolvem. Dessa maneira, o Núcleo de Oficinas de Trabalho é um prenúncio de futuro, de crescimento, tais como, a empresa social, as cooperativas, etc. Eu acho que só a psiquiatria, o fármaco, a consulta, não dá conta desses problemas. A família não tem expectativa que eu dê conta do sintoma, mas que assuma o cuidado daquela pessoa como um todo, que ajude a família a melhorar a performance social daquele membro. Assim, a tendência é que mais e mais alternativas, como o espaço de oficinas protegidas, possam se constituir em desafios. Como por exemplo: vender duas mil agendas para o Laboratório da Janssen, contratar outras oficinas, convidar outros pares para fazerem coisas e dar um sentido coletivo para um tempo que inclusive trás retorno financeiro e retorno de melhoria da imagem deles mesmos (E4ma).

Assim é que, passadas quase duas décadas de transformação na assistência à saúde mental, persistem problemas que necessitam ser analisados de forma sistemática. No Brasil, várias experiências vêm sendo desenvolvidas, acompanhando as recomendações da Declaração de Caracas — criam-se novos equipamentos, nos quais são desenvolvidas intervenções terapêuticas resultantes de um modo recente de pensar e efetuar a atenção em saúde mental; de uma nova ordenação do trabalho em equipe, ampliada com a presença de outros profissionais ‘não psi’; do estímulo à criação de associações de usuários, familiares e trabalhadores, com vistas a implementar e acompanhar os programas de assistência em saúde mental; e do privilégio dado às práticas e questionamentos interdisciplinares.



CAPÍTULO V:
ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

No capítulo V estão apresentados os resultados da análise sobre a interdisciplinaridade no Cândido Ferreira. A forma com que se descreveu esta análise está dividida em três partes que permitem observar como a noção de interdisciplinaridade, constituída a partir do imaginário e da simbolização dos sujeitos, se relaciona e repercute no Projeto de Assistência, nas unidades e nas categorias profissionais. Adotou-se este procedimento analítico porque permite identificar nestes diferentes elementos que constituem parte do contexto institucional a presença comum da interdisciplinaridade.

É RICOEUR (1988) quem afirma o contexto como a condição necessária para identificar a unicidade e precisão ou a plurivocidade e a abertura de um discurso.

Este procedimento não significa, portanto, uma análise fragmentária em que são separados e privilegiados alguns depoimentos em detrimento de outros. Pelo contrário, trata-se de uma visão da complexidade enquanto “a procura viciosa da obscuridade[...] que o real lança a nossa mente [...] (e um) prestar contas das articulações despedaçadas pelos cortes entre disciplinas, entre categorias cognitivas e entre tipos de conhecimento” (MORIN, 1996: 176). Assim, são produzidas composições que selecionam e associam conteúdos considerados relevantes para a compreensão da problemática da interdisciplinaridade em saúde mental.

Em síntese, busca-se reconhecer, via representações sociais dos diferentes profissionais, a existência de fatores ideológicos dentro do Projeto de Assistência, a descrição da produção de procedimentos terapêuticos nas unidades e a manifestação da realidade vivida pelas categorias profissionais.

Projeto de assistência e interdisciplinaridade (sua perspectiva humanista e de reinserção social)

Não existe dúvida de que o Cândido Ferreira desenvolve um projeto prático que muda o perfil tradicional das instituições psiquiátricas, ao mesmo tempo em que não se rende à radicalidade dada pela “hipótese de que o mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, ‘a doença’, da ‘existência global complexa e concreta’ dos

pacientes e do corpo social.”(ROTELLI, et al, 1990: 27), que se manifesta em algumas proposições reformistas que impõem, incondicionalmente, a extinção do hospital psiquiátrico sem levar em conta as fragilidades técnicas e políticas do sistema de saúde para enfrentar as demandas em saúde mental, advindas de quem padece de sofrimento mental, e o despreparo da sociedade em acolher os egressos do processo de extinção dos manicômios.

O Cândido Ferreira é um projeto de assistência em saúde mental e está impregnado de tecnologias, promove a participação e responsabilização dos pacientes, se sustenta com uma estratégia de gestão democrática que mobiliza parcerias comunitárias em diferentes níveis e tem, evidentemente, uma ideologia que se propõe a construir, a partir da criatividade e do imaginário, novas relações sociais que não deixam de incluir o poder, a heteronomia, a instrumentalização do homem, mas, também, positivamente, a ética, o juízo de valor e a criticidade que podem permitir a emancipação do homem das condições humilhantes da vida (SAWAIA,1995).

A ideologia e a representação, como componentes das Ciências Sociais, são manifestações da ordem do simbólico que o senso comum usa para as mais diversas análises. Embora distintas, pois uma se refere a condições macrosociais e a outra às microsociais comungam do pressuposto de que,

[...] o conhecimento não descobre e sim cria, pois a realidade objetiva não é um a priori diante do homem como algo que se cumpre compreender pela descrição fiel, ela é produto das objetivações da subjetividade, entendida a subjetividade como produto da subjetivação da objetividade. O empírico não é um fenômeno físico, é um fenômeno humano, histórico, e o homem é um ser significativo que age sobre o mundo e o interpreta, transformando-o, ao mesmo tempo que é impregnado de objetividade, que é a objetividade da práxis humana num arranjo social em que grupos lutam por se afirmar e dominar (SAWAIA, 1995: 75).

Todos os entrevistados confirmam que há no Cândido Ferreira um projeto de assistência com uma perspectiva interdisciplinar, mesmo que não sejam descritos, formalmente, os conceitos envolvidos e suas ações estratégicas. Contudo, alguns entrevistados identificam com muita clareza aspectos ideológicos dentro do projeto:

Eu acho que ela (interdisciplinaridade), absolutamente, não favorece corporações ou corporativismo, pelo contrário, favorece o maior entrosamento da equipe dos profissionais. Eu desconheço outras experiências em que a questão interprofissional seja tão radical quanto aqui no CF. Nem nas universidades em que dei aula, como a PUC-Campinas, ou em outras experiências que eu tive de trabalho. Elas estão anos luz atrás da gente, deste ponto de vista (E13fg).

Desde o início da Cogestão no Cândido Ferreira, como já mostrado no Capítulo III, havia uma forte motivação para resgatar a condição de humanidade dos doentes mentais que vinha sendo sacrificada pelo modelo de exclusão social, responsável pela regressão da instituição à condição de um espaço assistencial a pobres, ao invés de um lugar de tratamento. Este modelo de exclusão social está presente nas análises de FOUCAULT (1998), quando o autor destaca a função do hospital no século XVIII, cujo entendimento da relação saúde-doença privilegiava somente a racionalidade mecanicista e organicista, deixando de lado uma visão dinâmica, vitalista do adoecer (LUZ, 1988). Observe-se como se afirmava esse resgate no relato que se segue:

No Cândido Ferreira o meu papel era cuidar com dignidade das pessoas. Especificamente, eu queria abrir a instituição, tentar fazer com que as pessoas não tivessem medo, incorporassem o doente mental, no seu dia - a - dia, na comunidade de Sousas, no município, de fora para dentro e de dentro para fora. Fazer a abertura da instituição. Era uma concepção mais geral, tratar com mais dignidade, assumir as pessoas com direitos à cidadania. Eu não tinha nenhuma concepção mais técnica, mas eu tinha segurança na equipe no lidar com o paciente. Não era só uma visão humanista do tratar bem, mas tratá-lo como um cidadão que tem direito. Isto passava pelo político e ideológico (E3ma).

O entrevistado E4ma diz que as primeiras mudanças ocorridas na instituição provocaram um choque, houve boicotes e defecções. Trabalhou-se, principalmente, a estrutura física e os enfrentamentos com as corporações, isto é, os médicos e a equipe antiga. Depois iniciaram-se mudanças no organograma, criando o Colegiado de Gestão que veio para substituir o Conselho Técnico Administrativo e, com a Unicamp, iniciou-se a construção de um programa assistencial. Foi um projeto elaborado, aplicado e desenvolvido pelo Lapa da Unicamp, tanto no plano gerencial como no de assistência.

Então, mudamos o organograma que passou a funcionar numa linha mais participativa, discutimos internamente, com pessoas que estão na Unicamp, na área de planejamento, que me ajudaram a criar o Colegiado de Gestão do Cândido Ferreira, o qual tomou o encargo de definir as ações na instituição. Antes, o que havia era o Conselho Técnico Administrativo que tinha esta mesma função, era composto por todas as profissões universitárias e vivia os problemas de todos os conselhos técnicos, tais como ter que lidar com questões corporativas e as dificuldades resultantes disso. Tivemos apoio de pessoas que estão na área de planejamento, as quais entraram no desafio da construção do programa de assistência (E4ma).

Teoricamente, o projeto de transformação do Cândido Ferreira foi dotado de um conjunto de conceitos que vem tentando criar um novo modelo de operacionalização das ações em saúde mental na instituição. Baseado nos referenciais teóricos de vínculo terapêutico, gestão colegiada e interdisciplinaridade, Campos desenvolveu o conceito de equipes de referência e apoio matricial que vem sendo implementado. Trata-se, em síntese, de se criar:

Um novo arranjo que estimulasse, cotidianamente a produção de novos padrões de inter-relação entre equipe e usuários, ampliasse a compromisso dos profissionais com a produção de saúde e quebrasse obstáculos organizacionais à comunicação (CAMPOS, 1993: 5).

O entrevistado E6ma que iniciou o Convênio de Cogestão tinha interesse em experimentar um novo modelo de Gestão no Cândido Ferreira e com apoio do Lapa da Unicamp conseguiu implantá-lo.

Além disso, [...] tenho um interesse no modelo de gestão que foi desenvolvido lá – Cândido Ferreira – que é muito inspirado e baseado nas minhas teses de modelo. Eu e a equipe com quem trabalho aqui no LAPA, priorizamos muito o Cândido Ferreira como uma espécie de laboratório, de demonstração[...] Na Faculdade de Medicina você tem que estar ligado a serviço com alunos[...] eu trabalho com eles no Cândido Ferreira ao longo desses nove anos [...] Faço planejamento técnico, supervisão institucional, trabalho de grupo e tenho um contrato de analista institucional. Além disso, com todo esse interesse teórico, eu tenho acompanhado como membro da equipe e orientado várias investigações que ocorrem ligadas ao Cândido

Ferreira, de doutorando, mestrado em que sou orientador ou não. Em equipes mais amplas e com pessoas do Cândido Ferreira temos produzido várias pesquisas, textos, livros, sobre o Cândido Ferreira. Sou ainda presidente do conselho deliberativo do Cândido Ferreira (E6ma).

Existem outros dois conceitos que compõem o instrumental teórico do Cândido Ferreira e que repercutem na prática interdisciplinar e sua relação com as especialidades: campo de competência e núcleo de competência. O campo de competência

incluiria os principais saberes da especialidade-raiz e que, portanto, teria um espaço de sobreposição de exercício profissional com outras especialidades [...] não caracterizaria monopólio profissional da especialidade; ao contrário, seria um campo de intersecção com outras áreas. [...] núcleo de competência [...] incluiria as atribuições exclusivas daquela especialidade... (CAMPOS, 1997a: 143).

Sociologicamente, BOURDIEU (1994) considera que a noção de campo é um marco conceitual em que se define o objeto que irá orientar as alternativas práticas de uma pesquisa. É o lugar em que se assinala o que fazer, saber e verificar sobre um objeto que não está separado do conjunto de relações que fornecem a essência de suas propriedades. A saúde mental constituiu-se num campo científico cujo objeto, homem, pressupõe a interdisciplinaridade, pois este objeto não responde a uma só ação ou a uma única disciplina.

Alguns entrevistados, devido a seus interesses acadêmicos, teóricos e conceituais associados à prática, confirmam essa teoria em aplicação na instituição:

Existem dois conceitos que ajudaram muita nesta história do Cândido Ferreira, que são o campo e núcleo. Núcleo seria aquilo que é do CREFITO, das leis e que ninguém pode fazer se não é processado. [...]. É a regulamentação, a coisa específica do profissional e que outro não pode operar sem risco de penas legais. E campo é tudo aquilo que é uma demanda concreta, mas qualquer um de nós pode fazer sem incorrer em meios legais e que são demandas concretas.[...] Esse conceito de campo e de núcleo, e também de responsabilização, é muito interessante para entender a história aqui dentro do Cândido Ferreira. Nós usamos muito na equipe. Eu fiz um texto sobre a história de instituir a referência na equipe, que se chama,

‘Responsabilização e vínculo em pacientes crônicos’, em que falo muito de campo e núcleo. Por exemplo: ser referência extrapola núcleo, é coisa do Cândido Ferreira, porque todos os profissionais da equipe de moradores independente de ser médico ou terapeuta ocupacional, são referências com responsabilidade para fazer, conduzir, monitorar um projeto terapêutico individual de um grupo de pacientes e discutir na equipe. E todos se sentem à vontade para fazer este projeto que está na ordem do campo (E13fg).

O Modelo de Gestão Colegiada proposto para o Cândido Ferreira (CAMPOS,1997b) realiza um método que caminha na contramão dos tradicionais organogramas inspirados no fayolismo e no taylorismo, os quais criam departamentos e seções conforme as categorias profissionais. A lógica que importa aqui não é mais a profissão, mas um processo particular de trabalho, que envolveria vários profissionais tentando resolver determinados objetivos e que passariam a compor uma Unidade de Produção. Para agregar as diferentes unidades de produção que são criadas, usa-se o conceito de Cogestão.

Este conceito faz com que um poder em questão seja relativo ao outro, ao contrário do poder e dominação absolutos possibilitados pela autogestão. São criadas várias instâncias de decisão, já descritas anteriormente, com participação de todas as categorias, em que se joga o jogo de tornar relativo tanto a autonomia e liberdade como o poder e a dominação. Nestes lugares há espaço para se debater as idéias e as práticas, para criar e criticar

Vale observar algumas críticas que emergiram dos relatos de entrevistados. Conforme E8mt o projeto do Cândido Ferreira, tecnicamente, é muito mais propaganda do que resultados objetivos. Afirma que é necessário ser avaliado na prática, concretamente, e não somente pela intencionalidade.

[...] é assim que eu sinto. Dizer de outra forma seria muito mais uma postura de marketing do que uma postura sincera. Acho que essa é a intenção; outra coisa é o resultado. Há um sentido interdisciplinar aqui no HD; há uma tentativa de não compartimentalizar, de interlocução, tem tudo isso. [...] Há impedimentos das pessoas. Não impedimentos externos, porque aqui tem um consenso de que a interdisciplinaridade, nesse projeto, é desejada. Talvez,

se nós fôssemos a outro lugar não houvesse esse entendimento. Por exemplo, no Cândido Ferreira antes da Cogestão havia um entendimento concreto para o projeto, que era um outro tipo de modelo. Havia a idéia, em si de como deveria funcionar o hospital. Nesse projeto, agora, não há nenhum impedimento externo, ao contrário, há um suposto incentivo para esse tipo de prática. Isto não quer dizer que haja um impedimento das pessoas. As pessoas estão fazendo isso virar realidade, são as dificuldades das pessoas. [...]. Acho que primeiro tem que estar explícito no projeto que a interdisciplinaridade é uma coisa a ser buscada, mais genérica, como intenção. Mas tem que ser avaliado na prática, no concreto, tem que ser baseado na prática, isso só se realiza na prática, no concreto, não dá para realizar em tese, e é por isso que eu digo que, em tese, tudo bem, mas na prática teria que avaliar melhor, pensar nos projetos que ele está fazendo hoje, ver o quanto é interdisciplinar ou não, porque essa interdisciplinaridade seria desejada (E8mt).

Fica patente aqui que, juntamente com a ausência total de uma convicção ‘religiosa’ sobre o projeto, existem reflexões epistemológicas sobre a validade científica do modelo implementado no Cândido Ferreira. Esta posição representa parte importante dos trabalhadores envolvidos com a Reforma Psiquiátrica, os quais preservam a coerência de uma formação acadêmica empiricista marcada pelo positivismo – dos médicos –, e que criam um anteparo aos desvios, puramente político-ideológicos ou dados pela subjetividade em que possa estar imerso qualquer projeto por mais técnico que seja. Agregado a isto, ALMEIDA FILHO et al. (1989) reconheciam as dificuldades dos profissionais de saúde mental do país, devido às fragilidades de sua formação e das idiossincrasias da área, em se apropriar dos métodos formais de validação de seus trabalhos.

Uma outra crítica ao processo gerencial de transformação do Cândido Ferreira refere-se às oportunidades de ascensão profissional na instituição. Veja-se o relato de E18at:

Eu acho que uma situação de tensão refere-se a qualificação da gente enquanto profissionais e que deve ser vista com outros olhos. Se você quer fazer alguma coisa além do cotidiano é difícil. Por exemplo, já passei em todas as Unidades. Sei ser gerente que é uma função, com a qual, se tem a possibilidade de aprender, de ter uma outra visão e ter um outro salário. Acho que a gerência é a única coisa que tem de diferente, caso você queira

mudar.[...] Chega um ponto em que você pensa: ‘O que mais tenho para aprender?’. Quando vira rotina, falta alguma coisa.[...] O que se faz, com o que mais você cresce, o que mais você aprende? Ou você muda de Unidade. Eu já passei por todas. Nessa questão da gerência, eu tive uma experiência que no momento não deu certo. Tem que ter outros estímulos. Quando se vai falar de cargos e salários criam-se tensões na instituição, porque não se consegue implantar, não se consegue valorizar um pouco mais o profissional, aí fica uma tensão, aí é a interdisciplinaridade, mas quando você vai discutir a experiência voltam todas essas questões. Mesmo a liberação para cursos é uma coisa que a instituição não consegue colocar.[...] acho que seria necessário um outro viés de estímulo.[...] me incomoda isso. Se você tem vontade de aprender alguma coisa, e que o retorno vai ser para cá, eu me sinto menos estimulada, eu vou buscar conhecimento mais para mim (E18at).

A reivindicação de condição para o crescimento profissional é mais do que legítima. As instituições que investem na qualificação de seus profissionais estão garantindo um capital de competência que se dirige tanto à população atendida quanto ao próprio profissional que se beneficia pessoalmente desta condição e pode se sentir mais capaz e desenvolver suas potencialidades. As instituições que não criam novas oportunidades de crescimento profissional estão investindo libido, no dizer de Freud, na sua própria destruição. pois criam sentimentos de frustração, fragilização do ego e improdutividade.

O modo capitalista de produção não é uma ficção e ele imprime, mesmo nos projetos mais participativos e cooperativos, suas marcas de competição e anomia. A crise financeira do Estado parece ser uma condição insolúvel e num projeto gerencial administrativo híbrido, que associa a autonomia de uma organização filantrópica privada e a dependência econômica do Estado, é necessário criar-se, conforme DURAND (1985), diante de uma nova sociologia das profissões, uma política econômica que contemple questões levantadas no depoimento de E18 at.

Tecnicamente, existem demandas assistenciais que somente podem ser atendidas através de práticas especializadas e, isto, cria uma bolha disciplinar dentro do projeto, tal como colocado pelo relato de E15ft:

[...] estou mais no clínico, mas também estou como referência, fazendo também visita domiciliar, olhando toda essa parte de relação com a família, se tem a documentação específica, tudo que a referência faz eu ainda faço.[...] Eu quero, quero muito. Eu pretendo me especializar nas clínicas de neurologia, ortopedia. Todos nós do Núcleo Clínico estamos vendo as pessoas envelhecerem, mesmo as que estão morando fora. Vamos tentar estudar um pouco mais sobre o envelhecimento, as doenças específicas. O que eu pretendo aqui, é centrar meus estudos no envelhecimento, na qualidade de vida no envelhecimento [...] Eu vou sempre buscar interagir com outros profissionais, sempre participar de cursos, de seminários, nos quais possa obter informações de outros profissionais, acho que todos nós aqui. A gente não quer se fechar, a gente quer abrir um pouco. Porque, quando se trabalha com morte, com velhice, com dependentes físicos é muito fácil você se fechar. A gente vai estar procurando interagir e eu quero muito estar próxima de outros profissionais, participar, aprender, fazer cursos.[...] a gente tenta não deixar que isso aconteça de maneira nenhuma, mas eu me sinto muito sozinha, não tem outro fisioterapeuta aqui pra eu conversar com ele. O J. é fisioterapeuta, mas não está nesse momento como fisioterapeuta. Sinto-me sozinha, especificamente aqui, para discutir uma avaliação, para discutir uma forma de tratar. Adoraria que tivesse um outro profissional aqui dentro, adoraria dividir coisas aprender coisas com outra pessoa, trocar informações. ‘O que você acha disso? O que você está fazendo com ele? (E15ft).

O empenho em busca do conhecimento e do domínio técnico dado por uma especialidade está fortemente associado à busca de se garantir, implementar e defender um senso de identidade profissional e pertencimento adquirido anteriormente na Graduação. É a afirmação da participação em um grupo com indivíduos que comungam certos valores, em que poucos saem, têm seus papéis aceitos por todos, com limites claros e a comunidade controlando suas ações (MACHADO, 1995). Este é lugar do ‘eu sou’ (fisioterapeuta, psicólogo, etc) e da segurança corporativista correspondente.

Nos excertos acima é possível ver o drama e a ambivalência que o projeto interdisciplinar do Cândido Ferreira pode criar nos profissionais que ainda estão construindo sua identidade profissional, principalmente, dentro de um campo que não é tradicional para a fisioterapia. Ao se assumir uma perspectiva interdisciplinar dirigida à

cooperação e à complementaridade, significa ter que deixar em suspenso parte do arsenal que garante ao profissional sua autonomia técnica, ser abalado pela descaracterização do seu papel profissional e pela “[...] desvalorização do conhecimento específico [...] dando lugar a uma supervalorização de experiências afetivas [...]” (COSTA & FIGUEIREDO, 1993: 271).

O conceito de doença mental que esta por trás do projeto do Cândido Ferreira mostra que houve uma revisão de paradigma que tinha no reducionismo, biologicismo e no modelo hospitalocêntrico e médico-curativo suas bases. O modelo que emerge é mais integrativo, circular, eclético, concretamente complexo.

No entanto, essa complexidade se torna muito maior quanto mais especificamos os objetos temáticos com os quais trabalhamos. Esse fato traz à tona, de imediato, a necessidade de uma abordagem interdisciplinar que seja capaz ao mesmo tempo de preservar a autonomia e a profundidade da pesquisa de cada área envolvida de articular os fragmentos do conhecimento, ultrapassando e ampliando a compreensão pluridimensional dos objetos (MINAYO, 1991: 71).

De maneira geral os médicos conservam o entendimento de que a biologia é um forte elemento causal do adoecer mental e que este deve ser medicamente tratado, mesmo considerando as insuficiências da terapêutica medicamentosa. Em geral, os médicos preservam esperanças nas pesquisas neurofisiológicas e bioquímicas, da mesma maneira, como Freud, cuja formação era médica e, mesmo tendo desenvolvido o sistema psicanalítico, era um otimista perante a evolução das pesquisas biológicas. Também incorporam os fatores psicodinâmicos e socioculturais considerando a existência de fatores multicausais para o adoecer mental. Defendem, também, uma análise sociopolítica das doenças mentais, ao mesmo tempo em que criticam a frouxidão das análises etiológicas cuja base é o entendimento escapista da somatória biopsicossocial.

Eu entendo doença mental dentro de um contexto médico, que tem a ver com o desequilíbrio e o sofrimento, basicamente. Acho que o sofrimento se manifesta também na desadaptação. Tem fatores físicos mentais e sociais. É mais fácil definir doença mental que saúde mental. Eu acho que saúde mental é utopia e doença é desequilíbrio. [...] A perspectiva de tratamento é tratar os aspectos físicos, mentais e, se possível, sócio-culturais na doença e como ela se manifesta no indivíduo (E8mt).

