

SÔNIA MARINA MARTINS DE OLIVEIRA ANTUNES

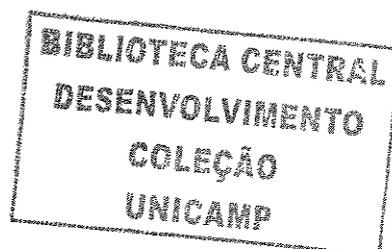
**O PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA EM ANDRADAS-MG**

ORIENTADOR: PROF. DR. MARCOS DE SOUZA QUEIROZ

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de Sônia Marina Martins de Oliveira Antunes

Prof. Dr. Marcos de Souza Queiroz

Orientador



SÔNIA MARINA MARTINS DE OLIVEIRA ANTUNES

**O PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA EM ANDRADAS-MG**

*Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas,
para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.*

ORIENTADOR: PROF. DR. MARCOS DE SOUZA QUEIROZ

CAMPINAS – SP

2004

JNIDADE BC
Nº CHAMADA UNICAMP
An89p
V _____ EX _____
TOMBO BCI 66651
PROC 16.4.00123.06
C _____
PREÇO 11,00
DATA 05/01/06
Nº CPD _____

Bib ID 374781

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

An89p

Antunes, Sônia Marina Martins de Oliveira
O Processo de desospitalização da reforma psiquiátrica em
Andradas - MG / Sônia Marina Martins de Oliveira Antunes.
Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Marcos de Souza Queiroz
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

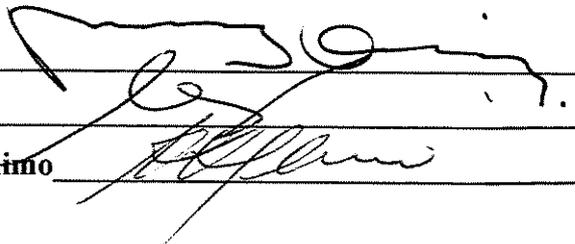
I. Saúde mental. I. Marcos de Souza Queiroz. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a) Prof.(a) Dr.(a) - Marcos de Souza Queiroz

Membros:

1. Prof. Dr. Marcos de Souza Queiroz
2. Profª. Drª. Vera Engler Cury
3. Profª. Drª. Antonieta Keiko Kakuda Shimo



**Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas**

Data: 28/01/2004

A DEUS, meu criador.

***Para a vovó Olga, e para minha mãe
Lúcia, com quem aprendo muito do
que não se ensina na academia.***

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos, Renato e Eduardo, pelos oportunos apelos de atenção e carinho.

Ao meu esposo Warlley, cujo incentivo, apoio e compreensão foram decisivos para a conclusão deste trabalho.

Meus sinceros agradecimentos ao Professor e Orientador, Marcos de Souza Queiroz que, me abrindo as portas ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, permitiu-me desenvolver esta pesquisa. Os resultados, aqui expressos, são frutos de sua segura orientação ao longo de nosso trabalho.

Agradeço intensamente aos colegas do Departamento de Enfermagem da FCM/Unicamp, pela viabilização institucional da pesquisa.

Agradeço a minha amiga Rosângela Higa, pela agradável acolhida em sua casa. Por algumas amizades inesquecíveis onde a paciência e a compreensão nos momentos mais difíceis fizeram com que a comunicação entre nós se tornasse num exercício permanente de aprendizagem.

À equipe multidisciplinar do Programa CAPS da cidade de Andradadas que participaram da pesquisa, pela confiança em mim depositada.

Exprimo meu profundo respeito à Banca Examinadora pela aceitação e interesse demonstrado em analisar este trabalho.

À minha irmã, Selma, por sua ajuda na estruturação final desse trabalho.

À CAPS, pela concessão de bolsa de estudo que tornou possível o desenvolvimento deste trabalho.

A todos aqueles que dedicam suas vidas na busca de novos conhecimentos.

O Constante Diálogo

*Há muitos diálogos
O diálogo com o ser amado
o semelhante
o diferente
o indiferente
o oposto
o adversário
o surdo-mudo
o possesso
o irracional
o vegetal
o mineral
o inominado
o diálogo contigo mesmo
com a noite
com os astros
os mortos
as idéias
o sonho
o passado
o futuro
Escolhe teu diálogo
e
tua melhor palavra
ou
teu melhor silêncio
Mesmo no silêncio
e com o silêncio dialogamos.*

(Carlos Drummond de Andrade)

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	v
LISTA DE ABREVIATURAS.....	vii
SUMÁRIO.....	viii
RESUMO.....	ix
ABSTRACT.....	x
1- INTRODUÇÃO.....	11
1.1- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA - DIMENSÃO TEÓRICA.....	18
1.1.1- A CONTEXTUALIZAÇÃO DO MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	18
1.1.2 - A IMPORTÂNCIA DA INTERDISCIPLINARIDADE.....	27
1.1.3 - A INFLUÊNCIA DO POSITIVISMO NA ERA MODERNA.....	32
1.1.4 - O CONTEXTO DO HOSPITAL CONTEMPORÂNEO.....	36
1.1.5 - O CONTEXTO HISTÓRICO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.....	40
1.1.6 - A ASSISTÊNCIA SOCIAL NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL.....	43
2- OBJETIVOS.....	49
OBJETIVO GERAL.....	49
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	49
3- REFERENCIAL TEÓRICO.....	50
3.1- AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	50
4- TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	58
4.1 -A NATUREZA DA PESQUISA.....	58
4.2 -O CONTEXTO DO ESTUDO.....	62
4.3 -SUJEITOS DA PESQUISA.....	64
4.4 -INSTRUMENTOS E OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS.....	65
4.5 -ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	68
4.6 -PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO DOS DADOS.....	69
5- ANÁLISES DOS DADOS.....	71
5.1- CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE DOENÇA MENTAL.....	72
5.2- SATISFAÇÃO COM O TRABALHO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL.....	76
5.3- ASPECTOS QUE ENVOLVEM A INTERDISCIPLINARIDADE NO TRABALHO DE EQUIPE.....	80
5.4- ASPECTOS QUE ENVOLVEM AUTONOMIA NO TRABALHO INTERDISCIPLINAR.....	88
5.5- DIFICULDADES (CONFLITOS) ENCONTRADAS NO TRABALHO INTERDISCIPLINARES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	92
5.6- A CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À HISTÓRIA DO MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	98
5.7- O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM MUDANÇA COM A DESOSPITALIZAÇÃO DO DOENTE MENTAL.....	102
5.8- O PAPEL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM RELAÇÃO A DESOSPITALIZAÇÃO.....	113
5.9- FATORES PREPONDERANTES QUE FAZEM QUE O SERVIÇO DÊ CERTO, E FATORES QUE DIFICULTAM O TRABALHO NO CAPS.....	117
6- CONCLUSÃO.....	123
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	132
8- APÊNDICES.....	141
APÊNDICE I.....	141
APÊNDICE II.....	142

LISTA DE ABREVIATURAS

AFDM	Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil
Capes	Coordenadoria de Apoio à Pesquisa e Ensino Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEPE	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CRM	Conselho Regional de Medicina
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
HD	Hospital Dia
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Pan-Americana de Saúde
PS	Profissional de Saúde
PUCC	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

LISTA DE QUADROS

	<i>PÁG.</i>
Quadro 1: Descrição dos Profissionais.....	65

RESUMO

O presente estudo consiste em analisar o processo de desospitalização, no interior da reforma psiquiátrica, em particular, as representações sociais dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência ao doente mental. Remete a uma análise histórica e conjuntural, partindo-se da hipótese de que se faz necessário repensar a intervenção institucional como um dos fatores determinantes no curso e prognóstico da doença mental. Envolve também a postura dos profissionais de saúde, o trabalho interdisciplinar e os fatores que permeiam estas práticas, pelos preceitos do novo paradigma de desinstitucionalização e da atenção em saúde mental. Optamos por um estudo de abordagem qualitativa, concentrada na compreensão das representações sociais evidenciadas na instituição sobre a assistência em saúde mental e os desafios impostos aos profissionais de saúde, que se empenham em promover a desospitalização do doente mental. Focalizamos o cotidiano institucional do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), um serviço municipalizado de Saúde Mental em Andradas-MG, utilizando-se para a coleta de dados entrevistas semi-estruturadas com todos os profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional da instituição e aceitaram em participar da pesquisa. Os resultados encontrados, a partir da análise dos dados, pontuam que a lógica manicomial ainda permeia as práticas cotidianas do CAPS e o tratamento do doente mental insere-se dentro da concepção hegemônica da Medicina, onde os profissionais de saúde tomam o diagnóstico psiquiátrico como referência para suas intervenções, além do baixo grau de conhecimento, que os profissionais apresentaram sobre o processo da reforma psiquiátrica. No entanto, apesar do baixo investimento governamental para a área de saúde mental do município, a redução do número de internações psiquiátricas, nos últimos tempos, apontam para uma direção favorável a desospitalização, onde a equipe consegue conduzir casos bastante complexos valendo-se apenas dos recursos existentes. Para os profissionais do CAPS – Andradas-MG, a finalidade primordial do programa refere-se à promoção da saúde do indivíduo, em adoecimento psíquico, e identificação de mecanismos que apontem para a conquista de uma melhor qualidade de vida.

Palavras Chave: saúde mental, desinstitucionalização, profissionais de saúde.

ABSTRACT

The present study consists of an analysis of out hospitalization at the center of psychiatric reform, in particular, the social ramifications on the healthcare professionals involved in the care of the mentally ill. It addresses a historical and “complete” analysis, beginning with the hypothesis that it is necessary to rethink institutional intervention as one of the determining factors in the course and prognostication of mental illness. It also involves the posture of healthcare professionals, interdisciplinary work, and the factors that permeate these practices, by the principle of the new paradigm of out institutionalization and care in mental health. A study with the qualitative approach was selected, concentrating on the social manifestations shown in the institution relating to mental health care and the challenges imposed on healthcare professionals, which concern themselves with promoting the out hospitalization of the mentally ill. A case study was performed, focusing on the institutional quotidian of CAPS (The Center for Psycho-Social Care), a municipal Mental Health service in Andradas, Minas Gerais, collecting data through semi-structured interviews with all of the healthcare professionals that make up the multidisciplinary team in the institution. The results encountered, beginning with the analysis of the data, point out that “asylum logic” still permeates the day to day practices at CAPS and the treatment of the mentally ill makes up a part of the hegemonic conception of Medicine, in which healthcare professionals reach a psychiatric diagnosis as a reference for their intervention; in addition to this that the professionals demonstrate a low level of knowledge regarding the process of psychiatric reform. Nevertheless, the low level of municipal government investment in the area of mental health and the recent reduction in the number of psychiatrists, point in a favorable direction to out hospitalization in which the team manages to deal with very complex cases making the most of the scarce resources available. For the professionals of CAPS – Andradas, the primary ends of the program focuses on the promotion of the health of the individual in psychiatric illnesses, and identification of the mechanisms that aid in the conquest of a better quality of life.

Key Words: mental health, out-institutionalization, health’s professionals .

1-INTRODUÇÃO

A partir de fatos decorrentes da própria história da psiquiatria, observa-se a instalação de uma cultura que associa a loucura às idéias de periculosidade e à conseqüente necessidade de exclusão. Com isso, muitos pacientes permaneceram internados em hospitais e asilos por vários anos. Durante a segunda metade do século XX, a assistência psiquiátrica passou e vem passando por profundas mudanças nos países ocidentais. Tais mudanças culminaram na reforma psiquiátrica que determinou o surgimento de novas práticas de assistência em saúde mental.

No Brasil, a Constituição de 1988 assegura o direito à saúde preconizando a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) caracterizado como um sistema democrático que leva em conta as necessidades da população e que possibilita o exercício do controle social sobre as políticas de saúde.

O SUS preconiza a universalização do acesso; integralidade da atenção; equidade; hierarquização dos serviços. O SUS configura-se a partir do processo de descentralização dos serviços e das ações de saúde visando, sobretudo, a municipalização. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, que detalha o funcionamento do Sistema (MERHY; QUEIROZ, 1993).

Com a estruturação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), na década de 80, e com a formação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, ocorreu uma transferência das responsabilidades de gestão dos serviços de saúde do Governo Federal para o Governo Estadual, permitindo uma efetiva descentralização administrativa (MERHY; QUEIROZ, 1993).

Segundo COCCO (1997) a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, teve significativa influência não somente na implantação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde – SUDS em 1987, como também em relação à nova Constituição Brasileira de 1988. Para a autora, um novo conceito de saúde foi incorporado na Constituição de 1988, que enfatiza seu aspecto social.

De acordo com DEGANI (1999) além da VIII Conferência de Saúde em 1986 a Conferência de Ottawa, realizada neste mesmo ano, também deu ênfase à promoção da saúde, para que fosse além das atividades já desenvolvidas, indicando: a paz; moradia; educação; salários; justiça social; entre outros, como requisitos indispensáveis para a saúde. Ressalta-se que o SUS trouxe importantes mudanças para o conceito de saúde ampliando o conceito referido pela Organização Mundial de Saúde – OMS.

O SUS foi implantado sob a lógica da descentralização municipalizante, com o objetivo de descentralizar as tarefas executivas no âmbito da ação curativa. A filosofia da municipalização foi efetivamente introduzida no Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social (1963-1965) do presidente João Goulart (BRASIL, 2003).

A descentralização é indicada como postulada capaz de reforçar os órgãos estaduais e municipais que receberão subsídios federais dentro de normas que variam em função da complexidade dos problemas sanitários locais; da escassez de recursos e da densidade demográfica. As ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos.

O processo de habilitação dos municípios compreende a responsabilidade de ações e serviços de saúde no âmbito local, com co-financiamento das três esferas de governo, conforme estabelece a NOB/96, que regula o atual processo de descentralização e demais atos legais (BRASIL, 2003).

Em 2001, 99% dos municípios brasileiros, encontravam-se habilitados em uma das duas condições de gestão estabelecidas pela Norma Operacional Básica – NOB/96. Do total dos municípios brasileiros 89% estavam na condição de Gestão Plena da Atenção Básica e 10% na Gestão Plena do Sistema. Apesar da Norma Operacional Básica datar de 1996, o processo de habilitação iniciou-se em 1998, ano em que 85% dos municípios aderiram à Norma, em ritmos diversificados entre as regiões brasileiras, que, conforme a condição de gestão, mostraram variações entre 75% de municípios habilitados, na região Norte, e 93% na região Centro-Oeste (BRASIL, 2003).

Os mecanismos de controle social, representados através dos conselhos municipais e estaduais de saúde, estão nacionalmente implantados, com presença em 99,9% dos municípios e na totalidade das Unidades da Federação. Cerca de 11% dos conselhos estaduais foram

criados antes mesmo da implantação do SUS, sendo que entre 1990 e 1993 o funcionamento deles passou para 85%, numa das mais importantes etapas da descentralização da saúde, que aconteceu graças ao impulso dado pela edição da Lei Orgânica da Saúde (1990) e da NOB/1996 (BRASIL, 2003).

A saúde mental também faz parte da transformação do modelo assistencial e da organização dos serviços de atenção em saúde, tendo como referências às diretrizes do SUS, que são políticas nacionais de saúde mental que compõem a rede de serviços substitutiva ao modelo hospitalar. A idéia de descentralização está associada a uma reorganização da rede assistencial em saúde, com extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos (ALVES, 1994).

De acordo com LUZ (1994) desde a segunda metade do século XIX, a sociedade brasileira começa a manifestar sua preocupação com a saúde coletiva brasileira. É neste período, também, que as preocupações com a saúde coletiva atingem seu auge em duas áreas da saúde pública: a área das epidemias, febre amarela; tifo; varíola; entre outras e a da loucura.

A história das políticas de saúde, no Brasil, mostra-nos pontualmente que a loucura é também um problema de saúde pública e estabelece um comparativo entre as epidemias e a loucura, afirmando, que ambas são doenças interclasses, que afetam e destrói contingentes de camadas sociais diversas, apesar de evidentemente, a incidência, tanto num caso, como no outro, ser de longe superior nas classes inferiores (LUZ, 1994).

A partir da década de 80 já se pensava numa reformulação no campo da assistência psiquiátrica no setor público nacional. Segundo VASCONCELOS (1995) não há dúvida de que a abertura política do país ofereceu aos serviços psiquiátricos a possibilidade de se estruturarem de forma diferenciada, com mecanismos de descentralização e co-gestão em sua organização, tendência esta de abertura reforçada com a criação do SUS.

A reforma psiquiátrica no Brasil constitui-se como a principal diretriz de ação para Coordenação da Saúde Mental do Ministério da Saúde e caracteriza-se como um conjunto de iniciativas sociais, que têm como principal objetivo transformar a relação da sociedade para com o doente mental. Ela se organiza nos princípios da desinstitucionalização, desospitalização e na garantia dos direitos de cidadania dos doentes mentais (BRASIL, 2001).

A nova política brasileira de saúde mental está baseada na reintegração dos portadores de transtornos mentais à sociedade com o tratamento fora dos hospitais e manicômios, e por isso busca a composição de uma rede de serviços substitutiva ao modelo hospitalar.

A reforma psiquiátrica tem provocado profundas transformações na política de saúde mental do país. Um aspecto fundamental, subjacente a esse projeto, é a concepção de uma nova prática assistencial, não mais centralizada no objeto doença mental, mas no objeto existência-sofrimento e sua relação com a reprodução sócio-cultural das pessoas (PELBART, 1989).

ROTELLI & AMARANTE (1992), ao contextualizarem a reforma psiquiátrica no Brasil, demonstram a importância dos movimentos sociais como determinantes do processo de desinstitucionalização.

Alguns destes movimentos ganham significativa importância no campo da saúde mental, como por exemplo, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), no Rio de Janeiro em 1978; o Encontro dos Trabalhadores de Saúde Mental de Bauru, em 1987, assumindo o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, e no qual emergiu a idéia de instituir o “Dia Nacional da Luta Antimanicomial”; a intervenção, pela Prefeitura de Santos, na Casa de Saúde Anchieta em 1989. No campo prático estes movimentos promovem a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização. De certa forma, estes movimentos não implicam apenas num processo de desospitalização, mas num processo de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas (AMARANTE, 1995).

A partir de tais acontecimentos, surge a formulação e a mobilização pela aprovação do Projeto de lei Paulo Delgado, o qual propõe a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico, e prescreve a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, com sua substituição por outras modalidades assistenciais (AMARANTE, 1995).

O Projeto de Lei Federal do deputado Paulo Delgado possibilitou muitas discussões sobre a loucura e estimulou a elaboração de projetos de lei complementares em vários estados e municípios. Após 12 anos de tramitação no Congresso, tal projeto foi aprovado, sendo a Lei nº 10.216 sancionada, pelo então presidente da República Fernando Henrique Cardoso (BRASIL, 2001). Esta Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

A lei 10.216 proíbe, em todo o Brasil, a construção de novos hospitais psiquiátricos e a contratação pelo serviço público de leitos e unidades particulares deste tipo; estabelece que os tratamentos devem ser realizados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental e ter como finalidade primordial a reinserção social do doente mental em seu meio. A internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde a prevalência de transtornos mentais, na população geral do Brasil, está em torno de 20%. Os transtornos mentais ocorrem de acordo com a seguinte distribuição: os transtornos severos e persistentes que necessitam de atendimento contínuo estão em torno de 3%, os transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas estão em torno de 6%, 12% apontam para o percentual estimado da população que necessita de atendimento psiquiátrico contínuo ou eventual e 1,4% da população sofre de epilepsia, que utilizam também estes serviços. (BRASIL, 2001).

Segundo o DATASUS/ MS (2002) são gastos anualmente no Brasil 579 milhões de reais com a saúde mental, sendo que deste total 466 milhões de reais são destinados ao pagamento de diárias hospitalares. Do orçamento anual do SUS, 2,3% são destinados à saúde mental. Pela ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2001) o percentual satisfatório seria de pelo menos 5% dos gastos totais com saúde. Segundo a OMS há uma tendência de crescimento dos quadros de sofrimento psíquico no mundo, especialmente aqueles ligados à crise urbana, violência, desemprego e outros fatores culturais e socioeconômicos.

Com o fenômeno da desospitalização, surgem novos serviços, que referenciam o novo modelo de atendimento das pessoas com problemas psiquiátricos, denominados de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Hospitais-Dia. Estes serviços são caracterizados como estruturas intermediárias entre a internação integral e a vida comunitária; são impulsionados pelos projetos de reforma psiquiátrica que vêm sendo implementados em grande parte dos Estados Brasileiros. Importantes indícios apontam para a transformação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil, ao lado de algumas dificuldades, verificam-se mudanças significativas em vários municípios brasileiros, que demonstram a viabilidade da implantação e a ampliação destes serviços.

Atualmente, o Brasil possui 244 hospitais psiquiátricos conveniados com o SUS. No período de 1996 a 2002 observou-se um declínio no número de leitos psiquiátricos no Brasil, na ordem de 24%. Em 1996, o número era 72.514 leitos psiquiátricos e em 2002 este número foi reduzido para 55.069 leitos. Simultaneamente, ocorreu a ampliação dos serviços de atenção diária (CAPS) na ordem de 175%, sendo que em 1996 havia 154 CAPS e em 2002 este número cresceu para 424 CAPS. Em relação à distribuição dos leitos psiquiátricos, há fortes disparidades regionais, com maior concentração de leitos nas capitais dos Estados e nas regiões do país economicamente mais desenvolvidas (BRASIL, 2001).

Como destacam PITTA *et al.* (1995), as iniciativas de reestruturação da assistência na área de saúde mental ainda se apresentam de forma isolada, prevalecendo um excesso de leitos psiquiátricos concentrados em algumas regiões do país, com uma hegemônica característica asilo-manicomial, com baixo investimento em tecnologias modernas e adequadas ao cuidado em assistência psiquiátrica.

Este estudo constitui-se, em refletir sobre a questão da saúde mental e mais especificamente, o processo da reforma psiquiátrica no Brasil. O interesse inicial nesta pesquisa surge em um momento de minha vida profissional no qual convergem as experiências da formação acadêmica em Serviço Social e a da minha atuação profissional na área da saúde mental, a saber, num Centro de Atenção Psicossocial.

Ter trabalhado na área da saúde mental, permitiu-me fazer uma análise interna da experiência obtida, como participante do processo da reforma psiquiátrica, não apenas como observadora externa, isenta. Permitiu-me, sobretudo observar os aspectos, sob meu ponto de vista, positivos, e os negativos da reforma psiquiátrica, e constatar, por exemplo, as implicações que os profissionais de saúde têm com a instituição loucura.

A formação em Serviço Social possibilitou-me perceber a importância da reflexão na formação do ser humano, e mais ainda, do cidadão. Forneceu-me ainda o instrumental necessário para pensar as questões que envolvem a saúde e o social, refletir e buscar, se possível, algumas contribuições para seu fortalecimento, reflexões estas da qual este trabalho constitui um primeiro resultado.

O novo paradigma da saúde mental introduziu novas práticas, gerando a reformulação nos modos de pensar a loucura, a instituição e o social, ele propõe uma ruptura com o modelo

de tratamento hospitalocêntrico, e exige que os profissionais de saúde estejam preparados e comprometidos com as questões da saúde mental e reconheça seu papel político, sua função educativa e, sobretudo, sua análise crítica da realidade.

GOLDBERG (1996) ressalta que o projeto CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, foi o ponto mais típico na assistência psiquiátrica no Brasil, caracterizado como um ponto de referência, indispensável à caminhada da reforma psiquiátrica, sendo um novo lugar de tratamento especializado, de acolhimento, de proximidade, onde os exercícios da liberdade e da cidadania determinam o modo de andar da clínica da loucura.

O CAPS constitui-se como um serviço, que contém múltiplos níveis de atenção, devendo proporcionar alternativas terapêuticas e preventivistas às diferentes demandas, não acolhe, somente, psicóticos agudos ou crônicos em fase aguda como ocorre nos serviços hospitalares, mas focaliza, principalmente, variados processos psíquicos de sofrimento mental e perda de autonomia. Proporciona uma postura terapêutica que tem o paciente como figura central. A sua referência teórica mais ampla refere-se à questão de desconstrução da lógica manicomial e construção de novas lógicas que respeitem as diferentes fases do adoecer psíquico (GOLDBERG, 1996).

No decorrer do tempo, e de acordo com os diferentes contextos históricos, percebe-se, que a doença mental foi produzida pela construção de um saber teórico, que de certa maneira aprisionou, catalogou e medicalizou indivíduos com manifestações existenciais diferenciadas em nossa sociedade.

A reforma psiquiátrica tem introduzido outros componentes, que buscam o desenvolvimento de novas tecnologias, que reagem contra a cultura manicomial ainda presente na Saúde Mental. O problema desta pesquisa centra-se no fato de a Saúde mental ter estado fortemente envolvida com o modelo de tratamento hospitalocêntrico, que assimilou a visão unilateral da monocausalidade dos distúrbios mentais, conduzida a uma progressiva desvalorização e limitação do papel do profissional de saúde. Sabe-se que essa reformulação, que contempla o novo paradigma da assistência em saúde mental, tem apresentado desafios aos profissionais de saúde, que se empenham em promover a desospitalização do doente mental.

1.1 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA - DIMENSÃO TEÓRICA

1.1.1 - A Contextualização do Movimento da Reforma Psiquiátrica

No mundo antigo, e ainda na Idade Média a prática era aprisionar os insensatos, os que perturbassem a ordem da razão, caracterizava-se mais a uma exclusão genérica do que uma segregação institucionalizada. O “louco” era alvo de um certo temor e, portanto, a sua exclusão se dava a outras situações de precariedade comum, preconizava-se e discriminava-se não só os loucos, mas também outras formas de miséria, todos aqueles que subvertiam a ordem pública (pobres, velhos, inválidos, mendigos, segmentos da população, que não se enquadravam na categoria de elementos a quem se podia aplicar castigo público) (BARROS, 1994).

Reservavam-se, a esses grupos, estabelecimentos apropriados onde os “incapazes” eram submetidos ao trabalho forçado, visando corrigir o “vício ou o pecado” da ociosidade (trabalho com caráter de sanção e controle moral). A internação, portanto significaria uma medida econômica, e claro, uma precaução social, um evento decisivo para conter os desprovidos da razão, incapazes para o trabalho e inaptos à integração social.

FOUCAULT (1972) nos mostra que, desde a Idade Média, a prática do confinamento foi uma constante na cultura ocidental. A lepra foi um dos maiores exemplos dessa prática. Ocorrida na era medieval, a exclusão parecia ser uma forma de ação política, e até mítica, adotada pelo cristianismo para lidar com os perturbadores da ordem. Os excluídos eram uma espécie de “bode expiatório” do pecado original, como se o sofrimento de uns fosse necessário para a purificação da humanidade.

Foi na metade do século XVII, que algumas instituições tornaram-se asilos reservados apenas aos loucos, e estes se transformaram em objeto de trabalho da medicina. Nesse sentido, o internamento passou a ser uma medida de caráter médico. As práticas “terapêuticas” consistiam na vigilância e nas correções dos delírios, seguidas por condutas apoiadas na sanção a todas as manifestações de desvios da conduta normal. Nesse contexto amplo, competia ao médico controlar moralmente estes indivíduos. A origem do asilo e a constituição do saber médico são tidas como resultados do movimento de transformações sociais e

institucionais ocorrido na Europa em fins do século XVIII, e manifestado pela reclusão de todas as figuras do “desatino” (FOUCAULT, 1972).

O saber médico utilizava-se de diversas ações de tratamento, algumas extremamente perversas, mas legitimadas enquanto procedimentos terapêuticos necessários. Em certos momentos, tais técnicas, levaram os chamados “loucos” a situações penosas, com as mais diversas privações materiais, simbólicas, extinguindo completamente sua cidadania (FOUCAULT, 1972).

O marco da concretização da Psiquiatria deu-se com Pinel, em 1792, que utilizou a noção de que o “louco” deveria ser submetido a um tratamento (LUIS, 2000).

O século XVII consolidou uma revolução intelectual resultante da continuação da visão do mundo surgida no Renascimento, que deu origem ao saber denominado de ciências naturais. A partir de então, formou-se a idéia de que o conhecimento só seria científico quando obtido por intermédio do método científico. Os principais responsáveis pela revolução no conhecimento foram: Galileu, Descartes, Bacon e Newton (LUIS, 2000).

Os conhecimentos nascidos nesse período irão se incorporar ao movimento intelectual chamado Iluminismo, que se espalhará por grande parte da Europa (influenciando também a América), e que terá efeitos profundos no pensamento do homem e no desenrolar de suas ações. Este período será apresentado mais detalhadamente nos próximos capítulos (LUIS, 2000).