Acho que você tem que pensar em várias dimensões, existe um aspecto biológico que é inegável e cada vez menos negável. [...] cada vez que você consegue encontrar mais implicações biológicas ou etiologias para doença mental mais você consegue ter um campo de atuação num nível mais concreto, mais químico, pensando na parte medicamentosa. [...] Num encontro na Escola Paulista, havia alguém falando da pesquisa sobre a etiologia viral para a esquizofrenia, e ele não está falando bobagem, ele estava se baseando em biologia molecular [...] Qual vai ser a vantagem de você saber isso? Eu não sei? Talvez daqui a vinte anos a gente saiba [...] Acho que tem um aspecto psicodinâmico que para mim é inegável, acho que desse não tem o que falar. [...] Acho difícil você conseguir tratar só com remédios, excetuando pouquíssimos casos, os casos mais graves, eu acho muito complicado. E, talvez, o aspecto social seja meu grande aprendizado aqui no Cândido Ferreira. Você pensa no tratamento como recurso, você pensa no tratamento do ponto de vista social.[...] Não dá para você esquecer o lado social do sofrimento, da desorganização que decorre da doença e aqui estou falando de doença num aspecto geral, independente da doença mental (E12mt).

A Saúde Mental, enquanto um campo interdisciplinar, contraria qualquer tipo de absolutismo, seja ele político, ideológico ou epistemológico. A partir disto, ficam diluídas as fronteiras entre as diversas dicotomias que se constituem a partir das especializações, tais como: saúde–doença, orgânico-social, teórico-prático, pessoal-político, sujeito-objeto. Este campo interdisciplinar deve ser entendido, principalmente, como uma estrutura em que ocorrem reciprocidade e enriquecimento coletivo e, no qual, as relações de poder dos campos componentes relacionados tendem a uma horizontalização que solicita a

[...] identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação destes conceitos, e desta forma gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos (ALMEIDA FILHO, 1997: 13).

Quando a gente fala em doença mental acho que é uma desorganização do ponto de vista bio-psico-social, sem querer cair no lugar comum, mas acho, de fato, que a gente acaba tendo essa visão. Acho que o difícil é conseguir juntar tudo porque sozinho você não consegue fazer tudo isso, sozinho não dá para fazer, provavelmente vamos cair na questão da interdisciplinaridade (E12mt).

A grande preocupação que tem orientado minha formação é o campo da psiquiatria social. Eu entendo que a doença mental é um evento involuntário na vida de algumas pessoas. Ainda não temos nenhuma certeza sobre o que acontece no interior dos neurônios. [...] Em torno do processo de instalação da doença mental há uma grande dúvida. O que eu observo e eu tenho uma compreensão mais basagliana é de que, uma vez revelada a vulnerabilidade individual na sociedade em que nós vivemos, as pessoas perdem poder contratual de uma forma progressiva. As pessoas perdem as referências afetivas, correm o risco de perder as referências subjetivas, e em face disso, elas vivem um grande processo de exclusão. O resultado disso nós vemos nas populações que estão no interior dos hospitais psiquiátricos. [...] Então a minha compreensão da saúde mental é uma compreensão sociológica. [...] não estou preocupado com a etiologia [...] Eu tendo a acreditar que o desafio da pesquisa, da identificação bioquímica dos processos mentais, vai avançar muito. A tendência é que nós vamos encontrar as moléculas, os mediadores químicos, etc e encontrar respostas para isso, eu tenho esperança quanto a isso. Acho que a compreensão do biopsicosocial, que é uma convenção da OMS e que tenta dar conta do todo, funciona como uma muleta: quando você não tem respostas no bio, então você vai ao psico, e quando você não encontra resposta no psico você vai ao social e assim sucessivamente. [...] Então, eu acredito que isto exista, mas não dá para avaliar se o bio é mais forte que o psico ou se o psico é mais forte que o social. Acho que é uma tentativa de delimitação de campo, de ampliação de campo de observação, mas que não dá conta. [...] na formação médica nós somos treinados para vender certezas e ninguém busca quem queira oferecer incertezas, dúvidas, etc (E4ma).

Como já identificado anteriormente, existem convicções que são decorrentes do processo histórico construído e vivido na Reforma Psiquiátrica que se manifestam, simbolicamente, nos discursos políticos e servem, também, como reagregadoras das idéias e práticas emergentes que um projeto interdisciplinar favorece. Os médicos administradores

e formuladores de políticas e ações em saúde mental têm, por pressuposto, que explicitar suas idéias e ações práticas concretas e fazer a convocação para o debate e participação democrática de todos os profissionais envolvidos no projeto, mesmo porque já apreenderam o conhecimento de que não existe ciência, seja como disciplina ou, a partir de suas conjugações e transformações, isto é, como profissão que dê conta, isoladamente, do objeto saúde ou da saúde mental (MINAYO, 1991).

Eu adotei a visão do processo de saúde e doença da reforma psiquiátrica, do movimento anti-manicomial, com uma pequena diferença [...] eu criei uma certa tensão por valorizar a clínica, achar que não é só o social. [...] Eu acho que a saúde mental tem que ser vista numa perspectiva de reabilitação psicossocial, determinação social da doença, mas que nós temos que recriar, também, a clínica. Porque a doença é um fenômeno concreto. Podemos até não chamar de doença, mas há uma dificuldade concreta no viver das pessoas. Para ganhar qualidade de vida, para reabilitar, você precisa ter uma intervenção clínica, seja ela, individual, grupal, personalizada ou singularizada.[...] Não bastam as medidas de reabilitação, da cidadania, moradia, que são necessárias e fundamentais – eu critico a psiquiatria da UNICAMP por não ter essa dimensão da cidadania na reabilitação –, mas há uma tensão com o movimento anti-psiquiátrico porque eu acho que eles estão subestimando a clínica. Quando falo clínica não estou falando clínica psiquiátrica tradicional [...] Na verdade, como combinar o diagnóstico e a terapêutica às dimensões social, subjetiva e ideológica, genética e biológica. Como encarnar o social no indivíduo e como entender o social para fazer promoção e intervenção.[...] Acho que essa é uma contribuição. Levei para o Cândido Ferreira a idéia de equipe de referência, valorização do vínculo, singularização do atendimento, não trabalhar só com grupo, tensionei muito isso, de ter projeto terapêutico individual. A origem dessa proposta no Cândido Ferreira quem a fez fui eu. Algumas Unidades adotam, outras não, não como imposição mas como discussão (E6ma).

BOURDIEU (1994) faz uma ressalva nesta lógica ao afirmar que não basta entender que as relações de força podem ser reduzidas às relações de comunicação, resultantes da forma e do conteúdo do poder material ou simbólico acumulado pelos agentes envolvidos na promoção de um projeto, mas, também, entender que eles seguem cumprindo uma função política de imposição ou legitimação da dominação de uma classe

sobre outra. RICOEUR (1988), por seu lado, ao analisar a fala como dizer e os significados dos discursos, atribuiu ao duplo sentido e às relações entre consciente e inconsciente a responsabilidade de existirem duas interpretações ao mesmo tempo, legítimas para um único símbolo ou processo de simbolização.

Um dos debates em que se manifesta certa resistência, principalmente, dos médicos e de outras categorias também, em ampliar os horizontes das ações de saúde dentro de uma concepção intersetorial (FERRAZ, 1993), dá-se quando se discute sobre a clínica ampliada. Esta discussão aparenta ser um investimento ideológico que carrega um viés corporativista com vistas a garantir a preservação da categoria saúde mental dentro do limite da área da saúde ou da medicina e, portanto, não deve avançar, interagir e intercambiar com outros campos, como, por exemplo, o da promoção social e o da cultura. É indiscutível que a formação médica impregna essa categoria de uma visão racionalista, empírico formal, em que a explicação para o adoecer mental, a partir de uma relação de causa e efeito, é muito forte e não há dúvidas de que, ao incorporar as perspectivas mais compreensivas dadas pelas Ciências Humanas, fosse criada uma área de conflito.

Pelo seu lado, os profissionais não-médicos entendem as determinantes do processo saúde-doença com uma racionalidade mais aberta, com uma lógica em que estão presentes fatores como a inexperiência na área e a aquisição de novos conhecimentos, a associação imediata aos efeitos de processos terapêuticos e as exigências de ações mais pragmáticas, a mobilização afetiva que a história de violência diante do sofrimento humano traz, uma visão existencialista do modo de viver do doente mental, uma compreensão em evolução sobre os diversos elementos que compõem a saúde e doença mental.

Fica evidente a diferença entre a racionalidade médica, com a qual, quase dogmaticamente, o diagnóstico e a busca de fatores causais são valores fundamentais e, assim, tende para um raciocínio analítico dos fenômenos perante o raciocínio sintético e operativo dos não-médicos que é resultante de suas visões práticas. Morin afirma que no campo da complexidade, que inclui a interdisciplinaridade, existe o princípio hologramático. Neste princípio da física, cada ponto de uma imagem contém as informações do conjunto da imagem e, segundo ele,

...nós temos esse tipo de organização nos nossos organismos biológicos; cada uma de nossas células, até mesmo a mais modesta célula da epiderme, contém a informação genética do ser global. (É evidente que só há uma pequena parte da informação expressa nessa célula, ficando o resto inibido) Nesse sentido, podemos dizer que não só a parte está no todo, mas também que o todo está na parte (MORIN, 1986: 181).

As profissões não-médicas, incluídas nesta investigação, são categorias cujas bases de formação estão na área das Ciências Biológicas e da Saúde, como a Enfermagem, Fisioterapia e Terapia Ocupacional e nas Ciências Humanas, como a Psicologia e o Serviço Social. Formam um mosaico de cooperação e complementaridade crítica na saúde mental dentro da instituição, mas que, no exterior e no plano geral da saúde, vivem o processo de competição resultante da histórica divisão social do trabalho e das interfaces que o objeto saúde e saúde mental determinam e que têm à frente, principalmente, a hegemonia médica, assinalada por DURAND (1985) e SPINK (1985).

É nas interfaces das profissões ou nas ‘frangas’ do conhecimento ou na ‘terra de ninguém’ da ciência que está, exatamente, o lugar em que pode se iniciar a cooperação e a comunicação interdisciplinar, como propôs NUNES (1980). Este lugar não deve servir apenas para a implementação da competição e à apropriação darwiniana do mercado, mas deve ser um lugar ético, como indicou SEVERINO (1995), em que se possa fazer a dissolução das fronteiras entre as disciplinas e caminhar na direção da resolução dos problemas que afligem concretamente.

Observe-se, especificamente, como os fisioterapeutas se posicionam, com seus relatos, sobre a questão da saúde-doença na saúde mental:

Eu alarguei um pouco a visão da fisioterapia dentro da saúde mental. Não era somente pôr os velinhos na cadeira de rodas e andar, mas entender que existia uma abordagem corporal possível com pacientes psiquiátricos.[...] Ela foi crescendo, porque no início eu só fazia reabilitação física. Quando eu comecei a fazer abordagem corporal foi em cima dos doentes mentais, a especificidade era dada pela doença mental, a clientela era essa, o alvo era esse.[...] Eu acabei absorvendo essa coisa da reabilitação psicossocial, tanto que eu custei a aprender o que era doença mental do ponto de vista clássico.

Tive que ler alguns autores clássicos, porque aqui não circula muito esse tipo de preocupação. A questão é saber o que o paciente pode fazer com o que ele tem de potencial, o que você pode reabilitar, daí eu fiquei muito em cima da reabilitação.[...] Era o conhecimento que eu tinha acesso aqui dentro. Era a psiquiatria democrática.[...] Eu entrei limpo e entendi a psiquiatria. [...] mas, eu sentia falta, também, de entender do outro lado, do ponto de vista biológico, do ponto de vista dos autores clássicos, diagnósticos, neurologia, sintomatologia. Isso eu tive que procurar fora porque é o que se usa na hora de se preencher diagnósticos, prontuários. Eu via os médicos preenchendo e ficava sem entender. Eu fui totalmente formado dentro da saúde mental, da psiquiatria, dentro da psiquiatria democrática, na qual, a relação psicossocial é tal que não é uma terapêutica (E13fg).

A doença mental para mim é uma doença de curso crônico como uma diabetes, uma esclerose múltipla. Uma doença de curso crônico, mas uma doença grave que incapacita também e com períodos de reagudizações, com períodos mais ou menos longos em que a pessoa vai estar agudizando. [...] fica incapacitada de cuidar de si mesma, trabalhar, relacionar-se com os outros. Sendo muito grave, fica difícil ela expor suas queixas, todas as alterações do próprio pensamento, da fala, do discurso, seus sentimentos. Acho que é um conjunto de coisas, é claro que a doença mental é como se houvesse uma lesão que torna o indivíduo mais propenso ao estresse. [...] Eu acredito mais numa coisa física, mais orgânica, com influência da mente, mas acredito que é mais orgânica (E15ft).

Os fisioterapeutas estão se incluindo, paulatinamente, no campo da saúde mental pública e fazendo uma revisão nos paradigmas que vinculam a constituição histórica da categoria à tradição dada pelo modelo médico e pela reabilitação física. As bases educacionais em que foram formados têm fortes componentes ligados às Ciências Biológicas e que os fazem incorporar com facilidade às concepções reducionistas e implementar cada vez mais suas especialidades. A experiência da fisioterapia no Cândido Ferreira é uma das experiências pioneiras da categoria na área.

Em seguida, os relatos da assistente social:

Acho que a doença mental é uma coisa muito triste. Biologicamente, psicologicamente, socialmente [...] Eu peguei aquela fase em que o médico autorizava um funcionário a dar uma injeção, naquela época chamava de escapolanina, que era o 'sossega leão'. Eu peguei pacientes que morreram por impregnação: eu não conseguia entender como a ciência explicava uma doença e se fazia isso com a pessoa. A sensação que me dava era de que: o doente tinha que ser castigado e ser castigado era matá-lo. Peguei uma paciente da Vila Mariana com um prontuário imenso que tinha várias recomendações para não se aplicar Anatensol porque a paciente era cardíaca, e ela morreu com uma dosagem de Anatensol.[...] Quando eu vim para o ambulatorio não via mais esses extremos [...] De outro via a banalização da loucura; parecia que tudo era normal, mas na realidade não era. Era evidente o sofrimento das pessoas, elas sofrem e como se fazia isso com elas? A resposta dada, no ambulatorio, era sair com um saquinho de medicação.[...] Mas, depois a gente começou a discutir, [...] O C. (psiquiatra) foi um professor muito eficaz, porque tive a possibilidade de entender a doença, o quadro, que doença é essa. [...] Mais do que entender se é biológica, se é psicológica, era justamente tentar ver o que essa pessoa trazia, que tipo de sofrimento ela tinha, o que a gente podia fazer e como estar junto com ela. [...] O que é a doença mental? Eu não sei, só sei que é uma coisa que acaba com a pessoa, pelo menos até agora, e acho que a gente trabalha, pelo menos eu, na lógica de que, apesar da doença, as pessoas têm uma história que não é a história da doença e que a gente pode resgatar uma série de coisas e pode fazer com que essa pessoa continue até tendo o mesmo tipo de doença, mas que consiga melhorar a qualidade de vida dela, conseguir melhorar o nível de relação que ela estabelece com as pessoas, conseguir ouvir as pessoas e dizer coisas para a gente, e por mais absurdas que sejam nós devemos tentar entender (E9at).

A concepção de saúde-doença aqui representada não deixa dúvidas de que foi superado o sentido assistencialista que emana da formação das assistentes sociais. A indignação e luta contra a injustiça é resultado da vertente do serviço social que busca a promoção social e, ao mesmo tempo, a aquisição, na prática, de conhecimentos e competências para a clínica em saúde mental. SÁ (1995b) reafirma isto, de certa forma, quando discute a implantação estratégica de cursos de Pós-Graduação sobre Trabalhos

Comunitários e Interdisciplinaridade na PUC-Campinas. Contraditoriamente, DURAND (1985) destaca que para as categorias dominantes e que belicamente defendem a preservação e sua hegemonia no poder e no mercado, a retórica agressiva das assistentes sociais serve, antes de tudo para esconder incompetências.

Veja-se os relatos que se seguem das enfermeiras:

Por conta da formação que eu tive na residência, uma definição bem simples para mim é que, o psíquico tem um lado doente e um lado saudável. O trabalho da gente é resgatar, melhorar esse lado saudável para ele cuidar do lado doente, e o que deu para perceber é que, conforme você vai oferecendo outros recursos, outra atividade, o nível de agressão diminuía na unidade e isto é fato. [...] Eu entendo que o psíquico tem uma parte que se desestrutura, ele sai da realidade [...], acho que é uma questão orgânica dele, que alguma coisa não está funcionando bem, tem a ver com sua história de vida, [...] A questão social, enquanto recurso de local para ele poder se tratar é importante [...], se tiver possibilidade de ter uma compreensão de sua doença ele vai conseguir lidar melhor e sair da crise (E18et).

Eu acho que o social tem um peso maior, essa situação de instabilidade que a gente vive. O biológico tem importância, mas acho que ele é menor. Acho que é mais a instabilidade que as pessoas vivem. Ontem eu estava lembrando o B. que chegou para mim, e disse: 'Eu não vou fugir mais.' 'Por que você não vai fugir mais B?' 'Eu não tenho para onde ir.' Ele está fugindo para quê? Se ele não tem mais casa, a família não quer mais saber dele. 'Vou só comprar cigarro e já volto, viu?' Eu acho que é a instabilidade que a gente vive que tem um peso grande. Tem a coisa da doença que não dá para a gente negar, mas acho que tem esse contexto, a pessoa vive em desequilíbrio constante (E10eg).

A enfermagem sempre foi uma categoria-chave na área da saúde, a aliança quase incondicional com o médico lhe garante acesso às informações da 'caixa preta' médica e o poder de administração sobre o grande contingente de auxiliares hospitalares. Na saúde mental o poder de decisão centralizado das enfermeiras está sempre em questionamento, pois neste campo trata-se de resgatar interações relacionais mais democráticas e, portanto, a autocracia está fadada ao fracasso. Dessa forma, a enfermagem

vem adquirindo um novo perfil, quase radical, mediante o modelo administrativo e organicista, que permanece sendo o eixo de sua formação, e se dedicando mais ao entendimento dos processos psicoterápico e social. PIRES (1996) afirma que, atualmente, a enfermagem vem se inspirando numa filosofia cujos princípios norteadores direcionam seu trabalho para a ruptura com a hierarquia, as práticas interdisciplinares e preocupações com a assistência integral do homem, como afirma.

Na sequência, observe-se os relatos dos psicólogos:

É complicado, você pode ter vários parâmetros de referência estatístico cultural, para você abordar temas da loucura, do normal, anormal.[...] Eu vou me apegar ao aspecto do componente endógeno e exógeno. Eu acredito que seja uma predisposição endógena e acredito que existam fatores externos que possam desencadear a doença. Ela é um produto de causas complexas que interagem. Dizer que um fator está pesando mais é algo para avaliar.[...] Dentro dessa linha há pessoas com uma predisposição muito grande para a enfermidade, e pouco fator externo para adoecer e que pode ser familiar, financeiro, sei lá, algo que possa desencadear. Se um indivíduo tem uma predisposição pequena, ele vai precisar de muito fator externo, muito peso. Eu acredito que haja várias causas interagindo. O que eu vejo hoje em dia é muito preconceito na área da saúde mental, isso a partir do próprio indivíduo que adoecer. Eu acho muito difícil para as pessoas procurarem ajuda. Acho que a verdadeira loucura é saber que precisa se tratar e não se tratar. De cinco a sete anos atrás não existia atenção à saúde mental na rede pública, se existia era muito pequena, hoje ainda é pequena em termos de equipes mais completas. E hoje há profissionais de saúde mental, equipes de saúde mental nos centros de saúde. Os serviços alternativos (H.D. e CAPS) vão surgindo, isso favorece a população na tomada de consciência de que existem esses recursos.[...] Eu diria hoje que o papel do profissional é conscientizar, orientar e encaminhar o paciente sobre os recursos que ele tem. E esse preconceito eu vejo até em consultório particular. É uma resistência muito grande, embora seja algo a ser trabalhado. Mas, o aspecto preventivo precisa ser melhor trabalhado, precisa de melhor investimento por parte dos profissionais (E11pt).

Há vários pontos. A clientela que a gente atende é muito diversificada. Eu acho que no NOT a gente trabalha muito em função de como abarcar as necessidades do doente mental. Uma hora tende mais para o social, outra hora é a questão da própria doença e isso no NOT é muito amplo. Porque, às vezes, surge a questão de que o NOT coloca o doente para trabalhar e visa produção e se ele não estiver produzindo, não dá. E não é assim. O NOT, pelo projeto inicial, era para atender pacientes que não estivessem em crise aguda e com autonomia de locomoção, mas isso tem mudado muito. Hoje em dia o NOT tem atendido casos que as equipes discutiram e não têm mais jeito, mas, no final, vai para o NOT. E, nesse ponto, o NOT dá conta do social, da doença, tudo.[...] A interface do NOT é muito grande. Assim, tem aquele que precisa de tudo com relação à doença, ao social, a família e a ele mesmo. Então, acho que o NOT acaba ficando muito aberto e algumas coisas fogem do controle (E16pg).

A Psicologia, embora vindo das Ciências Humanas, adquiriu marcada competência na clínica individual e privada, principalmente sobre a questão diagnóstica e dentro da saúde mental compete claramente com os psiquiatras. Ao assumir a clínica institucional nos serviços públicos tem se deparado com níveis de dificuldades relacionais que exigem uma nova postura técnica muito mais ampla, objetiva e pragmática em decorrência do perfil da população da instituição e que são bastante distintas das ações técnicas solicitadas no viés liberal e aristocrático das clínicas privadas (DURAND,1985).

As terapeutas ocupacionais mostram em seus relatos a noção do adoecer mental:

[...] é um tipo de transtorno que acomete qualquer ser humano, como qualquer outra doença. Eu percebo a doença mental de uma forma um pouco diferente daquela que eu vivo socialmente, isto porque, eu nunca tive problemas em relação ao doente mental, como preconceitos ou medo da agressividade que ele sugere. Dentro de hospital psiquiátrico existem as condições de um modo de vida em que fica instalado o signo da loucura. Eu sempre me aproximei mais disso. Quando experimentei o estágio de psiquiatria, ainda na faculdade, eu desisti de tudo que eu tinha elaborado até então para a minha carreira. A minha primeira intenção foi trabalhar com deficiência mental e esta foi a área pela qual eu me apaixonei. Principalmente, por conta da falta de recursos humanos que eu percebi

naquele estágio. [...] Então, hoje, trabalhar com a doença mental faz parte da minha vida. Eu não diferencio o doente mental de uma pessoa da minha relação de amizade. Eu percebo e já tive experiências de verificar que é muito fácil as pessoas pirarem. O fato das pessoas estarem vinculadas ao trabalho, vinculadas à família, ao casamento ou atividades sociais protege-as de um rótulo que, na verdade, seria de uma pessoa que está internada. [...] A doença mental se instala e ela fica se o paciente é isolado e é tratado só como doente.[...] A segregação eu acho que mata. Eu sinto que o ambiente do hospital também mata. Existem pessoas com quem temos vivenciado o despertar de coisas impressionantes que elas faziam, que não exercitavam e que a gente não sabia. Quantas pessoas com vocação para música e que já experimentaram tocar órgão. Havia uma pessoa que falava hebraico, francês e inglês e estaria em condições de exercitar outras coisas em vez de ficar dentro de uma oficina de bordado, que não faz parte da realidade dela. E nós só descobrimos isto depois que ela saiu. [...] A gente percebe quanto cada indivíduo tem de pessoal, de riqueza que foi esquecida e, de repente, na menor oportunidade que eles têm isso aparece. Isso é a locomotiva que puxa um monte de vagões de novidade (E14tt).

[...] já oscilei entre várias fases. [...] no começo da minha carreira achava que as atividades e a cidadania eram melhor que remédio. Era a coisa de achar que louco não precisa de remédio, mas precisa de espaço para se expressar. Passei por uma outra fase achando que não, que o paciente, precisava também de remédio. [...] É uma doença, tem sintomas, o remédio ajuda, a gente tem que fazer a reabilitação, o resgate à cidadania, mas, também, tem um cuidado que vai na direção do cuidado em si mesmo. Tem que tomar remédio. Tem que ser protegido das coisas. [...]. Então, o paciente é uma pessoa que sofre muito. Hoje eu penso, se ele não sofre mais do que outros doentes. Acho que hoje o neoliberalismo faz com que duas coisa da loucura sejam mais abrangentes. Hoje o 'neguinho' sofre porque está desempregado, porque não consegue viver feliz, porque não tem lazer, enfim. A saúde mental, hoje é muito mais abrangente do que eu imaginava antes, ou seja, eu me restringia ao esquizofrênico delirante. São pessoas que sofrem muito. Mas, eu acho que a doença mental está abrangendo outras pessoas. Por exemplo, um cara que ganha super bem, é um empresário, presidente de uma firma, mas que não vive feliz, não tira férias, não sabe andar descalço, não tem um casamento feliz. Será que é menos doente mental do que um esquizofrênico?[...] A doença mental é uma coisa que gera sofrimento, que

impede o poder das pessoas [...], diminui o poder contratual das pessoas, diminui a possibilidade de conseguir outras coisas na vida [...] Então, a população com quem eu sempre trabalhei, é uma população que além do sofrimento psíquico da doença em si, quer dizer, a alucinação [...] está sofrendo, acho que não dá para a gente negar isso. [...]. Mas são pessoas que, além disso, não têm estrutura familiar, vivem num barraco, quando vivem, não têm água para tomar banho. É uma mistura de coisas e isto agrava a situação do sujeito no mundo. Então, é aquela coisa meio chavão, pensar no biopsicossocial, acho que é isso mesmo. Hoje a gente tem que trabalhar nessa coisa de não compartimentalizar (E7tg).

Nos relatos das terapeutas ocupacionais percebe-se que há um sentido pragmático e de circulação por campos de conhecimento tão amplos quanto as Ciências Biológicas, Ciências Psicológicas e as Ciências Sociais que confere à Terapia Ocupacional um perfil que lhe permite ter uma compreensão mais holística e fenomenológica dos problemas em saúde mental. Todavia, esta concepção mais genérica é o seu pecado, pois acaba padecendo de convicções teóricas que possam sustentar suas ações objetivas. As terapeutas ocupacionais têm se “deparado com várias Terapias Ocupacionais existentes no cotidiano, com os diferentes discursos oferecidos...Tal condição, em geral, é tida como problemática, como consequência da fragilidade de nossa identidade profissional.”(GALHEIGO, 1999: 54)

Unidades e interdisciplinaridade (os novos procedimentos)

A duas primeiras Unidades de Produção – Internação e Moradores – surgiram, inicialmente, como decorrência da necessidade de se mudar o panorama precário de assistência que era oferecido para os pacientes e, posteriormente, em função dos diagnósticos que iam sendo realizados e das novas demandas que iam surgindo dado o aumento da presença de uma equipe mais completa de profissionais e do seu amadurecimento diante das propostas que vinham sendo discutidas sobre a luta antimanicomial, a desinstitucionalização, o fechamento dos hospitais psiquiátricos, a incorporação, mais pragmática, e também por causa da idéia de se criar equipamentos alternativos para a atenção à saúde mental que não existiam no sistema de saúde municipal

e, menos ainda, na região. Além disso, o intercâmbio com a experiência que acontecia na cidade de Santos serviu como uma orientação, embora a característica de cada um dos processos – Clínica Anchieta e Cândido Ferreira – fossem diferentes em suas origens e evolução. Associadas a estas condições foram realizadas uma série de oficinas de trabalho e supervisões sobre questões emergentes e pontuais.

Ao se tomar as Unidades de Produção como um contexto particular, que inclui os atores sociais e suas representações, é que se pode ver parte de sua constituição, os benefícios e os limites terapêuticos do Projeto de Assistência, o perfil profissional que as categorias vêm adquirindo e as tecnologias que são inventadas ou recicladas.

A proposta de criação das Unidades de Produção foi elaborada primeiro teoricamente e somente depois de aplicada à prática é que tomou a forma mais atual. A teoria foi associada às estruturas provisórias que foram se constituindo, empiricamente, em decorrência da experiência acumulada pelos diferentes profissionais que se concentraram na instituição. A verdade é que existia uma estrutura latente que precisava aflorar, a partir de um suporte teórico, político e de planejamento.

Qual foi meu forte no Cândido Ferreira? Na minha tese de doutorado eu estudei os hospitais brasileiros, as tensões, a implantação do SUS, bem o comecinho. Entre várias teses eu identifiquei que o modelo de gestão era muito taylorista, muito departamentalizado, falava em interdisciplinaridade, mas na verdade a estrutura organizacional, a visão do departamento, de enfermagem, do médico, da gerência, da estrutura dificultava essa integração. E a única proposta de gestão interdisciplinar era a proposta matricial. Você pegava um problema comum a vários departamentos e criava uma comissão para fazer um projeto matricial. Por exemplo, infecção hospitalar, é de vários departamentos, da enfermeira, do médico, da cirurgia, da administração, daí você cria uma comissão e ela faz um projeto. Eu tive uma grande sacada quando estava fazendo minha tese e era secretário. É uma invenção, eu acho, que eu chamei de ‘unidade de produção’. Eu radicalizei essa teoria matricial e inverti; eu peguei o interdisciplinar e botei como departamento. Repensei o organograma, a estrutura, o funcionamento. O departamento na saúde é o especializado, é o profissional e a integração é o episódio. Eu propus: vamos inverter. Vamos fazer permanente, o

departamento, a seção, é a equipe multiprofissional, é o interdisciplinar. O apoio matricial, que é o episódio, fica especializado. O primeiro lugar que consegui testar isso foi no Cândido Ferreira. Na Secretaria eu era o secretário [...] propus isso, mas pareceu muito heterodoxo para o pessoal.[...] O Cândido Ferreira, como vinha da saúde mental, estava mais avançado em trabalho de equipe, achou ótimo. A base ficou encantada com essa proposta, menos os diretores. No Cândido Ferreira, desde o começo a gente propôs criar uma unidade de produção, com esse nome que está na minha tese. O que é a unidade de produção? Quando cheguei ao Cândido Ferreira tinha departamento clínico, serviço de enfermagem, serviço de assistência social, serviço de fisioterapia e reabilitação, e essas pessoas trabalhavam nos vários lugares, a gente acabou. A unidade de produção é um espaço do serviço que tem um objeto e um objetivo comum, nós vamos fazer um recorte pelo objeto de trabalho e pelos objetivos que quer atingir, pelo produto, pelo resultado, isso está em discussão (E6ma).

Os relatos de E3ma falam da vontade e do vigor com que a equipe que ingressou no Cândido Ferreira se apresentava, mesmo com todas as incertezas que se vislumbravam. A luta antimanicomial deixava de ser utopia e se tornava uma realidade que era vivida criativa e intensamente. Complementaram-se meio e fim, isto é, o processo, enquanto uma demanda pragmática de ensaio e erro e o projeto como a preservação do sonho, do desejo, da utopia e garantia da criatividade (REZENDE,1983). Um psicanalista não teria dúvidas de que se travava uma luta edípica, um sociólogo entenderia como uma revolução cultural, através do trabalho e um filósofo diria, fenomenologicamente, que se tratava da recuperação do homem enquanto um ser com subjetividade e consciência intencional.

Uma das resistências do corpo médico era trabalhar de fato com outros profissionais não-médicos, com poder de decisão sobre as questões terapêuticas. Esta era uma questão que o hospital não lidava. A responsabilidade e a decisão terapêutica sobre os pacientes era eminentemente médica. E essa equipe que chegou, tinha apenas um psiquiatra e vários outros profissionais, que vinham com a proposta de incorporar a equipe antiga, mas que teriam as mesmas prerrogativas dos médicos. [...] A equipe que entrou era ousada e quebrava o esquema que estava lá. As relações eram conflituosas ao extremo. As duas equipes

entraram num choque violento. Havia um norte claro para a nova equipe, embora não se soubesse direito o caminho que se iria seguir. Havia uma determinação de mudança a ser construída, mas as experiências de mudança em saúde mental no país eram todas jovens, tanto quanto as do Cândido Ferreira (E3ma).

A transformação do Cândido Ferreira tinha seus limites, embora a experiência vivida fosse extremamente rica. A manutenção e ampliação de uma Unidade de Internação e a criação de uma Unidade de Moradores, quando a luta antimanicomial propunha a extinção do hospício, parecia um contrasenso. Mas, esta postura pode ser entendida como uma questão que derivava do reconhecimento da inexistência, naquela época, de equipamentos que viessem suprir as demandas resultantes da desospitalização/desinstitucionalização, da responsabilidade ética sobre um contingente humano que a sociedade estava habituada e acomodada a olhar à distância e sem qualquer compromisso com seu destino, pois entendia, e ainda entende, que este problema era uma herança social que deveria ser gerenciada pela instituição. Além disso, o conhecimento sobre as experiências fracassadas de desospitalização no exterior, especificamente em alguns estados dos EUA, era um elemento a mais no posicionamento de administradores e profissionais técnicos (BANDEIRA, 1991).

Os relatos de E17at confirmam a luta pelo poder, o empirismo, a improvisação que levou a constituição da Unidade de Internação de Agudos e às primeiras moradias coletivas, que foram o esboço da Unidade de Reabilitação de Moradores.

Havia muita disputa pelo poder, disputa entre os profissionais. Eu lembro de quando começou a se reestruturar e perguntava-se: Qual paciente que vai para onde? Tinha aquelas picuinhas, disputa pelo poder. Quem vai definir o quê? Quem vai definir o projeto? O que estava mais vivo era esta luta, eu acho que até por parte de algumas pessoas havia a busca de estar se integrando, principalmente as pessoas novas. Eu lembro do episódio de constituição da Casa da Primavera, houve uma disputa grande entre os profissionais. Ficou uma coisa atropelada, os pacientes estavam sendo indicados, quem estava chegando queria participar do processo, mas era puramente disputa pelo poder. Mas, a partir do momento em que se sentou e pensou em ver o que era melhor para esses pacientes, conhecer o cara e estar pensando num projeto mais amplo, aí as coisas foram se encaixando, mas no primeiro momento teve esses enfrentamentos (E17at).

Os profissionais estavam no meio de uma experiência que era um dos movimentos precursores de transformação da assistência mental no país, assim como ocorreu em Santos, São Paulo, Niterói e Porto Alegre. O relato de E9at mostra esta condição latente sendo assumida na prática:

Sobre esse processo do NOT acho que não tem muita coisa escrita, produzida. Eu acho uma área muito rica, mesmo com tudo que gente tem que aprimorar, acho que mereceria um acompanhamento bem próximo. Porque conseguir fazer dentro de um hospital, aquilo que num primeiro momento, achávamos que seria impossível fazer, pois, nossa luta começou para fechar o hospital porque não daria para fazer nada do jeito que estava, é uma vitória. Contudo, continuo defendendo a idéia de que tem que fechar o hospital psiquiátrico, o manicômio. Depois, começamos a fazer o processo inverso que foi abrir o hospital. No primeiro momento, eu achava que era muito difícil você pensar que essas ações pudessem ser desenvolvidas dentro de um espaço físico de um hospital e que você pudesse estar colocando em prática uma outra forma de enfrentar o problema dentro do espaço. Tanto que quando viemos para o hospital (montar o HD) o maior temor da gente era que, no final, fôssemos engolidos pelo hospital psiquiátrico. Acreditávamos que não podíamos ficar lá porque era tão forte essa condição do hospital que iríamos internar todo mundo. [...] A gente começou a ver que isso se dava de uma forma inversa (E9at).

As Unidades de Produção, depois de superada a fase de improvisação e as defecções dos profissionais, que não suportaram enfrentar os novos desafios, ou não concordavam com o processo em curso ou, ainda, que se sentiram desgastados com os primeiros embates, foram se constituindo como unidades com características peculiares e produtoras de novas formas de lidar com o sofrimento mental e que poderiam avançar até o limite de acabar criando novas especialidades ou disciplinas, tais como: o hagadista (de HD), o notista (de NOT) e o moradista (de Moradias) devido às pressões que surgem derivadas de uma nova divisão do trabalho e de certa tendência ao isolamento e autocentrismo, mas que são evitadas pelo sentido interdisciplinar do projeto.

O que surge com ela, é uma ‘instância’ que convida a pontos de vista diferentes e, portanto, a que especialistas e experts dêem sua opinião sobre um tema limitado expressem uma opinião que se pode denominar síntese, inclusive mesmo que tenha sido elaborada a partir de construções dadas por um modelo formal ou corrigida por dados práticos (SINACEUR, 1982: 26).

Nos relatos dos profissionais do Hospital-dia se reconhece que a qualificação clínica dentro da perspectiva psiquiátrica da qual participaram todos os profissionais da Unidade, foi fundamental. Isto porque a clínica psiquiátrica não pode ser abandonada em favor da exclusividade da clínica psicossocial, mesmo reconhecendo, também, que houve uma mudança qualitativa no processo relacional com os pacientes, o que vem propiciando um tipo novo de clínica, construída junto com os pacientes, mas ainda sem definição conceitual e que necessita ser estudada, medida e verificada de forma objetiva.

Eu me lembro que chegou um determinado momento em que eu ia para o psiquiatra e discutia os remédios que ele estava dando[...] Precisava aprender o que o remédio faz, precisei aprender o que era um grupo terapêutico, precisei aprender o que era psicanálise. E aí a discussão melhorou. Por exemplo, [...] sobre uma medicação que não estava ajudando um paciente, então a gente revia isso. [...] hoje a gente está muito mais preocupada com projeto terapêutico individual, construir este projeto junto com o sujeito, junto com a sua família, junto com quem estiver envolvido com ele; então eu acho que é um grande avanço. [...] Então, quando a gente fala hoje, ou quando o HD fala hoje, que é mais interessante trabalhar com a mini-equipe ao invés da de referência, que é o modelo que a gente tem. Eu penso o seguinte: a gente está dizendo, com isso, que tem três pessoas olhando para o caso e, isto, é muito mais favorável do que uma pessoa só olhando para um caso. E isso tem a ver com a questão da interdisciplinaridade que é desespecializada (vamos dizer assim), mas que mantém o que é específico. Numa mini-equipe, por exemplo, hoje, tem um TO, um médico e um psicólogo e a gente não nega as coisas que cada um tem como específico. O psiquiatra carrega coisas que são específicas ao seu aprendizado, o TO e o psicólogo, também, mas são três pessoas, três profissionais considerando o tratamento de um caso, enquanto pessoa e enquanto formação. Então, isso eu acho que é interessante (E7tg).

Eu acho que não dá para abandonar o modelo. Acho que você tem o reconhecimento do valor de outras estratégias em melhorar o modelo, mas não dá para abandonar o enfoque clínico, a visão da clínica médica, e se apropriar de outro somente. Tem que ter essa condução; até porque a doença mental existe, não é abstração. A maneira de lidar com isso tem que ser através da conjunção desses vários saberes e eu acho que isso a gente tem feito, na prática, de uma forma extremamente interessante (E9at).

Tem um sentido de mudança, uma tendência à mudança. Acho que tem uma diferença, comparando com o esquema anterior, há diferença, sim, e é melhor, é uma coisa que se ouve mais, os profissionais e os pacientes. Se há alguma vantagem é esta. Uma vantagem de vista mais geral. [...], mas tem que ser avaliado na prática, no concreto, tem que ser baseado na prática, isso só se realiza na prática, no concreto, não dá para realizar em tese, e é por isso que eu digo que em tese, tudo bem, mas na prática teria que avaliar melhor (E8mt).

É possível ver nos relatos que o sentido dos benefícios do programa da Unidade está no modelo de assistência que embasa as ações dos profissionais. A definição conceitual do que é o Hospital-dia é pouco clara. É uma Unidade que não se define nem como ambulatório e nem como centro psicossocial que são as denominações que refletem melhor as funções operacionais para os equipamentos alternativos à hospitalização. O nome, hospital, preserva o sentido de clínica médica, especificamente a psiquiátrica, haja vista a valorização que se manifesta nos relatos ao conhecimento dos procedimentos da mesma, tal como a medicação e diagnóstico das doenças. Mas, também surgem dúvidas que são manifestadas quanto ao valor das intervenções interdisciplinares. Há uma ambivalência relacionada tanto às questões técnicas, quanto à incorporação de estratégias advindas do Projeto de Assistência como, por exemplo, a responsabilização via um profissional de referência. No Hospital-dia o conflito permanente está relacionado à hegemonia médica, em sua vertente positivista, que se confronta com um dos sentidos da interdisciplinaridade, qual seja, ser incompatível e questionar todas as hegemonias científicas, disciplinares, técnicas ou profissionais (GUSDORF,1982; SUERO,1986).

Na Unidade de Internação tem se verificado que a ampliação da escuta dos usuários e discussões permanentes sobre os mesmos abriram perspectivas de superação do modelo de intervenção tradicional – médico centrado – pelas intervenções dadas pelo modelo de referência, cujas técnicas coletivas e de abertura da Unidade têm se mostrado mais flexíveis e necessárias. Isto tem levado à diminuição do número de internações e permitem ver os usuários de forma integral e total com possibilidades de aumentar sua interação social, embora estas práticas careçam de verificações mais objetivas que possam confirmar sua eficácia.

Nós precisamos de pessoas para ampliar a escuta. A gente não quer aquele modelo tradicional de assistente social que se sente ao telefone e pronto. [...] Eu acho que ajuda, vejo que para o usuário é interessante estar o tempo todo em discussão, o tempo todo estar se falando dele. Amplia para o usuário. Quando ele chega, ele pergunta: ‘Qual é o meu médico?’ E quando sai, pergunta: ‘Qual é a minha referência?’ Assim, ele pode ter a opção de escolher com qual pessoa ele quer se vincular. [...] Ele chega exigindo o tradicional [...] E vai mudando, ele vai percebendo. [...] A gente está construindo uma coisa lá dentro. Quando um outro serviço liga para saber, ele quer conversar com o médico. [...] Respondemos que o médico não está, mas que tem outro profissional, aí surgem umas dificuldades. Para o usuário é interessante, amplia, ele tem mais possibilidades. Mas, quando ele chega é aquela coisa de quem é meu médico? O tempo todo (E10eg).

Hoje tem o Centro de Convivência, [...] Tem a ver com as questões sociais que a instituição, de uma certa forma, tem que lidar por estar implicada com o aparecimento de dificuldades e limitação em saúde. Você percebe o quanto o universo social do indivíduo está comprometido e você pensa que o Centro de Convivência pode oferecer ao indivíduo, abrir espaços de interações. [...] Você faz uma atividade com ele e se aquilo está sendo benéfico, às vezes, ele verbaliza claramente falando que benefício está tendo, no bem que aquilo está fazendo para ele. Quando não faz, você pode observar, mas muitas vezes você pode ver pelo comportamento dele, mudanças. [...] Da mesma forma, há pacientes que se beneficiam mais com trabalhos na linha não verbal do que na verbal, na terapia de grupo. [...] Se pegarmos a quantidade de hospitalizações da área de psiquiatria hoje, você vê como está se reduzindo o número de leitos na Unidade de Internação . [...] somar a tecnologia do Hospital - Dia com a internação para ter uma unidade ainda mais aberta (E11pt).

Eu acho que esse foi o caminho de uma transformação própria. Hoje eu vejo que a gente aborda o doente que vem aqui de uma maneira muito mais completa. Eu acho que, na medida em que a gente consegue fazer junto, que alguns profissionais conseguem fazer juntos uma série de abordagens diversas, a gente consegue cuidar melhor do paciente e consegue um resultado melhor. Objetivamente, hoje, a gente pensa num paciente que está tendo insucesso, que não está funcionando o acompanhamento ambulatorial, a gente pensa em estar fazendo visita domiciliar, em estar inserindo esse paciente em uma outra abordagem que, até agora por ventura, não tenha sido tentada; tenta interagir com o CS, discutir o caso com o CS, tenta pensar o que mais pode ser feito. Então, tem uma maneira de entender esse usuário que chega e uma maneira de abordá-lo, que é alguma coisa a ser valorizada e, de certa maneira, repetida. Hoje a gente trata melhor, e isso é uma conclusão que a equipe já tirou há um tempo atrás, hoje a gente cuida melhor do paciente que chega do que cuidava antes. Eu acho, que precisaria medir isso, seria interessante poder medir (E12mt).

Pode-se depreender certa radicalidade nos relatos dos profissionais da Unidade de internação. Há um esforço de superação da cultura enraizada, tanto no sistema de saúde pública como na cultura social dos pacientes, na qual se vê o médico como o detentor de todas as prerrogativas sobre a saúde e doença da população, como se verificou num trabalho sobre as representações de saúde e doença na cidade de Paulínia.

Enquanto o médico particular, assim como os farmacêuticos, tendem a aceitar plenamente a condição auto-imposta de doente por parte do cliente, medicando mesmo quando sabem que ele não apresenta morbidade alguma, os médicos do serviço público, pelo contrário, tendem a não medicar... (QUEIROZ, 1991: 132).

Além disso, é possível perceber preocupações em se oferecer uma diferenciada gama de procedimentos terapêuticos e uma invasividade, no sentido técnico, que leva as intervenções dos profissionais para fora do ambiente da Unidade, transformando-os, quase, em agentes comunitários ou plenos acompanhantes terapêuticos, ou seja, um tipo de atuação terapêutica que “surgiu como uma necessidade clínica em relação a pacientes com os quais as abordagens terapêuticas clássicas fracassaram” (MAUER & RESNIZKY, 1987: 37).

Paradoxalmente, apresentam-se claros os limites políticos deste novo modo de atuação em saúde mental que determina certo isolamento diante do conjunto das demais organizações de saúde da cidade, os limites das técnicas que fazem com que se solicite o tempo todo novas parcerias e interação dentro da rede de saúde mental e também os limites da eficácia da nova estratégia terapêutica que precisa ser medida e quantificada conforme as exigências do modelo avaliativo dos organismos de financiamento públicos e de uma visão acadêmica, todos positivistas, os quais buscam eficácia e disciplina e não a indisciplina, o componente menos nobre da interdisciplinaridade, segundo a análise de ALMEIDA FILHO (1997)

Os relatos dos diversos profissionais mostram que os benefícios na Unidade de Moradores são decorrentes das mudanças na forma de analisar e abordar a questão da saúde mental. Nelas se reconhece que os benefícios para as pessoas são enormes quando elas são tratadas como indivíduos – através de formas de acolhimento e escuta que criam um clima dinâmico de responsabilização, orientação e acompanhamento dos moradores pelos técnicos e também através da participação livre dos moradores, contrária às formas de tratamento massificantes:

Se você pegar o número de moradias, o número de licenças, o número de altas entre o antes e o depois de instituído o processo de referência, então isso faz uma técnica, não tratar crônicos como agudos. Mas com responsabilização, com vínculo, cada grupo de profissionais tem que se responsabilizar, tem que se vincular a um número de pacientes [...] Há enormes benefícios. [...] A disciplina dá poder, dá distância, dá uma primeira visão muito cristalizada. Não sei como seria com uma disciplina mais legítima já que a psiquiatria não é legítima. É positiva, é política, é ideológica desde quando nasceu. Então, não sei como seria com a cardiologia e outras coisas. Mas, no caso da psiquiatria, os pacientes ganham muito, porque estão mais próximos, porque podem falar, porque são ouvidos. Na psiquiatria, é muito fácil falar de benefícios. Se você pega o modelo clássico do médico de jaleco olhando o paciente de longe e falando que ele é o tal, cercado de capangas, comparado com hoje, em que tem que sentar na Casa Primavera, conversar e ouvir. Ouvir o M. F. Não tem como comparar. Eles perceberam que o médico não é mais, e nem o técnico, o todo poderoso. Tem assembleias onde eles podem falar e podem ser ouvidos (E13fg).

Quando cheguei aqui, muitos pacientes estavam na cadeira de rodas, com uma hipertrofia absurda, com começo de deformidades, e hoje são pacientes que andam, que têm uma capacidade de equilíbrio muito melhor, andam por aí, vão até Souzas, uma melhora visível, qualquer pessoa vê essa melhora física. Os acamados também; desde que eu vim para cá eles não tiveram pneumonia, de certa maneira, mantêm uma força muito clara nos braços. Na parte física vejo uma melhora muito grande, vejo uma evolução significativa, palpável. [...] No trabalho corporal também. Quando você começa um grupo, passa um período e você faz uma avaliação diária para poder comparar e verificamos ao terminar que eles estão mais soltos, de uma certa maneira falando mais, reconhecendo os membros do grupo, conversando, tendo trocas, tomando mais iniciativas, sendo mais criativos. E, também, tem uma relação melhor com o próprio corpo (E15ft).