Apoiado neste contexto e com as reformas políticas e sociais ocorridas na Europa, no final do século XVIII, o asilo deixa de ser o local onde o louco apenas espera a morte, e se transforma num local de observação, de controle e normas dirigidas ao louco, como espaço de tratamento e cura da alienação mental (FOUCAULT, 1972).

A influência direta do Iluminismo forneceu a idéia de que o insano possuía um determinado erro, logo, o indivíduo possuía um erro da razão. Descartes, um dos símbolos maiores de tal mentalidade Iluminista, já apresentava a loucura ao lado dos sonhos e de todas as formas de erro (FOUCAULT, 1972).

Assim, podemos dizer que o movimento Iluminista considerava, que o desenvolvimento da razão traria a certeza do progresso a toda humanidade, e instruiria o homem em suas relações com outros homens e com a natureza.

Reconhecida como alienação, a loucura passa a ser considerada como uma especialidade médica. FOUCAULT (1972) afirma que o médico delimita a loucura não porque a conhece, mas porque a domina. Surge o conceito de doença mental, a cura desta doença, e as instituições para esta ação.

No final do século XIX, a Psiquiatria constituiu-se como uma disciplina médica, sendo o objeto da psiquiatria o corpo, bem como as seguintes práticas para ele dirigidas: malarioterapia, insulino-terapia, lobotomia e eletroconvulsio-terapia, dentre outras. Nesta corrente, é do olhar externo, do saber médico que se originam o diagnóstico e o tratamento do doente (ROCHA, 1994).

Segundo SILVA FILHO (1990, p.86):

“A psiquiatria é um saber medicamente institucionalizado e constituído a partir do momento em que a loucura vira um objeto para o conhecimento humano e adquire, então, o estatuto de doença mental. Doença adjetivada, portanto específica, que requer um saber médico específico, técnicas e métodos também específicos”.

Em relação à Psiquiatria ortodoxa podemos afirmar que suas formas terapêuticas, caracterizam-se como insensíveis e inadequadas, uma vez que não estabelecem qualquer possibilidade de aproximação com o indivíduo a ser tratado (BASAGLIA, 1985).

BASAGLIA (1985) nos chama atenção para o fato de que a relação com o paciente exige considerá-lo independentemente daquilo que pode ser o rótulo que o define. Partimos deste pressuposto para compreendermos como a velha psiquiatria relegou, aprisionou e excluiu esse doente, para o qual pensava não existirem meios e nem instrumentos de cura.

O confinamento dos ditos insanos torna-se uma prática constante na Era Moderna, e de certo modo, sem querer afirmar que antes desta época não houvesse, mas que agora seria legitimado e justificado pela luz da razão, caracterizaria um tratamento e não somente uma forma de punir e excluir, mas também traria alívio ao sofrimento destes indivíduos (FOUCAULT, 1972).

A Psiquiatria chamada de alienismo foi a primeira especialização da medicina a se constituir em um campo do próprio saber, e que se engendrou como uma medicina especial, como sintetizou AMARANTE (1994), a utilização da disciplina seria conveniente para o tratamento moral, e todos os aspectos que compõem a instituição asilar concorrem para este fim.

A concepção da Psiquiatria em relação à loucura não foi preponderante ao longo de sua história. Por diversas vezes, a medicina resgata suas origens organicistas, que gera conflitos, até o presente momento. No entanto, o modelo asilar e a noção de erro da razão propagar-se-ão quase como uma constante em toda a história da psiquiatria. Técnicas e ideologias diferenciadas e novos profissionais emergirão no universo da loucura.

A exclusão do louco no asilo permaneceu por um longo tempo, o que levou à construção de asilos por toda a Europa, na América do norte e também no Brasil, e somente no século XX esta instituição começará a ser questionada e transformada.

Foi no início do século XX que Freud (1856-1939), instaura a teoria do inconsciente, uma nova visão acerca do homem, e cria uma nova perspectiva à maneira de se achar os estados alterados da consciência, demonstrando, que a questão não era descrever as doenças, mas compreender os doentes (LUIS, 2000).

De alguma forma, o modelo médico positivista é rompido. A principal desestabilização que a psicanálise provoca no saber médico racionalista é a retirada da visão de “loucura” como erro da razão. É criada uma alterabilidade no sistema psíquico, ou seja, o homem não é apenas consciente, existe um mundo irracional que o próprio sujeito não conhece, mas que exerce poder sobre ele, o inconsciente (LUIS, 2000).

Desta forma, a partir do século XX, sob a influência da psicanálise, a psiquiatria mudou de orientação e a doença mental passou a ter causas psíquicas, tornou-se uma patologia do psiquismo, e o paciente tornou-se um sujeito, com uma problemática individual a ser ouvido. A partir daí a Psiquiatria tornou-se psicoterápica (ROCHA, 1994).

O trabalho de Freud foi inovador a respeito de tudo o que havia sido dito sobre a loucura até o momento. Sua teoria levou ao entendimento que a loucura se expressava em linguagem própria a ser ouvida, pois possuía um sentido que podia ser interpretado (LUIS, 2000).

É importante ressaltar que no início, a instituição asilar surgiu como parte integrante de um cenário histórico, visto na época com grande otimismo, mas que na verdade teria se transformado no que GOFFMAN (1974) definiu como “instituição total”, que mostrou um poder coercitivo e disciplinador muito mais preocupado na preservação de sua ordem do que no problema do paciente. O autor salienta em sua obra, que determinadas instituições funcionavam como depósitos, sendo um híbrido social, parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal, residindo aí seu especial interesse sociológico. Para GOFFMAN (1974), “*nossa sociedade, são as estufas para mudar pessoas, cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu*”. ROCHA (1994) referencia este fato, e afirma que o objetivo era quase sempre corrigir os internos, aproximando-os de um padrão ideal.

Em meados do século XX, surgiram propostas alternativas em relação aos manicômios. Nasce, em 1959, um movimento cultural denominado antipsiquiatria, que tinha como principais precursores David Cooper, Ronald Laing e Aaron Esterson. O principal argumento da antipsiquiatria era o combate ao conceito de doença mental, colocando-o em xeque (RODINESCO, 1986).

Caracterizado como um movimento contestador da Psiquiatria como teoria e prática exclusivamente médico-repressivas, o movimento percorre vários países, com o intuito de dissolver a barreira entre assistentes e assistidos, dissolver reclusão e repressão, promover liberdade com responsabilidade, liberdade para pensar e agir de acordo com o próprio biorritmo, incluindo, porém a prática de discussão em grupo, envolvendo toda conduta transgressiva. As formas mais exaltadas do movimento pareciam elogiar a loucura como forma eficaz de protesto contra a alienação social (RODINESCO, 1986).

FOUCAULT (1972) já havia demonstrado que o conceito de doença mental foi criado a partir da medicalização de um fenômeno não médico, à priori: a loucura. Por conseguinte, David Cooper propõe entender a loucura como a história de uma “viagem”, de uma situação, e não como uma doença. A partir daí surge a concepção prática de permitir ao “doente” viver a experiência da loucura.

Segundo LAING (1967) esta “viagem”, denominada de metanóia, seria uma viagem interior, que a doença mental representa, constituindo a única maneira de escapar à ação alienante da sociedade.

Algumas experiências, mais tarde, viriam contribuir com o movimento antipsiquiátrico. A psiquiatria na Itália teve semelhança com o movimento, estabelecendo outra formulação da antipsiquiatria, que é essencialmente a de Franco Basaglia, ou seja, uma formulação política: “*Agora é a sociedade que está na berlinda, ela é que constitui o flagelo essencial, é a ela que temos que abater*” (BOSSEUR, 1976).

Em 1960, inicia-se uma experiência na cidade italiana de Gorizia que forneceria as bases do movimento político denominado “Psiquiatria Democrática”. Situado como um movimento revolucionário e influenciado pelos pensamentos marxistas, Basaglia denuncia o pavoroso estado dos hospitais psiquiátricos italianos, estendendo sua crítica à instituição psiquiátrica em geral. Há uma radicalização e revolução de sua prática, e afirma que é hora de se dizer fim às hierarquias de uma equipe tradicional psiquiátrica e à própria instituição, ou seja, a negação do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria, para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social (ROTELLI *et al.*, 1990).

É feita uma importante análise a respeito das instituições sociais, por BASAGLIA (1985, p.101), revelando a violência e a exclusão que essas promovem:

“Família, escola, fábrica, universidade, hospital: instituições que repousam sobre uma nítida divisão de funções, através da divisão do trabalho (servo e senhor, professor e aluno, empregador e empregado, médico e doente, organizador e organizado). Isto significa que o que caracteriza as instituições é a nítida divisão entre os que têm o poder e os que não o tem. De onde se pode ainda deduzir que a subdivisão das funções se traduz uma relação de opressão e de violência entre o poder e não-poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro”.

Ao enfatizar sua crítica em cima dos pressupostos que sustentavam a instituição manicomial, BASAGLIA (1985) demonstrava, que o problema da doença mental diz respeito

à relação de poder em nossa sociedade, e tende a coincidir com uma temática política, e afirma ser a história recente (e, em parte atual) de uma sociedade organizada a partir da divisão radical entre os que têm (os donos no sentido real, concreto) e os que não têm, da qual resulta a subdivisão mistificadora entre o bom e o mau, o são e o doente, o respeitável e o não-respeitável. Dentro dessa dimensão as posições ainda são claras e precisas: a autoridade paterna é opressiva e arbitrária; a escola se baseia na ameaça e na vingança; o empregador explora o trabalhador; o manicômio destrói o doente mental.

A principal tendência da psiquiatria italiana era a plena convicção que a causa da doença mental nunca foi encontrada no biológico. Basaglia recusava a causalidade simplesmente biológica, e afirma que os comportamentos dos doentes mentais seriam resultantes de uma série de fatores.

Ao analisar a crise do sistema psiquiátrico, enquanto sistema científico e enquanto sistema institucional, BASAGLIA (1985, p.103) esclarece que:

“(...) desde que nos conscientizamos do significado desse campo específico, particular, em que atuamos, ele vem sendo desestruturado e questionado. Isso significa que, em contato com a realidade institucional, em nítida contradição com as teorias técnico-científicas, evidenciaram-se elementos que remetem a mecanismos estranhos à doença e sua cura. Diante de uma tal constatação, era impossível evitar a crise das teorias científicas sobre o conceito de doença, assim como das instituições sobre as quais elas fundam suas ações terapêuticas”.

O movimento psiquiátrico italiano propõe uma ruptura com a especialização científica em benefício de uma aproximação com a clientela, e de um rompimento com saberes instituídos (BARROS, 1994).

Segundo BASAGLIA (1985), foi a ciência que afirmou, de uma parte, que o doente mental deveria ser considerado o resultado de uma alteração biológica mais ou menos indefinida, diante da qual não havia nada a fazer se não, aceitar docilmente sua diferença relativamente à norma. É daí que decorre a ação exclusivamente tutelar das instituições

psiquiátricas, expressão direta da impotência de uma disciplina, que diante da doença mental, limitou-se, de certo modo, a defini-la, catalogá-la e geri-la.

Por sua vez, Basaglia não negava o sofrimento psíquico e não se alinhava ao lado dos que defendiam permitir ao doente “viver” sua loucura. O momento do sofrimento é um momento de desespero e de pedidos de ajuda, é um momento onde é necessário intervir. Por isto a substituição do “curar” pelo “cuidar”, que significa, inclusive, ocupar-se aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente, e que ao mesmo tempo se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, *et al.*, 1990).

Ao mesmo tempo, Basaglia demonstra que sem as instituições tradicionais da Psiquiatria pode existir uma rede de atenção que pode oferecer e produzir, ao mesmo tempo, cuidados e novas formas de sociabilidade e subjetividade para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica (ROTELLI & AMARANTE, 1992).

Propondo a desconstrução do aparato manicomial, é iniciado nos anos 70, a experiência de Trieste, com a idéia de desativar o espaço interno do hospital enquanto espaço segregador, propondo uma mudança na relação entre a comunidade e a loucura. Basaglia e sua equipe já concebiam a idéia que o principal fator de exclusão era a comunidade, que rejeitava a convivência com o sujeito considerado louco (ROTELLI, *et al.*, 1990).

O discurso do movimento em Trieste deixou para trás a pura e simples negação da instituição, para pensar num uso mínimo dela, agora vista como necessária, mas sob outros paradigmas que não somente os médico-científicos (ROTELLI, *et al.* 1990).

Segundo BASAGLIA (1985), seria possível construir novas formas de assistência, em que sendo o louco acima de tudo um cidadão, teria ele direito inclusive a receber uma assistência de fato, uma assistência real ao seu sofrimento, não aquela falsa da tutela psiquiátrica, da invalidação e seqüestro.

Houve no Brasil, importante interesse pela experiência da Psiquiatria Italiana, e mais precisamente por aquela que vem sendo desenvolvida desde 1971 na cidade de Trieste, que se consolida como um projeto de caráter desafiador com relação ao sistema hospitalar hegemônico, com experiências sólidas e bem definidas.

A esse respeito, ROTELLI & AMARANTE (1992, p.42) referem que:

“Esse interesse é comprovado através de significativas experiências que estão sendo desenvolvidas em alguns serviços, instituições ou ainda municípios, onde tem sido esta a linha prático-teórica mais importante a orientar a condução da política assistencial. Podemos pensar as hipóteses de que esse interesse seja devido, por um lado, à definitiva consolidação prático-teórica do trabalho psiquiátrico de Trieste (consolidação esta colocada em dúvida após a morte de Basaglia, em 1980, pois eram poucas as expectativas de vários segmentos do campo psiquiátrico de que isso não ocorresse na ausência do principal mentor e líder) e, por outro lado, à constatação prática da limitação dos modelos psiquiátricos clássicos, ou ainda nos de base preventivista, hegemônicos como modelos de reforma, que alcançaram poucos resultados na qualificação da assistência aos problemas relacionados à saúde mental e na luta pela extinção/superação das instituições psiquiátricas totalitárias”.

O interesse pela reforma psiquiátrica não foi apenas no campo psiquiátrico. Ela assume características distintas em cada país, e sua ênfase está pautada em um processo de mudança que envolve, basicamente, a diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos e o desenvolvimento de uma rede de serviços psiquiátricos na comunidade, composta por equipes interdisciplinares, capazes de responder às demandas dos pacientes e seus familiares.

FAGUNDES (1998), em uma revisão da literatura internacional, demonstra que a alocação de pacientes cronicamente institucionalizados em programas comunitários é um componente central das políticas de saúde mental de diversos países, como Inglaterra, Canadá, Espanha e alguns estados dos EUA. Estudos, realizados na Inglaterra e nos EUA, demonstram que é possível o atendimento de pacientes cronicamente enfermos nos serviços comunitários, com resultados superiores ao tratamento hospitalar, desde que haja um planejamento prévio e criterioso, análise das especificidades locais, além de um conjunto de cuidados que contemplem as peculiaridades da clientela para a quem o programa se destina.

A partir da década de 80 intensificam no Brasil, debates a respeito do tema. Há um intenso movimento crítico à Psiquiatria hospitalar, com grande influência da Psiquiatria Democrática Italiana, porém com características próprias.

No campo prático, os movimentos sociais deste período, promovem a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização. De certa forma, estes movimentos não implicam apenas num processo de desospitalização, mas num processo de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas.

Deste modo, a aprovação da Lei 10.216, sancionada em abril de 2001, significou um importante avanço. Os movimentos sociais, no campo da saúde mental, vêm contribuindo de forma decisiva para o crescimento da consciência crítica quanto à atual situação psiquiátrica brasileira, favorecendo a ampliação do debate sobre o pensamento antimanicomial, não apenas entre técnicos e usuários, mas também entre vários segmentos da sociedade civil brasileira (ROTELLI & AMARANTE, 1992).

Sendo assim, a organização extra-hospitalar do sistema assistencial e a luta em favor da cidadania da pessoa, com transtorno mental, demonstram um fato histórico. Com a implementação de serviços substitutivos de atenção à saúde mental, abrem-se perspectivas positivas no tratamento do doente mental e trazem avanços nas discussões relacionadas às questões acerca da saúde mental. A esta intensa mobilização teórica e prática, legislativa e assistencial, política e técnica, têm se dado o nome de Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica, que esboça o processo de reforço da adesão social ao novo paradigma proposto pelo campo da saúde mental.

1.1.2 - A IMPORTÂNCIA DA INTERDISCIPLINARIDADE

No panorama dessa nova realidade, que vem sendo construída no campo da saúde, em particular na saúde mental, é de fundamental importância refletir sobre questões que envolvam a interdisciplinaridade. Nos dias atuais, a mesma se faz necessária, para os profissionais das mais diferentes áreas e níveis de conhecimentos. Podemos dizer que a interdisciplinaridade forma a base teórica, para analisarmos as transformações ocorridas na Saúde Mental.

O processo de reforma psiquiátrica, que vem ocorrendo no Brasil e em vários países, implica numa profunda mudança, paradigmática, permeada pela proposta de

desinstitucionalização. Nesse sentido, o paradigma da desinstitucionalização conduz o profissional de saúde a novas práticas em saúde mental e abre perspectivas enriquecedoras de práticas interdisciplinares.

O sentido interativo, que existe na interdisciplinaridade, visa resgatar o diálogo entre a inteligência do homem e a realidade do mundo. Este sentido 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).

Como já referenciamos, a visão cartesiana contempla em absoluto a fragmentação das disciplinas, concentrando-se na operação lógica do conhecimento e no pensador solitário, que são as características próprias de uma racionalidade unilateral e abstrata. No entanto, no limiar do século XXI, a postura individualizada não se sustenta mais na atividade científica, que por tanto séculos, se desenvolveu aprisionada dentro dos parâmetros estreitos do que se convencionou denominar: disciplina.

Segundo SANTOS FILHO (1999, p.19):

“(...) o sentido moderno da palavra ”disciplinaridade” (...) é produto do século XIX, e está ligado a várias forças: a evolução das ciências sociais modernas, a “cientificação” geral do conhecimento, a revolução industrial, o avanço tecnológico e a revolução agrária”

A interdisciplinaridade tem sido uma preocupação permanente na história do Ocidente, tendo suas raízes na Grécia Antiga, nas idéias de Platão e Aristóteles. Sabemos que ao longo da história, ora predomina a busca por um saber unitário, de visão global de universo, através de uma ciência unificadora, ora a tendência é a especialização do saber e a fragmentação e compartimentalização das disciplinas do conhecimento (SANTOS FILHO, 1999).

Dentre as transformações sociais ocorridas com a Revolução Industrial, podemos dizer que o surgimento das especializações foi um marco da modernidade, que deu início à

hegemonia do conhecimento especializado, sobre o conhecimento generalista ou interdisciplinar (CARVALHO, 2002).

Apesar de a especialização em todas as áreas do conhecimento ser reconhecida como um progresso, a disciplinarização passou a receber fortes críticas. A crescente separação das disciplinas científicas e a proliferação do conhecimento especializado levaram a despreocupação com questões gerais, tornando cada vez mais difícil a compreensão do todo.

A idéia de interdisciplinaridade remete-nos a entender que o conhecimento não é estabelecido como definitivo e acabado, mas provisório e inacabado, visto que, nesta perspectiva ninguém é dono da verdade, mas adiciona ao processo de trabalho reflexões e críticas, e a verdade passa a ser construída pela multiplicidade de opiniões num trabalho interdisciplinar.

Segundo MORIN (1996, p. 52):

“(...) 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”.

Para Edgar Morin, a atividade científica se depara atualmente com a idéia de complexidade, propondo-nos a “epistemologia da complexidade”, na qual a rigidez da lógica clássica é substituída pela dialógica, e o conhecimento da integração das partes num todo é completado pelo reconhecimento da integração do todo no interior das partes. Isto nos alerta para a importância vital da contextualização.

MORIN (1996), afirma que os “hiperespecialistas” são pretensos conhecedores, mas de fato praticantes de uma inteligência cega, posto que parcelar e abstrata, evitando a globalidade e a contextualização dos problemas.

Interessados em discutir a interdisciplinaridade, no âmbito da educação, os educadores defendem um projeto interdisciplinar de trabalho, criticando a compartimentalização do saber.

Ao responder adequadamente às demandas do mundo do trabalho e da vida social, a pedagogia sempre esteve calcada na concepção moderna da ciência.

Em outras palavras KUENZER (2000, p. 35) afirma que:

“(...) a seleção e organização dos conteúdos sempre foi regida por uma concepção positivista de ciência, fundada na lógica formal, onde cada objeto do conhecimento origina especialidade que desenvolve sua própria epistemologia e se automatiza, quer das demais especialidades, quer das relações sociais e produtivas concretas. Concebidos desta forma, os diferentes ramos da ciência deram origem a propostas curriculares que organizam rigidamente as áreas de conteúdos, tanto no que diz respeito à seleção dos assuntos quanto ao seu sequenciamento, intra e extradisciplinares”.

Segundo JAPIASSÚ (1976, p. 23):

“O prefixo “inter”, dentre várias conotações que podemos lhe atribuir, tem o significado de troca, reciprocidade e disciplina, de ensino, instrução, ciência. Logo, a interdisciplinaridade pode ser compreendida como um ato de troca, de reciprocidade entre as disciplinas ou ciências, ou melhor, de áreas do conhecimento”.

CASTORIADES (1987), trabalhando sobre a situação do saber científico na contemporaneidade, destaca a importância da interrogação filosófica para todas as ciências, as quais passam hoje por uma situação de crise generalizada necessitando de uma reflexão profunda sobre suas categorias, sobre a relação com seus objetos, e sobre o saber que é gerado.

Neste sentido, o autor questiona a separação absoluta entre ciência e filosofia (e vice-versa), separação esta que impede a compreensão das problemáticas internas, do enraizamento histórico e principalmente da função social do saber científico; modelo de racionalidade técnica, cujos perigos assustam a humanidade neste final de século.

Este processo de interação e comunicação, enquanto filosofia, deve ser uma convicção que pressupõe colaboração e não dominação ou arbitrariedade de uma disciplina sobre outras (CARVALHO, 2002). Neste sentido SANTOMÉ (1998, p. 79) enfatiza que:

“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”.

Convergindo com a proposta deste estudo, utilizamos a proposta de MORIN (2001) na área de educação que elucida, que a missão da reforma do ensino é transmitir não o mero saber, mas uma cultura que permita compreender nossa condição e nos ajude a viver e que favoreça, ao mesmo tempo, um modo de pensar aberto e livre.

No atual momento histórico, a sociedade reflete e discute sobre os novos paradigmas, onde é possível ampliar a concepção científica, tornando-a mais totalizante, integralizadora, holística e interdisciplinar do conhecimento humano.

Neste contexto, o modelo de atenção à saúde, é alvo de reflexões dirigidas a multiplicidade de práticas sociais vinculadas às diferentes profissões da área da saúde. MORIN (2001) diz que o paradigma vigente não dimensiona o ser em cuidado, perde a dimensão cuidadora, e por isso reforça a doença.

Em relação à interdisciplinaridade em saúde mental, SILVA e FONSECA (1995) esclarecem que repensar a interdisciplinaridade na assistência à saúde mental não se limita a repensar a forma com que isto tem se dado, mas, além disso, busca analisar a sua essência, ou seja, as bases conceituais sobre as quais tem sido construído o conhecimento que embasa a prática interdisciplinar, e que em última instância, traduz a visão de mundo que permeia o modelo de atenção instituído.

A determinação do papel profissional pode interferir na conduta terapêutica e na aproximação com o doente mental, o que pode gerar a impossibilidade de expansão e a definição de uma prática profissional limitada, sendo o discurso dissociado da prática (MACÊDO; JORGE, 2000).

É importante ressaltarmos que muito se produziu intelectualmente em relação ao processo de reforma psiquiátrica no Brasil, o que nos permite analisar as transformações sociais ocorridas no campo da saúde mental. Por outro lado, pouco se tem pensado sobre as experiências no âmbito do cuidado propriamente dito, na dimensão da integralidade e das ações em saúde, neste espaço de intervenção. Vale dizer, que muitos estudos produzidos sobre

os novos serviços constituídos após o movimento de reforma psiquiátrica ainda são empíricos e carregados de idealismo.

1.1.3 – A INFLUÊNCIA DO POSITIVISMO NA ERA MODERNA

Segundo KUHN (1978), a palavra paradigma sugere que certos exemplos da prática científica estão ligados a uma referência cultural mais ampla. Segundo seu conceito, o paradigma funcionaria como uma lente, que permite ordenar e configurar certos fatos de uma realidade que, em si mesma, é infinita.

KUHN (1978), afirma que a “ciência normal” não teria por finalidade produzir conhecimento novo, mas apenas concentrar suas investigações no óbvio determinado pelo paradigma dominante no campo científico. Assim, o desenvolvimento real da ciência ocorre apenas em circunstâncias raras e especiais, quando o paradigma entra num estágio de crise profunda é quando um novo paradigma é proposto.

Deste modo, um mesmo objeto observado sobre o olhar de dois paradigmas apresenta aspectos diferentes, ao ponto no qual fatos observados num desses paradigmas podem ser inexistentes ou invisíveis ao outro (QUEIROZ, 1986).

A supremacia da razão humana sobre a natureza reforçava o racionalismo científico. Este paradigma se caracteriza por idealizar uma realidade, ou melhor, uma concepção de mundo mecânica, determinista, composta por “peças” menores que se conectam de modo preciso. Tal concepção de mundo teve um grande impacto no desenvolvimento de todas as disciplinas científicas.

Renée Descartes, considerado, nos tempos atuais, como o pai do moderno racionalismo científico, considerava que os mesmos princípios do método científico do mundo físico se aplicariam ao campo biomédico, pensando o corpo como máquina, e a doença surge como um “distúrbio de um dos componentes da máquina humana”. A medicina passa a controlar o conhecimento das leis que operam esta máquina, buscando intervir e prevenir possíveis danos. Nesta época, Descartes decretava a incompatibilidade absoluta entre a loucura e o pensamento (CAPRA, 1982).

Neste contexto, QUEIROZ (1986) comenta que a partir da Revolução Industrial, em meados do século XVIII, ocorreu uma ruptura fundamental entre a saúde e a medicina, que veio acompanhada também da ruptura entre corpo e mente, o eu, outra pessoa e contexto, relações econômicas e comunitárias, dentro de um mundo em intenso processo de burocratização. Refere ainda que esse processo permitiu cada vez menos situar a doença entre a biografia individual e o mundo social, fator esse que, no nosso entender, explica a impossibilidade da medicina científica, então emergente, compreender um número muito grande de doenças da atualidade.

Conhecida neste período como “medicina hospitalar”, decorrente da Revolução Industrial e do processo de urbanização, esta medicina classificava estados patológicos, dentro de um sistema de doenças que pretendia ser objetivo, no qual o paciente se tornava meramente um caso. Em tal situação, a doença deixou de ser considerada um distúrbio, envolvendo uma totalidade biológica inserida num contexto sócio-cultural. Ela passou a ser diagnosticada tendo em vista exclusivamente a correlação objetiva de sintomas, sendo considerado irrelevante o registro dos sentimentos e das sensações subjetivas do paciente a respeito da sua doença (QUEIROZ, 1986).

A partir do século XVII com a racionalidade das ciências naturais, a loucura insere-se num novo espaço, conforme as novas normas da naturalização da doença, no campo da racionalidade, no qual se define, se cataloga, se enumera a doença em fenômenos observáveis: os sintomas, que servem para conhecer seu gênero e sua espécie. A loucura começa a romper seu parentesco com o mal, para poder ter seu lugar na categorização de doença, e esta se define na racionalidade da natureza (OLIVEIRA, 2002).

O paradigma ora em questão inclui a crença de que o método científico é a única abordagem válida do conhecimento, a concepção do universo como um sistema mecânico composto de unidades materiais elementares; a concepção da vida em sociedade como uma luta competitiva pela existência; e a crença do progresso material ilimitado, a ser alcançado através do crescimento econômico e tecnológico.

Nas décadas mais recentes, concluiu-se que todas essas idéias e esses valores estão seriamente limitados e necessitam de uma revisão radical. Para CAPRA (1982), a nossa cultura orgulha-se de ser científica, nossa época é apontada como a era científica. Ela é

dominada pelo pensamento racional, e o conhecimento científico é freqüentemente considerado a única espécie aceitável de conhecimento. Essa atitude, conhecida como cientificismo, é muito difundida, e impregna nosso sistema educacional e todas as outras instituições sociais e políticas (CAPRA, 1982).

A racionalidade científica moderna concede ao homem cientista uma noção de garantir o controle dos acontecimentos, um poder manipulador na natureza, como elementos indispensáveis na intervenção transformadora do mundo. Para CAPRA (1982, p53):

“A crença na certeza do conhecimento científico está na própria base da filosofia cartesiana e em sua visão de mundo derivada, e foi aí, nessa premissa fundamental, que Descartes errou. A Física do século XX mostra-nos convincentemente que não existe verdade absoluta em ciência, que todos os conceitos e teorias são limitados. A crença cartesiana na verdade infalível da ciência, ainda é, hoje, muito difundida e reflete-se no cientificismo que se tornou típico de nossa cultura ocidental. O método de pensamento analítico de Descartes e sua concepção mecanicista da natureza influenciaram todos os ramos da ciência moderna e podem ainda hoje ser muito úteis. Mas só serão verdadeiramente úteis se suas limitações forem reconhecidas (...).”

WEBER (1970, p.30) faz uma profunda avaliação a respeito do racionalismo ocidental, que se transformou em ideologia e estabeleceu uma série de preconceitos etnocêntricos com relação às outras formas de entendimento da realidade:

“A intelectualização e a racionalização crescentes não equivalem, portanto, a um conhecimento geral progressivo e interligado acerca das condições em que vivemos. Significam, antes, que sabemos ou acreditamos que, a qualquer momento, poderíamos, bastando que o quiséssemos, provar que não existe, em princípio, nenhum poder misterioso que interfira com o curso de nossa vida; em uma palavra, que podemos dominar tudo por meio da previsão. Equivale

isso a despojar de magia o mundo, deixá-lo como uma massa manipulável e não tendo outra utilidade senão sua exploração econômica. Os fatos e fenômenos que escapam aos limites do previsível são ou desprezados, ou posto de lado à espera de que um aperfeiçoamento do modelo científico os venha explicar, mas sempre dentro dos pressupostos deterministas básicos aceitos”.

O paradigma mecanicista tem exercido grande influência na área da saúde, especialmente na Medicina. Os valores humanistas são vistos com extrema frieza e o paciente é considerado um “objeto” de estudo, cultuando a figura do especialista, a mercantilização da saúde, e um profundo desprezo pelos aspectos psicológicos da doença. O nosso progresso, conforme define CAPRA (1982), foi uma questão predominantemente racional e intelectual, e essa evolução unilateral atingiu um estágio alarmante, uma situação tão paradoxal que beira a insanidade.

Assim, para QUEIROZ (1986), o desenvolvimento do paradigma positivista configurou-se, historicamente, a ponto de dominar a percepção médica sobre saúde, doença e terapêutica, e como consequência essa percepção deixou de compreender um amplo aspecto da realidade, ocasionando uma crise profunda no sistema médico moderno, não só da sua prática como também do seu saber.

Segundo este mesmo autor, esse processo permitiu, cada vez menos, situar a doença entre a biografia individual e o mundo social, fator esse que, no nosso entender, explica a impossibilidade da medicina científica compreender um número muito grande de doenças da atualidade.

De acordo com BARROS (1994), a lógica causal do modelo científico naturalista reduz drasticamente a complexidade humana, simplifica-a para torná-la manipulável dentro do método. Ocorre uma objetivação sistemática, que retira do indivíduo sua possibilidade de ser sujeito de sua experiência corporal.

Percebe-se, no entanto, que a construção de um quadro tecnicista e individualista, que leva ao descrédito valores humanistas tem como causa fundamental uma visão de mundo

montada a partir de valores e referenciais mecanicistas e o enraizamento deste paradigma dificulta a aceitação de outras formas de compreender o mundo além da visão cientificista.

No sistema médico atual, a permanência constante deste paradigma está relacionada à formação acadêmica dando ênfase na especialização, provocando quase o desaparecimento da figura do clínico geral e levando à fragmentação extrema das áreas médicas em superespecializações, levando os pacientes a se sentirem perdidos e alienados diante da frieza técnica e da ausência freqüente de uma visão global do seu estado.

Assim para QUEIROZ (1986, p313):

“O desenvolvimento da medicina ocidental moderna tem sido visto como um processo pelo qual o paciente perde a sua integridade e consciência social e cultural de si mesmo e se torna um objeto de manipulação”.

As conseqüências de uma visão de mundo mecanicista são extraordinariamente nocivas em termos de vida humana, que ao buscar atender aos interesses em grande parte dos poderes econômicos e políticos da elite, permite apenas ver uma parte ínfima da realidade social.

Desta forma, o mal estar de nossa civilização tem estimulado uma notável tentativa de se construir uma visão mais humana da realidade. Nessa perspectiva, a reflexão sobre as questões da saúde mental, configurada ao paradigma humanista que emerge, inicia-se pela construção de um modelo científico que se baseia no conceito de relação, que é muito mais amplo, como o usado pela ciência moderna. Já não são somente as partes constituintes de um corpo ou de um objeto que são de fundamental importância para a compreensão da natureza desse objeto, mas o modo como se expressa todo esse objeto, e como ele se insere em seu meio.

1.1.4- O CONTEXTO DO HOSPITAL CONTEMPORÂNEO

Na Idade média, o hospital contemplava o espaço das missões de penitência e misericórdia. Socorriam gratuitamente os doentes e moribundos com atendimentos sob enfoque religioso, com missão essencialmente espiritual. A partir do século XVIII, com a incorporação do cientificismo à medicina, o hospital torna-se um lugar de tratamento e

recuperação, mas, somente na metade do século XX, com a produção dos quimioterápicos e de equipamentos, adquire características e missões novas, próprias do hospital contemporâneo (RIBEIRO, 1993).

Segundo FOUCAULT (1988), as mudanças no ambiente hospitalar, foram no sentido de se tornar mais um local obrigatório de aprendizagem do saber médico, uma exigência de caráter científico que trouxe a disciplinarização do conhecimento médico.

Apesar das várias reformulações que o ambiente hospitalar sofreu nos últimos anos, ele ainda continua sendo um local de segregação social, destinado quase sempre a internações de pobres. Neste sentido, QUEIROZ (1986) esclarece que diante da revolução mercantil do século XVII, a medicina passou a valorizar o lucro e o domínio da natureza se tornando intervencionista (em oposição às noções então prevalentes de harmonia e equilíbrio). A medicina enfatiza uma relação individual e solitária entre médico e paciente (em congruência com a ideologia individualista do tempo), e acentua a etiologia individualista da doença (compatibilidade com o puritanismo então vigente).

SCHRAIBER (1989) considera o hospital um aparelho formador de profissionais em permanente qualificação, ele simultaneamente qualifica e avaliza tecnologias, que são produtos industriais, mercadorias, tornando-se um local privilegiado, onde tanto as tecnologias como outras mercadorias, principalmente as de maior valor de uso e conseqüentemente de troca, podem ser vendidas, dentre elas, o trabalho.

FOUCAULT (1988), nos lembra que a medicina científica, nascida em fins do século XVIII, é uma medicina social, centrada no coletivo, umbilicalmente ligada à economia capitalista, penetrando nas relações de mercado, mediante uma tecnologia própria, “uma tecnologia do corpo social”. O controle da sociedade sobre os indivíduos ter-se-ia dado mais pelo nível biológico do que pelo nível da consciência, da ideologia, visto que, o primeiro objeto socializado foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. Nesse sentido, a medicina social assim construída é uma estratégia biopolítica de controle da força de trabalho, conduzida pelo Estado Capitalista.

Para RIBEIRO (1993), a reprodução do capital é a principal característica do hospital contemporâneo. Além de recuperar a força de trabalho e devolvê-la ao mercado, o hospital contemporâneo reproduz, de outro modo, o capital. A incorporação e o uso de tecnologias

implicam em investimentos e custos elevados, cujo retorno ampliado é obrigatório no hospital lucrativo.

No hospital estatal, não é diferente, sua missão essencial é recuperar a força de trabalho adoecida, sendo um lugar de venda e consumo de mercadorias, especialmente de um tipo especial de mercadoria: as tecnologias médicas. Essa missão, por sua vez, ganha cada vez mais proeminência, na medida em que a clientela hospitalar torna-se, prevalentemente, idosa e excluída do mercado de trabalho, e o tratamento de suas doenças sendo, em si mesmo, meios de reprodução do capital (RIBEIRO, 1993).

Segundo PITTA (1990), adoecer nesta sociedade significa deixar de produzir, e, portanto passa a ser vergonhoso para o indivíduo que, deve ser ocultado e excluído, até porque dificulta que outros familiares e amigos, também produzam. O hospital perfaz este papel, recuperando quando possível e devolvendo sempre, com ou sem culpa, o doente a sua situação anterior.

As inovações tecnológicas agregadas a equipamentos, permitem compreender com maior profundidade fenômenos fisiológicos e patológicos. São as tecnologias que facilitam o discurso grandiloquente da revolução tecnológica na prática da medicina e seu positivismo (RIBEIRO, 1993).

Todo o trabalho hospitalar se assenta, hoje, primordialmente, em tecnologias de equipamentos, cada vez mais complexos. A incorporação dessas tecnologias teve como consequência visível a modificação na prática da medicina, onde o médico tornou-se um especialista, um tecnólogo. O cuidado agora é intermediado por equipamentos que exige a presença obrigatória da assistência do especialista, que muitas vezes não conhece a pessoa do doente.

Há uma grande influência da incorporação das tecnologias sobre as práticas médicas. O uso das tecnologias é determinado por interesses imediatos e externos, mediante uma pressão por parte de produtores e vendedores de medicamentos e equipamentos sobre os médicos e a sociedade.

A medicina ocidental necessita recuperar, na sua prática, a dimensão equilibrada e próxima das causas reais que envolvem a saúde e a doença em seres humanos. Segundo QUEIROZ (1986), a recuperação dessa dimensão significa permitir à medicina um

desempenho com maior autonomia das forças e interesses políticos, econômicos e ideológicos da sociedade. Significa em poder manter certa distância das influências sociais mais imediatas.

Em relação ao plano do campo econômico, essas influências, segundo QUEIROZ (1986), ocorrem à medida que as indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares ou ainda as mantenedoras de hospitais privados influenciam a prática médica, e direcionam linhas de investigação, e de produção de conhecimentos. No plano político, as influências se manifestam pelos interesses de manutenção do poder da profissão médica isolada ou em conjunção com interesses de classe, prevalecem organizando tanto a prática como o saber médico no sentido de manutenção do “*status quo*”. E finalmente ocorrem no plano ideológico na medida em que o mito da excelência tecnológica, ou seja, a crença de que problemas humanos podem quase sempre ser resolvidos por uma solução técnica se reproduz na prática e no saber médico sem compatibilidade com o “*ethos*” da sociedade industrial capitalista.

Ao analisar o indivíduo numa sociedade de classes, BOLTANSKY (1979), considera que a percepção do corpo e a consciência de suas alterações variam segundo os indivíduos e sua inserção na sociedade.

As classes e camadas mais privilegiadas costumam cuidar de seus corpos com mais atenção, alertas às manifestações inabituais. As mais pobres acabam aceitando como habituais o que já se constituem sintomas e sinais patológicos. O recurso ao médico e o consumo de medicamentos estão ligados a uma estrutura de classes através do uso do corpo, e da medicina científica, que têm sobre o corpo um controle ideológico quase absoluto. O reconhecimento tardio de muitas doenças está subordinado à precariedade das condições sociais e à dificuldade do acesso aos serviços de saúde (BOLTANSKY, 1979). Neste contexto, a idéia de saúde aliena-se do indivíduo e deixa-se apropriar pelo meio social, via capacidade de trabalho, exatamente de modo contrário ao que ocorre nas camadas sociais superiores.

Como explica QUEIROZ (1986), ideologicamente falando, os problemas de saúde dos seres humanos estão implícitos nos aspectos sociológicos, além dos biológicos. É necessário, portanto, uma articulação desses aspectos para a construção social do saber e da prática médica. De acordo com o autor:

“(...) essa postura está, evidentemente, relacionada com a construção de uma medicina mais influenciada pelo pensamento e metodologia científica e menos influenciada pelas forças primárias que organizam a sociedade capitalista” (QUEIROZ, 1986, p.316).

No contexto da saúde mental, vimos historicamente que, durante a metade do século XVII, foram criados em toda a Europa estabelecimentos destinados a internar os loucos e outras categorias sociais. Com a função de “hospedaria”, os Hospitais Gerais e Santas Casas abrigavam toda a espécie de pessoas marginalizadas, porém com o objetivo somente de excluí-los visando manter a ordem pública (MACÊDO JORGE, 2000).

O contexto da segunda metade do século XVIII permitiu que vários estudiosos em psiquiatria se aprimorassem com relação à assistência ao doente mental. Embora continuasse preso em grades, sem medicamentos e tratamento adequado, o “louco” passou a ter uma representação no desenvolvimento e na prática psiquiátrica.

Embora com finalidades semelhantes a da Igreja, destinadas ao tratamento dos pobres, essas instituições, atuavam de forma mais repressora e menos assistenciais. A miséria neste contexto está relacionada à desordem e, conseqüentemente à loucura. A esse respeito FOUCAULT (1972, p.53) esclarece que:

“Nestas instituições também se vêm misturar, muitas vezes não sem conflitos, os velhos privilégios da igreja na assistência aos pobres e nos ritos da hospitalidade; a preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever de caridade e a vontade de punir; toda uma prática equívoca cujo sentido é necessário isolar (...)”.

1.1.5 - O CONTEXTO HISTÓRICO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

O fato de não existirem hospitais exclusivos para atender aos doentes mentais, no século XVIII, demonstrava a condição indigna e degradante na qual os loucos eram inseridos nestas instituições. Porém, havia tentativas de melhorar o modelo de internamento, para que o indivíduo permanecesse internado, e a loucura deveria tornar-se um fato concreto. De alguma

forma o louco seria reintegrado à sociedade, mas sujeito à sanção penal caso perturbasse a ordem pública.

A assistência ao doente mental ganha valor terapêutico quando a loucura absorve característica de doença. Com o surgimento das instituições denominadas de asilos, percebe-se, pela primeira vez, que a loucura como doença e alienação mental recebe tratamento através do internamento no qual a liberdade é organizada (MACÊDO, JORGE, 2000).

O espaço institucional asilar do século XIX, não ofereceu neutralidade na observação, no diagnóstico e na terapia, e continuou sendo um instrumento de acusação, julgamento e condenação para o indivíduo doente mental e a punição ainda era realizada.

Em relação ao asilo do final do século XIX, Cabanis¹ *apud* FOUCAULT (1972, p. 436) descreve:

“(...) seu símbolo visível, se encontram não mais na corrente-restrição absoluta e punitiva, que sempre “mata as partes que prende”, mas naquilo que ia tornar-se a famosa camisola, esse “colete estreito de brim ou lona forte que amarra e prende os “braços” e que deve incomodar tanto mais quanto mais violentos forem os movimentos feitos (...)”.

O início do século XX parece ser o período em que mais ocorreram críticas em relação ao modelo institucional de assistência asilar. Essas iniciativas criticavam a exclusão psiquiátrica que este modelo impunha. A exemplo disso, surgiram os primeiros movimentos sociais neste processo, o movimento de Higiene Mental, nos Estados Unidos e os ambulatórios de Saúde Mental, na França (LUIS, 2000).

É importante ressaltar, que no século XX, o processo de críticas ao modelo asilar intensificou-se, não se delimitava somente aos estabelecimentos psiquiátricos e incluía também outras instituições de custódia.

Numa perspectiva sociológica, Erving Goffman realizou um importante trabalho estudando as instituições, detendo-se naquelas que dificultam o contato dos internos com o mundo externo. Em sua obra *Manicômios, Prisões e Conventos*, GOFFMAN (1974),

¹ CABANIS, P. J. G. M. *Euvres philosophiques*. Paris: 1956.

denomina essas instituições de “instituições totais”, referindo-se às prisões, quartéis e conventos, entre elas, inclui também o hospital psiquiátrico. Seu principal interesse era chegar a uma versão sociológica da estrutura do eu.

QUEIROZ & CANESQUI (1986), analisam os estudos de Goffman que dizem que o lugar do doente é organizado, nestas instituições, em função de uma lógica que beneficia a própria ordem institucional. As “instituições totais” são organizadas hierárquica e burocraticamente, com características de manipulação e coerção. Seu processo de estratégia opressiva realiza-se por meio da ideologia custodial, dos ritos de iniciação, das cerimônias e da violência (expressa ou velada) da administração.

Os processos pelos quais o eu das pessoas é “mortificado”, são relativamente padronizados nas “instituições totais”. Esses processos visam, de um lado, a perda da identidade do internado, ou seja, a perda da sua identidade anterior, tais como o uso obrigatório de uniformes, a raspagem da cabeça e a perda do nome em favor de um número; e por outro lado, à conformidade com o novo papel de doente. Qualquer comportamento do doente mental dentro da instituição é interpretado pela equipe dirigente como sinal de patologia, e que seria considerado normal se o doente não estivesse inserido neste contexto (QUEIROZ & CANESQUI, 1986).

GOFFMAN (1974, p. 24), afirma que:

“(...) as instituições totais criam e mantêm um tipo específico de tensão entre o mundo doméstico do internado e o mundo institucional, e usam essa tensão persistente como uma força estratégica no controle dos internos”.

O internado descobre que perdeu alguns dos papéis em virtude da barreira que o separa do mundo externo. Além de impedir a saída dos internos, essas instituições mantêm controle sobre eles, e são obrigados a desempenhar atividades e passar por situações cujas conseqüências simbólicas são incompatíveis com sua concepção do eu. Nestas instituições, os doentes mentais não podem impedir que os visitantes os vejam em circunstâncias humilhantes. Um exemplo desse extremo é o fato de que um doente mental autodestrutivo fique nu, e supostamente para a sua proteção é colocado numa sala de luz constantemente acesa, e que, por uma “janelinha”, pode ser visto por quem passa pela enfermaria (GOFFMAN, 1974).

GOFFMAN (1974) assinala que as pessoas chegam às “instituições totais” com graus diferentes de doença mental, mas as situações são semelhantes a todos. O paciente não é totalmente resultado da doença, mas associado também à sua interação com o ambiente hospitalar.

A falta de direitos dos internos dificilmente permitirá a reconstrução do eu. Segundo GOFFMAN (1974), o indivíduo ao ser admitido numa “instituição total”, é despido de sua aparência usual, e os serviços provocam desfiguração pessoal. As indignidades de fala e ação exigidas do internado correspondem às indignidades de tratamento que os outros lhe dão, e acabam por não se sentirem facilmente humilhados, porque já foram despojados do mínimo de dignidade que alguém precisa possuir para sentir-se aviltado.

De acordo com o exposto a respeito dos hospitais psiquiátricos, situado em cada momento histórico, vimos que existe praticamente um consenso em relação ao autoritarismo, revelado no tratamento destinado aos doentes mentais. São caracterizadas instituições totalitárias, pois estabelecem relações de submissão e violência, imersas num círculo vicioso, atingindo todos os envolvidos (equipe administrativa, terapêutico-assistencial e pacientes), gerando sofrimento, principalmente para o enfermo, por ser o elemento mais vulnerável (LUIS, 2000).

1.1.6- A Assistência Social no contexto da Saúde Mental

1.1.6.1 - O movimento de higiene mental e a formalização do Serviço Social

O movimento de higiene mental tem suas raízes psiquiátricas surgidas em meados do século XIX, na Europa, mas, somente no início do século XX, nos Estados Unidos, que ele se constitui, contando com tentáculos em vários países. Interessa aqui focalizar este momento, porque o contexto de formalização da profissão de Serviço Social, em particular o Serviço Social Psiquiátrico, nos Estados Unidos, na segunda década do século XX, coincide geográfica e temporalmente com o processo de constituição e expansão do movimento de higiene mental (VASCONCELOS, 2000).

A ampla difusão do movimento de higiene mental aconteceu nos países do Ocidente, por intermédio do qual a psiquiatria visou ampliar seu foco e intervir no espaço social mais

amplo através de medidas diretamente normatizantes, eugênicas e racistas (COSTA, 1980; PORTER, 1987).

O movimento de higiene mental propunha uma mudança interna e profunda na dinâmica teórica no campo da psiquiatria. Em 1857, é publicado o *Traité des dégénérescences*, de Morel, afirmando que as degenerescências constituiriam desvios doentios em relação ao tipo normal da humanidade e eram transmitidas hereditariamente (VASCONCELOS, 2000).

A historiografia do Serviço Social localiza-se na virada do século XX, nos Estados Unidos, tendo duas correntes de trabalho: a do Settlement Movement, movimento de residências sociais, que reivindicavam um papel mais ativo do Estado nas questões sociais, e a das Charity Organization Societies, que se caracterizava por uma prática assistencial de concessão de auxílios, predominantemente individuais, por organizações caritativas (VASCONCELOS, 2000).

O movimento das Charity Organization Societies, cuja principal expoente foi Mary Richmond, se caracterizava de forma racionalizada, científica e integrada, por meio da adoção dos princípios de divisão de trabalho e coordenação de agências utilizadas pelo próprio setor empresarial, que as financiava, visando evitar a duplicação de esforços, a distribuição desigual, ineficiente e ineficaz dos recursos, bem como produzir a correta identificação do merecedor, e do indigno de receber o auxílio (VASCONCELOS, 2000).

Segundo BASTOS (1988), o movimento das Charity Organization Societies, foi o que prevaleceu no período de formalização da profissão do Serviço Social nos Estados Unidos. O autor aponta que este movimento tinha alguns requisitos a mais que contribuíram para isto, ele possuía um caráter mais conservador, que o aliava a uma onda de conservadorismo no país no período, em detrimento da ideologia “social-democrata” do Settlement Movement. Outro fator que contribuiu foi a aliança mais sólida do Charity Organization Societies com as agências privadas que davam suporte financeiro, e seus interesses econômicos e políticos, que implicavam em uma abordagem mais conservadora na formação dos assistentes sociais.

Segundo Silva² (1993) *apud* VASCONCELOS (2000), as práticas de “after-care” desenvolveram em várias cidades, mas principalmente em Nova York, quando Adolf Meyer, o

² SILVA, M. L.C. *Psychiatric social work – da higiene mental à psicanálise*. Rio de Janeiro, PUC-RJ. Dissertação de Mestrado em Serviço Social, 1993.

psiquiatra mais influente do país na época, diretor do Pathological Institute, começou a perceber a importância do meio ambiente do paciente e do conjunto de sua personalidade para a compreensão da doença mental. Para tanto, trabalhadores sociais da época foram mobilizados no sentido de coletar dados sociais, econômicos, hereditários, físicos, familiares, mentais e emocionais dos pacientes. O Serviço Social psiquiátrico surge, nos Estados Unidos, neste contexto, no início do século XX, configurado nos cuidados pós-hospitalares (after-care), concomitante ao movimento de higiene mental.

No início do século XX, os temas da degenerescência hereditária são amplamente difundidos entre os psiquiatras brasileiros. A psiquiatria higienista, no Brasil, esteve ativa desde a década de 20, contando inclusive com representantes no Congresso Nacional, defendendo a idéia de que as doenças hereditárias deveriam ser tratadas e prevenidas mediante medidas eugênicas, entretanto, não tiveram muito sucesso nas primeiras tentativas de passar peças legislativas consideradas essenciais para a “eugenização” do país (VASCONCELOS, 2000).

Segundo COSTA (1980, p. 60):

“a crença que os psiquiatras tinham na verdade da eugenia não era um mero produto de suas convicções objetivas, a eugenia baseava-se em fundamentos racionais. Todo o corpo teórico da Psiquiatria organicista caucionava as esperanças eugênicas.”

Desta forma, para os psiquiatras higienistas, o alcoolismo deveria ser tratado como doença hereditária, pois, o número de “alcoólatras degenerados” aumentaria progressivamente, caso não se pudesse controlar sua prole. Para a doença mental, também transmitida hereditariamente, a única prevenção logicamente possível era o extermínio físico ou a esterilização sexual dos indivíduos doentes (COSTA, 1989).

Segundo VASCONCELOS (2000), no Brasil, as primeiras escolas de Serviço Social foram formadas na década de 30. Embora ainda não identificado pela literatura e historiografia do Serviço Social brasileiro, as primeiras escolas tanto no Rio de Janeiro como em São Paulo são marcadas pela ação do movimento de higiene mental, em relação ao qual o Serviço Social católico se aliou, numa relação de complementaridade, de tensão acerca de temas específicos e

de demarcação de áreas de competência. Para o autor o que chama mais atenção nessa complementaridade era o volume de disciplinas e conteúdos claramente identificados com temáticas colocadas pelo movimento de higiene mental. Segundo SPOSATI (1988), na escola paulista de 1936, os médicos fizeram exigências para uma racionalização das práticas do Serviço Social.

Outros autores como IAMAMOTO & CARVALHO (1993) enfatizam que as primeiras escolas de Serviço Social foram criadas sob a influência da Igreja católica brasileira e latino-americana, por intermédio do seu movimento laico, mais precisamente a Ação Social e a Ação Católica, em um projeto de recristianização da sociedade, mas tendo como foco central a família. Este movimento teve forte interesse do empresariado, no sentido de uma lógica assistencial, moralizadora e reajustadora da família, vinculada ao processo de reprodução da força de trabalho.

No Brasil, o Serviço Social iniciou sua inserção no campo da saúde mental em 1932. Ao contrário dos Estados Unidos, que já nos primeiros anos do século XX, constituíram a prática do *casework* e *aftercare* no hospital psiquiátrico, o Serviço Social brasileiro inseriu-se no campo da saúde mental por meio dos Centros de Orientação Infantil (COI) e dos Centros de orientação Juvenil (COJ), diretamente influenciados pelo modelo proposto pelos higienistas, naquele contexto (VASCONCELOS, 2000).

O primeiro serviço deste tipo foi criado no Rio de Janeiro, denominada de Clínica de Eufrenia, pela Prefeitura, a partir de um convênio celebrado com a Liga Brasileira de Higiene Mental. A pretensão era a criação de uma “clínica de hábitos”, com a divulgação das técnicas de higiene mental entre o setor da educação. O conceito de “eufrenia” proposto pelos higienistas constituía-se no estudo que teria por fim assegurar a boa formação do psiquismo. (SCHECHTMAN, 1981).

1.1.6.2 – Atuação do Serviço Social no Centro de Atenção Psicossocial

Um dos objetivos da reforma psiquiátrica brasileira é a organização extra-hospitalar do sistema assistencial ao doente mental, que está vinculada ao princípio da atenção psicossocial integrada e a interdisciplinaridade dos serviços. Pelo novo paradigma da saúde mental, a

proposta de intervenção profissional está no espaço social mais amplo do doente mental e visa objetos muito mais específicos do que os antigos modelos totalizadores. Segundo VASCONCELOS (1997, p.143):

“A integração buscada centra-se, hoje, principalmente no objetivo histórico de revisão dos paradigmas que reduziram e aprisionaram a loucura como objeto de um saber exclusivamente médico e a superação das formas assistenciais segregadoras, dentro do sistema público de saúde, e que desrespeitam a cidadania do louco”.

No contexto da desinstitucionalização há um esforço para estabelecer essas novas práticas, a partir da constituição da equipe multiprofissional, estruturada sob uma perspectiva interdisciplinar. Para o profissional de saúde implica na produção de um novo estilo de trabalho, que acolha o doente mental como sujeito com nome, com história de vida, um jeito próprio de encarar a si mesmo e de relacionar-se com as outras pessoas.

De acordo com PITTA (1996, p.9):

“(...) os profissionais envolvidos com a proposta de desinstitucionalização procuram abordar a problemática da reinserção social como uma ética de solidariedade que facilite os sujeitos com transtornos mentais severos e persistentes, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica, que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade”.

No entanto, a assunção de uma posição constantemente reflexiva e autocrítica por parte dos profissionais, embora altamente desejável, não é fácil de ser adotado no cotidiano da instituição. É importante ressaltar que o trabalho com a clientela que geralmente frequenta os serviços de saúde mental, como o CAPS, exige dos profissionais que os acompanham, um esforço significativo para lidar com frustrações, com expectativas imediatistas, para aceitar limites em sua própria atuação e reconhecer diferenças entre as pessoas (SARACENO, 1991).

Historicamente, a posição atribuída pelo assistente social na área da saúde mental, permeava a prática do assistencialismo, chamados a serem meros avaliadores da situação

social dos usuários do sistema e distribuidores de pequenos benefícios. O papel do assistente social emerge no contexto da desinstitucionalização, centrando-se na compreensão do paciente psiquiátrico, como um indivíduo que tem papéis significativos no contexto familiar, social e de trabalho e que passa a enfrentar mudanças em sua vida a partir do momento do transtorno mental.