Eu não tenho dúvidas, [...] mesmo com as dificuldades que as pessoas sofrem nesse processo (ir para as moradias), com a perda do sentido da proteção e da segurança que o hospital oferece, isso é um sofrimento, mas pode ser transformado. [...] Os benefícios são todos: da saúde mental, da saúde física e da saúde social. Porque vai no sentido de abrir possibilidades, oportunidades de relação e o morador se reconstrói como pessoa, como sujeito. Dentro do hospital, por mais que a gente queira individualizar, a gente sempre tem que coletivizar para poder dar um pouco de assistência, [...] enquanto numa moradia você pode escolher o que você quer comer, o usuário vai comprar o que ele quer, vai cuidar do que é dele, ele vai ter o que é dele, na hora que ele quiser e na hora que precisar. Mesmo em relação ao atendimento, a assistência médica, terapêutica, que ele precisa, ele tem e não vai perder. Só que eu acho que todas essas pessoas estão sendo aprimoradas e a tentativa é que elas resgatem o ser sujeito, conquistem seus direitos e, assim, os desejos começam a aparecer também. Aquilo que está amortecido no hospital começa a despertar no momento em que elas percebem a vida de outro jeito (E14tt).

O que é tomado como referência para a análise avaliativa dos benefícios é a tradição do modelo hospitalocêntrico, médico centrado e de exclusão. A vitória sobre este modelo é incontestável: recupera-se a liberdade e autonomia, o direito de falar e ser ouvido e recolocar os sujeitos em contato com a vida que lhes foi tomada e era razão da indignação dos profissionais que investiram na luta antimanicomial, contra o arcaísmo da psiquiatria tradicional que separou a doença da existência complexa e concreta dos pacientes e do

corpo social. O trabalho na Unidade de Moradores é ponta-de-lança na direção da desinstitucionalização. A criação de moradias em saúde mental é uma luta nova e complexa que se dirige ao social ao mesmo tempo em que preserva o sentido terapêutico que lhe originou. Com isso, permanece dependente do poder hegemônico da psiquiatria moderna, mesmo sendo, este, residual e de transformação no campo social (moradias), mas indiscutível e amplo no âmbito dos sistemas institucionais (ROTELLI et al, 1990).

No NOT as reflexões dos profissionais que o integram dizem que os benefícios do programa se mostram na prática vivida pelos trabalhadores. Os resultados da mudança qualitativa da atenção aos pacientes aparecem na aceitação familiar, na interação com a comunidade, na responsabilização que o trabalhador assume na construção de sua vida. Portanto, é com a participação dos usuários em atividades de trabalho que se desmistifica a incapacidade produtiva dos loucos, os quais, com isso, passam a ser vistos como indivíduos totais, com mais valor e possibilidades de realização.

Eu acho que sim. Há benefícios para as pessoas que estão fora.[...] Eu não acho que seja a incerteza do terapêutico e da produção. É muito difícil [...] tirar uma foto e dizer isso aqui representa o terapêutico e isso é a produção. Quem vivencia tem isso mais acertado e dá conta das duas coisas, às vezes até em decorrência uma da outra. [...] Para quem está lá e vive o processo, tudo é muito natural. [...] Eu acho que o dinheiro é consequência.[...] Eles trabalham, eles falam em voltar a estudar, há trocas entre eles. Eles podem programar finais de semana como nós nas nossas relações.[...] Há críticas sobre as pessoas que foram para o NOT e não deu certo, mas não fazemos mágicas. Mas, acho que elas têm muitos benefícios, tanto na relação do trabalho como na questão pessoal. Essas pessoas deixam de ser aquele incômodo dentro de casa, às vezes, vistas como vagabundas, ou que ficavam internadas. Elas levam dez ou vinte reais para casa e participam de uma outra maneira, com um outro sentido, já que o dinheiro que elas levam é de um trabalho que conseguiram fazer, mesmo sendo vistas como incapazes (E16pg).

Sim, muito, no sentido da gente desmistificar a questão do louco. Isso a gente vive no dia-a-dia. O grupo que vai à feira, o grupo que vai prestar um serviço num condomínio e as pessoas sabem que são pacientes, mas passam a ser vistas como trabalhadores. [...] Esse é um aspecto concreto para a

desmistificação. As pessoas se espantam ao ver os loucos trabalhando e produzindo. O NOT veio para mostrar que os pacientes são pessoas com um quadro, com um diagnóstico, mas que conseguem produzir, que conseguem trabalhar e estão sendo vistas pela família de uma maneira diferente. O vizinho não fala mais: 'Olha o louco', pois ele vai trabalhar todo dia. As relações sociais dessas pessoas se ampliam, tanto na troca dentro da oficina quanto nessa questão do ir e vir, do vizinho que o vê saindo de casa todo dia. Antes, ele só ficava em casa sem fazer nada e gritava. Então, vê-se que ele melhorou e a valorização do indivíduo acontece (E17at).

Porque não tem como você ver o paciente o tempo todo, não tem todos os olhares o tempo todo, e se as pessoas os vêem em outro lugar, em outro momento, em outra situação, você consegue vê-lo como um todo. Até por conta do paciente que vai se sentir melhor, colocando para o médico, para o auxiliar. Ele vai se identificando e se colocando. As falas dele é que são importantes, e o conhecimento que cada profissional (E14et).

As avaliações sobre a positividade do NOT são conferidas à materialidade do trabalho. Freud disse que o trabalho é das atividades humanas aquela que liga mais fortemente o homem à realidade. E esta observação deve ser entendida como a condição de qualquer trabalhador. Pelos relatos se vê como os profissionais estão engajados concretamente no projeto de acompanhamento dos usuários do serviço e tentam superar as práticas de entretenimento, incluídas aí todas as ações recentes em saúde mental psiquiátrica (medicamento, conversas, atividades recreativas, ergoterápicas, criativas, dentro de ambulatórios, hospital-dia e na família). E que, SARACENO (1999), teoricamente, dentro de um neopositivismo disfarçado, tanto critica como as acusa de improdutivas e ineficazes.

Não restam dúvidas de que o distrair ou entreter para os padrões científicos positivistas sejam irrelevantes, são do senso comum, fazem parte da vida cotidiana e da necessidade humana do homem. Todavia, foi exatamente a negação deste conhecimento existencial que, em nome do positivismo, aconteceu o enclausuramento da loucura nos manicômios que FOUCAULT (1993) denunciou. Aliás, o senso comum é o início e o fim de toda atividade científica que deve ser entendida, com os seus limites, como um meio, dentre tantos outros, cuja positividade está no enriquecimento da cultura humana.

É possível que haja nas críticas de Saraceno certo juízo de valor que tende a dar mais crédito à racionalidade formal quando vê cotejados os padrões da produção científico-positivistas com sua objetividade diante das produções científicas qualitativas, que levam em conta a subjetividade dos processos em jogo, emergentes dentro do campo interdisciplinar da saúde mental.

Num campo como a saúde mental, em que a tecnologia surge como consequência, principalmente, do processo relacional humano e menos em função de equipamentos e produtos industriais, com exceção dos medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica, esse termo tem uma conotação muito própria. Seu uso significa uma busca de adequação aos padrões lingüísticos da sociedade pós-tradicional, (GIDDENS,1997) e também, outra maneira de fazer um contraponto – com sua polissemia e verdades simbólicas – às tecnologias rentáveis economicamente, originárias das ciências empírico-formais que tratam os fenômenos da natureza e humanos como resultados de uma relação de causa e efeitos (CARVALHO,1996). Para MORIN (1996) não é possível isolar a noção de tecnologia das várias relações que vão se sucedendo entre ciência e técnica, técnica e indústria, indústria e sociedade e sociedade e ciência. Para ele há um propósito de simplificação e manipulação na tecnologia e uma razão cuja lógica é fechada e desmentidora e que pode ser aplicada arbitrariamente ao real. Já a tecnologia, enquanto racionalidade, mesmo desmentidora aceita a presença do não racionalizável, do incerto, do desconhecido e do mistério.

Notem-se alguns excertos dos relatos que se referem às tecnologias utilizadas no Hospital-dia.

Hoje, a gente está num processo de resgatar algumas coisas nesse sentido. Porque, depois de um tempo, cada um foi buscar uma formação, foi buscar mais formação e não eram, necessariamente, as mesmas linhas de pensamento, compreensão das coisas e tal. Então, a gente começou a trabalhar um pouco mais isolado, nesse sentido. Hoje eu acho que a gente está num momento de questionar o que é essa interdisciplinaridade.[...] Teve gente que foi fazer psicodrama, fazer grupo analítico, formação em grupo operativo, em saúde pública,[...] dentro da psicanálise foram buscar Lacan,[...] nesse sentido acabou.[...] Não sei de refluxo, mas teve um

movimento de voltar para especializações. Não de voltar a ser terapeuta ocupacional. [...] Acho que a gente acumulou experiência, as pessoas mudaram na equipe, tem que levar isso em consideração também, mas tem um núcleo que é o que ficou desse momento.[...] O HD tem isso na história, começou para um determinado objetivo e hoje, sete anos depois, a gente vê que nós somos pelo menos três HD A gente é meio CAPS., meio HD, meio consultório. Então, eu acho que isso não tem relação com a questão de que, aquele jeito de trabalhar não foi bom [...] quando vamos discutir sobre um caso, pensar no caso a gente leva em consideração a observação de todas as pessoas sobre o caso que eu acompanho, então, assim, se a monitora o acompanhou ao almoço, a gente escuta o que essa monitora percebe desse sujeito, que pode ser diferente da minha observação (E7tg).

A clientela se beneficia, mas acho que a gente precisa aprimorar maneiras de avaliação. É o que está faltando no Cândido Ferreira. Até já teve, mas, precisamos desenvolver instruções para medir a eficácia do tratamento (E8mt).

Das experiências que eu vivenciei, o Cândido Ferreira é o lugar em que se tem mais facilidade para se discutir, há muito mais a possibilidade de ter essa visão técnica mais aberta. O modelo de referência que a gente está instituindo é um embrião para se trabalhar com a interdisciplinaridade. Aqui não tem um modelo de referência para atendimento de pacientes individuais, as referências são grupais. É um grupo de referências e, normalmente, é composto por um psiquiatra e dois ou três profissionais de outras áreas. Cada um funciona de um jeito, de modo que a gente possa garantir que tenha realmente a coisa do desejo e do caminhar para a interdisciplinaridade (E9at).

No período em que os profissionais foram entrevistados a equipe do Hospital—dia estava passando por uma reestruturação. A gerente, terapeuta ocupacional, estava apenas há 6 meses na função e a anterior, assistente social, tinha sido transferida para outra gerência. Havia ainda a perspectiva de saída de profissionais experientes e isto evidenciava a crise sobre a direção a ser seguida pela Unidade, embora houvesse muitos debates e discussão. Contudo, nesta conjuntura é possível observar que existem práticas que são chamadas de ‘desespecializadas’, sendo consideradas interdisciplinares, como o acompanhamento do cotidiano de um paciente por qualquer uma das categorias profissionais ao longo de sua permanência na Unidade, por exemplo. Esta situação mostra

uma certa confusão conceitual pois, concebe-se a interdisciplinaridade como sendo uma desespecialização, a negação das especialidades, quando, na verdade, para que haja um processo interdisciplinar, é necessária a presença delas (SUERO,1986).

Os relatos da gerente – o imediatamente acima e o anterior – , junto com o excerto da gerente anterior E9at, oferecem uma explicação ondulatória para a evolução da tecnologia da Unidade, que se inicia interdisciplinar, torna-se disciplinar e pretende ser interdisciplinar novamente. Esta oscilação de investimento que tem se dirigido centralmente para a técnica, com acúmulo de especializações, dadas tanto pelas graduações como pelas pós-graduações, resulta conflitivo, pois o eixo principal de qualquer perspectiva interdisciplinar é o homem e não a técnica. De outra forma, não são nem as especializações específicas e fechadas a uma determinada categoria e nem as especializações abertas para qualquer categoria que garantirão as relações interdisciplinares. Os projetos individuais de capacitação dos profissionais têm produzido especializações que, embora novas, são reducionistas e não estão permitindo a interdisciplinaridade que deveria surgir do diálogo de aproximação e enriquecimento das disciplinas e da síntese dos fragmentos convergentes do conhecimento (MINAYO,1991).

Para Santomé, um dos grandes obstáculos às propostas interdisciplinares reside nas universidades, com a fragmentação que produz no conhecimento, pois, formam

Pessoas que estudaram apenas matérias diretamente relacionadas com a especialidade escolhida e que, portanto, saem com limitações e, às vezes, com uma sensação de auto-suficiência que as impede de abrir-se para o diálogo e para o trabalho em equipe com perspectivas que promovam outras especialidades e disciplinas diferentes das suas (SANTOMÉ,1998; 81).

Os relatos dos profissionais, colhidos na Unidade de Internação, mostrados abaixo, caracterizam as tecnologias por eles utilizadas:

Pressupõe, o jeito de organizar o serviço que vem com o tempo mudando e como tornar isso realidade. Desde que eu entrei lá já tinha essa coisa de referência. O jeito que está funcionando é melhor. [...] Acho que facilita a comunicação na equipe e individualiza o tratamento do paciente, separa um pouco, já que somos responsáveis por 50 pacientes. Foi o jeito que eu achei

mais tranquilo para as equipes trabalharem. Acho que temos muitos problemas no trabalho em equipe. Ainda tem o corporativismo. [...] A própria criação do Espaço Aberto daria para escrever e compartilhar isso. [...] Todas as atividades. O grupo verbal quando o professor de educação física vai lá, pode fazer e faz tão bem quanto um psicólogo, ou terapeuta ocupacional [...] O olhar, o jeito de avaliar. A leitura do grupo pode ser diferente, mas cada um acaba trazendo um referencial e você não fica restrito só ao psicólogo.[...] todos fazem grupos. O Espaço Aberto é para todos os técnicos. Veja o C., (psiquiatra) vai lá e faz atividades. Isso é diferente, é uma técnica. Tem plantonista que está usando o Espaço Aberto e faz grupo à noite. Acho que é um modo diferente de trabalhar. Uma visita domiciliar: em certos momentos vai a enfermeira, em outro o psiquiatra. A gente não tem assistente social dentro da Unidade, nem por isso a gente deixou de fazer assistência social (E10eg).

Eu acho que citei isso, naquela semana quando a gente estava avaliando, discutindo essa possibilidade de somar tecnologias, porque percebemos que é eminente, pelo tempo em que vem acontecendo esse serviço, que houve um aprendizado e que se desenvolveu uma tecnologia. [...] Trabalhar com os moradores significa resgatar, reabilitar, através de cuidados básicos como higiene e alimentação. Isso coloca em foco o tempo de isolamento desse indivíduo, da família, da comunidade, da vida institucional [...] a desaculturação, deterioração comportamental [...] Que família ele tem hoje? Para onde vai? Que recursos se pode reconhecer no próprio indivíduo? Então, durante esse tempo todo a Internação desenvolveu uma tecnologia que é diferente do Hospital Dia. [...] Cada setor tem uma tecnologia, uma carga de experiência e se o outro não tem tal experiência não dá para você se fechar [...] Embora sejam serviços de setores diferentes, é com base na diferença das disciplinas que você vê naquele setor algo que pode contribuir na assistência a um determinado indivíduo. [...] Na medida em que você fala, questiona a Internação no sentido de ser uma unidade aberta, de portas abertas, em que você questiona a contenção do indivíduo e esta passa a ser acolhimento. Então, você começa a pensar sempre numa unidade o mais aberta possível, para que favoreça a socialização e que evite esse estigma ou a seqüela da segregação do indivíduo. E começa a se assemelhar ao HD que é um hospital aberto [...] Todo o programa de assistência à saúde é voltado para o coletivo, nessa perspectiva corre o risco de ser massificado, assim nosso programa de saúde é voltado para o coletivo, mas tem uma intenção individual, pois, se

não for assim, não funciona. [...] Eu acho que tem todo o referencial teórico por trás disso tudo [...] os serviços se orientam por essas referências e procuram desenvolver suas formas de trabalho. Eu acho isso uma coisa até para ser documentada, porque isso já é criação [...] Tem práticas, tipo assembléias, diversos tipos de grupos chamados de verbais, mas cada um tem objetivos específicos e isso implica na forma de conduzir o grupo.[...] É evidente que nesses grupos, com objetivos específicos, têm referenciais teóricos mais voltados para clínica ou técnicas de grupos, dinâmica de grupo. São produções referidas à equipe proponente a partir de discussões, das necessidades do setor, da forma como a equipe está montada no momento. Eu acho que isso é formação de tecnologia, porque se você não encontrar referenciais ajustados a sua situação de trabalho, você os cria (E11pt).

A Unidade de Internação, embora se caracterize como uma instância assistencial que deve incrementar ações terapêuticas intensivas, dados os riscos e a gravidade do sofrimento dos usuários que para lá emergem, não abole dois dos princípios da luta antimanicomial, quais sejam, a abertura das instituições e a transitividade interprofissional com outras instâncias de atenção, que formam a rede de atenção à saúde mental (BRASIL, 1994). Há na equipe uma gerente, enfermeira que defende o processo de transformação da instituição tanto quanto o seu próprio perfil profissional. Conta, ainda, com a experiência de um psicólogo, um dos poucos profissionais que vivenciou a história antiga e a nova do Cândido Ferreira Ferreira. A partir dos seus relatos percebe-se que as tecnologias reconhecidas como tal dirigem-se a interdisciplinaridade. As equipes de referência; o espaço aberto, triagem, alta e grupo verbal são realizados por profissionais, qualquer que seja sua categoria dentro da equipe. Destaque-se que a alta depende da figura do médico, mesmo que seja apenas do ponto de vista burocrático. As ações de assistência social podem ser realizadas sem a presença do profissional especializado, mesmo que contradiga a perspectiva da interdisciplinaridade. Há aqui um modo de fazer técnico que implica numa negociação entre as categorias. Esta negociação visa a uma abertura das técnicas especializadas à participação de outros especialistas e, com isto, uma nova formação.

...ele passa a abrir, por assim dizer, sua 'caixa preta' para o outro cientista, tornando-a acessível a este. Cria-se uma linguagem comum entre os cientistas de diferentes campos, disciplinas ou especialidade, mediante a qual eles compreendem o construto do outro e o seu próprio (ETGES, 1995: 73).

Existem ainda ações técnicas coletivas realizadas para o coletivo dos usuários, mas com uma intenção individual que ultrapassa os referenciais teóricos e práticos de várias categorias e as amarras corporativas, criando-se com isso, abordagens mais integrais para os usuários.

Além das inovações é possível perceber duas situações críticas que destacam dois limites à evolução de um projeto interdisciplinar real. O primeiro deles refere-se ao financiamento do projeto. Idealmente, um projeto interdisciplinar deveria contar com, no mínimo, um profissional de cada categoria tradicional da área de saúde mental. Com isto, se permitiria preencher um vazio entre as disciplinas convergentes ao projeto. Mas, a realidade econômico-financeira das instituições públicas não favorece o atendimento desta demanda e sua carência tem que ser suprida pelas prioridades do projeto e pela afinação da capacitação dos profissionais com o projeto. O segundo limite é dado pelas corporações que não aceitam violações ao seu aparato jurídico-legislativo que regulamenta as profissões e suas prerrogativas.(SPINK,1985). O Cândido Ferreira tem estimulado e chamado as corporações para o debate do projeto, negociando as crises com elas, principalmente, a médica e a de enfermagem.

A seguir, os relatos dos profissionais da Unidade de Moradores:

Eu tendo a achar que não tem técnica, que ainda usa um monte de coisas, reorganizada em torno de certos princípios. Se tiver alguma técnica, ainda estamos tentando montar. Em relação às moradias seria como constituir, como acompanhar. Mesmo assim, é ainda incipiente. É a reorganização de velhas técnicas em torno de novos princípios. Esse novos princípios seriam de respeito ao aumento do grau de autonomia, do grau de resgate da cidadania e, então, a gente usa as ferramentas que já existiam para elevar esse sentido. [...] Eu não sei se a gente vai entender técnica como operacionalização do conhecimento [...] não tem uma cartilha. Socializar é sair, fazer coisas fora daqui. [...] Se eu vou acompanhar uma pessoa para cortar cabelo [...] eu vou ter que estar instruindo, conversando, processando a experiência com ela. Então, desse ponto de vista não tem regra precisa. Tem princípios, no sentido de que eu vou estar tendo que reeducá-la, aumentar a autonomia dela, protegê-la, orientá-la. Não tem um manual. [...] Posso estar errando, mas eu sinto como princípios norteadores. [...]

Nessa idéia que eu tenho cairia muito bem como acompanhamento terapêutico, mas acompanhamento terapêutico é de qual área? [...] Talvez, porque este conhecimento não esteja estruturado, eu tenho resistência a chamá-lo de técnica. Eu até entendo que você chame de técnica porque não é qualquer um que vai poder fazer, ele vai precisar se apropriar do conhecimento para poder fazer igual e mesmo entre a gente é tão diverso. Porque a técnica de uma incisão cirúrgica, a técnica de Bobath de reabilitação física, tem princípios tão bem estruturados, independente de ser você ou eu, a gente vai ter que flexionar aqui, estende ali. [...] A questão é estar mais ou menos estruturada. Eu não considero a psicanálise positivista, embora ela tenha um arcabouço teórico de conhecimento muito estruturado, muito organizado, os limites são positivos e não é positivista. O Bobath eu também não acho que seja positivista [...] Eu não acho esta situação um 'forçar a barra' e nem acho positivismo querer achar o que você está querendo. Eu acho lícito, legítimo e até desejável, mas o que eu estou defendendo é que essa área não chegou nesse nível ainda. Não é porque não precisa ou é melhor não ter. Não tem, porque não construiu ainda e não está suficientemente madura para saber como lidar. [...] Ainda vai se estruturar melhor [...] Quando a gente pega, remodela e define que a partir de hoje cada profissional é responsável por 13 ou 14 pacientes, tem que fazer Projeto Terapêutico Individual, tem que acompanhar e tem que avaliar. Isso é uma coisa que pode ser reaplicada. [...] É um princípio de responsabilização, mas já é uma técnica, você já tem um jeito de operar essa responsabilização [...] Tem a coisa do matricial cruzando; as oficinas de moradores foram coordenadas pela TO e isto não é nenhuma novidade. Agora, se você quer técnica em relação à novidade, talvez ela esteja se formando ainda (E13fg).

Eu vejo que outros profissionais poderiam fazer, mas não é feito (trabalho corporal). Aqui só eu que faço. O professor de educação física faz, mas acho que com outro objetivo, não com esses. Outros não fazem, mas poderiam estar fazendo, também poderiam estar avaliando, participando[...] Acredito que sim. Acredito que, como esse trabalho é um momento de observação de várias coisas e não específico da fisioterapia, ou do psicólogo, você vai estar observando o indivíduo como um todo naquele momento, como ele está no final, se ele está falando mais, se ele está cantando, se ele está mais expressivo, você vai estar observando essas coisas. Acredito que outros profissionais participariam (E15ft).

Eu acho que o próprio processo de adaptação dessas pessoas nas casas é uma coisa única que diz respeito a todos. Adaptação que eu digo é o fato de aceitar a moradia. Porque existem muitas pessoas que têm muita resistência em sair, se integrar e realizar coisas pessoais. [...] Porque hoje, no Projeto Terapêutico Individual, não é mais traçar, apenas, um plano de tratamento para o usuário. Ele vai estar junto comigo porque no plano de tratamento ele vai escolher se quer trabalhar fora, se quer freqüentar escola, se precisa de ajuda para tomar um ônibus ou ele não quer. Se quer se dedicar às atividades domésticas (E14tt).

A Unidade de Moradores constituiu-se sobre o estigma do trabalho improdutivo e pouco gratificante com a população que é seu alvo, isto é, os crônicos. Com o empenho de todos os profissionais, destacadamente o gerente, fisioterapeuta, que, além do trabalho assistencial dedica-se às lides acadêmicas, a Unidade tornou-se uma das mais produtivas no sentido da desospitalização. A partir do relato do gerente evidencia-se uma discussão epistemológica sobre o caráter técnico ou não-técnico das práticas realizadas na Unidade. Ele faz um contraponto interessante ao afirmar que não existem técnicas novas, mas apenas o reagrupamento de técnicas já disponíveis em torno de princípios, entendimento totalmente coerente com as idéias preconizadas pela Reabilitação Psicossocial.