Os projetos de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial favoreceram uma reorganização no processo de trabalho do assistente social. Relatos de experiência e pesquisas que reconstituíram a trajetória que marcou a desinstitucionalização e a implementação dos serviços-dia, mostram que o papel do assistente social é de uma maior inserção nas atividades de assistência direta, sobretudo nas equipes em que o processo de trabalho foi reorganizado sob um enfoque interdisciplinar. Desta forma, o que era atribuição específica do assistente social passa a ser compartilhado com outros profissionais, ampliando assim sua atuação (VASCONCELOS, 1997).

Sob a ótica da interdisciplinaridade, em que não há uma rígida definição de funções e papéis correspondentes a formação original do profissional, ampliou-se a participação do assistente social na condução dos projetos terapêuticos individuais, e particularmente, nas modalidades de atendimento grupais, bem como na coordenação de grupos terapêuticos.

Em alguns serviços que adotaram a estratégia de “*case management*”, ou equipe de referência, os assistentes sociais tornaram-se técnicos de referência, o que representa assumir o gerenciamento do projeto terapêutico. Nestes casos, as atribuições podem estender-se das atividades desenvolvidas no interior do serviço às que envolvem o cuidado extramuros e domiciliar, que incluem a realização do acompanhamento terapêutico (VASCONCELOS, 1997, CAMPOS, 1999).

Neste sentido, a experiência do CAPS é ilustrativa nesta conformação, pois, o trabalho do assistente social é assumido como agente terapêutico envolvido com a concepção, a realização e a reflexão sobre o tratamento proposto aos usuários, destes então, chamados novos serviços de atenção ao doente mental.

2 -OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

Avaliar o processo de desospitalização no interior da reforma psiquiátrica no município de Andradas-MG.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar as representações sociais dos profissionais de saúde do programa CAPS³ do município de Andradas-MG, sob os seguintes aspectos:

- 1- As condições de trabalho, inclusive o trabalho interdisciplinar,
- 2- Os benefícios para o paciente e a eficácia do tratamento,
- 3- As dificuldades e obstáculos enfrentados no dia-a-dia,
- 4- As críticas ao sistema e ao modelo de desospitalização.

³ Adotaremos a palavra CAPS para denominar o Centro de Atenção Psicossocial como parte integrante do Programa de Saúde Mental do município de Andradas - MG

3 – REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 - As Representações Sociais

Desde a proposta original, apresentada no anteprojeto de pesquisa, bem como a formulação do problema, este trabalho vem sendo caracterizado por uma construção flexível, que preocupou a não se limitar em questões pré-definidas. Procuramos descrever, de acordo com a formulação do problema, a situação em toda sua extensão, dentro de uma perspectiva de interação entre pesquisador, sujeitos, teorias e a realidade estudada. Todos os caminhos percorridos para sua construção foram refeitos dinamicamente durante toda a pesquisa.

Os vários redimensionamentos do “olhar” na realidade mostram que a construção do conhecimento a respeito do objeto que está sendo investigado se dá através de negociações constantes entre o método e a realidade estudada. O contexto é apreendido nesta realidade estudada e o objeto de estudo é abordado de maneira aberta e ampla. Esta pesquisa empírica dá ênfase na compreensão, onde a vida social é vista como envolvendo uma série de eventos interconectados, os quais devem ser plenamente descritos, onde o pesquisador é totalmente implicado dentro de sua pesquisa.

Assim, podemos afirmar que o conhecimento nas Ciências Humanas instituiu-se por uma metodologia que reconhece tanto o sujeito quanto o objeto como elementos constituintes deste conhecimento. Conhecer a sociedade, a cultura é, portanto reconhecer-se a si mesmo.

Na perspectiva de entender significados relacionados à dinâmica da saúde mental configurado dentro de uma abordagem qualitativa utilizaremos, como recurso metodológico, as representações sociais, uma vez que preocupamos com aspectos subjetivos, contidos na linguagem. A linguagem expressa diferentes nuances de símbolos, nela estão presentes as associações de idéias, reconstruções de regras e valores, onde o desconhecido passa, simbolicamente, a ser conhecido.

A pesquisa qualitativa insere-se no contexto de um novo paradigma científico e cosmológico, e está baseada nas idéias desenvolvidas por Kant no final do século XVIII. É importante observarmos alguns princípios básicos do movimento Iluminista ocorrido nesta

época, e a sua abertura em relação à pesquisa qualitativa, num sentido mais amplo, e aos conceitos de representações sociais, num sentido mais estrito.

De acordo com QUEIROZ (1998), Kant foi um grande filósofo do iluminismo e estabeleceu as fronteiras e os limites do conhecimento humano em três grandes áreas, o conhecimento científico, que se limita ao fenômeno que resulta da imposição de categorias subjetivas de percepção e de entendimento ao mundo externo, através da razão pura, que estabelece relações matemáticas entre fatos e coisas, e os conhecimentos moral e estético, onde o conhecimento vai além do fenômeno e se dirige 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. Neste sentido, o fenômeno se qualifica numa perspectiva que pressupõe a totalidade e a universalidade.

A ciência procurou um método legítimo para a obtenção de conhecimentos estabelecendo rigorosamente limites de cada um dos tipos de conhecimentos, e assim incorporou a ideologia positivista, presentes nos séculos XVII e XVIII. A razão prática, por sua vez, ao pretender alcançar uma dimensão incognoscível para a razão pura, o *noumeno*, perde terreno com a desvalorização de toda filosofia em geral e em particular da metafísica. (QUEIROZ, 1998).

A concepção positivista das ciências tornou-se arrogante, pois todos os conhecimentos foram, de um modo ou de outro, posicionados em relação a um saber que se considerava o mais evoluído, com maior poder de penetração na realidade, e produzido pela civilização ocidental moderna: o saber científico. Diante disto, a razão positivista também se tornou dominadora e impositiva, considerando que outros meios de conhecimento seriam frágeis e enganadores, incapazes de produzir verdades científicas (QUEIROZ, 1998).

Nesse contexto, as representações sociais, os saberes do senso comum e do cotidiano são considerados meios precários e ilusórios de conhecimento, que só podem conduzir ao erro (QUEIROZ, 1998). O paradigma positivo-mecanicista dominante na ciência em geral deixou de reconhecer o papel da consciência subjetiva na determinação de seu objeto de conhecimento na maneira de abordá-lo.

Para Marcuse⁴ (1973) *apud* QUEIROZ (2000 p. 29):

“o positivismo caracteriza-se por conceber um tipo de razão, formal e instrumental, cujo único critério de verdade é seu valor operativo, ou seja, seu papel na dominação do homem e da natureza”.

Ao longo da história, o conceito de representação social adquiriu vários significados, sendo tomada pelas ciências humanas como um dos seus conceitos fundamentais. Podemos dizer, que a representação social tornou-se um processo de encadeamento na produção do sentido, e com isso, abriu-se à possibilidade de um conhecimento empírico da experiência humana, em que se investigam as relações entre o mental e o real, o domínio da consciência, o processo de criação do conhecimento, a determinação do significado e as diferentes manifestações do social (PERRUSI, 1995).

PERRUSI (1995, p.35), relaciona a noção de representação com o estudo das estruturas de consciência, e daí decorre a sua ampla utilização por diversas disciplinas das ciências sociais. Para este autor o conceito de representação pode ser utilizado para particularizar uma ordem cultural, percebida como constitutiva do real e da organização social, manuseada para dar conta do comportamento político e religioso, entendida como um fator de transformação social, e que se tornou fenômeno.

O fenômeno das representações ficou passível de ser transformado em objeto empírico, e talvez na atualidade seja um dos temas que têm mais aproximado perspectivas teóricas. Diversas interpretações foram associadas ao tema, no entanto, QUEIROZ & CARRASCO (1995, p.480) alerta que:

“(...) o estudo das representações não é simples, uma vez que configurá-las sob uma determinada interpretação teórica significa, necessariamente, dimensioná-las a partir de aspectos limitados que certamente reduz a sua complexidade e, em consequência as empobrece”.

⁴ MARCUSE, H. *A ideologia da Sociedade Industrial* Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

Mesmo sob o domínio do paradigma mecanicista, a tradição iluminista ocidental, ainda que desempenhando um papel menor, insiste na busca pela essência e pelo significado das coisas e persiste em três tradições teóricas: a psicologia social francesa a partir de Moscovici, a tradição filosófica 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).

O conceito de representação social foi introduzido na Psicologia Social, baseando-se nos estudos do psicólogo francês MOSCOVICI (1978), sendo um conjunto de conceitos, enunciados e explicações originados na vida cotidiana, durante o desenvolvimento das comunicações interindividuais. Neste sentido, o autor afirma que a reprodução das propriedades, de um determinado objeto pelo ser humano, não é o reflexo de uma realidade externa, perfeitamente acabada, mas uma verdadeira construção mental, que o objeto implica em reconstruí-la, dentro de um contexto de valores, noções e regras.

MOSCOVICI (1978) resgatou o conceito contido na obra “O suicídio - um estudo em sociologia” de 1897, de representação coletiva de DURKHEIM (1992), onde o autor aborda o fenômeno em causas sociais e não individuais, e na obra “As formas Elementares da Vida Religiosa – o sistema totêmico da Austrália”, de 1912, onde o autor afirmou que não existem religiões falsas, e que todas são, sim, sociais: um sistema universal de crenças e práticas relativas às coisas sagradas que unem os indivíduos, que dela compartilham numa comunidade moral chamada Igreja.

Para DURKHEIM (1992), o ser humano percebe, sente e pensa o mundo em que vive, com base em princípios organizacionais, provenientes de uma realidade que lhe é externa e independente, ou seja, a realidade social que antecede, coage e se impõe ao indivíduo.

Não há dúvida da importância e da influência de Durkheim na consolidação da sociologia, antropologia e psicologia social moderna. No entanto, como afirma QUEIROZ (1998), o sistema de Durkheim, dimensiona uma realidade social rígida, que permite pouco espaço para a criatividade individual ou mesmo coletiva. Por outro lado, salienta o autor, que Moscovici procura superar o esquema metodológico sugerido por Durkheim, na medida em

que propõe a sociedade empírica cotidiana, do senso comum, como meio privilegiado para compreender o ser humano em relação à sociedade e à cultura. Este novo *locus* permite que se apreenda o comportamento humano em uma perspectiva mais dinâmica e menos totalitária do que a apresentada por Durkheim.

Em nossa pesquisa, a noção de representação é de suma importância, uma vez que o papel relativo da representação social é de modelar o que apreende do exterior e reproduzir essa realidade ou objeto, que está em permanente reconstrução. Para MOSCOVICI (1978, p.62), nos aproximamos da noção de representação:

“quando precisamos sua natureza de processo psíquico capaz de tornar familiar, situar e tornar presente em nosso universo interior o que se encontra a uma certa distância de nós, o que está de certo modo ausente”

Na representação social do doente mental, os objetos colocados em nosso universo ao articularem-se com a percepção inicial deste, transformam-no, na maioria das vezes, em um ser estigmatizado, tornando-o estranho, e não familiar, portanto, a representação construída destes os afastam da comunidade, na qual deveriam ser integrados.

Segundo MOSCOVICI (1978 p 63): *“as representações se constituem para tornar o estranho, o ausente em nós, que nos impressiona, familiar”*. Neste sentido, o objeto ou ser ausente em nós, ao penetrar em nosso universo, relaciona-se e articula-se em outros objetos que aí se encontram, interagem as propriedades daquele e deste, tornando próximo e familiar.

Influenciados pelas idéias de Moscovici, outros pesquisadores contemporâneos contribuíram significativamente para a elaboração do conceito de representações sociais.

Na ótica da psicologia social SPINK (1993) amplia o processo de reflexão sobre representação social e afirma que elas constituem uma forma de conhecimento prático, o saber do senso comum, que tem dupla função: a de estabelecer uma ordem que permita aos indivíduos orientarem-se em seu mundo material e social, e dominá-lo; e a de possibilitar a comunicação entre os membros de um determinado grupo.

JODELET (1989) acrescenta que a representação social é o ponto de encontro do psicológico e do social, definindo a construção social do conhecimento. Constitui-se um meio

através do qual a subjetividade pode ser pensada em todas as disciplinas sociais, pois é uma forma de compreender e dar significado à realidade da vida cotidiana, ao mesmo tempo em que constrói esta realidade. Toda representação se define por seu conteúdo, o qual tem como elementos conceitos e imagens criadas por alguém a respeito de um objeto, de forma a se relacionar com outras pessoas. Assim, a representação social é produto e processo de uma elaboração psicológica e social, ou ainda, designa uma forma do pensamento social.

No campo da saúde BOLTANSKY (1979), realizou um importante trabalho sobre classes sociais, e sua percepção diferencial das funções corporais. O autor chama atenção para o fato de que a linguagem, o conceito e o nome são indispensáveis para a percepção de um sintoma de doença. Nos seus estudos, o autor demonstra também que, nas classes sociais mais baixas, a doença tenderia a ser percebida somente enquanto houvesse uma incapacitação de *performance social*, representada, sobretudo pelo trabalho.

Algumas contribuições teórico-metodológicas, consideradas importantes e valiosas, vieram de outras tradições acadêmicas, como demonstra QUEIROZ (1998).

A fenomenologia é uma destas importantes contribuições. Esta perspectiva tem suas raízes na filosofia, busca entender o comportamento humano do ponto de vista dos próprios atores sociais, busca a essência dos fenômenos e procura captar como eles são vivenciados pelo indivíduo.

Na Alemanha, Dilthey (1833-1911) veio esclarecer a diferença básica entre o estudo da natureza (*Naturwissenschaften*) e o das humanidades (*Geistwissenschaften*). Em oposição às ciências naturais que operam na base das leis mecânicas (paradigma mecanicista), o autor recorre a introspecção, onde o investigador é sujeito e objeto do conhecimento (QUEIROZ, 1998, p.35).

Em Dilthey, “ o conhecimento próprio das ciências humanas só pode ser obtido pela identificação intuitiva das idéias, dos sentimentos e objetivos comuns, seja de um grupo social qualquer, seja de um período histórico determinado (...) as ciências humanas devem encontrar métodos que possam trazer à tona as essências (categorias espirituais amplas) que tornam cada ato isolado, de natureza social, política, cultural ou psicológica, subjetivamente significativo ”(QUEIROZ, 1998, p. 35).

As representações sociais, escritas ou faladas, constituem matérias-primas fundamentais na análise própria às ciências humanas. Dilthey não utilizou o termo representação social, porém, estabeleceu as bases para que tal conceito pudesse ser operacionalizado com o sentido moderno, consistindo na interação entre experiências pessoais e compreensão reflexiva desta experiência (QUEIROZ, 1998).

Na perspectiva fenomenológica, Husserl (1859 – 1938) rejeitava a versão idealizada da ciência positiva moderna, uma vez que, esta lida com fatos e pretendia construir uma verdadeira ciência objetiva, rejeitando o relativismo presente na perspectiva historicista, ao passo que, a fenomenologia lida com o conhecimento de essências, as fundações dos significados, encontrados na consciência. Entre a idéia da coisa (a essência) e seus aspectos (o que ela mostra), ocorre a aventura do pensamento, que busca objetiva e rigorosamente, a intuição de um determinado fenômeno, através de suas várias manifestações, ângulos e aspectos (QUEIROZ, 1998).

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 tem 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 num 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, prática. 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 com uma realidade que o constrange (QUEIROZ, 1998).

Outra importante contribuição sobre representações sociais está contida na obra de Bronislaw Malinowsky, “Os Argonautas do Pacífico Ocidental”, de 1922, esta obra é considerada como uma etnografia ontológica sobre a vida das sociedades indígenas locais, a sociedade Trobriandesa. De acordo com DURHAM (1986, p. 9):

“A característica central do trabalho de Malinowski é a habilidade com que consegue criar, para o leitor, a imagem viva e humana de um povo completamente diferente de nós. Através da leitura de seus trabalhos, os trobriandeses se tornam próximos e familiares, seus costumes estranhos se tornam compreensíveis, os selvagens se tornam homens”.

O conceito de etnocentrismo, inaugurado por Malinowsky, desenvolveu-se pela pretensão de compreender o “outro”, em seus próprios termos, o modo de sentir e agir próprios à sua cultura, sistematizando um método de trabalho de campo que endossa a importância real de sua contribuição à chamada Antropologia Moderna (QUEIROZ, 1998).

É importante ressaltar que naquela época, a maioria dos praticantes da Antropologia era formada por intelectuais que escreviam sobre povos com os quais raramente tinham contato e suas descrições eram baseadas em informações nem sempre isentas dos viajantes, missionários e administradores coloniais.

Em seu estudo, Malinowski critica radicalmente o evolucionismo, então vigente, e propõe um novo modo de interpretação etnográfica, exatamente aquele que viria a se constituir no que se convencionou chamar de funcionalismo cultural (DURHAM, 1986).

Embora contrariasse a perspectiva positivista predominante da época, a metodologia trazida pela Antropologia era essencialmente qualitativa, uma vez que, passou a exigir dos investigadores dois tipos de disciplinas; uma de caráter emocional, que pressupõe abertura e tolerância em relação ao “outro”; outra de caráter intelectual, que pressupõe uma disciplina e um controle voltados aos próprios valores morais e categorias de percepção e de entendimento presentes inevitavelmente no mundo do investigador (QUEIROZ, 1998).

A perspectiva de Malinowski contribui em profusão no que se refere à metodologia qualitativa da observação participante, como também, para a perspectiva de totalidade do fato psicológico e social, em função de que, um determinado fato social, só adquire sentido no interior do contexto cultural que o configura. Porém, a postura funcionalista de Malinowski revela, em sintonia com o pensamento de Durkheim, um viés totalitário rígido, incapaz de lidar com mudanças, conflitos e criatividade na instância individual, grupal e social (QUEIROZ, 1998).

Foi necessária uma abertura teórica para incluir o indivíduo e a dimensão cotidiana do fato social e psicológico. Tal empreendimento, tanto no interior da Antropologia Social britânica, autores como Gluckman, Leach, Turner, como na Antropologia Cultural norte-americana, autores como Garfinkel e Goffman, se propuseram a realizar essa nova abordagem, partindo do pressuposto, que a sociedade não se estrutura em um único princípio cultural, mas com base em vários princípios culturais, que podem ser complementares ou conflitantes entre si (QUEIROZ, 1998).

Dentro da perspectiva trazida pela nova Antropologia Social e Cultural, o nível das representações, deixa de ser um mero reflexo da estrutura social mais ampla e apresenta, em relação a esta, uma autonomia relativa. Porém, embora tenham autonomia relativa, as representações sociais existem em dinâmica constante, e somente configuram-se através da realidade social, não podendo ser devidamente estudadas fora de um contexto. Portanto, o conceito de representação social refere-se a uma configuração sócio-cultural, onde pode conter elementos de inversão e de conflitos (QUEIROZ, 1998).

No estudo das representações sociais, a grande contribuição da Antropologia Cultural Moderna está em afirmar que a verdade é sempre relativa ao contexto social que se insere. Neste sentido, é fundamental, que o investigador social esteja atento, para perceber as diferentes formas assumidas pela representação social, num determinado contexto.

4 -TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1- A natureza da pesquisa

A metodologia, do presente estudo, configura-se dentro de uma abordagem qualitativa, concentrada na compreensão dos significados e aprofundamento de questões acerca do processo da desospitalização do doente mental.

A abordagem qualitativa designa uma pesquisa empírica em ciências humanas e sociais, concebida principalmente numa perspectiva compreensiva.

MINAYO (1996) ressalta algumas considerações em relação à pesquisa social, dentre elas, afirma que nenhuma pesquisa é neutra, seja ela qualitativa ou quantitativa, e que qualquer

estudo da realidade por mais objetivo que possa parecer, tem de ser norteado por um arcabouço teórico, que informa a escolha do objeto e todos os passos e resultados teóricos e práticos. Neste sentido, não se trata de compreender a pesquisa qualitativa de forma contrária à quantitativa, já que em muitos momentos elas podem apresentar-se de forma complementar, reconhecendo que os estudos quantitativos não são suficientes para os aspectos relacionados com significado, símbolo e sentido dos fenômenos sociais. Tal postura implica considerar o sujeito pessoa, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classes com suas crenças, valores e significados. É preciso considerar também que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação.

Sendo assim, a pesquisa qualitativa se preocupa, nas Ciências Sociais, com uma realidade que não pode ser quantificada, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações (MINAYO, 1997).

Nos estudos da área da saúde, a Antropologia tem se mostrado importante na construção da abordagem da saúde e da doença. Apesar de se constituir como uma área de conhecimento relativamente nova, a Antropologia Médica tem apresentado um alto índice de crescimento nas últimas décadas, com produções nos Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, França e, mais recentemente, no Brasil (ALVES & MINAYO, 1994).

Importantes contribuições, no que diz respeito a concepções de saúde e doença, conjunto de crenças e valores, formas de tratamento, têm sido apresentadas, mostrando como estudos desse caráter podem oferecer subsídios para uma melhor adequação na estruturação da rede de atenção em saúde (UCHÔA & VIDAL, 1994).

Dentro de uma abordagem qualitativa utilizamos a etnografia como perspectiva metodológica. A etnografia nos possibilita compreender os significados, variados, atribuídos pelos profissionais de saúde participantes, suas experiências e vivências, tentando mostrar esses significados múltiplos ao leitor.

A etnografia tem suas raízes na Antropologia e parte do pressuposto de que qualquer grupo de indivíduos desenvolve cultura capaz de orientar sua visão de mundo e estruturar suas experiências. A utilização de técnicas e procedimentos etnográficos, não segue padrões rígidos ou pré-determinados, mas sim, o senso, que o etnógrafo desenvolve a partir do trabalho de

campo no contexto social da pesquisa. Estas técnicas precisam ser formuladas para atender à realidade de trabalho de campo. Neste sentido, o processo da pesquisa será determinado pelas questões propostas pelo pesquisador.

Para Geertz, praticar etnografia não é somente estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos, manter um diário “*o que define é o tipo de esforço intelectual que ela representa: um risco elaborado para uma descrição densa*” (GEERTZ, 1989, p. 15).

A etnografia, como abordagem de investigação científica, traz importantes contribuições para o campo das pesquisas qualitativas que se interessam pelo estudo das desigualdades e exclusões sociais: primeiro por preocupar-se com uma análise holística ou dialética da cultura, isto é, a cultura não é vista como mero reflexo de forças estruturais da sociedade, mas como um sistema de significados mediadores entre as estruturas sociais e a ação humana; segundo, por introduzir os atores sociais com uma participação ativa no processo modificador da estruturas sociais (MATTOS, 2001). Nossa pesquisa de campo compreendeu o estudo, pela observação direta e por um período de tempo, das formas costumeiras de viver um grupo particular de pessoas (os profissionais de saúde), associadas de alguma maneira, numa unidade social representativa para estudo, formada por poucos elementos.

GEERTZ (1989) concebe a cultura como universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar experiências e guiar suas ações. Propõe para a etnografia o método da descrição densa, que é aquele capaz de contextualizar os comportamentos, que a princípio parecem bizarros e incoerentes e atribuir significados com base na descrição densa da própria cultura, tida como uma teia de significados, tecida pelo próprio homem.

Como salienta UCHÔA & VIDAL (1994, p. 50):

“Essa concepção estabelece ligação entre as formas de pensar e de agir dos indivíduos de um grupo, ou seja, entre os aspectos cognitivos e pragmáticos da vida humana e ressalta a importância da cultura na construção de todo fenômeno humano. Nessa

perspectiva considera-se, que as percepções, as interpretações e as ações, até mesmo no campo da saúde, são culturalmente construídas”.

Dentre outras características da pesquisa do tipo etnográfica, podemos citar: a interação constante entre o pesquisador e o objeto pesquisado, transformando a pesquisa em uma experiência vivencial (QUEIROZ, 1998). O uso de várias técnicas, como a observação participante, a entrevista e a análise de documentos, coloca o pesquisador como o instrumento principal na coleta e análise dos dados, dando ênfase ao processo de investigação.

Na técnica de observação participante o pesquisador torna-se um membro ativo do grupo e da cultura estudada. A esse respeito lembramos com MALINOWSKI (1978) que a recriação da vida trobriandesa apóia-se numa imensa riqueza de informações que traduz a valorização dos dados empíricos, cuja coleta, é, simultaneamente, uma ciência e uma arte. Através da observação direta introduzida por Malinowski podemos verificar o comportamento das pessoas em situações sociais específicas, examinar a coerência daquilo que observamos diretamente com informações e observações paralelas, permitindo analisar o conteúdo emocional do comportamento manifesto.

Dentro deste enquadre teórico, a etnografia, aplicada à área da saúde mental, sinaliza importantes questões, que devemos ter em mente, quando utilizamos este tipo de abordagem, visto que, ela depende das qualidades de observação, de sensibilidade ao outro, do conhecimento sobre o contexto estudado, da inteligência e da imaginação científica do investigador.

Em nossa pesquisa qualitativa atentamos para a necessidade de deixar claro o processo de tomada de decisões no campo e no contexto da ação. No momento da análise da realidade investigada, contemplou-se e relacionou-se vários fatores, que a compõem, como por exemplo, o histórico, o político, o ideológico, o institucional, o social, bem como o individual, considerando a história de vida e a trajetória dos profissionais de saúde, com base no levantamento literário sobre o movimento da reforma psiquiátrica e a desinstitucionalização.

A escolha pela metodologia descrita acima se enquadrou perfeitamente às necessidades, as quais a pesquisa se propôs, pois a compreensão do objetivo geral e dos

objetivos específicos, conforme mencionados anteriormente, foi o que nos possibilitou a estruturação do trabalho.

4.2 -O Contexto do Estudo

O município de Andradas localizado no sul de Minas Gerais, no planalto de Poços de Caldas, ocupa uma área física de 492 Km² de superfície, com uma estimativa populacional de 34.703 habitantes (IBGE, 2001). A economia está baseada na agricultura (café), indústria (cerâmica) e comércio (confeções).

Foram implantados, nos últimos anos, vários programas assistenciais de atenção básica em saúde. Os programas de saúde do município seguem os princípios básicos preconizados pelo SUS, ou seja, a universalidade, a equidade, a hierarquização e a regionalização das ações.

Andradas-MG completa nove anos, em 2003, de sua primeira experiência de saúde mental, com base no modelo preconizado pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde, que principia na desospitalização e desmanicomilização de indivíduos com transtornos mentais graves em saúde mental.

No início, o serviço de saúde mental foi credenciado pelo SUS e estruturado para funcionar como Oficina Terapêutica. Toda a estrutura operacional do projeto partiu da proposta de trabalho de uma equipe multiprofissional, que no decorrer do tempo foram reavaliada e discutida na tentativa de ampliação e diversificação na prestação de serviços condizentes com a lógica antimanicomial. Atualmente, o CAPS é mantido por verbas oriundas do Ministério da Saúde (SUS) e da Prefeitura Municipal de Andradas-MG.

Em 1994, as discussões em relação às ações em saúde mental, no município, e à assistência a pacientes graves, fortalecem e com o incentivo do poder local resultaram na criação do CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, um serviço intermediário ao ambulatório e internação integral que contempla ações ostensivas e diárias a pacientes graves em crise com rotinas sistematizadas, e propõe a continuidade do tratamento em uma estrutura extra-hospitalar. Este serviço tem sido importante para dar continência a uma fase do adoecer psíquico, em que o paciente necessita de tratamento intensivo, porém, pode e deve manter contato com a comunidade e familiares.

Atualmente, o CAPS localiza-se em uma chácara dentro do perímetro urbano, ocupando uma área de 20.000 m², oferecendo assistência a 45 pacientes distribuídos em regime de um ou dois turnos, e respeitando os parâmetros estabelecidos pelo SUS. Ele é composto por uma equipe interdisciplinar (psiquiatra, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, auxiliares de enfermagem, monitores sociais, segurança e vigia).

As modalidades de atendimento no CAPS constituem um universo de práticas, que visa dar suporte ao paciente em crise, não só o tratamento clínico, na remissão dos sintomas, mas uma compreensão da situação que o circunda, com intervenções no contexto social e familiar. A prática clínica amplia-se, não reduzindo o sujeito à doença, mas como cidadão com sua qualidade de vida ameaçada.

As atividades são distribuídas e sistematizadas durante os dois turnos de funcionamento (manhã e tarde) em grupo e individual, segundo as necessidades de cada paciente. Tais atividades são: acompanhamento psiquiátrico, acompanhamento psicológico, acompanhamento social, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, grupos terapêuticos, grupos operativos, atividades sócio-comunitárias, grupos multi-familiares, assembléia com usuários, familiares e equipe.