Não se trata, porém, de técnicas específicas para populações específicas. Reabilitação Psicossocial é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados (PITTA, 1996: 21).

Afirma, também, que o acompanhamento terapêutico, por não ter sido apropriado e regulamentado por alguma categoria, é uma categoria técnica frágil. Com isto, incrementa o debate que a categoria dos terapeutas ocupacionais, através de BENETTON (1996), vem realizando diante dos ideólogos atuais da Reabilitação Social. Tal debate também emerge do relato da terapeuta ocupacional, acima transcrito. Existe algo de corporativismo no debate, mas ele está posto no sentido de resgate da origem desta técnica, que está nas Atividades da Vida Diária (AVDs) e Atividades da Vida Prática (AVPs) que são realizadas há muito tempo pelas terapeutas ocupacionais e não no sentido de exclusividade da técnica.

... quase como mecanismo de reação, tenho procurado a especificidade deste campo, em contraposição ao puro e simples movimento de adaptação a projetos da saúde. Por outro lado, a especificidade é que vai qualificá-la de social e, portanto, passível de transmissão. Creio que em todos os lugares onde a Terapia Ocupacional é respeitada, ela poderá, em cordial interdisciplinaridade, cumprir os propósitos da Reabilitação Psicossocial (BENETTON, 1996: 147).

Como já se criticou anteriormente, é necessário distinguir as tecnologias reducionistas e positivistas das tecnologias humanistas que ensejam recuperar a totalidade do homem e também entender que:

A dissociação clássica entre a teoria e prática que as ciências duras têm resolvido segundo o modelo de ciência e tecnologia, acarreta graves inconvenientes para a pesquisa social e humana; a natureza simultaneamente teórica e prática da comunicação permite começar a enfrentar esse problema de uma forma original, não dependente de modelo epistemológico das ciências duras (INFANTE, 1989: 141).

Assim, existem procedimentos que provocam leituras tanto epistemológicas quanto corporativistas, conflitantes, como é o acompanhamento terapêutico. Um outro procedimento, como a terapia corporal, está à espera de ser incorporado ao acervo das técnicas interdisciplinares. O modelo de referência, os PTIs, a responsabilização do paciente no processo, são entendidos como tecnologias inovadoras e interdisciplinares.

A seguir, os relatos dos profissionais do NOT e suas considerações sobre as tecnologias utilizadas:

O maior exemplo disso é administrar o NOT. Bancar trabalhar no NOT já é a prova de tudo isto, porque se a pessoa não tiver isso, ela não fica no NOT. Digo isso pelas experiências que já tivemos. Se a pessoa não se autorizar, não se permitir trabalhar dentro de todas essas vertentes, ela não fica, porque é muito difícil. Porque têm pessoas que pensam só na produção e outras só no terapêutico. Nunca existe rotina, nem na produção nem no terapêutico. Você está discutindo uma atividade aqui e tem que ver o paciente que está surtando ali. E você não rompe isto. Não existe o 'agora não posso', 'espera um pouco que eu já te atendo'. Não existe o 'agora estou para a agenda', 'agora estou para o atendimento' (E16pg).

Não sei se é uma coisa nova, não consigo perceber uma invenção aqui. As oficinas, não fomos nós que inventamos, os grupos, não fomos nós que inventamos. Mas acho que foi a partir do momento que teve essa interdisciplinaridade. Lembro-me do P. que não tem nada a ver com psiquiatria, mas trouxe a experiência dele de como trabalhar e, com isso, se juntou a nós e está formando a oficina. Não vejo que a gente tenha criado alguma coisa nova. Acho que a gente é criativo em cima de coisas que já existiam, é criativo em como trabalhar com o grupo, é criativo em como trabalhar com oficina; mas não fomos nós que criamos a oficina de marcenaria, isso não é nosso. A interdisciplinaridade possibilita ser criativo nesses equipamentos que já existem (E18et).

No NOT a equipe geral se constitui com os técnicos das referências de cada uma das equipes das oficinas e as trocas acontecem nas discussões de caso – quando o paciente vem para a triagem e discute-se para onde ele vai – e nas discussões de equipe. [...] Outro aspecto sobre a população que está no NOT é que ela se beneficia de um trabalho protegido; outra parcela dessa população precisa do NOT, enquanto espaço de passagem, como um processo para estar se reestruturando, se reorganizando e conseguindo algum trabalho. [...] Existe também a questão da parceria. Algumas pessoas que vêm para cá precisam de um espaço, nem tanto protegido, e se beneficiam das parcerias da Associação Cornélia (que dá estrutura legal ao NOT). Tem dois pacientes vinculados ao NOT, mas trabalhando na Fumec (Fundação Municipal de Educação Comunitária) que têm um contrato de parceria com a Associação, porque, eles dão conta de estarem trabalhando lá. E se não houvesse tanta dificuldade no mercado, conseguiriam estar mantendo um emprego. Ainda há muito preconceito para se lidar. Não há quase vagas para pacientes (E17at).

O NOT é uma Unidade marcada por uma estrutura dupla, mas que deve operar assistencialmente e ser gerida e administrada de forma integrada. A estrutura se apóia, por um lado, no processo produtivo e, por outro, no processo terapêutico. A dialética que se estabelece entre estes dois componentes é bastante dramática, com fortes impactos na reflexão dos profissionais da Unidade, muito embora, mesmo com esta condição, existam resultados bastante satisfatórios para a reinserção socioprofissional dos usuários.

Nos relatos da gerente é possível identificar que a administração da Unidade é considerada como uma tecnologia inovadora, pois lidar com os processos produtivo, terapêutico e comercial não depende de receita, não há rotina ou sistematização, nem teórica e nem prática. Os terapeutas ocupacionais têm larga experiência na utilização do trabalho como terapia e fazem uma primeira ponte de passagem para a Reabilitação Psicossocial. Contudo, o acesso à comunidade e ao mercado de trabalho material dentro do mundo atual é uma tarefa hercúlea e, evidentemente, de muitos braços e muitas idéias. Assim, a forma de se discutir os casos na equipe de referência, o trabalho de acompanhamento coletivo e intervenção no dia-a-dia das oficinas, o reconhecimento da oficina, enquanto espaço de passagem na reestruturação dos pacientes e as parcerias e intercâmbio com a comunidade e a sociedade, mostram esta disposição inovadora e contemporânea.

SARACENO (1999), analisando o lugar do trabalho na organização da assistência à doença mental, diz que ele é limitado. Também afirma que seu papel sobre a doença mental é idealizado e simplificado, embora, em seguida, afirme que:

O que interessa, em particular, valorizar, com respeito a desinstitucionalização, é sua função de restituição da subjetividade do indivíduo na sua relação com a instituição, mais precisamente, é a possibilidade de recuperação da contratualidade, isto é, de posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social (SARACENO, 1999: 133).

De certa forma, o autor confirma os relatos mostrando que na Unidade de Moradores não existe novidade tecnológica alguma, apenas o uso criativo de técnicas antigas.

Uma síntese entre o trabalho e loucura, na direção da produção, é uma questão que sempre vai se colocar em face do sistema capitalista que coisifica o homem em função de sua capacidade em ser produtivo e, portanto, pode lhe dar ou retirar valor, ou diante do sistema socialista que privilegia a essência coletiva do homem e lhe retira a essência individual. Em nenhum desses sistemas há lugar para a loucura. Eles excluem-na e apenas a suportam. Portanto, a tarefa dos trabalhadores em saúde mental é abrir espaços em todos os

sistemas para a consciência de que a loucura não é nem sagrada e nem miserável, mas sim condição da existência humana e, por isso, passível de ser compreendida e lidada concretamente, na direção da recuperação da comunicação para o mundo da vida, através das diversas tecnologias que estão em operação.

Categorias e interdisciplinaridade (o vivido das categorias)

As categorias profissionais que colaboraram com esta investigação foram: enfermagem, fisioterapia, medicina, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Este é o grupo de profissões que forma a essência das ações em saúde mental, com exceção da pouca tradição da fisioterapia. Existem outras categorias agregadas ao trabalho em saúde mental, mas suas ações são muito especializadas, pontuais e ainda não foram incorporadas à plenitude do campo, tais como a odontologia, a farmácia e a nutrição. Dentre outras categorias recém-incorporadas ao campo destacam-se: artes plásticas, educação física, educação, sociologia, antropologia, advocacia, economia e relações públicas. Elas integram, em graus diversos de participação, a equipe do Cândido Ferreira, ampliando o universo das alternativas de ação em saúde mental.

As categorias destacadas como essenciais tiveram sua regulamentação datadas de: medicina e enfermagem, 1932; serviço social, 1954; psicologia, 1962 e fisioterapia e terapia ocupacional, 1969. Estes dados constam do estudo que, DAL POZ & VARELLA (1995) fizeram sobre as condições de formação e exercício das profissões no Brasil. Este estudo mostra um quadro quantitativo geral da evolução das categorias de forma compartimentalizada, portanto menos crítico do que os estudos de DURAND (1985) e de SPINK (1985), que consideraram a evolução das categorias a partir das interações com o mercado de trabalho.

É necessário reconhecer que, embora o desenvolvimento de cada categoria seja historicamente distinto, ele reflete em diferentes graus o conhecimento acumulado e a orientação para um ideal de serviços que definem uma profissão. Existe a questão da autonomia técnica, poder e prestígio social, autoridade e responsabilidade éticas e legais que conformam o perfil de uma dada categoria, portanto não há e não se encontrará

homogeneidade entre as profissões e nem mesmo no interior delas (MACHADO, 1995). Existe também a questão da produção e aplicabilidade dos conhecimentos a uma realidade e a um mercado de trabalho determinados pelas condições socioeconômicas e pela ideologia do mundo real em que as categorias se inserem e se realizam. Neste sentido, há marcantes diferenças de status entre as profissões enfocadas neste texto. Há ainda a se considerar o corporativismo existente em cada uma das profissões, pressuposto em sua constituição a partir das normas organizativas que regem o mundo contemporâneo. Um mundo histórica e filosoficamente marcado pelas dicotomias entre corpo e mente, teoria e prática, objetividade e subjetividade, individual e coletivo, as quais resultam numa forma de conceber analiticamente o conhecimento, que repercutiram na divisão social do trabalho produzindo, dessa forma, a disciplinaridade e as especializações.

Para Morin, criticando a supervalorização das disciplinas que ele chama de hiperdisciplinaridade, o que se percebe com esta tendência é o surgimento de um neo-obscurantismo e isolamento das disciplinas em que cada um de nós se apropria de um pequeno território que compensa

...a incapacidade de refletir nos territórios dos outros com uma interdição rigorosa, feita ao outro, de penetrar no seu. [...] O que acontece é que a reflexão só pode se fazer na comunicação dos pedaços separados do quebra-cabeça, mas o especialista, é claro, proíbe aos outros de nela refletirem. Isso faz com que ele condene a si próprio ao obscurantismo e à ignorância do que é feito fora da sua disciplina e condena o outro, o público, o cidadão a viver na ignorância (MORIN, 1996: 79).

As questões colocadas acima circulam em todas as profissões, pois o processo de formação de cada uma delas nos cursos de Graduação acontece dentro de uma estrutura curricular que se compõe de múltiplas disciplinas, marcadas pela heterogenia na área das Ciências Biológicas e homogenia nas Ciências Humanas e Exatas. Mesmo segmentadas, colocam para os futuros profissionais a origem interdisciplinar do conhecimento, solicitando, portanto, que cada um construa um processo de integração e síntese das disciplinas estudadas. Sabe-se que as Universidades, através dos cursos de Graduação, adotam uma direção totalmente contrária a este entendimento, pois seu objetivo é formar profissionais especialistas com vistas a ocupar e disputar ferrenhamente o mercado de trabalho, desprovidos de qualquer perspectiva interdisciplinar.

No Brasil, a partir da década de 70, na medida em que o país se modernizava e aumentava a demanda por atenção em saúde, houve um alargamento do mercado de trabalho. Com isso, foram criados novos cursos de Graduação e aumentou a presença de especialistas na área da saúde em geral, e da saúde mental, em particular. Todavia, as equipes se constituíam de maneira reduzida, funcionando hierarquicamente e numa perspectiva multidisciplinar que permanece ainda hoje.

A experiência do Cândido Ferreira segue em direção oposta a esse padrão de funcionamento e ao obscurantismo que MORIN (1996) assinalou. No Cândido Ferreira iniciou-se, em 1990, uma série de contratações dentro de uma perspectiva interdisciplinar e que acompanhavam a Reforma Psiquiátrica.

Deve-se observar, portanto, como é representada e vivida, por cada uma das categorias profissionais envolvidas nesse trabalho, a interdisciplinaridade, além de outras implicações particulares sobre a formação profissional – a especialização, a especificidade, a formação acadêmica, a produção de conhecimentos e o mercado de trabalho relativamente às questões do poder e à nova profissão.

Inicialmente, observe-se como a enfermagem entende o conceito de interdisciplinaridade:

Eu gosto de uma definição do G. sobre campo e núcleo. Eu acho que a saúde mental é um campo em que mais se pode exercitar a interdisciplinaridade. O trabalho não funciona se não tiver interdisciplinaridade. Na reabilitação, tem um monte de coisas para ser feito. Para tirar o sujeito da crise, também há um tanto de intervenções. Há ações que são específicas de cada profissão, mas o grosso delas pode ser feito por mim, por um fisioterapeuta, ou por um TO. O seu núcleo de atuação é o que você trouxe da sua formação e como você pode contribuir nesse trabalho. [...] Eu acho que não tem jeito de trabalhar diferente, caso contrário o trabalho não vai, empaca. [...] Há perda de poder e prejuízo para o paciente que está sendo assistido. [...] houve uma situação em que eu estava voltando de férias e tinha uns arranjos na enfermagem para serem feitos (algumas demissões) e eu acabei não consultando a equipe. Fiz as mudanças junto com os enfermeiros e pronto. Acabei levando uma dura na reunião e com razão. Se a gente está trabalhando com os auxiliares e com as equipes de referências, por mais urgente que fosse, não tem sentido sentar com o grupo de enfermeiras, resolver, definir tudo e boa. Tem ainda essa questão do poder (E10eg).

Eu acho que é você ouvir o outro, é ouvir o outro. [...] O que ele sabe, o que ele tem. Quando a gente estava naquela tensão não conseguia ouvir o que o outro estava dizendo porque era muita ansiedade. Acho que a interdisciplinaridade diz: ‘ouça o que o outro tem para dizer, naquilo que ele está certo, que está errado, o que tem para contribuir’. Acho que é isso a interdisciplinaridade. Não só o outro técnico, como o paciente, também está nessa interdisciplinaridade. [...] Fui para a oficina agrícola em janeiro [...] com o princípio de trabalhar em grupo, mas em que hora? Em que momento? [...] Tudo que vai se resolver na oficina é dito para eles; eu entro às sete horas sento e converso com eles. [...] Essa interdisciplinaridade inclui o paciente também. Porque ele falando das coisas é melhor. Mas, acho que isso é um aprender, tanto para nós profissionais quanto para eles, porque, de uma certa forma, por mais que a gente trabalhe com democracia, de sentar, de discutir sobre o outro, às vezes é mais fácil deixar para o outro discutir, diminui a responsabilidade. Na oficina é um trabalho que eu estou fazendo e que ainda vai tempo porque é um processo. Na avaliação de desempenho deles, por exemplo, se eles dizem ‘foi a M. E. que me deu letra C, ela é ruim, ela é injusta para mim’. Então, eu proponho vamos sentar, ver essa avaliação. ‘Vocês concordam?’ ‘Mas ele é bom, coitado’. Mas nós não estamos aqui para o coitado (E18et).

A interdisciplinaridade aparece como algo indispensável à prática em saúde mental. A enfermeira gerente se apóia nos conceitos teóricos de campo e núcleo para referendar o seu entendimento e isto explicita como a base teórica do Projeto de Assistência está enraizada na fala dos técnicos. Em ambos os relatos a interdisciplinaridade aparece como sinônimo de democracia, entendida como uma condição prática e necessária para garantir a qualidade da relação, tanto entre a equipe quanto com os pacientes. A consequência mostra a interdisciplinaridade significando ouvir – ouvir os parceiros de trabalho, ouvir o paciente – e, de outra forma, assumir a responsabilidade resultante de uma determinada prática, seja ela uma decisão corporativa ou uma intervenção terapêutica.

Há, evidentemente, por trás do princípio humanista do diálogo, semelhanças entre um sistema político democrático, um sistema terapêutico aberto e a interdisciplinaridade. Entretanto, cabe distinguir que cada um desses sistemas de interação tem objetivos diferentes. O diálogo político busca a resolução das disputas políticas, o

diálogo terapêutico o encaminhamento de conflitos psicológicos e o diálogo científico, no caso da interdisciplinaridade, a busca de um conhecimento, um saber interdisciplinar significando “uma nova forma de acesso ao real, uma nova forma de inteligibilidade; algo cujos elementos (conceitos unitários multivertentes, conceitos de dupla entrada, etc), partes e conjunto se oferecem ante nós como um objeto de estudo novo.”(SUERO, 1986: 37).

Nas representações destacadas, entretanto, falta uma peça nesse diálogo que é o ser ouvido. O resultado desta ouvidoria aparenta ser de mão única, portanto, pode, ao invés de garantir a comunicação realizar a interdição ao outro. Esta pode se manifestar sob a forma de uma tirania e controle do coletivo sobre o indivíduo resultando em paralisia ou, ainda, pode tornar-se uma arbitrariedade dominadora, disfarçada de democracia. Com base nessa multiplicidade de sentidos, Japiassu afirma, ao discutir os obstáculos à implementação de um empreendimento interdisciplinar, que:

O obstáculo inicial que deve ser transposto é o da elaboração de conceitos para dizer claramente de quê falamos, aquilo que fazemos e como o realizamos. Temos necessidade de uma conceitualização, não somente para interrogar-nos sobre a finalidade, a destinação e o por quê do projeto interdisciplinar, mas também para sabermos aquilo sobre o quê ele se interessa, de quê se ocupa, em conformidade com aquilo a que visa (JAPIASSU, 1976: 91).

Para os fisioterapeutas a interdisciplinaridade é entendida como:

Eu diria transdisciplinar se não for indisciplinar. Porque as demandas das pessoas são indisciplinadas, não têm disciplinas que dêem conta de demandas dessa ordem, porque são coisas complexas. [...] Para discutir sobre morar na instituição tem que chamar arquiteto, historiador, economista, fisio, TO, etc. Todos têm alguma coisa a dizer sobre o que é morar. E a gente mexe com moradia. Então, não tem disciplina que dê conta disso. Guimarães Rosa fala que não é por boniteza, mas por precisão. Não é porque é bonito ser transdisciplinar. É necessário ser transdisciplinar ou não daremos conta. Seria árido uma moradia cujo núcleo fosse o serviço social, ou a terapia ocupacional, ou a fisioterapia, ou o médico. Pense em um profissional conduzindo moradia, ia ser muito restrito. [...] Eu escrevi, em um texto sobre os moradores, mostrando que as pessoas, apesar de estarem sobrecarregadas

porque se tornaram referência, mantinham o trabalho de núcleo. A R. atua e atende como fisioterapeuta, é referência de um monte de pacientes, acompanha uma moradia. Quer dizer, somou campo a núcleo. As pessoas se dizem sobrecarregadas, mas não insatisfeitas, não infelizes, pelo contrário, estão mais motivadas, porque diminui um pouco a alienação. Você consegue acompanhar o paciente no seu contexto, ir para uma atividade ou encaminhá-lo e acompanhar o andamento dele na atividade (E13fg).

Acho que foi a melhor maneira para o atendimento do paciente, o trabalho em equipe e para o meu crescimento profissional. Na equipe a informação que o psiquiatra expõe, que o psicólogo, que o TO, ou os outros estão colocando está ajudando no meu atendimento. Fica mais claro para mim como lidar em algumas situações, fica mais fácil resolver alguns problemas e estar levando e retornando outros. Porque na fisioterapia acaba sendo um grande momento de escuta, um momento em que o paciente se solta. Então, eu posso retornar, através dessa vinculação, acrescentar informações, também para os outros profissionais, sobre o que o paciente está me relatando durante o trabalho com o corpo ou o atendimento clínico. [...] Eu acho que é trabalhar junto. Cada um tem seu trabalho individual, mas tem troca. [...] Eu vejo isso como acréscimo no meu trabalho, tem trocas de informações, eu posso falar que um paciente está com dificuldade no toque e, então, o psicólogo ou o psiquiatra conversa comigo e me explicar o porquê disso, me dando dicas de como agir nesse momento. Às vezes, contribui durante a sessão, vindo aqui e ficando comigo. Às vezes, vejo que é uma troca recíproca, não estou sozinha num momento de dificuldade. [...] Eu colocaria como uma maneira de estar centrando informações a respeito de técnicas. Eu vejo também como uma maneira de formação visando o bem maior do paciente. Eu diria que vejo até como encontros informais, de trocas de informações visando o paciente, pois ele é o centro (E15ft).

A representação social que os fisioterapeutas fazem da interdisciplinaridade surge novamente como indispensável e acrescida, corretamente, de um rumo em direção aos problemas humanos. Transforma-se, ludicamente, em anarquia e magia devido ao domínio conceitual que o fisioterapeuta gerente tem sobre o assunto, o que acaba por remeter a todas as críticas feitas acerca do modismo da interdisciplinaridade e também às pretensões teleológicas da transdisciplinaridade.

O tema da interdisciplinaridade se encontra posto no programa da vida intelectual contemporânea. Trata-se, por desgracia de uma noção mal definida, que cobre às vezes a face e a função de um slogan utilizado à direita e à esquerda no debate ideológico. (..) Mais nova, mais fascinante na ordem do lingüístico, é a noção de transdisciplinaridade; anuncia a idéia de uma transcendência, de uma instância científica capaz de impor sua autoridade às disciplinas particulares; designa talvez um lugar de convergência, uma perspectiva de objetivos que reunirá no horizonte do saber, segundo uma dimensão horizontal ou vertical, as intenções e preocupações das diversas epistemologias (GUSDORF, 1983: 40).

Ao mesmo tempo, a interdisciplinaridade é entendida como uma metodologia de trabalho que faz concessões às práticas especializadas, isoladas. Nesse sentido, fica pouco destacada uma das condições necessárias à interdisciplinaridade e que se refere ao esforço em fazer com que as disciplinas recuperem o diálogo científico que ficou perdido devido ao privilégio atribuído pelas estruturas sociais às pretensões das ciências formais e empírico-formais de serem consideradas as verdadeiras ciências. Cabe reconhecer aqui que o diálogo interdisciplinar resulta em ações interdisciplinares e a racionalidade disciplinar, diferentemente, em ações disciplinares, multidisciplinares ou, quando muito, pluridisciplinares, como assinalaram JAPIASSU (1976), ALMEIDA FILHO (1997) e SANTOMÉ (1998).

Tente-se compreender como a interdisciplinaridade é representada pela categoria dos médicos:

Eu acho que é isso, é ética entre os profissionais e ética em relação aos pacientes. É o respeito pela diferença, pela diferença do trabalho, pela diferença da divisão de um e de outro. Mas, pensando que essas visões diferentes têm como objetivo ajudar a quem está sofrendo. Você vai oferecer algo que ajuda mudar uma situação, mas respeitando a questão do indivíduo, da pessoa que está doente. É essa a grande diferença entre os chamados “alternativos” que não são manicomialais. [...] Eu acho que é uma idéia de poder trabalhar em vários níveis e com várias vozes. É como se fosse um canto com várias vozes, você tem vozes que formam tons diferentes. Eu acho que o nosso saber é pequeno em relação à doença mental. Então, somando os pequenos saberes consegue-se saber alguma coisa.[...] Está permeada, está

meio implícita, não está explícita essa questão da interdisciplinaridade, não está colocada como um problema para nós, como uma questão a ser pensada [...] Eu acho que tem muito conhecimento acumulado. É uma coisa concreta, pois no começo só havia discursos, agora nós temos a realização concreta daquilo que imaginávamos que seria. Acho que é um momento tipo adolescência. É um momento em que você tem que tomar alguns caminhos, fazer algumas escolhas e, então, tem todas aquelas contradições de adolescentes, uma hora canta grosso e outra hora canta fino. [...] tem questões mais difíceis, coisas mais refinadas, mais sutis, coisas a serem feitas, melhorar a qualidade de vida das pessoas, os projetos terapêuticos, são questões mais difíceis e mais complicadas de se resolver (E8mt).

Acho que tem as duas coisas, acho que há uma ideologia porque você falar em interdisciplinaridade é diferente de você fazer. Então, por trás de você colocar em prática acho que tem uma questão filosófica de você pensar nisso e você achar que é isso mesmo. Porque, senão, posso trabalhar com enfermeiro, um psicólogo, terapeuta ocupacional, professor de educação física, assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, pedagogo e ter nesse modelo bonito uma gama de profissionais que tem campos de ação absolutamente complementares, mas você tem um indivíduo que centraliza tudo isso e é ele quem manda. Você tem pessoas que fazem coisas diferentes, que são distintas e que tenderiam a se complementar. Mas, na realidade, quando você vai olhar a prática isso não acontece. Antes de você ter a equipe completa, portanto que se complementa, você tem que ter a filosofia de funcionamento. [...] Um conceito formal não tenho, nunca parei para pensar num conceito, estou pensando, agora, como é que eu vivo isso. Quando se pensa em interdisciplinaridade pressupõe primeiro uma situação em que haja troca entre os profissionais e se deixa de lado a idéia de estar tratando de alguém. Quando você pensa em vários profissionais interagindo você tem interação, precisa ter essa troca. Colocando na situação terapêutica, trata-se de saber: o que você ou como você entende aquele paciente que a gente está cuidando, ou aquela família, aquele usuário? Como mudar nossa maneira de ver o paciente? E acho que pressupõe, também, eu me oferecer a possibilidade de mudar de idéia ou de ampliar minha compreensão através da sua, através do outro, do outro poder contribuir e eu poder contribuir com o outro para entender melhor tudo isso. Na prática, precisa ter essa troca, precisa ter um respeito muito grande pelo que o outro sabe e pela atuação do outro. [...] Eu fico pensando, é difícil de ter essa interdisciplinaridade, essa

complementaridade, sem uma relação simétrica fica complicado, acho que dá, talvez até dê, mas acho complicado (E12mt).

A visão médica sobre a interdisciplinaridade aqui é representada, de um lado, como uma metáfora musical que, em princípio, produziria um cristalino canto coral, mas que, às vezes, mostra-se desafinado em suas demonstrações públicas; de outro, é representada por uma crítica à perspectiva estética que emerge dos discursos ideológicos, pois neles existe uma preocupação com a aparência e menos com a essência e a materialidade da interdisciplinaridade. Os médicos têm uma consciência clara de que a interdisciplinaridade deve ser explicitada num projeto teórico, mas que deve ser realizada na prática através de um processo democrático, incorporado por toda a comunidade envolvida, pressupondo a incapacidade individual das disciplinas na resolução de problemas complexos, a interação, a troca e enriquecimento das disciplinas com vistas à solução de um problema comum. Esta representação confirma a flexibilidade que médicos jovens e também os modernos vêm adquirindo na nova conjuntura vivida na saúde mental.

Para corroborar este entendimento pode-se destacar a definição mais clássica de interdisciplinaridade que vem sendo apresentada em vários estudos:

A interdisciplinaridade propriamente dita é algo diferente, que reúne estudos complementares de diversos especialistas em um contexto de estudo de âmbito mais coletivo. A interdisciplinaridade implica em uma vontade e compromisso de elaborar um contexto mais geral, no qual cada uma das disciplinas em contato são por sua vez modificadas e passam a depender claramente umas das outras. Aqui se estabelece uma interação entre duas ou mais disciplinas, o que resultará em intercomunicação e enriquecimento recíproco e, conseqüentemente, em uma transformação de suas metodologias de pesquisa, em uma modificação de conceitos, de terminologias fundamentais, etc. Entre as diferentes matérias ocorrem intercâmbios mútuos e recíprocas integrações; existe um equilíbrio de forças nas relações estabelecidas (SANTOMÉ, 1998: 73).

Entretanto, por mais clara que se apresente a representação social dos médicos sobre a interdisciplinaridade, coexiste um ceticismo latente, certas desconfianças, em que se apela quase sempre para a complexidade do real como um elemento impeditivo para a

realização da missão interdisciplinar, cujas bases, evidentemente, podem ser remetidas à construção histórica empiricista da categoria médica. Os médicos não aceitam com facilidade as avaliações qualitativas e subjetivas dos fenômenos que se apresentam neste campo, mesmo que a saúde mental e seu objeto, a estrutura compósita do homem, sejam plenos de incertezas. É necessário testar, medir, comparar, provar e comprovar a validade, tanto dos fenômenos biológicos, quanto os fenômenos sociais e humanos.

Com Jantsch e Bianchetti é possível reconhecer que a interdisciplinaridade entendida numa perspectiva dialética e histórica supera a noção de interdisciplinaridade centrada no voluntarismo do sujeito e no a-historicismo. Ambos os autores preconizam que:

O atual estágio da fragmentação do conhecimento humano está absolutamente congruente com o modo de produção em voga, associado ao estágio de desenvolvimento e da tecnologia. Por outro lado, o próprio desenvolvimento científico-tecnológico nos possibilita mais a vivência da interdisciplinaridade. Neste sentido, a alta ciência-tecnologia não só demanda do processo produtivo, mas do processo de produção do conhecimento. A análise moralista da ciência-tecnologia, assim, é falsa. Embora presos a uma estrutura sócio-econômica-político-capitalista, podemos resgatar a ciência-tecnologia na sua positividade (JANTSCH & BIANCHETTI, 1995: 199).

A seguir, os psicólogos mostram suas representações sociais sobre a interdisciplinaridade:

[...] é a questão de troca de conhecimento, de permitir o conhecimento. Eu acho que envolve, também, a questão da segurança do profissional. Se existe um trabalho que é meu e que a gente divide, isto é demonstrativo de segurança. Não dá para falar: 'eu sei fazer e não vou ensinar o outro porque não é do bico dele' [...] Eu acho que tem condições até de aprimorar. Eu faço um trabalho, você faz o mesmo e ele permite trocas. [...] Às vezes, as pessoas confundem um pouco o que é interdisciplinar com especificidade de cada profissão. [...] Você fazer um trabalho conjunto, com trocas, não significa que você vá perder a sua especificidade. Muito pelo contrário, você pode dividir. Outros entendem assim: 'não se meta, isso sou que sei fazer, eu sou psicóloga, você é TO e isto é da psicologia.'. Acho que pode haver um outro movimento. Hoje há um amadurecimento maior para a interdisciplinaridade. Eu me lembro que no início no HD sempre funcionou assim. A A., por

exemplo, fazia treinamento com a gente sobre a questão da medicação, porque ela medicava pacientes que eram do meu grupo, e nunca disse: 'Não admito que você fale para eu não aumentar o Haldol dele porque ele está babando, pois quem resolve isto sou eu.' Na área da saúde mental a gente trabalha por alguém, então, não dá para isolar o trabalho. [...] Mas, às vezes, as pessoas estranham que uma assistente social coordene uma oficina. E aí surge a briga com algumas terapeutas ocupacionais. [...] É um trabalho comum a vários profissionais e não a um único. É uma situação de trocar, de aprender, de permitir aprender, se permitir e permitir que os outros aprendam, sem ter a paranóia de achar que não dá para dividir o mesmo conhecimento, que não dá para atuar junto numa mesma situação. [...] É poder fazer junto, mesmo que a tarefa, em si, seja dividir (E16pg).

[...] na minha maneira de ver, as pessoas estão conseguindo ter uma interação, não estou vendo choques, pessoas insatisfeitas. Há problemas, dificuldades, divergências, mas isso é lidado, isso faz parte. Não sei como isso fica no futuro, não sei se eu estou sendo ingênuo ou ignorante. Se, hoje, todos fazem juntos algumas atividades e alguns fazem a mesma atividade, embora com formações diferentes, maneiras de ver diferentes, tecnicamente falando, isto enriquece a possibilidade de troca, a leitura dos fenômenos que ocorrem no trabalho. Por exemplo, uma atividade mesmo sendo coordenada em momentos diferentes por técnicos diferentes, você vê que tem um perfil, o estilo é diferente, pois tem a ver com a formação do profissional que está conduzindo, mas isto não invalida a atividade porque ela é específica de alguém. Tem um objetivo específico para se alcançar, tem uma maneira de funcionar, na qual os técnicos têm que estar entrosados, tem as diferenças que são da própria pessoa, do próprio estilo e da formação.[...] não é por acaso que as coisas chegaram onde estão, mesmo quando se fala da interdisciplinaridade. Acho que pode haver continuidade no processo de especificidade de cada área, embora exista esse processo de integração maior, de interação maior e, isto, talvez, aperfeiçoe mais a integração entre as disciplinas, mas não dá para acabar com a especificidade de cada área. [...] Acho que é uma história que precisa ser compreendida [...] eu acho um respeito maior às demandas, às especificidades do ser humano, às necessidades diversas que ele tem, ao mesmo tempo uma visão mais integrada dele, eu acho que é por conta disso e não por um processo de fragmentação (E11pt).

Os psicólogos representam a interdisciplinaridade a partir da polarização entre as técnicas específicas de cada categoria e as práticas interdisciplinares. Reconhecem que a condição atual da interdisciplinaridade na instituição é resultado de um processo histórico e do amadurecimento das equipes na compreensão dos conflitos interprofissionais que aconteceram, e ainda acontecem, mas cuja perspectiva é a de se atingir maior maturidade, na medida em que se compreende a interdisciplinaridade como um processo de troca e aprendizagem, que se dirige ao atendimento das necessidades em saúde mental da população, e não à ruptura com a especificidade de qualquer categoria profissional. Há também o reconhecimento da insuficiência de uma categoria em propor isoladamente respostas aos problemas colocados pelo cotidiano do trabalho.

Para Santomé não há possibilidade de se predizer o que pode acontecer quando ocorre um processo de interação entre as disciplinas, uma vez que múltiplas variáveis concorrem para o desenvolvimento de um projeto interdisciplinar. Uma delas refere-se à personalidade dos sujeitos envolvidos.

A interdisciplinaridade também é associada ao desenvolvimento de certos traços da personalidade, tais como a flexibilidade, confiança, paciência, intuição, pensamento divergente, capacidade de adaptação, sensibilidade com relação as pessoas, aceitação de riscos, aprender a agir na diversidade, aceitar novos papéis, etc. Personalidades semelhantes estão por trás das principais revoluções do conhecimento (SANTOMÉ, 1998: 64).

Assim, se é certo que os profissionais do Cândido Ferreira se sentem seguros, enquanto categorias disciplinares, porque a interdisciplinaridade não se realiza sem as disciplinas e o “...campo de jogo da ciência está marcado, hoje, pelo binômio ‘disciplinas-interdisciplinaridade’ com um horizonte de ‘transdisciplinaridade’.” (SUERO, 1986: 30), deve-se entender que as disciplinas, bem como as categorias profissionais, não deixam de existir e continuam, laboriosamente, lutando, apropriando-se do mercado e produzindo técnicas específicas. E isto significa a permanência de uma relação de tensão entre os projetos interdisciplinares e as perspectivas disciplinares. Por causa disto, torna-se fundamental que exista uma estratégia de administração das relações interdisciplinares, de uma maneira que seja permanentemente negociada.

É preciso insistir no papel da negociação entre todas as pessoas que compõem a equipe de trabalho. Elas devem estar dispostas a proporcionar todo tipo de esclarecimentos aos demais integrantes da equipe, a debater questões metodológicas, conceituais e ideológicas. Será difícil avançar na resolução de um problema ou de um tópico se antes não são esclarecidas as informações, perspectivas, posições, etc., daqueles que estão fazendo o trabalho (SANTOMÉ, 1998: 65).

Veja-se, então, qual é a representação que as assistentes sociais fazem sobre a interdisciplinaridade:

[...] sim, quando começou, tendo em vista a minha experiência da equipe da Unidade de Internação, foi nesse momento que começamos a trabalhar como equipe mesmo, uma equipe mais interdisciplinar, ao invés de multiprofissional. Nós dividíamos a referência desses pacientes por profissionais, sempre tem a questão do médico, ele é importante para os pacientes agudos, tem a questão da medicação. Então, acabou que nós dividíamos um profissional de uma área e um médico, um ou dois que formavam as mini equipes, as equipes de referências dentro da unidade de internação [...] não sei bem se isso é interdisciplinaridade. É o que eu estou entendendo. Mas, acho que já tinha a troca. Meu olhar era diferente do olhar de um psicólogo, pois este acabava percebendo outras questões no discurso do paciente que ia ser internado e que era diferente do olhar da TO. Acho que esta troca é o que enriquece nossa prática e faz as pessoas aprender e crescer. [...] hoje discutimos o caso de um paciente e o olhar do outro é muito interessante. Às vezes, a gente percebe o indivíduo de uma maneira, depois o psicólogo percebe, com a formação dele, que é diferente do perceber da TO. Eu gosto de discutir com as psicólogas, porque, às vezes, não estou conseguindo ver um aspecto e na discussão acaba clareando. A visão de cada um enriquece o trabalho multiprofissional. [...] Acho que é a troca entre as várias formações, uma troca constante no sentido do aprendizado. O que eu sei, o que o outro sabe.” (E17at)

“Eu não tenho conceito não. Eu gosto do conceito que o Japiassu dá para a interdisciplinaridade [...] ele fala que é muito difícil o trabalho da interdisciplinaridade. Porque, via de regra, e na nossa experiência é presente, a interdisciplinaridade gira ao redor de uma determinada categoria. Por exemplo, na saúde e na doença mental, o carro-chefe que determina as

ações é o médico, é quem tem a idéia de que entende a doença, é o que elabora o diagnóstico, é o que prescreve, é o que vê a conduta e o que dá a alta. Essa sempre foi a rotina, o protocolo é esse. [...] Quando você vem com uma proposta de interdisciplinaridade numa equipe que se compõe também com o médico, via de regra, quem puxa a interdisciplinaridade é a área médica e as outras profissões parecem não estar na mesma igualdade. A gente tentou e a melhor experiência que eu tive de equipe foi no Hospital Dia. Numa fase onde isso podia ser explicitado. Para mim, na realidade, a interdisciplinaridade vem do entendimento de que a pessoa que nos procura é uma pessoa inteira, não está dividida. Se a pessoa precisa de dinheiro vai com a A.S.. Era a minha área. Mas a pessoa está com falta de dinheiro e também de outras coisas. Assim, na interdisciplinaridade, cada uma das disciplinas tem uma especialização, só que essa especialização não dá conta do todo e a interdisciplinaridade é justamente para que a gente possa ter um entendimento do todo. Isso não significa que eu vou saber tudo, mas que, juntos, a gente pode ter um entendimento total de partes. [...] Isso não significa que eu não possa contribuir com outra disciplina e a outra não possa contribuir com a minha. O que eu achei interessante é que só vai ocorrer a interdisciplinaridade quando eu e o outro sairmos, não com um novo saber, mas que tanto o saber dele quanto o meu vão contribuir para que ele tenha um melhor entendimento e que eu possa ter um melhor entendimento do processo. Não sei se isso ocorre, mas é o que eu busco. E tem uma outra coisa também que é o risco de você se perder nessa falta de especificidade, você acaba perdendo tanto a noção da sua especificidade; que perde também a noção do todo. Acho que não dá para correr esse risco. O trabalho interdisciplinar não pressupõe que eu tenha que perder a noção da minha especialidade. A especialidade dos outros, com quem eu estabeleço as trocas e com quem eu faço as trocas, pode melhorar minha especificidade, mas eu também posso estar contribuindo para a especificidade do outro (E9at).

As assistentes sociais representam a interdisciplinaridade como sendo, também, a troca, aprendizagem, contribuição para as especialidades e intercâmbio no sentido de entender o paciente como uma unidade integral com demandas múltiplas, objetivando recuperação de sua saúde mental. Para chegarem a esta representação tomaram como referencial a comparação entre o início do processo de transformação da instituição e a evolução que vem ocorrendo atualmente. Existe certa insegurança em afirmar o que é interdisciplinaridade, mesmo reconhecendo que as experiências vividas tenham sido

distintas de suas práticas disciplinares. Há, também, uma valorização e, ao mesmo tempo, uma crítica, sobre a importância do médico na composição da equipe, seja ela entendida numa perspectiva multidisciplinar ou numa interdisciplinar. É possível entender essas tendências como resultantes das pressões culturais relacionadas à tradição, ao ambiente e ao vocabulário. Tais tendências levam as pessoas a pensarem com o dizer da disciplinaridade, muito embora, o que se tem visto no conjunto das diferentes categorias, neste trabalho, seja uma mudança cultural com a incorporação, explícita no discurso delas, de conceitos relacionados à interdisciplinaridade.

O serviço social tem suas origens específicas nas Ciências Sociais, portanto, é compreensível a existência dessa ambivalência em relação aos médicos, pois ao se instalarem como especialistas em uma área que não é originariamente a sua,

... costumam criticar certos mandarinatos ou feudos por trabalharem em um âmbito de conhecimento e ação que tradicionalmente pertence àqueles que possuem um determinado título explicitamente referido a essa especialidade e que os capacita para deter o poder e o controle de tudo o que se refere a esse objeto ou tema de pesquisa, estudo e trabalho (SANTOMÉ, 1998: 78).

A confirmação de que a interdisciplinaridade se configura como um processo de trocas, intercâmbios e interações, levanta uma questão da qual não se pode eximir de perguntar: onde irão desembocar todas essas trocas interdisciplinares? Ampliando esta questão, quais são os limites da interdisciplinaridade? É a abolição das disciplinas com a perspectiva da transdisciplinaridade? Ou a criação de novas disciplinas, como a história da ciência mostra?

A maioria dos estudiosos sobre a interdisciplinaridade afirma que a finalidade de um projeto interdisciplinar é a pesquisa e a ciência. ETGES (1995) e FRIGOTTO (1995) contribuem com este debate ao criticarem uma das tendências da interdisciplinaridade, chamada de instrumental, afirmando que a interdisciplinaridade é um princípio válido de mediação entre os conhecimentos das disciplinas para a produção de conhecimento e pesquisa e não deve ser considerada como um método moldado na forja do positivismo, o qual faz com que se imobilize o objeto e se cale o sujeito da pesquisa.

Para JAPIASSU (1976) a interdisciplinaridade deve ultrapassar a si mesma e ascender ao nível da transdisciplinaridade, provocando a ruptura de todas as amarras das disciplinas e criando disciplinas macro, como a teoria geral dos sistemas, o estruturalismo, a fenomenologia e o marxismo.

SANTOMÉ (1998) afirma que os limites à interdisciplinaridade estão postos pelas estruturas fortificadas das disciplinas, através de suas ‘escolas’ ou ‘igrejas’ e pela divisão entre pesquisa e ciência aplicada, lugar, este, em que ficam valorizados distintamente o trabalho manual e o intelectual.

Para FOLLARI (1995) a interdisciplinaridade, enquanto forma de produção de conhecimento, é capaz de implementar a eficácia das pesquisas e aproximá-la dos problemas sociais concretos, embora não se possa exigir dela que mude radicalmente o lugar da ciência em relação ao poder e ao seu lugar político, que são dados pela evolução do ordenamento da sociedade.

De modo geral, pode-se concluir que o projeto interdisciplinar, embora tenha sua finalidade ligada à construção de uma nova racionalidade na produção do conhecimento, o qual deve se dar dentro da realidade prática, ele nunca pode se realizar plenamente, pois a interação interdisciplinar não termina na descoberta da relação de causa e efeito dos fenômenos: permanece sendo buscada e produzida permanentemente, como a vida.

Para finalizar, observe-se a representação social sobre a interdisciplinaridade das terapeutas ocupacionais:

Eu acho que a gente pode responder a isso com todos os chavões que aprendemos. Eu estou querendo responder de acordo com a minha vivência aqui. Por isso, estou com um pouco de cuidado para responder. Acho que na minha vivência a questão da interdisciplinaridade na equipe está diretamente ligada ao como a gente quer tratar e como quer estar junto com o paciente. A gente não quer só tratar, a gente não está só buscando a cura, o milagre, a gente quer estar junto com ele. Junto com as ações que a gente tenha a oferecer para eles, porque estamos aqui. Não acredito que isto seja só na horizontal. A gente está num papel de quem tem a saúde mental mais preservada. Assim, é o estar junto com o paciente, é ajudar num projeto de

vida, é colaborar. Enfim, é estar agindo no mundo com quem está procurando a gente. Então, eu acho que a questão da equipe passa por isso. O estar com, pelo menos na minha vivência é isso. Não é o estar com o que eu sei e com que o outro sabe, mas com o que eu sei junto com o que o outro sabe, o que a gente constrói com isso. O que ele me ensina, o que eu ensino para ele, o que a gente aprende com isso. E com o paciente é do mesmo jeito que a gente aprende. A gente só trata bem se aprendemos com os nossos pacientes o que eles estão nos pedindo (E7tg).

É uma coisa específica da gente, mas hoje se estende aos outros profissionais, pois estão participando muito dessa atividade, considerando o pragmatismo exigido desses pacientes que vão para casa. [...] na hora da prática e de resolver os problemas, eles ficam só para TO. [...] Eu acho que é a construção coletiva de novas possibilidades, qualquer que seja a área em que se aplique. Eu acho que é para você ter a visão do outro, com os recursos da formação que o outro tem. Isso é complementar para qualquer profissão. Hoje posso utilizar muito dos recursos que aprendi com a assistente social, que aprendi nos cursos extras voltados à psicologia. Eu acho que todas as outras profissões utilizam muito os recursos da terapia ocupacional. Acho que é o que mais se utiliza nessa modalidade de trabalho [...] Porque todos hoje consideram que as AVDs, por exemplo, são fundamentais para uma pessoa morar numa casa e ser independente no sentido mais concreto e mais abstrato que se possa imaginar. Nossa função é muito rica e o povo está se apropriando (E14tt).

A representação social das terapeutas ocupacionais sobre a interdisciplinaridade aparece como uma questão essencialmente ligada à prática. Em primeiro lugar, como prática relacional que surge de uma experiência vivencial em que estão condensadas numa totalidade multifacetada: a terapia, a política, a ciência e a filosofia. E, em segundo lugar, como uma prática associada à utilização coletiva de determinadas técnicas especializadas. Juntamente com este entendimento, confere-se também à interdisciplinaridade o mesmo sentido de aprendizagem, troca, de intercâmbio já atribuído pelas outras categorias. Mas, acrescenta-se que a troca e intercâmbio se tornam explícitos através da utilização material e objetiva dos recursos técnicos das diversas categorias. Particularmente, no contexto das moradias, os recursos ocupacionais são utilizados, estando na dependência tanto do pragmatismo dos pacientes como dos técnicos.

Os projetos interdisciplinares somente são assim denominados porque estão direcionados a questões sociais essencialmente práticas e, portanto, carregadas de conflitos, cujas perspectivas são muito mais amplas para serem abordadas por uma única disciplina. São exemplos destas questões os estudos sobre a mulher e minorias étnicas e culturais silenciadas e oprimidas, como é o caso dos doentes mentais. Suero, analisando os elementos paradigmáticos de qualquer planejamento interdisciplinar, identifica como necessária a existência de uma finalidade prática:

... ou seja, ter sempre como horizonte próximo ou mediato a solução de algum problema da vida do homem. Inclusive os campos e estudos interdisciplinares parecem colocar entre parênteses a aspiração a um saber pelo saber em si, deixando-se transcender sua função a serviço dos enfrentamentos interdisciplinares ligados aos problemas reais (SUERO, 1986: 25).