Andradas-MG está enquadrada na condição de Gestão Plena de Atenção Básica, junto ao SUS, e atualmente, não conta com hospital psiquiátrico especializado credenciado pelo SUS, o que não implica que não haja internação. Os pacientes de Andradas são internados em hospitais fora do município, geralmente nas cidades mais próximas que oferecem este serviço, como Poços de Caldas-MG e Espírito Santo do Pinhal-SP.

Embora contrarie todas as propostas terapêuticas atuais, percebe-se que o procedimento da internação ainda é necessário, devido à falta de estrutura da rede ambulatorial, para receber e acompanhar o paciente, quando este se encontra em um estágio mais desorganizado e crítico do adoecer psíquico. Sabe-se, no entanto, que quando o tratamento dessas crises acontece em regime hospitalar, por um período além do necessário, e não havendo continuidade ambulatorial do tratamento após a alta, há um prognóstico de cronificação da doença, e conseqüente ônus para a sociedade.

4.3 -Sujeitos da pesquisa

Com as transformações sociais ocorridas, desde a década de 90, no campo da saúde mental, é possível perceber a mudança referente à hegemonia médica. Podemos dizer que as equipes de saúde mental são resultantes de um novo perfil, ligado ao modelo de atendimento psicossocial, o que resulta também em um maior oferecimento de vagas para os profissionais não médicos e na demanda complexa que caracteriza, hoje, o trabalho em saúde mental.

A instituição CAPS Andradas-MG, tem um total de dezoito funcionários. Nesta pesquisa, trabalhamos com nove profissionais de saúde. Procuramos constituir um grupo para a investigação, que incluísse todas as principais categorias profissionais que compõem a equipe interdisciplinar do CAPS - Andradas-MG, sendo assim distribuídos: assistente social, auxiliar de enfermagem, coordenador administrativo, terapeuta ocupacional, psicólogo, psiquiatra, monitores sociais, perfazendo um total de nove participantes, devendo-se obedecer ao único critério: que o profissional atuasse na assistência terapêutica direta ao doente mental, a partir de seu ingresso no programa CAPS.

O planejamento metodológico da pesquisa evoluiu em função da aceitação e das expectativas levantadas pelos profissionais de saúde do CAPS, em função das informações e esclarecimentos que poderiam obter, através da pesquisa, sobre seu próprio contexto profissional.

Nesta pesquisa todos os profissionais de saúde, entrevistados, manifestaram interesse em colaborar com a investigação. No quadro seguinte estão caracterizadas as categorias profissionais segundo o tempo de atuação profissional no CAPS - Andradas-MG. Achamos interessante explicitar o tempo de atuação, pois a partir da experiência prática de cada profissional, torna-se plausível que o profissional revele alguns dos seus motivos e aspirações pelo desenvolvimento do trabalho na área psiquiátrica. Na análise dos dados coletados, foram identificados pelos respectivos números:

Quadro1- Descrição dos profissionais

Código	Tempo de atuação no CAPS
PS1	Nove anos
PS2	Quatro anos
PS3	Dois anos
PS4	Três anos
PS5	Quatro anos
PS6	Sete anos
PS7	Nove anos
PS8	Dois anos
PS9	Dois anos

4.4- Instrumentos e operacionalização da coleta de dados

Iniciamos a pesquisa de campo pelo contato pessoal e sensível com a instituição CAPS - Andradas-MG, durante um período considerado importante a fim de “familiarizar” com o ambiente e com os profissionais de saúde. Observamos os participantes da pesquisa em seus papéis sociais específicos e comportamentos, onde tudo a priori poderia ser significativo, atentos aos preceitos de MALINOWSKI (1978), de que é fundamental preservar a especificidade de cada cultura, porque só através dela é possível entender o comportamento concreto dos seres humanos reais que vivem uma realidade cultural diferente da nossa.

De acordo com o método, proposto por MALINOWSKI (1978), as dificuldades de inserção do pesquisador não podem ser pensadas apenas, como questão de tempo, em que a longa permanência do etnógrafo num grupo traria, como consequência, a sua aceitação. Há as

dificuldades próprias ao período de entrada em campo, mas outras dificuldades são decorrentes das características do grupo a ser pesquisado ou de uma situação vivida no momento de pesquisa. Essas dificuldades fazem parte da realidade que se pretende conhecer e da construção desse conhecimento, enquanto contribuição teórica (MINAYO, 1996).

Para produzir os dados coletados optamos pela utilização de entrevistas semi-estruturadas. Foram interagidas a esse procedimento fontes documentais, concomitantemente às observações, no decorrer do estudo, que foram anotadas no diário de campo. No diário etnográfico, segundo MALINOWSKI (1978), devem ser registrados os fatos imponderáveis da vida real, bem como, os tipos de comportamentos, coletados através de observações detalhadas e minuciosas que só são possíveis através do contato íntimo com a vida nativa. Assim o diário de campo torna-se uma importante fonte de dados, servindo de instrumento de composição das análises iniciais e também como instrumento de vigilância metodológica.

Na busca qualitativa, concentrada na compreensão e aprofundamento de questões de uma representação, que não pode ser expressa numericamente, utilizamos a entrevista como a mais adequada e importante técnica no trabalho de campo. Para MINAYO (1996, p.57):

“A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que, se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores enquanto sujeito objeto da pesquisa que vivencia uma determinada realidade que está sendo investigada. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva”.

A referida autora salienta que, através desse procedimento, pode-se obter dados objetivos e subjetivos, utilizando-se no primeiro caso, fontes secundários como censos, estatísticas e outros registros, e no segundo caso, tipos de dados relacionados aos valores, às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados.

A entrevista como técnica para obtenção de dados em uma investigação tem como substrato à reprodução, por escrito, da interação verbal e não verbal entre o pesquisador e o

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). As entrevistas estruturadas, por questionários, têm uma finalidade, que se molda sobremaneira às pesquisas de caráter quantitativo, dada sua objetividade e a não valorização dos significados intersubjetivos entre o entrevistado, o entrevistador e o objeto. De outro lado, as entrevistas não estruturadas trabalham dentro de uma perspectiva quase terapêutica ao coletar dados intersubjetivos, e não somente 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; THIOLENT, 1982; MINAYO, 1996).

A escolha do roteiro para a entrevista semi-estruturada foi elaborada numa perspectiva, que pressupunha a interação entre entrevistado e entrevistador, na busca de significados mais amplos e profundos, sobre o objeto investigado, além da própria introspecção da pesquisadora em relação ao tema. Esta forma de coletar os dados me possibilitou produzir uma dissertação inserida num espaço dialógico de descoberta e de validação de procedimentos e não numa lógica de prova. A fase da coleta de dados não foi separada totalmente da fase do tratamento dos dados.

O levantamento de documentos oficiais referentes à história passada, como o projeto original da instituição, até aos acontecimentos recentes sobre o CAPS, registrado em atas, além dos contextos políticos e assistenciais que atravessaram o funcionamento da instituição, serviram como fonte documental e trouxeram informações úteis à pesquisa. A esse respeito CONTANDRIOPOULOS *et al.* (1999) pondera que 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.

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas, pela pesquisadora, com todos os profissionais de saúde, individualmente. Todas as entrevistas foram gravadas em fita cassete, permitindo assim uma maior fidelidade na análise dos dados, com duração média de 80 minutos cada. Realizamos todas as entrevistas no espaço físico do CAPS, procurando fazê-las num momento com menor chance a interrupções. A aplicação de todas as entrevistas durou aproximadamente quatro meses, com início em junho de 2003 e término em setembro deste mesmo ano. Ressaltamos que todos os profissionais de saúde demonstraram disponibilidade em oferecer seus depoimentos, que foram de suma importância em nossa investigação.

4.5 – Aspectos éticos da Pesquisa

Foi estabelecido, previamente à pesquisa de campo, um compromisso ético com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP e anuência da Superintendência Municipal de Saúde e da Coordenação Administrativa do serviço de atenção em saúde mental do município de Andradas - MG. O instrumento contou com um ‘rapport’ acompanhado de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I), devidamente assinado pelos participantes, para que pudesse então, ser realizada a coleta de dados, pela aplicação de um roteiro de entrevista semi-estruturado (Apêndice II).

Foram cumpridos os princípios enunciados na Declaração de Helsinque III: sobre princípios éticos para pesquisa em seres humanos. (on line) Edimburgo, Escócia, 2000. (acessada em 7 de outubro de 2001). Disponível na Internet: <http://www.ibemol.com.br/declarações/helsinque> .

Atendendo às normas da Resolução CNS 196/96, a presente pesquisa preservou o respeito à integridade física e moral dos sujeitos da pesquisa. Está adequada aos princípios científicos, com possibilidades concretas de responder a incertezas sobre o assunto a ser abordado. O retorno foi garantido pela pesquisadora das conclusões obtidas da pesquisa aos profissionais de saúde, onde a mesma foi realizada. O projeto original desta pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (CEPE –FCM/UNICAMP), cujo parecer foi favorável à realização da mesma.

Os nomes dos respondentes serão mantidos em sigilo após o término da pesquisa, isto é, não serão divulgados na apresentação dos resultados desta pesquisa e não constarão da entrevista. Serão identificados, apenas, por um número código, cuja interpretação será de conhecimento exclusivo da pesquisadora.

A participação nesta pesquisa foi facultativa, onde o respondente teve o direito de deixar de responder a qualquer uma das perguntas, sem que isto implicasse em qualquer prejuízo no seu trabalho ou constrangimento com a pesquisadora responsável.

Os participantes da pesquisa assinaram um termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com o item IV da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (Inf. Epidem. Do SUS (Brasil), Ano V, n.2, 1996) (BRASIL, 1998).

4.6 - Procedimentos de tratamento dos dados

As transcrições das entrevistas foram feitas através de um gravador mini-cassete, pela pesquisadora. Posteriormente foi realizada uma revisão garantindo a fidelidade da transcrição. Segundo BOURDIEU (1997), a transcrição da entrevista é de grande importância, pois, o pesquisador, através de sua observação, percepção e concentração no conteúdo e nas expressões não verbais, produzirá uma riqueza de material, se realmente reproduzir esta realidade.

A análise dos dados coletados foi feita através da análise de conteúdo. Com posterior comparação e caracterização dos núcleos temáticos. Consideramos necessárias algumas considerações importantes a respeito da análise de conteúdo, antes de apresentarmos as etapas da mesma, uma vez que não se trata simplesmente de um procedimento técnico, mas de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais (MINAYO, 1996).

O termo análise de conteúdo surge na primeira metade do século XX nos EUA como tentativa de imprimir à busca de significados para mensagens um caráter mais objetivo e científico. Nas definições dos primeiros teóricos, observamos a marca das metodologias quantitativas, com ênfase em análises estatísticas, controle e objetividade, características da sociologia positivista. BARDIN (1977) nos lembra que este período é significativo, marcado por uma prática de uma metodologia nascente, onde as exigências de rigor e de objetividade

presentidas adquirem um caráter obsessivo, suscetível de encobrir outras necessidades ou possibilidades.

Novas considerações metodológicas e epistemológicas sobre a análise de conteúdo ressurgem, a partir da década de 50, com abordagens qualitativas. MINAYO (1996) ressalta que o debate em torno da questão, mesmo que às vezes diverso e contraditório, visa o alcance de uma análise que ultrapasse o senso comum e o subjetivismo e alcance uma interpretação mais aprofundada e confiável.

A análise de conteúdo é definida por BARDIN (1977, p. 42):

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

Dentre as várias técnicas da análise de conteúdo, trabalhamos com a análise temática, por ser uma das que melhor se adapta à investigação qualitativa em saúde. Como nos lembra MINAYO (1996, p.209):

“Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

Segundo BARDIN (1977) ‘tema’, pode ser uma palavra, uma frase, um assunto, em torno do qual relações podem ser estabelecidas, ou seja, é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia.

As categorias foram escolhidas e fundamentadas nos conhecimentos teóricos, mas em alguns momentos foram alteradas em função de novas categorias surgidas, a partir dos dados coletados. Essa flexibilidade nos permitiu a elaboração de uma estrutura pré-definida (pautando-se no próprio roteiro de entrevista), permitindo a elaboração de novos temas, a partir da observação participante.

Para finalizar, apresentamos uma operacionalização realizada, com base na proposta de MINAYO (1996), para a modalidade de análise de conteúdo temática.

Primeiramente, ordenamos os dados com a leitura do material e organização dos registros de campo em uma determinada ordem, de acordo com os temas gerais do roteiro de entrevista; classificamos os dados, com leitura exaustiva dos registros (o que muitos autores chamam de “leitura flutuante”), nos quais os temas específicos ao trabalho começaram a aparecer de forma mais clara, podendo ser coadunados em categorias analíticas.

A partir dos resultados alcançados na pesquisa de campo, foi feita a revisão teórica, além da indagação, da experiência pessoal e sensibilidade da pesquisadora. O momento final foi de estabelecimento de articulações entre os dados e o referencial teórico, procurando responder às questões relacionadas aos objetivos da pesquisa.

Sendo assim, elaboramos categorias analíticas sobre o processo de desospitalização e a percepção dos profissionais de saúde a respeito do novo modelo de atendimento, preconizado pela reforma psiquiátrica. Todas as análises foram feitas à luz da literatura consultada sobre o assunto.

5- ANÁLISES DOS DADOS

Identificamos as unidades de significados através da leitura exaustiva dos depoimentos, a partir disso, estabelecemos as categorias temáticas, que emergiam da “fala” e do conteúdo das respostas dos profissionais de saúde. A formação das categorias significou uma dinâmica de ida e volta ao material de análise e sua inter-relação com a literatura. Segundo MINAYO (1996), as categorias construídas, a partir dos elementos fornecidos pelo grupo social, são chamadas de categorias empíricas, sendo possível colocá-las no quadro mais geral de compreensão teórica do mundo exterior, e ao mesmo tempo, expressá-las em sua singularidade.

No presente estudo, o conceito de representação social foi um instrumento que auxiliou no descobrimento e na produção de novas realidades. De acordo com o aspecto qualitativo dessa pesquisa, o nível das representações, enquanto componente cultural, torna-se também um componente crucial para analisar o processo de desospitalização e os novos desafios

colocados aos profissionais da saúde mental, em especial, o de pensar suas contribuições práticas, frente aos preceitos da reforma.

No sentido teórico entendemos, que as representações passam a ser sociais na medida em que identificamos nas representações individuais questões que se relacionam com a história coletiva junto ao objeto de pesquisa. Sob esse enfoque, constituímos nove categorias temáticas, assim denominadas:

1. Concepções dos profissionais de saúde sobre a doença mental;
2. Satisfação com o trabalho e atuação profissional na área de saúde mental;
3. Aspectos que envolvem a interdisciplinaridade no trabalho de equipe;
4. Aspectos que envolvem autonomia no trabalho interdisciplinar na prática psiquiátrica;
5. Dificuldades (conflitos) encontradas no trabalho interdisciplinar dos profissionais de saúde do CAPS;
6. A concepção dos profissionais de saúde em relação a história do movimento da reforma psiquiátrica: grau de conhecimento;
7. Os papéis dos profissionais de saúde em mudança com a desospitalização do doente mental;
8. O papel do Sistema Único de Saúde em relação a desospitalização;
9. Fatores preponderantes que fazem que o serviço dê certo, fatores que dificultam o trabalho no programa CAPS-Andradas-MG.

5.1-Concepções dos profissionais de saúde sobre doença mental

Procuramos demonstrar, através de alguns recortes dos depoimentos, as representações sociais que os profissionais de saúde fazem em relação à doença mental. A maioria das respostas, em relação à doença mental, demonstra uma certa insegurança do profissional entrevistado, uma certa dificuldade em definir a doença mental. Na maioria das vezes, o profissional buscava um entendimento com o pesquisador na tentativa de garantir uma resposta que fosse semelhante, ou pelo menos parecida, com a de outro profissional, que fosse comum a todos, numa espécie de “negociação” com entrevistador. Identificamos esse aspecto com muita clareza nas seguintes representações:

“(...) olha eu não sou muito boa para essas definições como que eu poderia te falar (...) Acho que poderia ser definida de várias maneiras. Pode ser um distúrbio mental de fundo hereditário, pode também ser relacionado a fatores emocionais. Enfim, existem vários conceitos...” (PS8).

“(...) eu antes de trabalhar aqui tinha outra visão do que seria doença mental, ficava com muito medo do que viria pela frente. Hoje percebo que há vários enfoques sobre a doença, sei que é hereditária, mas que o ambiente também influencia bastante, né? (...) uma mente alterada” (PS5).

Aprendemos nos discursos dos entrevistados à permanência do modelo organicista no conceito de doença mental. Observamos por parte dos entrevistados que a doença mental está relacionada a uma dissociação da mente e uma certa alteração orgânica. PESSOTI (1994) nos lembra que historicamente a loucura foi deduzida como uma doença orgânica resultante da crise dos humores onde o corpo atua na mente produzindo a loucura. Desde o século XVI, a doença mental limitava-se aos desprovidos da razão, pois a razão era considerada como atributo máximo do homem e as emoções como fruto da ação corporal que necessitavam de controle racional. Era necessário garantir a racionalidade no confronto da razão e da desrazão, uma vez que essa última causava prejuízos à sociedade (MACÊDO & JORGE, 2000).

Uma representação organicista da doença mental produz uma naturalização do seu objeto, e de certo modo, objetiva o paciente e elimina o contexto sócio-psicológico em torno do qual se formou o estado patológico do indivíduo. Essa conduta é sempre de encontrar em toda doença mental uma etiologia orgânica. Alguns exemplos da visão organicista da doença mental situam-se nas seguintes representações:

“(...) entendo como o mau funcionamento do cérebro que desencadeia um conflito social que pode ser definida de várias maneiras, podemos dizer que é o que foge a um comportamento normal na sociedade, o que foge à regras já estabelecidas e desencadeia a compreensão do que seja a doença mental” (PS6).

“(...) Compreender a doença mental é muito difícil, parece que a pessoa muda de personalidade e o comportamento é sempre alterado para pior”(PS2).

“(...) de acordo com o que eu sempre ouvi, é um distúrbio onde a pessoa perde a noção do sentido e entra num estado alterado, uma agitação no comportamento” (PS7).

Na fala de PS7 é demonstrado a questão da incapacidade na condição de sociabilidade dos indivíduos com transtorno mental que desencadeia a perda de consciência do que é considerado normal:

“(...) eu entendo a doença mental como uma coisa normal que pode acontecer com qualquer um de nós, podemos ser acometidos de transtornos emocionais fortes no decorrer da vida. Se você não age de acordo com o que a sociedade exige de você, corre-se o risco de ser chamada de anormal e ser excluído, marginalizado. Comparo a doença mental como um fato que pode acontecer como qualquer outra doença, por exemplo, o câncer, parece que você fica marcado por ter aquela doença. (...) o fato da mente não funcionar bem, ao meu ver, cria obstáculos no relacionamento com as pessoas, cria um distanciamento das pessoas, que na maioria das vezes discrimina o doente mental, levando até mesmo a maus-tratos”(PS7).

Apesar de percebermos que o conceito de doença mental é atribuído ao modelo organicista, que provoca alterações comportamentais, observamos também, que a concepção de doença mental, entre os profissionais de saúde, passa pelo seu sentido social, construído através de situações históricas vividas por cada indivíduo. As diversas representações sociais da doença mental surgem da experiência social com a doença mental e do conhecimento contestável da vida cotidiana, da experiência de cada profissional de saúde.

Ressaltamos a importância do cotidiano como subsídio para a formação das representações sociais, pois são no cotidiano, que são agregadas as vivências, que desencadeiam determinada realidade. Segundo MOSCOVICI (1978) a representação social

não se caracteriza por um pensamento particular. Ela pode captar e moldar este pensamento, isto porque a representação é consequência da sua inserção no coletivo, constitui uma organização, uma forma de expressão do conhecimento da sociedade na qual o indivíduo está imerso.

As representações sociais são obtidas a partir de experiências primárias sobre a doença e recebe grande influência do modelo médico. Os modelos secundários de doença são marcados pelos papéis e lugares que o indivíduo ocupa na sociedade, mas apesar disso como nos lembra PERRUSI (1995), não revelam uma distância específica com o padrão primário de representação da doença, pois as representações, em última instância, não têm uma diferença essencial entre si, porque os indivíduos não se apropriam da doença enquanto um grupo social específico, e sim como indivíduos singulares, que vivenciam as suas experiências mórbidas num mundo da vida comum a todos.

O modelo biomédico apropriou-se da doença como objeto de conhecimento e os psiquiatras tornaram um grupo social específico encarregado de legitimar, no exercício do seu saber a concepção de doença mental. Além disso, a maioria das pessoas define a doença mental a partir de informações advindas do modelo médico-psiquiátrico. Neste sentido, há uma ampla influência do modelo psiquiátrico com o seu objeto de conhecimento, que adquire uma autonomia relativa ao senso comum e ao próprio campo de representação da doença mental.

MOSCOVICI (1978) explica que a forma de organização intelectual que está por trás do “senso comum” é chamada de “pensamento natural” ou “pensamento representativo”, perfazendo uma diferença com a forma intelectual organizativa da ciência, pois os quadros onde se elaboram as ciências – homogeneidade da informação, especialização dos grupos, busca de originalidade, etc. – concorrem para mostrar que seus métodos intelectuais correspondem a imperativos coletivos definidos. Pode-se supor que outras organizações intelectuais recorram a métodos e princípios lógicos diferentes, dependendo de reações ou funções sociais diferentes.

Assim, observamos a manifestação de uma autonomia relativa na fala dos profissionais de saúde em relação ao “senso comum”, pois entendemos que o “senso comum” tem a qualidade de formador ideológico de opinião, onde a atividade cotidiana de cada indivíduo em

determinado grupo social é elemento para a formação da representação social, na medida em que essas atividades cotidianas são dinâmicas e seguem as variações cotidianas desse grupo social específico.

Percebemos um movimento de esforço dos profissionais de saúde em suas falas, um certo clamor para a modificar a visão preconceituosa da sociedade que considera o doente mental incapaz de socializar-se e o incorpora em padrões de rejeições e isolamentos. Neste sentido observamos que o discurso que permeia a desospitalização promove uma maior segurança nas falas dos entrevistados, num sentido mais integrativo, mais circular, mais eclético, mais amplo que se relaciona ao conceito de doença mental. MACÊDO & JORGE (2000, p.141) enfatizam que:

“(...) a reforma psiquiátrica apresenta-se como um processo em evolução, que suscita discussões difundidas, não apenas no âmbito profissional, mas socialmente, porque a prática psiquiátrica é uma prática social, como também se faz necessária a modificação dos conceitos de loucura dos profissionais (...)”.

5.2- Satisfação com o trabalho e atuação profissional na área de saúde mental

Consideramos, que a satisfação com o trabalho seja um dos aspectos significativos para a atuação no campo da saúde mental. A representação social que os profissionais de saúde fazem da satisfação do trabalho na saúde mental pode ser identificada na expressão “*o gostar de trabalhar com o doente mental*”, presente na maioria das representações. Neste sentido é compreendido como fator relevante e necessário ao exercício profissional na saúde mental.

Na fala de PS3 a satisfação insere-se como prerrogativa para trabalhar no CAPS:

“Já trabalhei em diversas áreas, mas o que mais me realizou foi à área da saúde mental. Estou trabalhando com saúde mental há dez anos. No CAPS de Andradas, estou há dois anos. Em abril faz 14 anos que sou formada, a maior parte desse tempo foi dedicada à saúde mental, gosto

muito do que faço, o trabalho favorece realizações pessoais e profissionais” (PS3).

Em algumas representações, percebemos que os profissionais de saúde são preparados na sua formação para exercer principalmente as funções técnicas da sua profissão. Entretanto, a expressão “*gostar de trabalhar com o doente mental*” compreende e fundamenta-se em valores individuais que colaboram na escolha da área que se deseja trabalhar, bem como na delimitação das ações individuais e coletivas dessa atuação. Neste sentido observamos que os valores individuais estão primordialmente ligados a humanização da assistência, visando instigar capacidades individuais, no momento em que a doença mental quase sempre torna o indivíduo desprovido de sua humanidade. A fala de PS2 caracteriza-se por esse aspecto:

“Nunca imaginei que um dia fosse trabalhar com doentes mentais, agora que estou na área não me vejo mais fora dela. Me sinto mais humana trabalhando com esses usuários (...) são pessoas carentes que precisam de uma total disponibilidade nos atendimentos, pois já vem de histórias de vida carregadas de preconceitos e discriminação. O maior problema desses pacientes é a marginalização ainda muito presente na sociedade, embora sabemos que hoje em dia é muito menor do que antigamente” (PS2).

A atenção em saúde mental inclui atividades e ações no sentido de promover interações reais com o efeito de tornar o doente mental um ser humano digno, que pode tornar-se o construtor de sua história e da sociedade. O interesse por essa finalidade aparece na seguinte fala de PS7:

“É fundamental o engajamento social do doente mental, depois da sua alta do programa. Todos nós aqui do CAPS trabalhamos em todos os sentidos para a evolução do usuário. É feito um planejamento profissional, não tomando o que é específico de cada profissional, mas o que é necessário para o usuário de acordo com seu estado, o que faz sentido para ele naquele momento(...) queremos propiciar meios para que ele resgate sua dignidade” (PS7).

Esse ponto de vista vai ao encontro à afirmativa de COSTA (1996, p.17):

“a moral da solidariedade e não da objetividade é o que determina o valor da interação assistencial escolhida (...) libera-se mais facilmente assistentes e assistidos do “mito da objetividade científica da psiquiatria”, assegurando ao mesmo tempo, qualidade de cuidados e interesse por um conhecimento aberto a transformação na relação do doente mental com a sociedade”.

Outro fator que demonstrou satisfação no trabalho foi a realização de atividades próximas ao doente mental. Dessa maneira, torna-se possível intervir com abertura de trocas sociais, de convivência, de novas possibilidades terapêuticas num processo coletivo. PS3 pontua que:

“Percebo também, que mudou muito a forma de encarar o doente mental, hoje em dia. A partir do momento, que começamos a tratar o doente mental como gente, ele também ficou mais receptivo, não que ele ficou diferente, mas a forma de abordá-lo está diferente (...) o meu trabalho permite que eu tenha um contato muito direto com os pacientes. Em alguns momentos, e em algumas situações, os pacientes preferem ficar perto da gente, conseguimos esta confiança por estarmos mais próximos deles”(PS3).

Na fala de PS4 seu trabalho é caracterizado na ação compartilhada com outras práticas sociais, num processo que tanto os profissionais como os usuários se tornam autores de um projeto coletivo, no desenvolvimento do projeto terapêutico do paciente:

“O projeto terapêutico de cada paciente é elaborado numa parceria, com todos os outros profissionais. Eu não sei trabalhar sozinha, a minha característica pessoal no trabalho é estar sempre ouvindo opiniões, tenho facilidade em compartilhar nesse sentido; participam sempre dois ou mais profissionais em todas as atividades realizadas em grupo e dessa forma o paciente parece ficar mais a vontade em suas falas, ele se solta mais, alcançamos mais resultados com o paciente trabalhando assim”(PS4).

Esta fala também sintetiza a importância da proximidade com o paciente e a responsabilidade de todos os profissionais em relação ao cuidar do paciente. PITTA (1996, p.158) explica que:

“quando alguém adoecido busca um lugar para ser cuidado, uma série de situações muito complexas são desencadeadas. Esse indivíduo, não obstante deve ser indivisível, é atomizado nos diferentes dispositivos de cuidados que todos podem oferecer, e tem nos seus fragmentos um conjunto de demandas a serem percebidas, com possibilidades de serem satisfeitas”.

Cada profissional de saúde reconhece seu papel integrante no processo coletivo de ações, cada um na sua especialidade, porém, relativizando sua prática específica no coletivo. Na fala de PS4 fica evidenciado que sua satisfação com o trabalho está relacionada ao trabalho de equipe:

“Sempre gostei muito de lidar com pessoas, talvez por isso que eu tenha escolhido essa profissão, sei da importância do meu trabalho, mas entendo que sozinha não conseguiria avançar, aprendo muito observando meu colega. Para mim, é importante saber lidar com situações que não sejam somente corriqueiras da minha profissão, procurar conhecer também o que não é da sua área enriquece muito nossa prática” (PS4).

Ressaltamos que o trabalho em equipe está enfatizado em adotar um novo paradigma que vai das transformações na instituição até as práticas sociais de lidar com pessoas em sofrimento mental.