Assim, observando-se os problemas reais é possível perceber a manifestação de uma ambivalência na corporação das terapeutas ocupacionais relacionada ao uso de diversas atividades, tanto para o terapêutico (a reinserção, a reabilitação) como para a socialização, que faz com que a presença do terapeuta ocupacional na equipe de saúde mental seja uma presença quase obrigatória. Contraditoriamente, esta perspectiva ocasiona certo desconforto para a categoria, na medida em que há uma apropriação do uso dos recursos ocupacionais pelo conjunto dos outros profissionais da equipe de moradores. Perante esta questão é possível dizer que tanto a presença quanto o desconforto das terapeutas ocupacionais são, ambos, decorrentes de uma questão epistemológica relativa à definição do objeto da terapia ocupacional, o qual, segundo Carvalho, “... é o homem que faz, que ao fazer simboliza e se objetifica e, portanto, constitui-se e se torna ser de sua existência” (CARVALHO, 1996: 179). Esta definição ampliada de objeto mostra que a terapia ocupacional está colocada no campo aberto e incerto das Ciências Humanas, na qual, está pressuposta a partilha da condição humana do homem com diversas categorias e isto vem determinando o desconforto das terapeutas ocupacionais, tendo em vista que não existe categoria suficientemente capaz de dar conta da plenitude deste objeto, o ser humano que faz, principalmente, porque ele é um objeto/sujeito que incorpora a objetividade à subjetividade e, portanto, torna sua apreensão bastante complexa.

Habermas, cujas idéias densas – clareadas por Morin; sobre os vários interesses que se misturam na cabeça dos cientistas e que acabam por criar problemas em suas idéias, garante que nas ciências empírico-formais existe um interesse técnico e junto a isto está a pretensão de se dominar a natureza. Nas ciências histórico-hermenêuticas o interesse, por sua vez, é prático e, com isto, emerge o desejo de poder controlar a sociedade. Já na ciência crítica há o interesse reflexivo que faz o homem se perguntar sobre sua essência e seu fazer. “Para ele (Habermas), esse é o bom interesse porque a ciência crítica, motivada pela reflexividade, tem por interesse a emancipação dos homens, enquanto os outros interesses conduzem à dominação e à sujeição.”(MORIN, 1996: 47)

Para finalizar, reafirma-se, como síntese, o que vem acontecendo com as categorias profissionais analisadas a partir das diversas representações sociais que foram manifestadas sobre a interdisciplinaridade no contexto particular do Cândido Ferreira em relação à formação, bem como ao mercado de trabalho.

- A enfermagem rompeu radicalmente com a prática autoritária e hierárquica que a sujeitava ao poder médico e agora circula pela instituição como se fosse uma nova profissão, que se define por uma maneira de se relacionar democrática, o que tem permitido realizar e pensar diferentes técnicas terapêuticas.
- A fisioterapia luta para ganhar seu espaço na instituição e tem procurado, por meio de um discurso teórico-ideológico, fazer a articulação das práticas isoladas e especializadas da categoria com as práticas coletivas que vem experimentando na perspectiva da proposta interdisciplinar da instituição.
- A medicina, embora tenha sido deslocada do centro das ações em saúde mental, preserva o mesmo sentido lógico e racionalista com que veio construindo seu poder. Os médicos cederam quanto a centralização da razão e dominação, mas conservam o sentido de comando, apoiados pela constituição histórica da categoria, pelo aparato jurídico e pela fragilidade estrutural das outras categorias.

- A psicologia tem adotado a atitude mais agressiva entre as categorias com relação ao mercado de trabalho na área, principalmente, na assunção das ações mais pragmáticas que lhe permitem circular por campos considerados secundários, como o ocupacional. Contudo, adota uma posição ponderada e menos radical quanto às mudanças que vêm ocorrendo no campo da saúde mental.
- O serviço social, ao mesmo tempo em que, por um lado, vem se beneficiando do conhecimento teórico e prático das diversas áreas que compõem o campo da saúde mental e acaba por valorizar o conhecimento hegemônico dos médicos, por outro, por não assumir compromissos com as lutas corporativistas do campo, consegue circular menos competitivamente entre todas as categorias.
- A terapia ocupacional vive a ambivalência de uma identidade frágil, cujos procedimentos técnicos estão bastante valorizados no campo, mas são apropriados livre e indistintamente por todas as categorias profissionais. Sofre com a sua impotência corporativa, pois o ocupacional não pode ser privatizado. Assim, busca sua identidade profissional ora na perspectiva interdisciplinar, ora na perspectiva radical da saúde coletiva, e ora na perspectiva das especialidades, tentando diminuir a sua fragilidade e garantir seu ecletismo.



CAPÍTULO VI:
SÍNTESE

História e interdisciplinaridade

Se fosse possível, como na literatura de ficção, voltar-se no tempo, seria interessante saber qual teria sido o destino do velho Cândido Ferreira e, junto com ele, também o de pelo menos duas centenas de pessoas. Para argumentar sobre os resultados encontrados nesta investigação, imagine-se duas hipóteses sobre o destino do Cândido Ferreira. Na primeira, permaneceria o antigo modelo gerencial administrativo e na segunda o mesmo projeto assistencial.

O resultado da primeira hipótese seria a falência da instituição dada a grave crise econômico-financeira instalada e, provavelmente, haveria o desmonte do patrimônio físico da instituição, uma vez que as terras onde se encontra o Cândido Ferreira vêm sendo alvo de especulação imobiliária ao longo do tempo de sua existência. Numa região valorizada economicamente, como o distrito de Sousas, a instituição poderia se transformar num hotel-fazenda ou em condomínios de padrão classe A e os pacientes seriam transferidos e encaminhados para hospitais cada vez mais distantes, para asilos, ou abandonados à própria sorte.

Na segunda hipótese o resultado seria o aumento do desrespeito à dignidade humana devido à permanência do segregacionismo do hospital, à insuficiência numérica e qualitativa da equipe, aumento de técnicas aversivas e de controle comportamental, como o ‘pátio dos pelados’ e quartos de isolamento, assistencialismo e isolamento da comunidade. Na região de Campinas, o destino das instituições que permaneceram com o modelo hospitalocêntrico foi o desmonte. A intervenção e a população nelas assistidas, acabaram, muitas das vezes, indo para o Cândido Ferreira e incorporadas aos seus programas..

Observando-se as instituições na região, é possível afirmar que o Cândido Ferreira é uma esperança de assistência para a população que padece de sofrimento mental. Pois, desenvolve um projeto gerencial e de assistência idealizado, com uma perspectiva interdisciplinar que vem produzindo ações políticas e ações práticas dentro do campo da saúde mental dirigidas centralmente aos problemas do homem, primeiramente, ao homem que sofre, mas também aqueles outros que trabalham, gerenciam, administram e se relacionam política e socialmente e, por isso, supera enormemente, mesmo sem dados quantitativos que justifiquem esta afirmação, o modelo médico e hospitalocêntrico anteriores.

É verdade que o milagre da cura para o sofrimento mental não existe, permanecem as fugas, as crises de agressividade, as reinternações, os conflitos nas residências, os abandonos de trabalho e até a morte. Mas, existem, também, ações intensas de acolhimento e convivência com a crise, há o esforço de preservar os potenciais sadios e a manutenção do sujeito integrado à sua família e comunidade, à criação de moradias assistidas no ambiente urbano, rumo à reinserção social e a criação de alternativas efetivas de trabalho produtivo, com suporte terapêutico, na perspectiva de reinserção socioprofissional e que são os grandes eixos assistenciais da história recente da instituição.

No Cândido Ferreira existem: L., que alterna briga, agressividade e dengue e, em outros momentos, sai de calçola arriada, por todo serviço, pedindo para ser cuidada; J. faz sua varrição em silêncio; C. está sempre irritado e de mau-humor; J. não deixa de fazer sempre as mesmas perguntas; I. faz poesias dizendo que se veste com o cabelo, como uma lady Godiva; L. não consegue morar com outras pessoas porque é muito autoritária; J.J. está cansado de tanto produzir sua arte abstrata; M. passou uma única vez no serviço; F. está sempre indo e voltando; G. internou e, agora, trabalha e volta todo dia para casa. Tudo isso é verdade. São essas pessoas que formam o contingente de seres humanos que, mesmo com suas limitações, mas também com possibilidades, encontram no Cândido Ferreira um lugar de apoio, convivência e luta.

Existe, também, na instituição, um grupo composto por diversas categorias profissionais as quais incorporaram a luta pela desinstitucionalização e a Reforma Psiquiátrica dentro de um projeto que fornece as orientações gerais a serem seguidas, mas vêem que a prática é muito mais densa e viva do que a teoria pode propor. São profissionais que construíram uma experiência única e inédita no país e que continua sendo realizada. Transformaram um grande asilo num complexo moderno de alternativas técnicas de assistência à saúde mental. Refizeram o modo tradicional de operar uma instituição psiquiátrica, centrado no modelo organicista, médico, autoritário e hierarquizado, transformando-o num modelo que se orienta seguindo as modernas experiências decorrentes da Reforma Psiquiátrica, realizadas em países desenvolvidos, os princípios da Declaração de Caracas e a política resultante da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Este novo modo de fazer assistência em saúde mental procura colocar no centro de suas

preocupações o sujeito com necessidades diversas de atenção em saúde mental. Um sujeito que não é apenas o lugar da doença, mas um sujeito que tem necessidades materiais objetivas e uma comunicação particular carregada de subjetividade, que precisa ser incorporada ao mundo dito normal, precisa ter seus direitos como cidadão respeitado e aprender a lutar por eles como toda a população do país.

O grupo do Cândido Ferreira, em cada Unidade de Produção, vem experimentando tecnologias que misturam as técnicas terapêuticas mais tradicionais – a medicamentosa, psicoterápica e ocupacional – com visitas domiciliares, espaços abertos, interação familiar e comunitária no tratamento. Promove a reciclagem de técnicas menos tradicionais como as AVDs e AVPs em técnicas de acompanhamento terapêutico, oficinas terapêuticas em oficinas profissionalizantes, trabalhos de grupo em trabalhos de grupo com acompanhamento coletivo, atividades socioculturais assistencialistas em atividades sócio-interativas. No Cândido Ferreira corre-se o risco até de se criar novas especialidades, como o hagadista (de HD), o notista (de NOT) e o moradista (das Moradias). Embora, o sentido da interdisciplinaridade que é fazer os especialistas opinarem sempre, mesmo que diversamente sobre a saúde mental, certamente afasta o risco do retorno às especialidades.

O grupo de profissionais trabalha dentro de um processo permanente de enfrentamento material da realidade que vai criando, a cada momento, novos desafios técnicos, teóricos, políticos, administrativos e sócio-relacionais. As técnicas são, às vezes, repetidas, aprimoradas, refinadas e criadas. Os desafios teóricos são postos sempre em discussão na medida em que cada Unidade de Produção deve explicitar seus projetos, produtividade, limitações e demandas, publicamente. A política é um eixo que garante os direitos dos usuários, dos técnicos, dos administradores e da instituição como um todo, junto à comunidade e aos agentes políticos da cidade, do Estado e do governo Federal. Administrativamente, é necessário estar atento às idas e vindas resultantes de uma instituição filantrópica que, mesmo tendo o respeito dos governantes, tem um caráter público e depende deste tipo de financiamento oscilante de acordo com as conjunturas. A interação com a comunidade externa se faz necessária para ir de encontro a uma mudança cultural da sociedade em relação ao sofrimento psíquico, criando parcerias e afastando-se do assistencialismo que mascara as injustiças sociais e discrimina os

diferentes. A interação interna é fundamental, a essência do projeto, e deve ser buscada, principalmente, devido às tendências que se operam quando diminuem o ritmo das mudanças e tende-se para a recriação dos velhos guetos e corporativismos.

A interdisciplinaridade que esta proposta concretamente realiza sofre de certa inconsistência teórica, mas é vivida como uma troca permanente de conhecimentos que retira os riscos da permanência de hegemonias. Embora existam realidades legais e jurídicas que provocam uma certa tensão, principalmente, entre os médicos e não-médicos, há também tensões decorrentes do uso de técnicas e das capacitações correspondentes. Essas tensões também se verificam entre gerentes e técnicos, mas são próprias de um processo que privilegia o debate e a explicitação de conflitos. De um lado, as tensões existem porque são apoiadas por um grupo de supervisores institucionais e, de outro, porque o fazer interdisciplinar não prevê a destituição ou eliminação da disciplinaridade, mas uma dialética permanente entre disciplinaridade e interdisciplinaridade.

A interdisciplinaridade aparece também como uma questão epistemológica que identifica o sujeito que sofre mentalmente como o alvo de todas as ações técnicas e também modificador de sua realidade. Dessa forma, permite que ele seja compreendido não somente como um objeto/parte do conhecimento, mas também como um indivíduo que tem uma totalidade e é capaz de produzir vida. Esta compreensão produz o entendimento da condição de totalização dos indivíduos e faz com que o projeto não se defina apenas como de tratamento, mas como uma abordagem de pessoas de forma plenamente humana e que reconhece suas múltiplas necessidades de convivência, moradia, trabalho, educação, lazer, etc.

Um projeto interdisciplinar como o do Cândido Ferreira ainda é alvo de muitas críticas, principalmente porque, por mais que alguns discursos, abstratamente, na área da saúde, afirmem a existência e a necessidade de ações técnicas interdisciplinares, o que se percebe, na realidade, são ações multidisciplinares com o apelido de interdisciplinar. É evidente que um projeto como o do Cândido Ferreira contraria essas práticas, interesses e o *status quo* das corporações, desmonta as estruturas de mercado de trabalho e oferece uma brisa de democracia às práticas hierarquizadas. Por isso, numa situação de luta com os grandes poderes organizados em corporações, deve-se adotar uma atitude de vigilância

permanente quanto à preservação e atualização do projeto. E entender que esta vigilância e atualização, seja ela ideológica, política ou teórica, somente pode se dar a partir da participação e cooperação na prática cotidiana da instituição, lugar em que estão associados usuários e familiares, técnicos, administradores, políticos e a comunidade.

Certa vez, um terapeuta estava trabalhando no Cândido Ferreira e havia uma paciente ‘atuando’, tecnicamente falando, impossibilitada de respeitar minimamente as regras e normas civilizadas do relacionamento social. Estava agressiva, destruía objetos e se sentia poderosa e arrogante junto aos técnicos e aos outros pacientes. Diante disso, o terapeuta, resolveu ‘contra-atacar’, provocando-a com uma atitude corporal de reprovação. Quando a paciente percebeu isto, indagou-lhe sobre quem ele era. Então, o terapeuta inspirado e autorizado pela experiência, disse-lhe que era o Cândido Ferreira. Isto produziu uma dúvida imediata na paciente, tanto em relação ao terapeuta quanto em relação às convicções que tinha sobre si mesma. Após isto, foi como se vivesse uma brincadeira, na qual não se distingue realidade e fantasia, já que elas interagem. E em seguida começou a se interessar por saber quem era de verdade o terapeuta, conseguindo estabelecer um contato mais respeitoso e igual, no mesmo nível dialógico, pois surgira uma nova realidade não experimentada, na qual o terapeuta havia se apropriado do direito de delirar e não somente ela. Talvez esta experiência possa ser tomada como uma síntese do que é sonhado, praticado e produzido no Cândido Ferreira.



SUMMARY

The objective of this thesis is to give the results of a theoretical-political investigation of the interdisciplinary activities at the Cândido Ferreira Health Service, which is a philanthropic institution directed with Municipal Government of Campinas. In this institution there are four distinct units that supply the mental healthy assistance: a Unit for the Hospitalization of Acute Cases, a Day-Hospital, a Unit for the Rehabilitation of Out Patients, and a Work and Workshop Nucleus. All these units have been undergoing changes since 1990. Eighteen semi-structured interviews were held with members of several professionals categories using the methodology applied in qualitative research. With the data collected the Social Representation of the social actors was analysed along with their effects on their performance in the mental health area. Historical features were observed along with a project which provides humane assistance and social reintegration, a project managed by democratic policy, a dynamic professional body which balances; theories with practical objectives, ideologies and powers, competence and limitations, consensus and divergencies, cooperation and competition.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA FILHO, N.; SANTANA, V.S.; MARI, J.J. - **Princípios de epidemiologia para profissionais de saúde mental**. Brasília, Ministério da Saúde, 1989, 67p.
- ALMEIDA FILHO, N - Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva** II, (1/2):5-20, 1997.
- ALVES, R. - **Conversas com quem gosta de ensinar**. 23 ed. São Paulo, Cortez, 1989, 104p.
- AMARAL, M.A. - **Análise da implementação da política de saúde mental para a rede básica em Campinas - 1992/1993**. Campinas, 1995. [Tese – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas]
- AMARANTE, P. - Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. - **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994, p.73-84.
- BALTAZAR, M.C. - **Análise de custo-efetividade em serviços alternativos de atenção à saúde mental: uma aplicação ao serviço de saúde “Dr Cândido Ferreira”, em Campinas**. Campinas, 2000. [Tese – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas]
- BANDEIRA, M. - Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. **J Bras Psiq**, 40(7):355-60, 1991.
- BAREMBLITT, G. - Apresentação do movimento institucionalista. **SaúdeLoucura**, 1: 109-19, 1989.
- BAREMBLITT, G - Por una nueva clinica para le poliverso “psy”. **SaúdeLoucura**, 5: 11-30, 1995.
- BASTIDE, R. - Introdução às ciências da loucura. In: QUEIROZ, M. I. P., org. - **Roger Bastide: sociologia**. São Paulo, Ática, 1983, 208p.(Grandes Cientistas Sociais, 37)
- BENETTON, M.J. - Terapia Ocupacional e reabilitação psicossocial: uma relação possível?. In: PITTA, A., org. - **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo, HUCITEC, 1996, p.143-9.

- BERTOLETE, J.M. – Legislação relativa à saúde mental: uma revisão de algumas experiências internacionais. **Rev Saúde Pública**, 29(2):152-6,1995.
- BETTI, I.A.; CARVALHO, M.R.P.; CAYRES, C.O.; MORAES, D.F.; SANTOS, V.A.; SIMONI, M.Z.X. - Trabalho e reabilitação psicossocial: relato de uma experiência. Campinas, **Serviço de Saúde “Dr Cândido Ferreira”**, 1993, 12p. mimeografado.
- BEZERRA, B. - A clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A., org. - **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo, HUCITEC, 1996, p.137-42.
- BIRMAN, J. - A cidadania tresloucada. In: BEZERRA Jr, B. & AMARANTE, P. - **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992, p.71-90.
- BLEICHER, J. - **Hermenêutica contemporânea**. Lisboa, Edições 70, 1980, 383p.
- BORBA, S.C. - Aspectos do conceito de multirreferencialidade nas ciências e nos espaços de formação. In: BARBOSA, J.G., org. - **Reflexões em torno da abordagem multirreferencial**. São Carlos, UFSCar, 1998, p.11-9.
- BORTOLLOTO, D.A. – **Vivências emocionais de monitores de oficinas protegidas em contexto de reabilitação psicossocial**. Campinas, 2001. [Tese – Mestrado – PUC-Campinas]
- BOURDIEU, P. - **O poder simbólico**. 3 ed, Lisboa, Difel, 1994, 311p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. (Brasília, 1992)**. Brasília, Centro de Documentação, 1994, 64p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde - **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1996, 23p.
- BRICENO-LEÓN, R. - Tendências da pesquisa em ciências sociais e saúde na América Latina: uma perspectiva sociológica. In: CANESQUI, A.M. - **Ciências sociais e saúde**. São Paulo, Hucitec, 1997, p.31-47.

- BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. - **Dinâmica da pesquisa em ciências Sociais**. 5 ed, Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1991, 251p.
- CAMPOS, G.W.S. - Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de organização do trabalho em saúde. Campinas. **Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/UNICAMP**. 1993, 22p. mimeografado.
- CAMPOS, G.W.S. - Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad Saúde Públ**, 13(1):141-4, 1997a.
- CAMPOS, G.W.S. - O anti-taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Campinas. **Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/UNICAMP**. 1997b, 22p. mimeografado.
- CAPRA, F. - **O ponto de mutação**. São Paulo, Cultrix, 1990, 447p
- CAPRA, F. - **A teia da vida**. São Paulo, Cultrix, 1997, 256p.
- CARVALHO, F.B. - Conceitos errôneos sobre a terapia ocupacional em psiquiatria institucional. Campinas. **Departamento de Terapia Ocupacional da FCM da PUC-Campinas**, 1987, 13p. mimeografado.
- CARVALHO, F.B. - **O conceito de símbolo em Cassirer, Freud e Ricoeur como fundamentos para a terapia ocupacional**. Campinas, 1996. [Tese – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas]
- CASSIRER, E. - **Antropologia filosófica**. 2 ed, São Paulo, Mestre Jou, 1977, 378p.
- CAVALCANTI, M.T. - **O tear das cinzas**. Rio de Janeiro, 1992. [Tese – Mestrado – Universidade Federal do Rio de Janeiro]
- CERQUEIRA, L. - **Pela reabilitação em psiquiatria: da praxiterapia à comunidade terapêutica**. Rio de Janeiro, Oficina Gráfica da Universidade do Brasil, 1965, 147p.
- CHAVES.M.M. - Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor saúde. Rio de Janeiro, **Departamento de Medicina Preventiva da FM da UFRJ**, 1998, 19p. mimeografado.

- CHAUÍ, M.S. - Vida e obra. In: LOPARIC, Z. LOPARIC, A.M.A.C., orgs - **Husserl**. São Paulo, Nova Cultural, 1996, p.5-12. (Coleção Os Pensadores)
- CHIZZOTTI, A. - **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 2 ed, São Paulo, Cortez, 1995, 164p.
- COIMBRA, C C., org. - O problema da interdisciplinariedade nas ciências humanas e suas repercussões na filosofia. In: **Interdisciplinaridade nas ciências humanas** Belém, Universidade Federal do Pará/Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Publ. nº 6. Série Seminários e Debates, 1980, p.6-43.
- CONTANDRIOPOULOS, A-P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS, J-L; BOYLE, P. - **Saber preparar uma pesquisa**. 2 ed, São Paulo, Hucitec, 1997, 215p.
- COSTA, L.A.B. & FIGUEIREDO, M.A.C. - Levantamento de crenças prevalentes em equipes multidisciplinares a respeito do trabalho realizado em instituições de saúde mental. **Medicina, Ribeirão Preto**, 26(2):270-80, 1993.
- DAL POZ, M.& VARELLA, T.C. - Estudo de condições de formação e exercício profissional em saúde no Brasil. In: OPS/OMS - **Recursos humanos em saúde no Mercosul**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995, p.75-106.
- DELGADO, P.G.G. - Perspectiva da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: TUNDIS, S.A. & COSTA, N.R., orgs - **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis, Vozes, 1987, p.171-202.
- DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO. Campinas, **IMA**, 10 mai,1990, p. 1.
- D' INCAO, M.A. - Introdução. In: D' INCAO, M.A., org. - **Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar**. Rio de Janeiro, Graal, 1992, p.9-32.
- DURAND, J.C. - Profissões de saúde em São Paulo: expansão e concorrência entre 1968 e 1983. In: FUNDAP. **Cadernos FUNDAP**, 5(10):4-23, 1985.
- DURKHEIM, E. - As forma elementares da vida religiosa (1912). In: GIANNOTI, J.A., org. - **Durkheim: sociologia**. São Paulo, Abril Cultural, 1978,129p. (Coleção Os Pensadores)

- ETGES, N.J. - Ciência, interdisciplinaridade e educação. In: JANTSCH, A.P. & BIANCHETTI, L., orgs - **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. 3 ed, Petrópolis, Vozes, 1995, p.51-110.
- FAZENDA, I. C. A. - **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. Campinas, Papirus, 1994, 143p.
- FERRAZ, S.T. - Evolução conceitual de promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. Brasília. **Programa de Promoção de Saúde - OPS/OMS**, 1993, 26p. mimeografado.
- FIGUEIREDO, G. - **Sciencia e caridade: do hospício de alienados a reforma psiquiátrica no Brasil**. São Paulo, 1996. [Tese – Doutorado – Universidade Federal de São Paulo]
- FOLLARI, R. - Algumas considerações práticas sobre interdisciplinaridade. In: JANTSCH, A.P. & BIANCHETTI, L., org. - **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. 3 ed, Petrópolis, Vozes, 1995, p.97-110.
- FOUCAULT, M. – **História da loucura**. 3 ed, São Paulo, Perspectiva, 1993, 551p.
- FOUCAULT, M - **Microfísica do poder**. 13 ed, Rio de Janeiro, Graal, 1998, 295p.
- FREUD.S. - A interpretação dos sonhos (1900) In: FREUD, S. - **Obras completas**. 4 ed, Madrid, Biblioteca Nueva, 1981, 3667p.
- FREUD.S - Lições introdutórias à psicanálise (1917). In: FREUD, S. - **Obras completas**. 4 ed, Madrid, Biblioteca Nueva, 1981, 3667p.
- FRIGOTTO, G. - A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. In: JANTSCH, A.P. & BIANCHETTI, L., orgs - **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. 3 ed, Petrópolis, Vozes, 1995, p.25-49.
- GALHEIGO, S. M. - A transdisciplinaridade enquanto princípio e realidade das ações de saúde. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, 10(2/3):49-54, 1999.
- GIDDENS, A. - A vida em uma sociedade pós-tradicional. In: BECK, U.; GIDDENS, A.; LASH, S. - **Modernização reflexiva**. São Paulo, UNESP, 1997, p.73-133.

- GOFFMAN, E. - **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo, Perspectiva, 1974, 315p.
- GOLDBERG, J. - **Clínica da psicose: um projeto na rede pública**. Rio de Janeiro, Té Corá, 1996, 168p.
- GUANAIS, M.A.B. - **Do significado aos sentidos do trabalho: dizeres de sujeitos em oficinas protegidas**. Campinas, 2000. [Tese – Doutorado – PUC-Campinas]
- GUSDORF, G. - **Passado, presente y futuro de la investigación interdisciplinaria**. In: APOSTE, L.; BENOIST, J.M.; BOTTOMORE, T.B.; DUFRENNE, M.; GUSDORF, G.; MOMMSEN, W.J.; MORIN, E.; PIATTELLI-PALMARINI, M.; SINACEUR, M.A.; SMIRNOV, S.N.; UI, J. - **Interdisciplinariedad y ciencias humanas**. Madrid, Editorial Tecnos, 1983, p.32-52.
- HAHN, M.S. - **O processo de escolha de áreas de especialidade dos recém-graduados em terapia ocupacional: a opção pela psiquiatria e saúde mental**. Campinas, 1999. [Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas]
- HAGUETE, T.M.F. - **Metodologias qualitativas na sociologia**. Rio de Janeiro, Vozes, 1995, 110p.
- HUSSERL, E. - **Elementos de uma elucidação fenomenológica do conhecimento**. In: LOPARIC, Z. LOPARIC, A.M.A.C., org. - **Husserl**. São Paulo, Nova Cultural, 1996, 224p. (Coleção Os Pensadores)
- INFANTE, R. - **Cultura, subjetividade e política comunitária - novas perspectivas da interdisciplinaridade**. **J Bras Psiq**, 38(3):139-42, 1989.
- JANTSCH, A.P. & BIANCHATTI, L. - **Universidade e interdisciplinaridade**. In: JANTSCH, A.P. & BIANCHATTI, L., org. - **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. 3 ed, Petrópolis, Vozes, 1995, p.195-204.
- JAPIASSU, H. - **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro, Imago, 1976, 222p.
- JODELET, D. - **Les représentations sociales**. Paris, Presses Universitaires de France, 1989, 424p.

- KHUN, T.S. - **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo, Perspectiva, 1989, 227p.
- LADRIÈRE, J. - **A articulação do sentido**. São Paulo, Universidade de São Paulo, 1977, 244p.
- LANE, S.T.M. - Usos e abusos do conceito de representação social. In: SPINK, M.J., org. - **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva social**. São Paulo, Brasiliense, 1995, p.58-72.
- LANCETTI, A. – Apresentação. **Saúde Loucura**, 1:1-2, 1989.
- LÜDKE, M. & ANDRÉ, M. E.D.A. - **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, EPU, 1986, 99p.
- LUZ, M. T. - **Natural, racional, social; razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro, Campus, 1988, 152p.
- MACHADO, M. H - Apresentação. In: MACHADO, M. H. (org.) - **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995, p.11-33.
- MAGALHÃES, L. V. - **Os terapeutas ocupacionais no Brasil: sob o signo da contradição**. Campinas. 1989. [Tese – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas]
- MAGALHÃES, L. V. - Modelos e práticas de prevenção de acidentes de trabalho e agravos à saúde na indústria eletroeletrônica. Campinas, 1997. **Projeto de Pesquisa - Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM, UNICAMP**, 17p. mimeografado
- MALINOWSKI, B. - **Argonautas do pacífico ocidental**. Rio de Janeiro, Abril, 1976, 436p.
- MANGIA, E.F. - Psiquiatria tratamento moral: o trabalho como ilusão de liberdade. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, 8(2/3):91-7, 1997.
- MAUER, S.K. & RESNZKY, S. - **Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos: manual introdutório a uma estratégia clínica**. Campinas, Papirus, 1987, 164p.

- MEDEIROS, M.H.R. - **A reforma da atenção ao doente mental em Campinas: um espaço para a terapia ocupacional**. Campinas, 1994. [Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas]
- MINAYO, M.C.S - Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. **Medicina, Ribeirão Preto**, 24(2):70-7, 1991.
- MINAYO, M.C.S - **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4 ed, São Paulo, Hucitec, 1996, 269p.
- MORIN, E. - **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1996, 341p.
- MORGADO, A. & LIMA, L.A. - Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. **J Bras Psiq**, 3(1):19-28, 1994.
- MOSCOVICI, S.A. - **Representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro, Zahar, 1978, 291p.
- NOGUEIRA, A.B. & MORGADO, A.F. - Reforma psiquiátrica brasileira: dois projetos de lei. **J Bras Psiq**, 47(12):619-25, 1998.
- NUNES, B. - A interdisciplinariedade como prática do saber. In: COIMBRA, C.C. org. - **Interdisciplinaridade nas ciências humanas**. Belém, Universidade Federal do Pará/Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Publ. nº 6, Série Seminários e Debates, 1980, p.44-56.
- NUNES, E.D. - A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências sociais. In: CANESQUI, A M., org. - **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. S. Paulo, Hucitec, 1995, p.53-61.
- ODA, A.M.G.R. - **A construção de um modelo de atenção em saúde mental: estudo da rede pública extra-hospitalar de Campinas (SP)**. Campinas, 1998. [Tese – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas]
- ONOCKO, R. & AMARAL, M. - Cândido Ferreira: experimentando uma mudança institucional. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R., org. - **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, 1997, p.353-71.

- PASSOS, B.C. - **Retrospecto da vida do sanatório Dr. Cândido Ferreira**. Campinas: Palmeiras, 1975, 145p.
- PEDUZZI, M. - **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Campinas, 1998. [Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas]
- PIRES, D. - **Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho: estudo em instituições escolhidas**. Campinas, 1996. [Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas]
- PITTA, A.M.F. - **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo. Hucitec, 1990, 199p.
- PITTA, A.M.F. - O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje?. In: PITTA, A.M.F., org. - **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo, Hucitec, 1996, p.19-30.
- POPPER, K. – A lógica da investigação científica. São Paulo, Cultrix, 1972, 567p.
- PRADO, N. - Profissões de saúde: profissões de mulher?. In: FUNDAP. **Cadernos FUNDAP**, 5(10):44-56, 1985.
- QUEIROZ, M.S. - **Representações sobre saúde e doença: agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS**. Campinas, UNICAMP, 1991, 138p.
- QUEIROZ, M.S. - O desenvolvimento da municipalização dos serviços de saúde de Campinas. **RAP Rio de Janeiro**, 28(4):27-37, 1994
- QUEIROZ, M.S. - Representações sociais: uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. Campinas, 1998. **Núcleo de Estudos Psicológicos. UNICAMP** . mimeografado.
- QUEIROZ, M.S. & VIANNA, A.L. - Padrão de política estatal em saúde e o sistema de assistência médica no Brasil atual. **Rev Saúde Pública**, 26(2):132-40, 1992.
- RESENDE, H. - Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A. & COSTA, N.R., orgs - **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis. Vozes, 1987, p.15-73.

- REZENDE, A.M. - **Crise cultural e subdesenvolvimento brasileiro**. Campinas, Papirus, 1983, 91p.
- RIBEIRO, P.R.M. - **Saúde mental: dimensão histórica e campos de atuação**. São Paulo, EPU, 1996, 126p.
- RIBEIRO, P.R.M. - Da psiquiatria à saúde mental: II - as renovações em psiquiatria e ascensão das áreas afins. **J Bras Psiq**, **48**(4):143-9, 1999.
- RICOEUR, P. - **O conflito das interpretações**. Porto, Rés, 1988, 487p.
- RÖSSLER, W. & SALIZE, H.J. - Os serviços de saúde mental em Campinas/Brasil: quadro atual, conclusões e recomendações para futuro desenvolvimento. Relatório de pesquisa. Mannheim, **Grupo de Pesquisa de Serviços de Saúde Mental - Instituto Central de Saúde Mental, J5, D-68159 Mannheim**, Alemanha, 1996.
- ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. - Desinstitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D.; RISIO, C. - **Desinstitucionalização**. São Paulo, Hucitec, 1990, p.17-59.
- ROTELLI, F. & AMARANTE, P. - Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA Jr., B. & AMARANTE, P. - **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro, 1992, p.41-55.
- SÁ, C.P. - Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M.J., org. - **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva social**. São Paulo. Brasiliense, 1995a, p.19-45.
- SÁ, J.L.M. - Especialização versus interdisciplinaridade: uma proposta alternativa. In: SÁ, J.L.M., org. - **Serviço social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**. 2 ed, São Paulo, Cortez, 1995b, p.21-58.
- SANTOMÉ, J.T. - **Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1998, 275p.

- SARACENO, B. - Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A.M.F., org. - **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo, Hucitec, 1996, p.13-8.
- SARACENO, B. - **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte, Te Corá, 1999, 176p.
- SAWAIA, B.B. - Representação e ideologia - o encontro desfeticizador. In: SPINK, M.J., org. - **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva social**. São Paulo. Brasiliense, 1995, p.73-83.
- SCHRAIBER, L.B. - Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev Saúde Pública**, 29(1):63-74, 1995.
- SCHUTZ, A. - **Fenomenologia e relações sociais**. Rio de Janeiro, Zahar, 1979.
- SERVIÇO DE SAÚDE “DR. CÂNDIDO FERREIRA” - Planilha de recursos humanos. **Serviço de Saúde “Dr Cândido Ferreira”**. Campinas, 1999, 6p.
- SEVERINO, A.J. - Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In: SÁ, J.L.M., org. - **Serviço social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**. 2 ed, São Paulo, Cortez, 1995, p.11-21.
- SINACEUR, M.A. - O que é a interdisciplinariedade?. In: APOSTE, L.; BENOIST, J.M.; BOTTOMORE, T.B.; DUFRENNE, M.; GUSDORF, G.; MOMMSEN, W.J.; MORIN, E.; PIATTELLI-PALMARINI, M.; SINACEUR, M.A.; SMIRNOV, S.N.; UI, J. - **Interdisciplinariedad y ciencias humanas**. Madrid. Editorial Tecnos, 1983, p. 23-31.
- SPINK, M.J.P. - Regulamentação das profissões de saúde: o espaço de cada um. São Paulo In: FUNDAP. **Cadernos FUNDAP**, 5(10):24-43, 1985.
- SUERO, J.M.C. - **Interdisciplinaridad y universidad**. Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 1986, 179p.

- THIOLLENT, M. - **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. 3 ed, São Paulo, Polis, 1982, 270p.
- TRIVIÑOS, A.N.S. - **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo, EPU, 1987, 175p.
- TURNER, V. - **Dramas, fields and metaphors**. Ithaca, Cornell University Press, 1974, 309p.
- VALENTINI, W. - Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”. Campinas, **Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”**. 1995, 11 p. mimeografado.
- VALENTINI, W. - **A reabilitação psicossocial em Campinas**. In: PITTA, A.M.F., org. - **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo, Hucitec, 1996, p.48-54.
- VIANNA, P. C. M. - **Os profissionais de saúde e as possibilidades de reinserção social do doente mental - uma abordagem institucionalista**. Belo Horizonte 1997. [Dissertação – Mestrado – Universidade Federal de Minas Gerais]
- WEBER, M. – Religião e racionalidade econômica. In: COHN, G. org. – **Max Weber: Sociologia**. São Paulo, Ática, 1979, 168p. (Grandes Cientistas Sociais, 13)
- WEIL, P.; D’AMBROSIO, U.; CREMA, R. - **Rumo à nova transdisciplinaridade: sistemas abertos de conhecimento**. São Paulo, Summus, 1993, 175p.



BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- BANDEIRA, M.; GELINAS, D.; LESAGE, A. - Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. **J Bras Psiq**, 47(12):627-40,1998.
- BASTIDE, R. - **Sociologia das doenças mentais**. São Paulo, Universidade de São Paulo, 1967, 293p.
- BASTIDE, R. - Enfoque interdisciplinar da doença mental. In: BASTIDE, R.; ELLENBERGER, H.F. & SZABO, D.; MOORE, F.W.; OSGOOD, C.E. - **Pesquisa comparativa e interdisciplinar**. Rio de Janeiro, Fundação Getulio Vargas, 1976, 126p.
- BENARRÓS, J. & LOUREIRO, M. N. P. - A questão do método em psiquiatria e a contribuição do HCGV em Belém do Pará. **J Bras Psiq**, 42(6):335-9, 1993.
- BLOOM, B. L. & PARAD, H. J. - Interdisciplinary training and interdisciplinary functioning. **Amer J Orthopsychiat**, 46(4):669-77, 1976.
- BOURDIEU, P - **Razões práticas**. Campinas, Papirus, 1996, 231p.
- CARVALHO, M. C. M., org. - **Construindo o saber**. Campinas, Papirus, 1988, 179p.
- CASSORLA, R.M.S. - A equipe assistencial: espaço para o psíquico. **Revista Ciências Médicas-PUC-Campinas**, 6(1):64-65, 1997.
- DIATKINE, R.; QUARTIER-FRINGS, F.; ANDREOLI, A. - **Psicose e mudança**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1993, 222p.
- ECO, H. - **Os limites da interpretação**. Lisboa, Difel, 1992, 426p.
- ELIAS, N. - **Teoria simbólica**. Oeiras, Celta, 1994, 149p.
- FERIOTTI, M.L. - A questão da interdisciplinaridade na saúde. **Revista Ciências Médicas-PUC-Campinas**, 4 (3):130-2, 1995.
- FIGUEIRA, S. A., org. - **Psicanálise e ciências sociais**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1980, 343p.

- FORGHIERI, Y.C. - **Psicologia fenomenológica: fundamentos, métodos e pesquisa**. São Paulo, Pioneira, 1993, 81p.
- FOUCAULT, M - **As palavras e as coisas**. São Paulo, Martins Fontes, 1995, 407p.
- GUATTARI, F. - **Caosmose: um novo paradigma estético**. Rio de Janeiro, Editôra 34, 1992, 203p.
- HÜHNE, L.M. - A pesquisa no contexto da globalização da economia e da crise da modernidade. **PUC-Campinas - série acadêmica**, 3:5-30, 1995.
- JORGE, M.S.B.; MACÊDO, A.R. & ROCHA, N.F. - Desinstitucionalização: visão dos profissionais de saúde mental. **R Bras Enferm**, 48(4):401-14, 1995.
- LANCMAN, S. - A influência da capacitação dos terapeutas ocupacionais no processo de constituição da profissão no Brasil. **Cad Ter Ocup UFSCar**, 7(2):49-57, 1998.
- LAPASSADE, G. - Da multirreferencialidade como “bricolagem”. In: BARBOSA, J.G., coord. - **Multirreferencialidade nas ciências e na educação**. São Carlos, UFSCar, 1998, 204p.
- MANGIA, E.F. - Apontamentos sobre o campo da terapia ocupacional. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, 9(1):5-13, 1997.
- MAROTO, G.N.V. - **Terapia ocupacional: discurso e prática no estado de São Paulo**. São Carlos. 1991, [Tese – Mestrado – Universidade Federal de São Carlos]
- MARSIGLIA, R.G. - Os cidadãos e os loucos no Brasil. A cidadania como processo. In: MARSIGLIA, R.G.; DALLARI, D.A.; COSTA, J.C.; MOURA NETO, F.D.M.; KINOSHITA, R.T.; LANCETTI, A. - **Saúde mental e cidadania**. 2 ed, São Paulo, Mandacaru, 1990, 93p.
- MATERIA PRIMA, - El processo de desinstitucionalización: una apuesta a la vida digna. **Materia Prima**, 3(9):15-26, 1998.
- MELLO, M.F. - Conceitos de saúde e doença mental. **Bol Cepp**, vii:18-9, 1991.

- MERHY, E.E. & QUEIROZ, M.S. - Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cad Saúde Pública**, 9(2):177-88, 1993.
- PAIM, J.S. - Estratégias para integração multidisciplinar e multiprofissional na prática da saúde. **Rev Baiana Enf**, 6(2):37-47, 1993.
- PÁDUA, E.M.M. - Análise de conteúdo, análise de discurso: questões teórico-metodológicas. **Rev Comuniarte - PUC-Campinas**. [No prelo]
- PEIRCE, C.S. - **Semiótica**. 2 ed, São Paulo, Perspectiva, 1995, 337p.
- PITTA, A.M.F; COSTA, A.L.; CORRAZA, D.; LIMA, E.; GOLDBERG, J.I.; FERNANDES, M.H.; REPACH, N e YASUI, S. - Avaliação de serviço de atenção médico-psicossocial a usuários do sistema de saúde do Município de São Paulo, Relatório de pesquisa. São Paulo, **NEP-CAPS / DMP-FMUSP/Instituto de Saúde, SES-SP / Banco Mundial**, 1990.
- PORTO, J.A. - Modelos de pesquisa em psiquiatria. **Boletim de Psiquiatria**, 28(2): 14-8, 1995.
- PRADO, M.M.R. & RICO, D.F.N. - O atendimento interdisciplinar a pessoas portadoras de deficiência mental: uma perspectiva sócio interacionista. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, 3(1/2): 33-43, 1992.
- QUEIROZ, M.S. - O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Rev Saúde Pública**, 20(4):309-17, 1986.
- QUEIROZ, M.S. - Perspectivas teóricas sobre medicina e profissão médica: uma proposta de enfoque antropológico. **Rev Saúde Pública**, 25(4):318-25, 1991.
- QUEIROZ, M.S. - Um enfoque alternativo sobre saúde e doença: a experiência desenvolvida em Campinas. Campinas, 1996. **Projeto de Pesquisa, Núcleo de Estudos Psicológicos, UNICAMP**. mimeografado.
- QUEIROZ, M.S. & CANESQUI, A. M. - Retomando o problema da cultura popular. **Ciência e cultura**, 38(8):1331-7, 1986.

- QUEIROZ, M.S. & CANESQUI, A. M. - Contribuições da antropologia à medicina : uma revisão de estudos no Brasil. **Rev Saúde Pública**, 20(2):141-51, 1986.
- QUEIROZ, M.S.; CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E. - Rede básica de serviços de saúde: médicos e suas representações sobre o serviço. **Rev Saúde Pública**, 26(1):34-40, 1992.
- QUEIROZ, M.S. & VIANNA, A.L. - Organização e o gerenciamento dos serviços de saúde: uma avaliação da experiência de Campinas. **RAP**, 28(2):61-70, 1994.
- REUCHELIN, M. - **Os métodos em psicologia**. 1 ed, Lisboa, Moraes, 1979, 149p.
- REZENDE, A.L.M. - **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. São Paulo, Cortez, 1986, 159p.
- SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. - **Manual de saúde mental**. São Paulo, Hucitec, 1994, 83p.
- SCHERER, E.A. & CAMPOS, M.A. - O trabalho em equipe interdisciplinar em saúde mental: uma revisão bibliográfica. In: MARTURANO, E.M. & LOUREIRO, S.R., org. - **Estudos em Saúde Mental**. Ribeirão Preto, Pós-Graduação em Saúde Mental da FMRP – USP, 1997.
- SERVIÇO DE SAÚDE “DR. CÂNDIDO FERREIRA”. - **“Os excluídos da história” 75 anos do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”**. Campinas, Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”, 1999.
- SILVA, A.L.A. & FONSECA, R.M.G.S. - Repensando o trabalho em saúde mental: a questão da interdisciplinaridade. **R Bras Enferm**, 48(3):212-7, 1995.
- SILVA FILHO, J.F.; CAVALCANTI, M.T.; CADILHE, G.R.; VILAÇA, A.T.; AVANCINI, E.; MACHADO, H.O.; PERECMANIS, L.; MAISONNETE, M.J.; ROCHA, E.C.; CARRETEIRO, R.O.; MOZINHO, G.M.P.; PITTA, A.M. - Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental no Município de Niterói - RJ - A satisfação dos usuários como critério avaliador. **J Bras Psiqu**, 45(7):393-402, 1996.

- SMEKE, E.L.M. - Aspectos históricos das relações saúde-sociedade. **Revista Ciências Médicas-PUC-Campinas**, 1(2):58-62, 1992.
- SPINK, M.J.P. - Saúde um campo transdisciplinar? **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, 3(1/2):17-23, 1992.
- STENZEL, A.C.B. - **A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada**. Campinas, 1996. [Tese – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas]
- STEPKE, F.L. – Salud mental y calidad de vida em la sociedad posmoderna. **Rev Psiq Santiago do Chile**, xiv(3):139-42,1997.
- TASSARA, E.T.O. – Terapia ocupacional: ciência ou tecnologia?. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, 4(7):43-52, 1993/6.
- VILLARES, C.C. – Abordagem qualitaiva em saúde mental: parte I – contexto, conceituação e metodologia. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, 9(2):55-61,1998.
- VILLARES, C.C. – Abordagem qualitativa em saúde mental:um panorama geral. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, 9(3):105-13,1998.



ANEXOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA I. (DIRIGENTES DA INSTITUIÇÃO)

1. IDENTIFICAÇÃO (nome, idade, formação profissional)

2. DATA

3. FUNÇÃO NA INSTITUIÇÃO

4. QUESTÕES CONCEITUAIS: (O que é doença mental?; Sua definição; Como se trata?; Qual é o peso dos aspectos biológicos, psicológicos, socio-familiares, e do trabalho na doença mental?)

5. QUESTÕES LIGADAS À EXPERIÊNCIA PRÁTICA DO ENTREVISTADO

- a. em relação à instituição (história, oposições, apoios, sucessos e fracassos);
- b. em relação ao poder público (como era o sistema de saúde, relação com as universidades, com as corporações profissionais, com a indústria farmacêutica?);
- c. em relação a existência de projetos alternativos;
- d. em relação aos resultados terapêuticos;
- e. em relação a interdisciplinaridade.

ROTEIRO DE ENTREVISTA II. (TÉCNICOS)

Partindo do pressuposto de que a discussão sobre a extinção do hospício não é mais, depois de passadas as primeiras etapas do processo de Reforma Psiquiátrica, o impedimento absoluto para a evolução da atenção em saúde mental, como é possível discutir-se, agora, a questão da formação dos recursos humanos e das novas tecnologias na área?

Deverão ser entrevistados técnicos dos quatro programas existentes no Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”, a Unidade de Agudos, o Núcleo de Oficinas e Trabalho, o Hospital-dia e a Unidade de Moradores.

1. IDENTIFICAÇÃO (nome, idade, formação profissional)

2. DATA

3. FUNÇÃO NA INSTITUIÇÃO

4. QUESTÕES CONCEITUAIS: (O que é doença mental?; Sua definição; Como se trata?; Qual é o peso dos aspectos biológicos, psicológicos, sociofamiliares, e do trabalho na doença mental?)

5. QUESTÕES LIGADAS A EXPERIÊNCIA PRÁTICA DO ENTREVISTADO

a. em sua formação existe uma abordagem sobre a interdisciplinaridade?

b. na sua prática existe interdisciplinaridade?

c. como ela se constitui?

d. como você conceitua interdisciplinaridade?

e. o que falta ao processo de experiência interdisciplinar?

f. quais são os efeitos da interdisciplinaridade na resolução dos problemas em saúde mental?