Observamos em algumas representações que a satisfação com o trabalho poderia ser maior, mas o próprio profissional de saúde reconhece que enfrenta algumas dificuldades, devido a uma frágil formação na área de saúde mental. Algumas falas assinalam a importância de ter uma fundamentação científica para que se possa fazer uma intervenção de maior qualidade. Nesse sentido, percebemos que a deficiência técnico-científica é compensada numa visão idealista que ainda é preponderante para justificar a finalidade do seu trabalho, expressada nas seguintes falas:

“Nunca imaginei trabalhar com saúde mental e talvez por isso nunca tinha me interessado em aperfeiçoar meus conhecimentos nessa área. Em algumas situações fico muito insegura e angustiada porque poderia me sair muito melhor, mas tenho consciência de minhas limitações. Percebo muito isso nas discussões de caso quando a gente reúne. Mas acho que o mais importante é gostar do que eu faço, estou muito feliz em trabalhar aqui” (PS2).

“(...) estou buscando melhorar, eu adoro trabalhar aqui. Para me aperfeiçoar um pouco mais resolvi fazer faculdade de Enfermagem, porque pretendo continuar trabalhando com saúde mental, acho que vai ser um complemento, pois a enfermagem é uma profissão que se caracteriza suas ações essencialmente na saúde” (PS9).

“(...) caí aqui de pára-quedas, mas adorei cair justamente aqui” (PS8).

Respaldamos nos conteúdos das falas, e entendemos claramente que a satisfação de atuar no campo da saúde mental tem ampla relação com a mudança de paradigma que atravessa o campo da saúde mental. Esse novo cenário rompe com o modelo tradicional de mantenedor da ordem institucional situada num discurso linear. A demonstração de satisfação com o trabalho é pautada pela possibilidade de construir uma intervenção criativa, que considera a existência de fatores multicausais para o adoecer mental. Nessa perspectiva, SAWAIA (1997) pontua que o que qualifica a competência de uma ação é a sua capacidade de diálogo, de produção de novas subjetividades que fogem da racionalidade hegemônica, de transformação dos modos de ver, sentir, pensar e viver estabelecidos e naturalizados.

5.3- Aspectos que envolvem a interdisciplinaridade no trabalho de equipe

O processo histórico construído pelo movimento de reforma psiquiátrica manifesta-se na convicção de idéias e práticas emergentes que favorece ações inseridas numa perspectiva interdisciplinar. É nessa perspectiva que os formuladores de políticas e ações em saúde mental estabelecem o pressuposto de que, para que suas idéias e ações práticas concretizem-se é essencial fazer a convocação para o debate e participação democrática de todos os

profissionais envolvidos no projeto, uma vez que, não existe ciência, seja como disciplina ou, a partir de suas junções ou transformações, como profissão que dê conta isoladamente, do objeto saúde mental, e por isso, necessita dividir sua atuação com outros campos do saber, com outros profissionais (MINAYO, 1991).

O trabalho interdisciplinar é explicitado pelos profissionais como a única forma de se conseguir um resultado efetivo no objetivo proposto:

“(...) o lidar com a questão da doença mental extrapola as questões puramente médicas, psicológicas, sociais; a loucura deve ser entendida e avaliada dentro de sua multiplicidade gênita, e de sua interação com todos os aspectos da existência e do conhecimento” (PS1).

*“Eu entendo **interdisciplinaridade** como muita troca, trabalhar com muita união, cada um na sua especificidade, mas também entender um pouco do trabalho do outro. Temos que ter como princípio o trabalho em grupo que é um aprender incessante, tanto para nós profissionais como para os pacientes que participam mais arduamente nas oficinas e nos grupos terapêuticos (...)” (PS3).*

Nas falas de PS2 e de PS4 percebemos que a interdisciplinaridade aparece como algo inerente ao funcionamento do serviço de saúde mental:

“Eu entendo que o trabalho que envolve a interdisciplinaridade passa por todos, trabalhando na sua especificidade, em função de um objetivo maior, na recuperação da saúde mental do paciente e seu bem-estar. É preciso que cada profissional dê sua avaliação de acordo com sua percepção de observador também para uma intervenção adequada. (...) o trabalho interdisciplinar é difícil, por exemplo, se falta um dos profissionais no dia, sentimos sua falta para complementar a avaliação, parece que emperra o trabalho de todo mundo” (PS2).

“Não tem jeito de você trabalhar sozinha numa equipe de saúde quando ela se dispõe a prestação de um serviço de qualidade (...) quando preciso realizar uma visita domiciliar, primeiramente gosto de olhar o diagnóstico do paciente, porque pelo diagnóstico você entende um pouco

mais sobre as limitações do paciente e porque em determinadas atividades ele tem maior dificuldade em desenvolver-se, quando tenho alguma dúvida recorro ao psiquiatra que me explica melhor. (...) isso me facilita no trabalho com a família no momento das visitas e me dá subsídios na escolha da melhor maneira de intervir (...) às vezes é importante aceitar a recusa do paciente em falar com o profissional, você percebe que tem que respeitar mesmo aquele momento do paciente, e então é assim que entendo a interdisciplinaridade” (PS4).

O paradigma atual da atenção em saúde mental conduz o profissional de saúde a identificar a importância do seu papel junto a equipe multiprofissional. Porém, é necessário reconhecer que, embora o desenvolvimento de cada categoria seja historicamente distinto, ele reflete em diferentes graus de conhecimento acumulado e orientação para um ideal de serviços que definem uma profissão.

Ao tratarmos do tema interdisciplinaridade, é importante pontuarmos algumas questões que são pertinentes. Existe a questão da autonomia técnica, poder e prestígio social, autoridade e responsabilidade éticas e legais que conformam o perfil de uma categoria, portanto não há e não se encontrará homogeneidade entre as profissões e nem mesmo no interior delas (MACHADO, 1995).

Em alguns casos percebemos que a Medicina personifica com clareza a citação supracitada, onde é inegável o poder incontestável e consensual que a intervenção do médico exerce sobre algumas categorias profissionais. Neste sentido, observamos que para alguns profissionais o psiquiatra detém legitimamente o monopólio do conhecimento sobre a doença mental e, portanto, é o mais apto para escolher a melhor forma de intervir em algumas situações, julgadas pelas profissionais, como as mais complicadas. Assim, as representações da interdisciplinaridade para alguns profissionais de saúde são determinadas partindo da autonomia técnica advinda do conhecimento especializado e raramente questionado dentro do paradigma biomédico de intervenção.

É importante considerarmos também as características determinantes da hegemonia médica. A medicina, historicamente, é uma profissão que, aliada aos meios de divulgação, cria uma imagem social bastante positiva, pois detém o poder, juntamente com os meios de

comunicação, de informar a população os avanços tecnológicos em Medicina, os novos recursos tecnológicos, que passam a ser desejados e buscados pelos pacientes e familiares, embora muitas vezes embasados em expectativas irrealistas (CARVALHO, 2002).

O pensamento médico oficial de nossa sociedade, justamente aquele que se beneficia da maior legitimação social, não seria compreensível sem seu modelo epistemológico de referência. Mais precisamente, ele próprio se constitui o intermediário prático da biologia. Seu discurso, coextensivo ao seu objeto, é o biomédico, não conhecendo e nem reconhecendo nenhum outro. E tudo aquilo que não entra no seu campo de saber ou é abandonado às elucubrações do pensamento não científico ou submetido aos seus ditames, segundo a análise de Laplantine⁵ (1992) *apud* PERRUSI (1995).

Notamos na fala de PS9 a preocupação sobre essa questão:

“entendo que num trabalho interdisciplinar é importante, sentir a vontade para discutir algum caso, trocar informações a respeito do quadro do paciente. No entanto, percebo que algumas vezes a palavra final, a melhor maneira de prosseguir na intervenção é a do médico, principalmente quando o paciente está em crise, ficamos mais tranquilos quando o psiquiatra está por perto, sentimos que ele tem mais preparo e sua intervenção será mais eficaz” (PS9).

Lembramos que o termo crise é usado habitualmente para descrever uma situação ou um estado de extrema tensão e sofrimento emocional no qual os sentidos do indivíduo se tornam mais sensíveis a todos os estímulos externos. A crise se apresenta sob as formas: crises evolutivas e crises situacionais/acidentais (BIRMAN; COSTA, 1994). As crises evolutivas são as ocorridas mediante situações naturais da vida de um indivíduo, como o nascimento de um filho, o casamento e outros que são eventos previsíveis. As crises situacionais são inesperadas e necessariamente não ocorrem a todos os indivíduos, como a amputação de um membro, uma doença fatal, perda de alguém significativo (SILVA, 2000).

O relato do PS4 demonstra a dependência dos conhecimentos científicos do médico para sua atuação:

⁵ LAPLANTINI, F. *Anthropologie de la maladie*. Paris: Payot, 1992.

“aqui na equipe podemos dizer que todos éramos muito inexperientes, aí decidimos ter aulas teóricas de psicopatologia com o psiquiatra, posso dizer que na graduação eu nem tive aulas de psicopatologia, minha experiência maior na faculdade foi na saúde pública. Assistíamos suas aulas e apresentávamos o teórico e depois começamos a relacionar os casos e assim discutíamos na reunião de equipe, geralmente toda sexta-feira. O psiquiatra nos ajudou bastante e ajuda até hoje em alguns casos muito complicados, ele tem toda a paciência do mundo com a gente. Para nós essas aulas de psicopatologia no início podem ser consideradas como um ganho e para alguns profissionais, aqui, foi a primeira formação em saúde mental. Acredito que o psiquiatra nos auxiliou e auxilia muito...aprendemos muito no dia a dia” (PS4).

“(...) o psiquiatra da instituição nos transmite muita segurança, ele tem uma credibilidade muito grande na comunidade e isso confere a equipe uma credibilidade também, parece que as informações colocadas pelo o psiquiatra convence melhor as pessoas, sua conversa conquista mais as pessoas. Para mim a principal conquista está no social, se a comunidade começa a acreditar para valer no seu trabalho ele tem tudo para dar certo. Por sinal foi o psiquiatra que encabeçou todo o projeto na criação do CAPS, por isso essa credibilidade tanto dos pacientes, como da comunidade, e isso com certeza favorecerá a reinserção social do paciente” (PS3).

Analisamos essa fala que relaciona a intervenção médica sob a ótica de uma prática discursiva. Assim, como explica Foucault a respeito da prática discursiva:

“a este conjunto de elementos, formados de maneira regular por uma prática discursiva e que são indispensáveis à constituição de uma ciência, apesar de não se destinarem necessariamente a lhe dar lugar, pode-se chamar saber. Desse modo um saber é aquele de que podemos falar em uma prática discursiva que se encontra assim especificada: o domínio constituído pelos diferentes objetos que adquirirão ou não um estatuto científico (o saber da

Psiquiatria, no século XIX, não é a soma do que se acreditava verdadeiro, é o conjunto das condutas, das singularidades, dos desvios de que se pode falar no discurso psiquiátrico); um saber é também o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso (neste sentido, o saber da Medicina clínica é o conjunto das funções de observação, integração, deciframento, registro, decisão, que pode exercer o sujeito do discurso médico); um saber é também o campo de coordenação e de subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem, se definem, são aplicados e se transformam (...); finalmente, um saber se define por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso (...) Há saberes que são independentes das ciências (...) mas não há saber sem uma prática discursiva definida, e toda prática discursiva pode-se definir pelo saber que ela forma (Foucault⁶, 1967 apud PERRUSI, 1995, p.114).

Percebemos na fala do PS5 que há um esforço de superação que o poder médico enraizou na cultura social nas famílias e nos próprios pacientes, que vê o médico como o detentor de todas as prerrogativas sobre a saúde e doença da população:

“(…), por exemplo, em relação a família, às vezes é preciso pedir que o médico explique a situação do doente, parece que a família acredita mais nele do que em nós, tentamos explicar que não precisa da presença do psiquiatra, mas às vezes não adianta nada”(PS5).

Esse aspecto confere também as relações de trabalho que ocorrem no interior do serviço público, como foi verificado num trabalho sobre representações de saúde e doença na cidade de Paulínia-SP. Segundo a investigação de QUEIROZ (1991) as relações de trabalho no setor público são fortemente dominadas pelos médicos, porque a tendência do serviço público é transformar-se em uma organização complexa, burocratizando sua experiência e padronizando a sua concepção de serviço. Diante disso, se por um lado a medicina torna-se

⁶ FOUCAULT, M. *As palavras e as coisas*. Lisboa: Portugal, 1967.

menos humana, com menor possibilidade de contato emocional com os pacientes, pela necessidade de burocratização, por outro ela se torna mais organizada e com maior possibilidade de eficiência administrativa.

Outro importante fator é que a medicina mantém um contato diário com as pessoas comuns, sua vida, e, portanto suas concepções. Dessa forma o conhecimento do médico, possui um parentesco com o “conhecimento prático”, que é extensivo à formação de uma representação social.

Neste sentido é importante apreendermos a relação entre a doença mental e a sociedade, pois quem produz os “sentidos da doença” é o meio social. A formação clínica baseia-se tecnicamente em criar meios para combater a doença o que favorece a absorção de um conjunto de procedimentos, hábitos e técnicas e pela aplicação prática de seu saber na vida cotidiana.

Apesar da predominância do modelo médico no CAPS, notamos na fala do PS3, que o trabalho interdisciplinar é tomado como referência para avaliar os benefícios que o paciente obteve concomitante ao movimento de desinstitucionalização.

“O serviço aqui deu certo porque muitas pessoas vestiram realmente a camisa, digo todos os profissionais, por um único objetivo. Em primeiro lugar, acreditaram muito no que estavam fazendo, para mim, isto é a chave para que qualquer trabalho dê certo. Toda a equipe acreditou na possibilidade de reinserção social do doente mental. Encararam de forma diferente o paciente, fora daquele modelo de exclusão. O objetivo maior vai ser sempre o paciente, é importante que, desde o porteiro até o psiquiatra acredite nessa possibilidade” (PS1).

O domínio conceptual de alguns profissionais tende a relacionar o termo interdisciplinaridade a um encantamento, que nos leva a deduzir criticamente que o seu entendimento é reportado acerca do modismo que permeia o termo interdisciplinaridade na atualidade. Esse aspecto é expresso nas representações do PS1:

“eu entendo que a interdisciplinaridade acontece numa equipe que trabalha pelo usuário, visando o seu bem-estar nos aspectos bio-psicossocial, é importante ver o paciente por inteiro (...) atualmente, uma

equipe que não trabalha nessa linhagem está fadada ao fracasso, é impossível não haver trocas nesse serviço, pois nenhum profissional consegue fazer seu trabalho sozinho, mesmo que queira. É impossível fazer saúde mental de maneira isolada. Sabemos do valor de cada um na sua especificidade” (PSI).

Todas as representações expressaram a importância do trabalho interdisciplinar. A interdisciplinaridade é utilizada pelos profissionais de saúde como condição necessária para estabelecer as conexões possíveis entre todas as áreas de conhecimento do serviço. Tendem a crescer na perspectiva interdisciplinar o respeito, as especialidades e a objetividade de cada campo do conhecimento, como também se torna possível distinguir os pontos que os unem e que os diferenciam, revelando, segundo SOARES (1999) que o sentido da interdisciplinaridade reside na oposição da concepção de que o conhecimento se processa em campos fechados em si mesmo, como se as teorias pudessem ser construídas em mundos particulares sem uma posição unificadora que sirva de base para todas as ciências, e isoladas dos processos e contextos histórico-culturais.

Dessa forma, as ações interdisciplinares da instituição favorecem o diálogo da equipe no sentido da unidade, mesmo tendo a idéia que, em algumas situações, o trabalho de equipe é abafado pelos valores constantes do especialismo, que privilegia, as práticas especializadas. A exigência interdisciplinar impõe a cada especialista que transcenda sua própria especialidade, tomando consciência de seus próprios limites para colher as contribuições das outras disciplinas.

Contudo, criar novos comportamentos que fortaleçam o coletivo é um desafio que se impõe aos profissionais de saúde mental, em especial o de pensar as contradições presentes em suas práticas cotidianas. Em outras palavras, segundo a perspectiva de FRIGOTTO (1995, p.47):

“A superação destes desafios implica na capacidade de atuar dentro da dialética do velho e do novo, ou seja, da crítica à forma fragmentária da produção da vida humana em todas as suas dimensões e, especificamente, na produção e socialização do

conhecimento e na construção de novas relações que rompam com a exclusão e alienação”.

5.4- Aspectos que envolvem autonomia no trabalho interdisciplinar

As concepções dos profissionais de saúde que se relacionam com o tema autonomia, emergem de suas representações como um indício importante para o exercício profissional e assistência ao doente mental. Baseando-se nos estudos de BUENO (2002) a autonomia é adquirida à medida que o indivíduo se conscientiza de que é um valor humano, que é ampliado ao se articular conhecimento, afetividade, interação e ao criar-se oportunidade de escolha do melhor modo de agir, idéia esta, corroborada por BIANCO (1999), sendo a autonomia apoiada na direção da vontade do indivíduo para a ação, não considerando deste modo, a autonomia como absoluta e sim relativa, pois também depende do querer dos outros e da sociedade.

Concernem das falas dos profissionais questões que se caracterizam como atitudes autônomas ao contato direto com o doente mental no exercício de sua prática profissional na medida em que suas ações como profissionais são prioritárias naquele momento. PS6 destaca esse aspecto:

“considero a autonomia como fundamental na minha prática, percebo quando tenho liberdade e segurança para determinar o que é melhor para o paciente no momento do atendimento(...) quando estou atendendo individualmente o paciente e sinto sua interação comigo, me sinto ouvida no que proponho (...) autonomia para mim é isso, ter competência o suficiente para prestar assistência adequada”(PS6).

“em alguns momentos de intervenção, sinto que minha prática vai além dos meus conhecimentos técnicos, mas inspira uma certa afinidade com os pacientes e eles comigo, e essa afinidade só se torna possível por conta do contato próximo com eles. A autonomia no meu trabalho é definida pelo que represento para esses pacientes, quando trabalho sua autonomia, sua liberdade e o exercício de sua cidadania(...) procuro oferecer argumentos que eles utilizarão como alternativas para sua recuperação, num sentido que os faça também sentirem-se autônomos nas

suas decisões (...)eu sinto que o paciente confia no meu trabalho, pela segurança que transmito a eles” (PS7).

Neste sentido, podemos corroborar na fala do PS6 e na do PS7 que a noção de autonomia associa-se à criação diária de um espaço de tratamento de qualidade ao usuário. Nesse sentido, a autonomia torna-se imprescindível para as novas práticas de cuidados e está diretamente ligada a um movimento circular e dependências de idéias de outras realidades.

Na fala do PS4 percebemos que o conceito de autonomia está relacionado com a interação com o outro, no sentido de compartilhar possíveis alterações na conduta do atendimento:

“Sinto uma autonomia muito ampla na nossa conduta, porém não trabalhamos sozinhos, não tem jeito, precisamos discutir algumas questões relacionada a assistência em alguns momentos. Não tenho conhecimento o suficiente para orientar o paciente, aí recorro ao meu colega , me sinto mais segura fazendo assim, e assim realizo o meu trabalho com maior autonomia” (PS4).

PS6 se expressa da seguinte forma:

“Tenho autonomia porque sinto que a equipe tem muita confiança nas minhas condutas, sempre interagem comigo quando tenho alguma dúvida, tenho total liberdade de desenvolver projetos, e criar idéias, todos acolhem muito bem as idéias novas(...) em nossa reuniões semanais tenho total liberdade para colocar minhas dificuldades, as que enfrentei durante a semana e a certeza que minhas colocações positivas ou negativas serão ouvidas”(PS6).

Utilizando a análise esclarecedora de Habermas, a respeito da representação supracitada, por “interação” percebemos a esfera da sociedade em que normas sociais se constituem a partir da convivência entre sujeitos, capazes de comunicação e ação. Nessa dimensão da prática social, prevalece uma ação comunicativa, isto é, “uma interação simbolicamente mediada”, a qual se orienta segundo normas de vigência obrigatória que definem as expectativas recíprocas de comportamento e que têm de ser entendidas e reconhecidas, pelo menos, por dois sujeitos agentes” (GONÇALVES, 1999,p.129).

Outro fator que dimensiona a autonomia está fortemente relacionado à capacitação técnico-científico. As práticas dos profissionais desqualificados são exercidas com domínio restrito dos conhecimentos técnicos científicos no campo da saúde mental e a intervenção se realiza de forma mecânica em certos procedimentos, olvidando-se em contextualizar sua prática profissional. PS1 justifica-se da seguinte forma:

“(...) hoje o objetivo é que se faça uma reciclagem com todos os profissionais, dentro do possível o pessoal tenta se informar a respeito da área de sua atuação, no entanto, mesmo com a deficiência de formação técnica, existe pouco conhecimento das patologias para melhorar essa parte técnica e conseqüentemente a profissional também (...) a única forma de ingressar no serviço público aqui de Andradas, (...) fizeram o concurso, porém com um edital muito mal elaborado, sem entrevistas e avaliação de perfis adequados para atuar na saúde mental(...) só sei que o edital foi horrível que inclusive poderia ter sido impedido pela justiça, havia muitas falhas (...) Alguns profissionais aqui são muito inseguros e tem consciência que sabem muito pouco e as vezes sentem-se ameaçados quando outro manifesta o interesse em aprender mais e faça mais sucesso do que (...) precisam ser trabalhados(...) é importante que o trabalho seja em equipe de verdade e para isso é necessário, que todos tenham autonomia na sua prática profissional para podermos trocar informações e conhecimentos também” (PS1).

PS8 expõe sua opinião:

“reconheço minhas deficiências no trabalho, caí aqui um pouco de pára-quadras, fiz o concurso, passei e aqui estou, minha formação foi deficitária em saúde mental, mas também nunca neguei isso a ninguém. Procuro estudar, me inteirar, mas não sei se tenho um perfil adequado para estar aqui, (...) sinto que a equipe é muito solidária quando estou com alguma dificuldade na intervenção, mas devo confessar que realizo muito minhas atividades em função da prescrição médica, sei que a natureza desse trabalho procura não enfatizar o diagnóstico, e a preocupação maior é

estar junto ao doente mental, proporcionar-lhe um ambiente que seja adequado a sua recuperação(...)" (PS8).

O profissional menos qualificado, geralmente não avalia criticamente o trabalho, vinculado fortemente a uma alienação, pois tendem a ser menos questionadores preocupando-se menos com a qualidade na assistência. BIANCO (1999) coloca que:

“o saber científico aumenta a autonomia relativa de qualquer profissional, de forma objetiva, porém ao mesmo tempo pode diminuir a autonomia do outro, quando coloca a ciência tecnificada como poder de mando e isenta de valores.

Nesse contexto a autora explica que a autonomia dos profissionais, de certa forma fica tencionada, pois em vários momentos diversas práticas se sobrepõem, principalmente a prática médica sintetizada na essência do tratar. O espaço social bem trabalhado pode gerar mudanças positivas e eficientes para o cliente/paciente/usuário, bem como para o reconhecimento e valorização de cada profissional.

Observamos que nesse sentido, que a prática do profissional mais qualificado convive com uma ambigüidade, pois tem intimidade com diferentes condições entre o preparo acadêmico e o exercício da prática profissional. Essa ambigüidade é agravada pela carência de percepção das relações dos profissionais mais desqualificados, pelas ações rotineiras e mecanizadas e pela falta de posicionamento claro e definido em relação ao contexto global da saúde mental.

PS1 ressalta em sua fala que a maior demonstração de autonomia foi no início, na elaboração do projeto original do CAPS, onde a equipe multidisciplinar contou com total apoio de vários segmentos da sociedade. Para ele foi uma grande demonstração de confiança:

“(...) todo o projeto, procedimentos e política municipal, sempre tudo, foi estabelecido e dirigido pela equipe multiprofissional com total autonomia, da qual fui o coordenador nos primeiros anos; procuramos sempre evitar ao máximo as ingerências, porém sempre dispostos a ouvir, discutir e argumentar com todas as pessoas da sociedade; muitas idéias foram aproveitadas e muitas parcerias foram realizadas ao longo destes anos” (PS1).

Como explica MORAN (1999) sobre o tema autonomia:

“pela interação aprendemos, nos expressamos, confrontamos nossas experiências, idéias, realizações; pela interação buscamos ser aceitos, acolhidos pela sociedade, pelos colegas, por alguns grupos significativos, mesmo porque, não se trata de confundir autonomia com independência nem com auto-suficiência, visto que dependentes, todos somos.”

5.5- Dificuldades (conflitos) encontradas no trabalho interdisciplinares dos profissionais de saúde do Centro de Atenção Psicossocial

As representações sociais apreendidas a respeito do trabalho interdisciplinar, focalizam sobremaneira alguns conflitos em torno dos quais os trabalhadores da saúde mental enfrentam no exercício cotidiano de suas práticas. No contexto do CAPS, a concepção de trabalhador aproxima-se da noção de “operador” trazida por ROTELLI *et al.* (1990), ou seja, pessoas capazes de reconstruir a história de vida dos usuários para além do diagnóstico e do sintoma, trabalhadores ativos no processo de re-elaboração do sofrimento e reinvenção da vida.

No entanto, sabemos que a qualidade de um serviço assistencial está diretamente associada à qualidade da relação interpessoal que ocorre entre os pacientes e os profissionais encarregados da assistência, bem como com a organização institucional.

Assim, enquanto queixa, percebemos na representação de alguns integrantes da equipe interdisciplinar um desgaste emocional gerado e atribuído a inter-relação profissional-paciente. Refere ainda que, em função do contato direto com o paciente em tempo integral a responsabilidade ética exige que os profissionais produzam modos heterogêneos de cuidado para atender sujeitos sociais singulares, dentro do mesmo espaço físico, o que em alguns momentos gera tensão, e um certo conflito interno.

As opiniões a essa questão são as seguintes:

“ o fato de receber o paciente em crise acarreta muito desgaste para toda a equipe, às vezes ele agride e o controle prévio é complicado, fica difícil

estabelecer o diálogo no momento da crise(...) no final do expediente estamos todos exaustos, pelo menos eu, é certeza que estarei”(PS5).

“a minha grande dificuldade está em estabelecer uma interação com o paciente(...) o relacionamento paciente/profissional é uma coisa muito delicada, às vezes você pensa que interagiu com o paciente, mas aí percebe que ele está tão distante e isso me causa uma certa frustração”(PS9).

“são histórias de vida diferentes, temos que respeitar esse dado e procurar conhecer cada um, individualmente (...) não tenho dificuldade de trabalhar com o doente mental, eu já não tenho mais medo do doente mental. Numa crise, se você conhece bem o paciente, já criou um vínculo com ele, isso te permite algumas vezes de até entrar no delírio dele e ir um pouco mais, digo na conversação, mas ao contrário, se você percebe que não há muita proximidade é melhor respeitar o momento e evitar agressividade. (...) muitas vezes você recebe o paciente em crise, num estado agudo e por ser um local aberto, você sente um pouco desprotegida, traz um pouco de insegurança. Aqui você fica um pouco mais exposta”(PS3).

Dejours & Abdoucheli⁷(1994) *apud* MASSELLI (2001,p.123) a respeito do sofrimento gerado na relação do trabalhador com a organização do trabalho, explica que o sofrimento começa quando a *“energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão (...) essa energia não pode aqui permanecer muito tempo e, quando as capacidades de contenção são transbordadas, a energia recua para o corpo, nele desencadeando certas perturbações”*.

O PS4 toma como referência a concepção de humanização para conseguir lidar com suas dificuldades práticas:

“o paciente precisa sentir em liberdade para que seu trabalho flua, é preciso que ele compreenda que você também é gente e portanto solidária

⁷ DEJOURS, C. & ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em Psicologia do Trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. (orgs.) – **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo, Atlas, 1994. p.119-145.

aos seus problema(...) precisamos trabalhar ancorados na questão da humanização” (PS4).

Entendemos que uma prática de saúde humanizada deve tomar em consideração o contexto em que vive o usuário e estabelecer atitudes sem focalizar como representante principal a doença mental. É necessário emergir um novo vínculo com a noção de humanização que o lidar com esses indivíduos requer. Nesta ótica a concepção de humanização afasta-se radicalmente de qualquer perspectiva assistencialista ou de cunho religioso, tal como é comumente pensada a questão da humanização no contexto da saúde, que, segundo VALENTINI JÚNIOR & VICENTE (1996, p.49) *“pressupõe a caridade numa relação entre desiguais: doadores e destinatários”*.

É, portanto, um pressuposto fundamental que o profissional da saúde mental reconstrua sua subjetividade para uma mudança de concepção no que se refere ao campo do cuidar. Assim, a subjetividade pode ser entendida como a maneira particular de cada um sentir, ver e estar no mundo. Neste sentido, a subjetividade do profissional de saúde pode interferir na construção de um serviço de qualidade, porque o profissional de saúde pode utilizar-se de mecanismos de defesas, enquanto estratégias de proteção de sua saúde mental, e com isso desumaniza o serviço para preservar a referida ameaça de loucura.

Consideramos, também, que outra dificuldade, agora no sentido de conflito, centra-se na relação mútua dos profissionais da equipe interdisciplinar do CAPS-Andradas-MG. No momento da entrevista as falas em relação a este item nem sempre foram muito objetivas, por considerar “um assunto delicado”. Porém, ao colocar algumas indagações envolvidas pelo processo de desospitalização relacionados aos conflitos que surgem no cotidiano das práticas profissionais, foi possível perceber uma maior liberdade na expressão e obter uma resposta mais esclarecedora. PS3 se expressa da seguinte forma:

“Sinto maior dificuldade no relacionamento com os outros profissionais do que com os próprios pacientes. O relacionamento com a equipe é a coisa mais difícil que tem. Eu acho que a “diferença” entre funcionários é o mais complicado, não acho que seja obstáculo, mas sim uma dificuldade enfrentada por todos aqui. Fica mais fácil quando você lembra que estão

todos trabalhando pelo bem estar do paciente, nesse mesmo objetivo e aí esses conflitos amenizam muito” (PS3).

A fala do PS7 reforçam pontos de conflitos:

“(...) se conseguíssemos trabalhar mais afinados, digo toda a equipe, o resultado poderia ser muito maior. Muitas vezes acho que falta um pouco mais de cumplicidade. Nesse tipo de trabalho você tem que acreditar também muito no trabalho do outro. Vejo o trabalho em equipe como um casamento, um relacionamento. Sinto que aqui falta mais essa cumplicidade, falo dessa troca maior” (PS7).

PS4 se expressa da seguinte forma:

“para mim, um dos fatores que dificultam o meu trabalho é quando estou na oficina terapêutica e percebo que não estou em sintonia com meu colega, te juro que fico muito desanimado. Outra coisa desagradável é quando o profissional quer discutir alguma situação mas tem pouco conhecimento a respeito do assunto e não tem argumentação técnica para a discussão do caso” (PS4).

A simples substituição do modelo hospitalocêntrico por um modelo de atenção comunitária e reabilitação não garante resultados de qualidade da prestação de serviço. O novo modelo de atendimento deve vir acompanhado de uma constante busca de qualidade. Consideramos como um agravante de conflito na equipe interdisciplinar o baixo investimento na formação técnico-científico que é oferecido aos profissionais da instituição. A capacitação, como cursos e treinamentos, busca a melhoria da qualidade da assistência.

Nesse sentido, a qualificação profissional bem como as atividades de educação continuada no contexto das instituições de saúde, como esclarece BUENO (2002), têm um papel importante, desde que atendam aos interesses específicos do profissional, como sujeito dos seus saberes. No entanto, o que acontece em muitas instituições é limitar as atividades da educação continuada, para interesses mais próprios da instituição, principalmente os tecnológicos e regimentais. BAGNATO (1999) considera também que, no contexto das instituições de saúde a educação continuada é atividade que proporciona aos profissionais, uma análise crítico-reflexiva de sua atuação, do meio em que atua como sujeito de suas ações,

buscando, implementando e participando efetivamente de alternativas para mudanças significativas nas políticas de saúde, com o propósito de contribuir para a melhoria da qualidade de assistência à saúde em benefício da população.

De acordo com a fala do PS5 e do PS8, quando é oferecida uma oportunidade de qualificação, são destinados, na maioria das vezes, à coordenação e ao pessoal mais qualificado que “*exercem atividades de controle sobre o pessoal mais despreparado*”. A esse respeito ALMEIDA FILHO (1997) pontua que as dificuldades dos profissionais de saúde mental do país são devidas às fragilidades de sua formação e das idiossincrasias da área, em se apropriar dos métodos formais de validação de seus trabalhos.

“(...) falta de recursos humanos, de técnicos capacitados, são fatores que geram uma certa tensão na equipe, sentimos que quando falta um técnico mais qualificado fica mais difícil o dia(...) é preciso oferecer capacitação a todos da equipe e não a uns e outros que sempre viajam e fazem cursos(...)” (PS5).

“gostaria de aprender mais sobre saúde mental. Mas as oportunidades são poucas (...)” (PS8).

Nestas representações, percebemos uma articulação no sentido de que pela evolução do conhecimento do profissional, o interagir com o outro se torna mais próspero, no sentido de compartilhar na dimensão relacional da assistência podendo favorecer efetivamente a melhoria da qualidade no relacionamento da equipe bem como na assistência ao usuário.

Outro fator relevante que depara com a questão de dificuldades enfrentadas no cotidiano relaciona-se as repetidas alusões dos profissionais à falta de estrutura psicológica, justificando que o contato direto com o doente mental produz fenômenos emocionais que mobilizam e os sobrecarregam. Os porquês aludidos para explicar essa dificuldade giram em torno da falta de incentivo à formação, no âmbito de supervisão da relação com o paciente ou, ainda, aos processos psicoterapêuticos dos profissionais.

Na fala do PS1 percebemos alguns elementos que apontam essa dificuldade:

“a necessidade do momento seria oferecer capacitação à equipe, a qual é fundamental para o andamento deste trabalho. Os profissionais suportam uma carga emocional muito intensa desse contato com os pacientes, são

justamente os que menos têm acesso a esse tipo de suporte. A prefeitura deveria proporcionar a esses profissionais que tem um contato muito direto com o paciente, e também a todos que sentirem essa demanda, a possibilidade de uma supervisão voltada para a elaboração das dificuldades emocionais surgidas da relação com os pacientes” (PS1).

O que fica evidente na constituição da representação social das dificuldades e de alguns conflitos cotidianos do CAPS é a falta de investimento do setor de saúde na área da saúde, na articulação de iniciativas que promovam capacitação e qualificação aos profissionais para lidar com questões peculiares a área da saúde mental, aparentemente, associadas a situação sócio-econômica do país, o que realça as dificuldades em aperfeiçoar a qualidade dos serviços de assistência a saúde da população. Segundo PS1:

“O maior obstáculo é sem dúvida as dificuldades socioeconômicas do nosso país(...) a saúde mental não fica completa se não tiver investimentos no setor, os profissionais precisam atualizar-se (...) é clara a dificuldade de formação profissional, imprescindível a reciclagem; a formação dos profissionais são deficientes pois os currículos das faculdades são muitíssimos distantes da realidade do nosso país; estigma e preconceito que existem em relação ao doente mental pelos próprios profissionais de saúde; (...) baixos salários da rede, desestimulando os profissionais ou os obrigando a ter outros empregos; entre outras” (PS1).

Diante das dificuldades e conflitos gerados na prática cotidiana dos profissionais de saúde no CAPS, apontados nesta e noutras falas fazemos menção a AYRES (2001), para quem a atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde, é preciso emancipar.

Neste sentido, utilizamos a terminologia de HABERMAS (1989) que tematiza a reconstrução das condições de convivência humana, ou seja, da interação entre sujeitos competentes que utilizam a comunicação com a finalidade de se entenderem sobre o mundo em que vivem, através das tradições culturais, das solidariedades sociais e das identidades individuais. Assim, a prática profissional ultrapassará o nível subjetivo da experiência individual e institucionalizar-se-á à dimensão do cuidado por inteiro num processo social mais

amplo, apesar das relações de poder, das formas de opressão e dominação, que precisam ser desocultadas e transformadas.

5.6- A concepção dos profissionais de saúde em relação à história do movimento da reforma psiquiátrica

Esta categoria temática aponta aspectos das representações sociais que os profissionais de saúde fazem da trajetória da assistência psiquiátrica no Brasil, bem como seu papel propulsor na discussão sobre a reorientação da atenção em saúde mental, ancorada nos eixos da qualidade e humanização da assistência.

Analisando as representações apresentadas, identificamos algumas indefinições de como os profissionais de saúde distinguem o processo atual de desospitalização em relação às iniciativas anteriores na área da saúde mental. Nas representações, observamos que, quando o profissional é inquirido sobre o conceito da reforma psiquiátrica, ele possui um discurso elaborado ‘a priori’, onde ressalta as conquistas e suas possibilidades de redirecionar o atendimento de maneira ampla. Entretanto, quando as discussões são aprofundadas e os conflitos afloram pelas contradições presentes na prática, as suas falas demonstraram indefinições sobre o atual modelo assistencial em saúde mental. As seguintes falas podem ser tomadas como exemplo:

“em relação a reforma psiquiátrica, tenho pouco conhecimento nesse sentido, mas sei que busca a melhor alternativa para atender o doente(...) sei que o hospital psiquiátrico não é o melhor local para esse tratamento(...) esse modelo tem dado muito certo aqui no CAPS”(PS6).

“sei que o objetivo é reintegrar o doente mental na sociedade e abrir novos CAPS. A intenção é não utilizar mais os hospitais com tratamentos fechados, o objetivo é a convivência com a comunidade, mas para isso a sociedade tem que assumir o papel dela”(PS8).

“é por aí mesmo(...) nos dias de hoje está provado que internações em regime fechado, só piora o estado geral do paciente, é preciso ter uma postura profissional adequada ao novo modelo de atendimento, e internar

o doente mental no hospital não é mais a solução(...) é o pouco que sei da reforma” (P10).

O registro das falas do PS1 revela o domínio conceptual a respeito do movimento da reforma e o sentido de transformações ocorridas no âmbito social mais amplo, com ressalva a importância da Psiquiatria tradicional:

“A reforma psiquiátrica é compreendida como a transformação da forma de lidar com a experiência da loucura; implica na formação/construção de serviços substitutivos orientados pelas diretrizes de superação do modelo asilar e de assunção dos direitos de cidadania partindo do referencial da desinstitucionalização. A reforma psiquiátrica implica, também, na superação da cultura de invalidação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico” (PS1).

“Esta questão é por demais abrangente, e posso afirmar que durante toda a minha vida profissional, desde a residência médica na Santa Casa de São Paulo; tenho convivido com o movimento de reforma psiquiátrica; tive o privilégio de participar de uma das primeiras práticas de reforma realizadas no Brasil, que foi o Projeto PIDA, no início dos anos 80, na cidade de São Paulo; hoje a reforma é oficial, com a Lei Paulo Delgado, e as inúmeras iniciativas práticas em todo o país; a questão hoje é procurar uma forma consensual de realizar a reforma sem desprezar os bons conhecimentos, que são muitos, adquiridos pela antiga prática psiquiátrica, e modificar aquelas que não eram respaldadas pela ciência, nem se mostraram benéficas para os usuários” (PS1).

Segundo LANCETTI (1990, p.145):

Não é para recuperar socialmente nem para retomar a normalidade perdida que a experiência da reforma psiquiátrica vale a pena ser empreendida. Não se trata de simples reintegração social, nem de retornar à loucura antes de seu confinamento histórico. A convivência com o que doente mental tem de louco, a artesanaria de viver nesse limiar que faz emergir formas de sociabilidade que

operam no deslocamento no plano moral, jurídico, estético, político e histórico”.

Foi possível pontuar através da fala do PS3, que correlaciona sua prática cotidiana às mudanças provocadas pela reforma psiquiátrica, mas ainda percebe a existência forte de valores culturais dominantes referentes à percepção da doença mental, e que interfere no tratamento e assistência do doente mental:

“Eu consigo ver um pouco desta história pela minha própria experiência, pela minha entrada num hospital psiquiátrico há dez anos atrás. Comparado com o que estamos vivendo hoje, é completamente diferente. Quando eu entrei lá, eu senti que estava apenas cumprindo uma exigência, uma portaria do Ministério da Saúde e que era necessário na instituição, de profissionais de outras áreas, além do psiquiatra para trabalhar com o doente mental. É uma norma e tinha que ser cumprida, eu entendia só isso. Nesta época ninguém acreditava que poderia ser feito um trabalho maior com o doente mental. Percebo que no início, falar em reforma psiquiátrica era apenas cumprir uma lei, agora vejo as coisas crescendo, não é mais só uma determinação, mas agora é uma prática. Ninguém trabalha forçadamente, sendo fiscalizado, aconteceu uma humanização e o paciente é tratado com mais humanidade, ele é mais individualizado, sem ser simplesmente um número, mais uma prescrição, agora ele tem nome e sobrenome; suas vontades são respeitadas.(...), a estrutura é muito ampla e as regras precisam ser respeitadas e seguidas.(...) já se sabe que o sinônimo de doente mental não é o de arrebentar tudo que vê pela frente” (PS3).

A fala do PS3 demonstrou que sua trajetória profissional a partir da análise da sua prática concreta é entendida como algo em mudança, em constata transformação. Porém, apreendemos nessa e noutras falas a pouca atenção atribuída pelos profissionais de saúde do CAPS em conhecer a legislação e as tendências das políticas públicas, bem como a situação do processo de substituição asilar no país, como demonstra PS4:

“eu sei que mudou muito coisa na assistência psiquiátrica no Brasil, eu me formei bem antes do movimento de reconceitualização da minha

profissão, isso tem muitos anos(...) depois eu trabalhei na saúde mental, aqui mesmo em Andradadas em julho de 1994 a janeiro de 1996 e retornei só agora em junho deste ano. Fiz parte da primeira equipe, mas pegamos o serviço no zero, ajudei a montar toda a parte burocrática para o serviço funcionar e isso demandou tempo(...) investimos muito pouco na questão de aprimorar conhecimentos. Eu sei da importância de investir nesse novo modelo de atendimento, alternativo à internação em manicômios, ajuda a recuperar os direitos e a dignidade dos doentes”(PS4).

A fala do PS4 denuncia o baixo grau de conhecimento sobre a literatura na área de saúde mental:

“meu conhecimento literário a respeito do assunto é muito escasso, deveria ler mais sobre o assunto, me inteirar mais(...) sei que o movimento de reforma psiquiátrica no Brasil veio para humanizar os atendimentos em hospitais psiquiátricos. Eu nunca trabalhei num hospital psiquiátrico fechado, mas pelo pouco que leio a respeito da reforma psiquiátrica e de acordo com alguns relatos que já ouvi, o tratamento do hospital é inadequado(...)” (PS4).

Identificamos, na representação seguinte, que a falta de um investimento sócio-intelectual, a falta de interesse em estabelecer uma difusão consistente de conhecimentos na área, que seria a base cognitiva para a qualidade de suas ações profissionais, foi orientada pelo mercado de trabalho, que influenciou em profusão na escolha do seu objeto de serviço e campo de atuação.

“do movimento antimanicomial não conheço muito(...) acho o fechamento dos manicômios e a abertura de novos CAPS uma das questões mais importantes da reforma(..) não me dediquei em aperfeiçoar na questão, porque não sei se quero trabalhar por muito tempo ainda com saúde mental, estou fazendo outro curso, talvez seja por isso que não procuro buscar informações a respeito de como anda o movimento da reforma no Brasil”(PS8).

De um modo geral, as concepções dos profissionais de saúde em relação à história do movimento da reforma psiquiátrica demonstram pouca consistência, estabelecida pela falta de

recursos intelectuais e baixos níveis de conhecimento, mas, por outro lado, a maioria demonstra estar interessada em melhorias e mudanças, em especial, em pensar suas contribuições práticas. Nesse sentido, para corresponder às perspectivas da reforma psiquiátrica no seu sentido mais amplo, é preciso estar atento ao constante risco de promover uma reforma superficial ou uma pseudo-desinstitucionalização. LANCETTI (1990, p.146) faz, nesse sentido, uma reflexão:

“A pragmática da desconstrução manicomial é o reinado do paradoxo: doença mental e loucura, afirmação do poder médico e diluição das identidades profissionais, cuidados terapêuticos(...) No seio desse limiar se produz um saber e um método que experimentam a convivência com o acaso e que ao mesmo tempo requerem rigor e processualidade. Não se inicia a destruição do manicômio se não se violentam os manicômios mentais profissionais e ideológicos(...)”.

5.7- O papel dos profissionais de saúde em mudança com a desospitalização do doente mental

Buscamos ampliar a compreensão do processo de desospitalização no interior da reforma a partir dos relatos de todas as categorias dos profissionais de saúde do CAPS. Vimos, até aqui, abordagens sobre suas práticas cotidianas correlacionadas ao auto-reconhecimento do papel engenhoso do profissional de saúde aos preceitos da desospitalização, bem como suas dificuldades e inter-relações no dia a dia, o que realça, segundo LUIS (2000, p.38) *“a importância dos profissionais de saúde em refletir sobre seu papel, neste momento de mudanças, pois é certo que não aceitem assumir conscientemente a antiga função de guardiões e controladores de pessoas rejeitadas pela sociedade (...)”*.

A fala do PS4 suscita o seu reconhecimento como parte integrante de um processo coletivo de ações, com seu esquema específico de trabalho como os demais membros da equipe, porém, sua fala também enfatiza a necessidade de mudanças significativas nas

políticas públicas, nos serviços de saúde, envolvendo compromisso, responsabilidade, solidariedade e ética no atendimento aos que dele precisam.

“Na questão do atendimento das Políticas Públicas, tanto o paciente, quanto à família está numa situação de pobreza muito grande. A atenção das políticas públicas serem voltadas para o básico mesmo, viver com um salário mínimo, com mais de cinco pessoas na casa, como geralmente acontece, não dá para pensar em qualidade de vida. O paciente muitas vezes não tem condição de comprar a própria medicação quando falta aqui, isto se fizer o tratamento adequado(...) eu tento mudar dentro da minha prática, sei que é um desafio, mas me sinto aberta para isso, mas não depende só de mim, ao meu ver, depende de todo o sistema” (PS4).

“Eu me considero um dos construtores destas práticas, dentro da pequena parcela de colaboração que pude realizar; acho que, quiçá os excessos e as resistências, e apesar da lentidão do processo, a reforma conseguiu se estabelecer no Brasil, e hoje é uma realidade imanente e imperecível” (PS3).

Nessa categoria PS8 ressalta:

“o que está no meu alcance profissional procuro fazer o máximo a favor de sua desospitalização, de sua reinserção(...) através do diálogo procuro criar um vínculo com o paciente, saber até onde ele pretende ir através de alguma atividade(...) eles adoram a música(...) hoje trouxe o “Toquinho” para eles ouvirem, mas preferiram uma música mais agitada. Na verdade, eu estou aprendendo muito aqui, por enquanto sou só uma monitora, digo por enquanto pois estou fazendo faculdade de enfermagem para continuar trabalhando nessa área, porque adoro(...) eu sinto que posso contribuir muito a reconstituição de sua dignidade,(...) mas entendo que no processo de desospitalização o usuário tem que ser ouvido e suas vontades respeitadas” (PS9).

PS3, referindo ter trabalhado na saúde mental bem antes do movimento de desospitalização, percebe através da sua experiência, que, antes, os estereótipos relativos aos

doentes mentais originavam situações de profunda injustiça e desumanidade, pontuando o antes e o depois do movimento de desospitalização:

“Quando escuto pessoas que conviveram e que também trabalharam com doentes mentais há uns trinta anos atrás, eu noto claramente que os doentes eram mais agressivos e que causavam maior medo nas pessoas, naquele tempo. Eu percebo isso como uma consequência de como eles também eram tratados. Se você trata alguém com hostilidade, a resposta também virá de forma hostil. Percebo também, que mudou muito a forma de encarar o doente mental, hoje em dia. A partir do momento, que começamos a tratar o doente mental como gente, ele também ficou mais receptivo, não que ele ficou diferente, mas a forma de abordá-lo está diferente” (PS3).

Podemos deduzir da fala supracitada que é preciso recriar valores para transformar realidades sociais. Embora atualmente, o aspecto do estereótipo esteja mais ameno, vale lembrar, que um dos princípios norteados pela OMS (2001) para a mudança paradigmática da atenção à saúde mental situa-se na mudança de compreensão na definição de saúde com a inter-relação de fatores bio-psico-sociais. Para tanto, vale refletir sobre os valores dominantes da cultura em relação à percepção da loucura e da doença mental.

Um dos pontos marcantes nessa categoria foi perceber, apesar dos intensos transtornos e do sofrimento, uma maior presença da família no processo de tratamento do doente mental. Em algumas falas observamos que os profissionais de saúde tendem a compreender a angústia do familiar, que suporta toda sobrecarga que lhes é imposta. Segundo dados da AFDM (1997) - Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil - a presença do familiar doente obriga seus familiares a refazer os seus planos de vida e a redefinir integralmente os seus objetivos. Estudos sobre a emoção expressada demonstram como a família interfere na evolução do quadro clínico, no número e no tempo médio das internações, enfim influi favoravelmente no curso da doença.

O ponto de vista do PS1, exemplifica uma mudança favorável na relação do profissional com o familiar do doente mental, numa perspectiva de interação que visa ajuda mútua a fim de reduzir o estresse ambiental produzida pela situação vigente:

“(...) todo mundo tem, e eu também tinha a leitura que a família dificulta o manejo com o paciente. Eu tenho percebido que não é bem assim, o que parece na verdade é que a família em algumas situações salva muito. Porém, devo ressaltar que isso não é regra(...) a maioria das famílias querem viver bem e tratar bem do seu doente, a maioria que digo é cerca de nove entre dez, acontece que ninguém orienta essa família, isso não quer dizer que ela é desorientada, na verdade ninguém a orientou. Eu tive um exemplo claro disso numa intervenção antes de ontem, não aqui no CAPS, foi em outra instituição, é um exemplo claro, o paciente estava sendo reinternado no Hospital, então a assistente social avaliou que a família tinha sido trabalhado, porém, conclusão é que se tratava de uma família rejeitante e que não teria jeito mesmo, e que o paciente ficaria mais trinta dias internado e depois sairia e a família é que se virasse(...) no meu entendimento a família desse paciente era uma mãe com 79 anos, o paciente tem 60 anos, e ele se recusava tomar remédio o tempo todo, e isso é normal com doentes mentais, o que aquela coitada poderia fazer? Ele não dormia, saía de casa e ameaçava as pessoas na rua, quebrava tudo dentro de casa e isso já fazia uma semana que ele tinha saído da internação, então eu te pergunto: o que falta? Na minha opinião falta chamar o resto da família, porque pela mãe eles não vêm mesmo, porque eles não vão ouvi-la (...) então, não se trata de uma mãe rejeitante, é uma mãe que não tem nenhuma condição e que está sofrendo também(...) e isto gera a idéia que a culpa é da família, ela que tem preconceito, é rejeitante. É preciso observar qual é essa família, quais as condições que ela vive e que precisa oferecer a essa família condições reais de tratamento(...)” (PS1).

Nesse mesmo sentido, PS3 valoriza essa questão:

Em algumas famílias a desospitalização representa um “fardo”, pois no hospital, com a internação fechada, a família fica um pouco livre desta responsabilidade, a de participar do processo de desospitalização. Por outro lado, existem famílias muito engajadas neste processo, elas falam com orgulho da evolução do seu familiar, que desde que abriu o CAPS

não foi mais necessária a internação e com isso evitou sofrimento de muita gente. O não saber lidar com o doente dentro de casa dificulta este entendimento, o não saber lidar com uma crise, com um comportamento agressivo e, é por isso que até compreendemos o desejo de internar o paciente. Estamos sempre reforçando para a família o dever de incentivar o doente mental também em casa, o que ele é capaz de fazer aqui no CAPS é capaz também de fazer em sua casa, ele é a mesma pessoa. Então se houver o estímulo da família, ele vai longe “ (PS3).

Em todas as falas, quando indagamos sobre o papel do hospital psiquiátrico no tratamento do doente mental, hoje em dia, correlacionando as práticas do movimento de desospitalização, observamos praticamente um consenso de que a representação do hospital psiquiátrico para os profissionais é uma instituição totalitária, prejudicial ao tratamento, uma vez que isola o doente da família e da comunidade. Nessa ótica, entendemos que o modelo de atenção à saúde hegemônico, baseado na hospitalização não abre espaço para a exploração de novas possibilidades existenciais na medida em que está centrado no sintoma e na doença, e no poder de disciplinarizar, como cita FOUCAULT (1972, p.30): “ *a loucura torna-se uma forma relativa à razão ou, melhor, loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla (...)*”.

Esse ponto de vista é reforçado no exemplo da fala do PS4:

“Para mim o hospital psiquiátrico funciona mesmo é como um ponto de isolamento e como um pronto socorro, em momentos de crise(...) percebo o hospital psiquiátrico muito utilizado por uma questão social, de proteção e de segurança para o paciente como para a família,(...) por exemplo, quando tem a festa do vinho aqui em Andradas, alguns pacientes que são alcoolistas e usuários do programa, por uma questão de segurança são internados, encaminhados para o hospital psiquiátrico por pura questão de proteção, pois com certeza eles vão beber, porque também não faltará quem ofereça. Alguns, a doença mental está associada a uma deficiência e aí piora tudo, para eles ficarem em casa na época da festa só se a família amarrar(...) (PS4).

Corroboramos o ponto de vista com PS4, no sentido que a existência de leitos em hospitais gerais se constitui como uma importante retaguarda ao atendimento dos casos que requerem internação:

“eu acredito que o CAPS possa substituir um hospital psiquiátrico, pois desconheço uma crise que o CAPS não seria capaz de tratar(...) por exemplo, nos momentos de crise aguda, como só fazemos a internação em Pinhal, ele é medicado aqui mesmo no Santa Casa, e durante o dia ele vem para o CAPS, acolhido na equipe ele é engajado nas atividades daqui(...) na minha opinião é desnecessário internação em regime fechado, além de trabalharmos a sua cidadania, ele é tratado com muito mais dignidade do que seria no hospital psiquiátrico” (PS4).

Observamos que a ênfase está em oferecer o atendimento extra-hospitalar, no entanto a cultura da internação ainda é presente em algumas representações.

“Ainda não é possível no Brasil abandonar a pratica institucional; não temos uma rede eficiente e descentralizada de atendimento, e alguns ambulatórios, oficinas e CAPS, funcionam em condições às vezes piores que alguns hospitais psiquiátricos; algumas pessoas e alguns movimentos radicais cometem excessos e leviandades, que somente prejudicam o caminhar da reforma psiquiátrica; cada experiência mal sucedida, cada bobagem cometida, é um reforço para o discurso conservador; sabemos que existem muitos interesses econômicos e políticos envolvidos, e a questão ultrapassa os limites da técnica; somente práticas eficientes, como a nossa em Andradas, somente discursos coerentes e fundamentados, bem como a ponderação e o bom senso, irão fomentar as mudanças e acabar de vez com as resistências; o hospital deve desaparecer aos poucos, sendo gradualmente substituído por práticas modernas e eficazes, como acontece nas ciências, na tecnologia, na vida cotidiana, sabemos que desprezar a história é ignorância e nos leva a errar novamente; devemos aprender com os erros do passado, devemos reconhecer os acertos e aproveitá-los; o hospital ainda pode nos ensinar muitas coisas e ainda deve desempenhar o seu papel, e devemos respeitá-

lo dentro da sua real importância, no papel que desempenhou em determinado momento histórico” (PS1).

“(...) o hospital psiquiátrico ainda é utilizado mas com muito menos frequência(...) nossas internações acontecem ostensivamente como também raramente. Entendemos aqui no CAPS que o convívio da família é muito importante, nesse sentido, o hospital psiquiátrico é a última instância” (PS7).

Visto pela sua experiência profissional a fala de PS3 justifica que a transição entre o velho e o novo modelo está presente também no contexto hospitalar, que é refletido nas mudanças que vem ocorrendo no âmbito de ação dos profissionais de saúde:

“Em relação a minha atuação aqui no CAPS, eu senti que no início eu fui um pouco rejeitada, a equipe resistiu um pouco. Senti que isso aconteceu porque eu estava vindo e continuaria a trabalhar num hospital psiquiátrico, num “sanatório”. Mas o que as pessoas não entendiam é que lá também tivemos de nos adaptar ao novo modelo de atendimento, o da desospitalização, e que o objetivo maior era este.(...) sei que a equipe resistia no início por também não conhecer o trabalho do terapeuta ocupacional mais de perto, a equipe imaginava uma experiência limitada por eu estar vindo e ainda de trabalhar num hospital psiquiátrico” (PS3).

De acordo com sua experiência profissional num hospital psiquiátrico, o enfoque do PS3 demonstra a real necessidade da existência dos leitos psiquiátricos, principalmente *“quando o paciente descompensa muito”*:

“Olha, eu não sou totalmente contra o hospital psiquiátrico e nem a internação em regime fechado. Acho que em alguns casos é necessário, principalmente quando o doente coloca em risco sua segurança e os que estão pertos. Vejo o hospital, como um local de proteção, tanto para o paciente quanto para nós profissionais. Quando um paciente está em crise, dentro do hospital todos os pacientes continuam tendo a mesma atenção, nós não nos preocupamos com o ambiente, se está propício a fuga ou não. Aqui no CAPS, quando um paciente entra em crise, eu me preocupo com a possibilidade de algum paciente assustar e querer fugir é

sempre uma preocupação. Não podemos esquecer que o hospital funciona, hoje em dia, como uma passagem, o paciente fica o mínimo possível internado. Hoje em dia é um mês, estourando” (PS3).

Como diz em PITTA *et al.* (1995), é importante que a Reabilitação Psicossocial não se torne um novo jargão a batizar velhas práticas rotulando pavilhões e iniciativas particulares em um todo manicomial. Nesse sentido indagamos sobre as mudanças significativas no cotidiano de trabalho dos profissionais com a desospitalização, e os benefícios de atuar no CAPS, que é considerado como a estrutura relevante na organização do projeto da reforma psiquiátrica:

“(...) nós somos mais questionados também pelo doente mental (...) todos os pacientes estão vivendo mais ativamente. Agora eles andam de ônibus, vão à missa, no supermercado. Estão mais cientes do que está acontecendo na vida deles, no seu dia-a-dia. Em relação ao psiquiatra, a mudança também foi significativa. O psiquiatra não sabia ou não queria saber de outro profissional tratar do paciente, a não ser ele, desconhecia a presença de outros profissionais na instituição e que cuidava também do mesmo paciente, não sabia nem as atividades que o paciente participava dentro da instituição. Agora é diferente, ele está mais aberto a discussões de caso e isso é muito importante para nós. Toda pessoa tem um pouco de bom senso e acredito que pelo bom senso muitas coisas dão certas. Em muitas vezes, se a gente não presta atenção no que falamos podemos colocar um trabalho que levou um tempo para ser feito cair por terra, você pode desarrumar completamente o paciente com uma frase, por isso que, sobretudo neste trabalho, tem que haver uma comunicação clara “(PS3).

A explicação segue no sentido de apontar concretamente qual é o local mais adequado para o tratamento do doente mental:

“Na comunidade, esse é o melhor local, junto de seus familiares; quando em crise aguda, numa enfermaria psiquiátrica num hospital geral, ou numa unidade psiquiátrica moderna, por equipe multiprofissional habilitada, sem estigma, opressão, cadeados e correntes” (PS1).

Referindo-se ainda nesse aspecto, PS4 expões sua opinião:

“percebo claramente que a maior mudança é principalmente a conquista da liberdade de ir e vir que o doente mental adquiriu nos últimos tempos. Ser sujeito de sua própria história, de sua vida. Agora temos o CAPS, que revelou muito ao doente mental, claro que aqui também tem uma norma a ser seguida, mas a liberdade sem dúvida é a maior conquista. O fato de retomar a vida na sociedade e reaver sua cidadania. Quando o paciente é internado de uma certa forma ele perde sua identidade e aqui não, ele está a todo momento buscando se reafirmar como cidadão” (PS4).

PS7 afirma que o melhor local é aquele que reintegra o doente mental na sociedade. Porém ressalva a importância mais uma vez do hospital psiquiátrico:

“Se o paciente descompensa muito, penso que o hospital psiquiátrico seja o local mais adequado. Nós já controlamos várias crises aqui, e não foi preciso a internação. Agora, tiveram alguns casos que foi preciso a internação, mas o paciente não ficou muito tempo e o resultado foi alcançado aqui, no CAPS. Cada caso é um caso, não podemos nunca generalizar. O hospital psiquiátrico não serve só como um local mais seguro, mas em alguns momentos ele também favorece em colocar limites nos pacientes e isso às vezes também é preciso”. (PS7)

Quando indagamos a PS7 sobre sua valorização da função do hospital psiquiátrico, não estaria produzindo ações que se afasta da perspectiva da reforma, já que um dos seus princípios básicos é a extinção progressiva dos leitos psiquiátricos, bem como a sua substituição por outros recursos assistenciais. Nesse sentido não estaria o profissional entrando em contradição com o momento histórico em que estamos vivendo, e promovendo uma reforma superficial. Nesse sentido PS7, justifica-se:

“Eu acredito no tratamento fora do hospital psiquiátrico, acredito nesta causa, a desospitalização, acredito também numa família atuante e presente, enfim acredito nessa nova postura da saúde, mas reafirmo a importância do hospital” (PS7).

PS3 corrobora o mesmo argumento:

“Já tivemos alguns casos, aqui no CAPS, que foi necessário encaminhar para a internação, para o hospital, porque não conseguimos ficar com ele aqui, não podíamos contar com a família e sua permanência aqui se tornou muito complicada. Nós já controlamos várias crises aqui, e não foi preciso a internação. Agora, tiveram alguns casos que foi preciso a internação, mas o paciente não ficou muito tempo e o resultado foi alcançado aqui, no CAPS” (PS3).

Como já pontuamos, é imprescindível uma mudança de concepção, do que significa prestar assistência ao portador de sofrimento mental, para a construção de novos sujeitos e práticas, em consonância com o novo paradigma da saúde mental. Observamos na fala do PS1 a importância de investir na produção de modos heterogêneos de intervir na atenção à saúde, aproximando o profissional de uma verdadeira práxis transformadora:

“(...) sempre procuro trocar “figurinhas” (informações e conhecimentos). O legal é que as vezes as mudanças podem ser geradas através das contradições, no cotidiano do trabalho, nas confusões das práticas do dia a dia, e na discussão constante do que é feito e do que propomos fazer” (PS1).

A importância dessa fala é reforçada em TURNER (1974), no caso de um drama social, unidades de processos harmônicos e desarmônicos, surgidos em situações de conflito, pois nos mostra com maior nitidez tal estrutura; visando resolver a crise, encontra sua maior expressão quando se pode montar uma antiestrutura social, que, por negatividade, serve para realçar a estrutura.

Outro aspecto intrínseco à desospitalização e relevante nessa categoria estendeu-se ao uso de tecnologias. Com exceção dos medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica, o uso das tecnologias em saúde mental surge através do processo relacional humano. 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. 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”.

No contexto do CAPS, percebemos a possibilidade de uma abertura de espaço para a exploração de novas tecnologias de cuidado, configuradas numa perspectiva interdisciplinar, onde o eixo principal passa a ser o homem e não a técnica. Nesse prisma, o profissional não está escravizado pela técnica, pelo saber totalizante dos especialistas, mas com flexibilidade nas intervenções.

É possível observar que, em situações de conflitos ou de necessidade, o trabalho coletivo emerge visando compreender a melhor forma de tomar decisões adequadas quando necessário. No entanto, é possível concluir que, nas diferentes categorias profissionais do CAPS, as práticas são centradas nos sintomas da doença. Dessa forma, o relacionamento profissional institui dependência à hegemonia do saber médico que prepondera na organização do trabalho.

DELGADO (1994, p.173) faz nesse sentido, uma reflexão ao tema:

“(...) os trabalhadores em saúde mental representa, mais que a simples incorporação efetiva de uma multidisciplinaridade até então meramente discursiva, o “trasbordamento” de uma questão de natureza social e política, como a saúde mental, até então rigidamente contida nos muros de um saber hegemônico marcadamente corporativo”.

Podemos perceber na fala do PS2, que a questão de investimento profissional se dá de forma precária e através de iniciativas isoladas. Nesse sentido, as tecnologias utilizadas pelos profissionais de saúde do CAPS não são aprimoradas, a opção é empregar criatividade ao uso das técnicas antigas, já que não existem novidades tecnológicas nenhuma:

“nós tentamos organizar um grupo de estudos, para buscar mais informações a respeito da saúde mental. Alguns profissionais se mostraram muito interessados, afinal de contas compartilhamos sempre as mesmas dificuldades. Mas uma coisa que ficou claro é que a questão de sermos de profissões diferentes dificultou um pouco essa organização, porque as pessoas estavam interessadas em saber mais, mas, em relação

a sua formação profissional. Então a gente começou a buscar mais informações a respeito da área isoladamente(...) quando vamos discutir nas reuniões de equipe a respeito de algum acaso, penso que seria bem mais tranquilo se já tivéssemos esquematizado este estudo anteriormente (...)" (PS2).

"(...) de acordo com a demanda do paciente utilizo técnicas de relaxamento, também faço um trabalho corporal, mas aqui só eu que faço(...)" (PS7).

Porém, como ressalta a fala do PS7, todas as práticas vão ao encontro da reabilitação psicossocial do usuário:

"(...) eu acho que investir em conhecimento nunca é demais, e aprimorar nossas técnicas nem se fala, pois o usuário se beneficia sempre, e quando procuramos esclarecer alguma dúvida é porque estamos ampliando nossos conhecimentos(...)" (PS7).

Enfim, num trabalho que visa transpor a consciência de que a loucura é condição da existência humana torna-se imprescindível à abertura de espaços em todos os sistemas, com aplicação de tecnologias humanistas (leves). Nessa ótica, a intervenção se processa a partir do conhecimento proveniente das Ciências Humanas, como mencionado anteriormente, valorizando o inter-relacionamento, a troca, o vínculo, com vistas à recuperação da totalidade do homem, que difere dos conhecimentos proveniente das Ciências Naturais, que são dimensionados pela aplicação das tecnologias (duras), numa visão reducionista e positivista (MERHY⁸, 1997).

5.8- O papel do Sistema Único de Saúde em relação a desospitalização

Achamos de fundamental importância categorizar tal tema, na medida em que o Poder Público, especialmente o Ministério da Saúde, é co-responsável na formulação e implementação das Políticas Sociais, naquilo que concerne à Reforma Psiquiátrica. Nesse

⁸ MERHY (1997) tecnologia leve são tecnologias de relações envolvidas no trabalho em saúde do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento; tecnologia leve-dura são saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho; tecnologia dura são equipamentos, normas organizacionais estruturadas.

sentido, o Sistema Único de Saúde demanda o re-direcionamento na formação dos profissionais que atuam na rede pública de serviços de saúde.

Reportando-se aos relatos, especificamente de como os profissionais de saúde do CAPS se posicionam sobre o papel do sistema de saúde no processo de desospitalização, observamos que na maioria das representações os profissionais se sentem desestimulados com o descomprometimento e a ausência de um investimento governamental para a área de saúde mental. Como exemplo, segue a explicação do PS1, do que considera um desestímulo no seu trabalho.

“A atuação do Sistema de Saúde tem sido num processo muito lento. Há grandes incoerências dos governantes; percebo que gira em torno de resistências políticas; a eterna crise econômica do país e o massacre que sofremos do FMI e do capital externo; as mudanças de rumo dos programas governamentais; a falta de autonomia dos serviços; a incompetência dos profissionais governantes; a lerdeza ou os excessos na efetivação dos projetos (...) é assim que entendo o Sistema hoje” (PS1).

A fala de PS4 reforça alguns pontos dos demais sujeitos:

“todos nós aqui sentimos uma falta danada de compromisso do setor público; o setor é muito pouco investido, por exemplo, teria que oferecer mais treinamento ao pessoal, pois a falta de capacitação não permite que a gente desenvolva muito, outra questão muito ruim é a falta de funcionários, a equipe tem que estar completa sempre, para o serviço fluir (...) o CAPS precisa estar bem equipado para receber o paciente que sai do hospital psiquiátrico, para ele não precisar voltar” (PS4).

De acordo com COSTA (2001) os profissionais da saúde mental ressentem-se da ausência de visibilidade para como os objetivos; da necessidade de interlocução e realimentação de suas reflexões e práticas antimanicomiais e abandono, especialmente quando gestores da saúde em municípios brasileiros, emergindo da cultura manicomial desprezam Políticas de Saúde Mental já estruturadas, portarias e resoluções ministeriais, retrocedem, desvirtuam e fecham serviços substitutivos não incluindo a reforma psiquiátrica no conjunto das Políticas Públicas, mesmo quando elas existem.

Os princípios éticos que norteiam o sistema de saúde brasileiro relacionam-se à universalidade, equidade e integralidade das ações. Em relação à doença mental atentamos ao princípio da equidade, que significa que a rede de serviços deve prestar atenção às desigualdades existentes entre as pessoas com o objetivo de ajustar suas ações às necessidades específicas de cada parcela da população. Nesse sentido PS2 reforça a dicotomia de investimentos financeiros entre os municípios e considera que por fazer parte de um município de pequeno porte, os investimentos são menores e insuficientes.

“não podemos comparar esse serviço com os dos grandes centros. Seguimos as normas do SUS, porém sabemos que os recursos destinados para cá serão sempre insuficientes, apesar da contrapartida da Prefeitura. Por outro lado, hoje em dia o fato de estarmos cadastrados no SUS é uma conquista, de certa forma um reconhecimento do Estado, de que a saúde mental é um serviço importante, mas ainda que se mostra insuficiente de acordo com nossas demandas” (PS2).

“Com muita lentidão, o sistema tem incorporado em suas políticas os novos conhecimentos; não tem sido um processo equânime em todo o Brasil, sendo que regiões avançaram mais e outras menos; no geral, o sistema tem procurado encontrar o caminho correto, e na maioria das vezes, tem conseguido” (PS1).

Um outro aspecto que chamou atenção ao tema, relaciona-se ao baixo investimento do setor público na formulação de uma política de saúde mental que desenvolva seus projetos associados aos recursos comunitários do município. Nesse sentido, PS8 aponta que a falta de recursos comunitários obstrui o trabalho do CAPS, o que também provoca importante índice de reincidência em alguns pacientes atendimentos pelo programa.

“O CAPS atende muitos doentes mentais que também são alcoólatras. Precisariamos ter aqui na cidade uma instituição séria que cuidasse desses casos, para os drogadictos a mesma coisa, ainda são mais difíceis para aderir ao tratamento. A grande maioria que está nessa situação tendem a começar o tratamento, mas sempre acabam deixando o vício falar mais alto, e aí tudo que você construiu cai por terra. Em alguns

casos a família está muito presente, mas não consegue controlar a situação. No final das contas a família fica tão cansada de pelejar, que acaba entregando os pontos e procura a gente, aí vira esse ciclo vicioso, exatamente por não termos recursos na comunidade para nos ajudarem” (PS8).

Foi possível observar a percepção de alguns profissionais que consideram que o Poder Público possui alguma iniciativa, mesmo que deixe a desejar, para a consolidação do novo modelo de atenção à saúde mental. No entanto, conjectura-se que a maneira que o SUS investe no processo de desospitalização está intrinsecamente ligado às questões que envolvem o modo de produção capitalista, onde o sistema prioriza a quantificação e dificulta a qualidade da assistência, sob a ótica da produção e ampliação de capital.

“Eu sinto que o pessoal (sistema de saúde), entende bem a proposta do trabalho. Acho que para a desospitalização acontecer é preciso dar suporte aos municípios. Sinto que aqui em Andradás temos o apoio necessário. Por exemplo, se preciso fazer um curso, a coordenação incentiva, se possível até fornece a condução, além do custo que é todo pago pela prefeitura. A intenção é melhorar todo dia e eu não vejo o SUS como um sistema falido. Há uma luta que demanda tempo para dar certo. Por um outro lado, vejo que o movimento de reforma, a própria desospitalização, foi na verdade uma jogada que deu certo. O doente mental não foi o principal objetivo do movimento, mas a ideia principal era encontrar uma forma de amenizar o rombo que havia nas “finanças” do Ministério da Saúde. É importante ressaltar que também o doente mental saiu ganhando nesta história. Aproveitaram a situação e levantaram a bandeira da desospitalização. A diária do hospital psiquiátrico é muito cara, em trinta dias de internação o hospital recebe em média R\$1.000,00 mensais. O SUS não tem renovado o contrato com muitos hospitais em função de alto valor de internação. Durante muito tempo o hospital psiquiátrico representou uma ótima fonte de renda para os donos dos hospitais. O custo de um doente mental internado é muito barato em relação à verba que é disponibilizada para ele, e o lucro é certo” (PS3).

PS4 compartilha dessa mesma opinião:

“eu entendo que a reforma veio também muito no sentido de diminuir custos. Mas também não podemos negar que tivemos muitos ganhos com essa “jogada”. Um dos exemplos podem se referir a questão da medicação(...) antes não tínhamos nem o fornecimento de medicações próprias destinadas a saúde mental, e hoje o paciente além de tratar aqui, já sai com sua medicação para continuar o tratamento, então eu considero isso um avanço. Acho que a questão da reforma envolve desafios diários. Há um “lobby” de hospitais psiquiátricos em razão de uma ótima e fácil fonte de renda , que é a internação” (PS4).

Esse ponto de vista é reforçado por vários autores, que expressam suas dúvidas sobre a desinstitucionalização. LUIS (2000) constata que a interpretação dominante, referente ao discurso teórico-prático da reforma psiquiátrica, tem sido aquela que a concebe como um instrumento para atingir a racionalidade econômico-administrativa na área da saúde mental.

5.9- Fatores preponderantes que fazem que o serviço dê certo, e fatores que dificultam o trabalho no CAPS

Ao refletirmos sobre as representações dos profissionais de saúde que enfocam questões sobre o exercício de suas práticas, sentimos também a necessidade de ouvir suas opiniões no que consideram fatores preponderantes para o funcionamento do CAPS, bem como, a necessidade de introduzirmos algumas questões que os profissionais consideram como fatores não condescendentes ao funcionamento do Programa.

A princípio, o que nos chamou atenção nessa categoria temática foi à compreensão unânime dos profissionais de que existem limitações concretas à aceitação do doente mental, que provêm não só da família, em alguns casos, mas principalmente, da própria sociedade. A fala de PS4 reconhece que o estigma da doença mental, em alguns casos, pode ser um infortúnio maior que o próprio sofrimento psíquico:

“eu sinto que as pessoas não são sinceras cem por cento, por mais que falem que aceitam o convívio o doente mental, não é totalmente verdade. Por exemplo, como é difícil lidar com o doente mental que apresenta uma

crise psicomotora, incomoda muito, e as pessoas não tem tolerância ao incômodo. A sociedade pode estar dizendo que mudou sua postura em relação a doença mental, mas não sei até onde os suportam. A carência afetiva é mal compreendida, por isso existe o preconceito. O profissional de saúde tem uma leitura diferente do que é ser cidadão, porque trabalham na área, mas o cidadão, me refiro as outras pessoas que não trabalham na área, essas, não tem essa leitura, que o doente mental para ter cidadania é preciso ser aceito antes de mais nada, precisa ser reintegrado socialmente, isso se já foi alguma vez” (PS4).

“os estereótipos atrapalham muito o nosso trabalho aqui no CAPS, parece que falta comunicação entre os doentes mentais e a comunidade” (PS7).

Estas representações são analisadas pela percepção de valor que os profissionais têm de suas práticas, reconhecidas como essenciais aos seus compromissos de reintegrar socialmente os doentes mentais. No entanto, é como se houvesse um descrédito da sociedade, na qual espera-se desses pacientes um certo tipo de comportamento que fugirá sempre às regras e os interesses da sociedade. Assim, GOFFMAN (1963) explica que o indivíduo estigmatizado se define não como diferente de qualquer outro ser humano, mas embora, ao mesmo tempo, ele e as pessoas próximas o definem como alguém marginalizado. Nesse sentido, é compreensível que ele esforce para descobrir um código que forneça um sentido consistente à sua situação, porém, esse código, quer explícita ou implicitamente, tende a cobrir certas questões, levando este indivíduo a uma auto-alienação.

Para PS7, só foi possível perceber sua mudança paradigmática frente ao doente mental através de sua experiência profissional no CAPS, pois *“a doença mental me causava medo, achava que era um pouco falta de caráter”*. E segue na sua explicação:

“Eu percebia o doente, antes de trabalhar aqui, completamente diferente do que percebo agora. Se eu visse algum na rua, morria de medo. Sei que as pessoas sentem a mesma coisa, porque tem preconceitos, mas além do preconceito, eu tinha medo, eu não sabia até que ponto eu poderia aproximar. Eu achava que tinha alguma coisa haver com sua personalidade, seu caráter, me dava um medo, uma insegurança, se visse

algum no quarteirão que eu passava sempre, fazia questão de dar a volta, ficava na dúvida se ele ia me atacar, esse era meu medo. Depois que passei a trabalhar aqui, compreendi tanta coisa, hoje minha visão é totalmente contrária a de antes. Eu acho que as pessoas têm vontade de acabar com esse preconceito, tem boa vontade, mas por outro lado não sabem como agir, como eu não sabia, (...) os pacientes percebem isso, tem alguns que quando vão para suas casas, principalmente nos finais de semana, entram em casa e só sai na hora de vir para cá de novo” (PS7).

Pela representação anterior, podemos deduzir que uma das razões mais importantes que contribui para o estigma da doença mental deve-se ao fato dos seus sintomas serem considerados de responsabilidade dos pacientes. A doença mental provoca uma reação negativa muito mais intensa que a doença física. Nesse sentido, é comum atribuir ao doente mental as características de potencialmente perigosos e imprevisíveis, sendo as causas muitas vezes relacionadas à falta de caráter. Há na sociedade uma tendência em associar os doentes mentais a crimes sexuais e perversidade, de toda a sorte. FOUCAULT (1991) ao recuperar a história da loucura, mostra como as intervenções aplicadas aos doentes mentais sempre tiveram um caráter de *“reinculcar os sentimentos de dependência, humildade, culpa, reconhecimentos que são a armadura moral da vida familiar”*.

Em sua prática, PS7 explica que os preconceitos que existem, em relação à doença mental, advêm dos próprios pacientes:

“pela experiência que tenho, ainda existe um alto grau de preconceito em relação ao doente mental, percebo isso às vezes vindo do próprio paciente, eles tem consciência do que acontecem a sua volta, sentem e sofrem muito com isso” (PS7).

O estigma referente ao doente mental sinaliza a idéia de que os doentes mentais são simples de identificar porque seus comportamentos são muito diferentes das outras pessoas, isso porque, historicamente, foram associados a pessoas perigosas, violentas, imprevisíveis e incapazes. Em muitos casos, suas patologias prendem-se ao silêncio, em outros, se tornam conhecidos pelos casos mais inultos que comumente encerram como desordem.

As representações de que “o serviço dá certo porque vestimos a camisa” apoiam-se em amplas questões, mas fundamentalmente, mostram que, nas suas práticas sua participação está bem definida ao enfatizar o respeito que a sociedade deve ter para com os doentes mentais, enquanto cidadãos. As falas de PS3 e PS4 expressam esse sentimento:

“A idéia principal pelo menos na minha percepção é que precisamos cuidar do doente numa estrutura que impõe sua liberdade, seu convívio sócio-familiar e seus acessos aos direitos de cidadania. Significa oferecer ao portador de sofrimento mental, práticas na construção material de exercícios de direito, práticas no desenvolvimento de trocas interpessoais e sociais e práticas de solidariedade” (PS3).

“no meu entendimento um dos fatores que beneficia muito o CAPS é acreditarmos na idéia de que essa é a melhor forma de tratamento, não existe outra que será tão eficaz. Buscamos resistir às pressões familiares e da sociedade quanto às internações, e esclarecê-los sobre a conduta atual; relacionarmos com o portador de transtorno mental como sujeito, e não punir “ ostensivamente” a família, considerando-se as diferentes mudanças que a família vem sofrendo. É preciso mudar a forma de atendimento com a família e comunidade, deixando claro, o papel do serviço de saúde mental, como referência em atendimento às pessoas portadoras de transtorno mental; o fato de reconhecê-lo como cidadão, fazendo-o participar de seu tratamento juntamente com sua família, já é um grande benefício, assim sua reinserção social e familiar será mais fácil” (PS4).

A definição do CAPS é expressa por P10, que considera como “o caminho certo”.

A sua coerência interna; a postura dos profissionais envolvidos; a participação da comunidade; o trabalho sempre voltado para a parceria com a doente e sua família, que precisam fazer a sua parte no tratamento, são fatores que considero relevantes ao funcionamento desse serviço” (PS9).

E na visão de PS2, a mudança de paradigma atribuído ao processo de reforma, contribuiu para os avanços relacionadas às profissões, atribuindo-lhes valores sociais que visam superar os hábitos que foram impregnados pela velha psiquiatria:

“Um paciente que sai do hospital psiquiátrico, é o exemplo mais claro que mostra que o serviço deu certo(...) é isso que faz a gente acreditar no trabalho. Quase todos os pacientes que estiveram aqui já estiveram internados durante muitos anos, e depois que eles vieram tratar aqui no CAPS, nunca mais estiveram internados. Os casos que acolhemos em crise, todos foram bem sucedidos, conseguimos segurar bem a crise, só internamos quando chega ao extremo, ou seja, quando todos os recursos daqui foram esgotados. O CAPS é sempre uma alternativa ótima. Algumas vezes é complicado quando o paciente entra em crise aqui dentro, principalmente quando fica agressivo, mas aí a medicação está aí como recurso, então lançamos mão”(PS2).

Observamos na fala de PS3, que a relevância para a conquista da cidadania do doente mental relaciona-se com sua inserção ao mercado de trabalho; percebe que, para o doente mental é um desestímulo à sua capacidade individual, no momento em que doença mental, quase sempre, torna o indivíduo incapaz e desprovido de sua dignidade pela falta de oportunidade:

“Agora, o que eu acho um grande problema é a reinserção profissional, se a sociedade favorecesse mais, seria mais fácil essa questão, porque são capazes de cumprir uma carga horária igual ao ditos “ normais“, disso eu não tenho dúvida(...), se o doente mental conseguisse arrumar um trabalho, seria muito melhor para ele do que receber um benefício , ele se sentiria muito mais produtivo, recebendo seu salário e não vivendo como um “encostado” pelo INSS. Toda a equipe acreditou na possibilidade de reinserção social do doente mental. Mas ao meu ver, a principal conquista está no social, eles estão buscando a reinserção e a sociedade está deixando esse doente viver. A principal dificuldade enfrentada é a reinserção no mercado de trabalho, muitas vezes não tem para onde encaminhar este paciente, mesmo sabendo que ele está “prontinho para

voar”. O doente mental apresenta um bom comportamento, relaciona-se muito bem com todos, mas não consegue trabalhar e produzir e isto para qualquer um é muito frustrante, principalmente quando tem consciência que é produtivo e capaz” (PS3).

Assim, em relação à representação supracitada, baseamos em BOLTANSKI (1979), para afirmar que em inúmeras ocasiões, quando algo não é classificado e nomeado pela sociedade (cultura) também não é percebido, ou seja, enquanto não tem um nome, um diagnóstico, sofrem também de abandono, da falta de reconhecimento e pela necessidade adequada de assistência. Nesse sentido, a sociedade impõe ao indivíduo um uso determinado do seu corpo, onde a própria percepção da doença refere-se a fatores cognitivos socialmente determinados.

PS1 justifica, que diante das condições específicas dos usuários e pela falta de oportunidade de inserção no mercado de trabalho, a aposentadoria em alguns casos contribui para um mal menor:

“Como o mercado de trabalho no Brasil é uma injustiça, então a gente tem feito uma outra coisa errada também, que é facilitar a aposentadoria por serem doentes mentais, e nesse sentido também incapazes para o trabalho. Só que é a única forma de terem alguma renda é essa, pois o mercado de trabalho não os absorve, aí compensamos um erro em cima de outro, porque sabemos que alguns aqui estão preparadíssimos para o trabalho, mas não consegue, não tem chance. Mas por outro lado, você mina de vez todas as possibilidades que talvez um dia ele teria para trabalhar, mas aí pensamos, ele nunca vai ter mesmo, de fato as chances são mínimas. Então, é passado o laudo para a família que entra com o processo de aposentadoria, e a juíza aceita todos, nunca nenhum foi recusado. Sei que é um erro, mas é aquele pecado que Jesus perdoa, você faz o pecado para promover o bem, para consertar um outro maior que é a injustiça social” (PS1).

PS1 segue explicando porque a reinserção profissional se relaciona a cidadania:

“cidadania é um processo que se constrói e depende de fatores externos, não só do CAPS, percebo que reinserção profissional é bem mais difícil, quase impossível” (PSI).

Enfim, verificamos que a viabilidade do Programa CAPS dá-se, sobretudo, porque os profissionais acreditam nas mudanças que o CAPS pode proporcionar ao usuário, sendo essa a melhor forma de tratar o doente mental. A reforma psiquiátrica contribuiu sobremaneira para os avanços relacionados às práticas profissionais, atribuindo valores sociais com tendência à superação de hábitos antigos. Sabendo-se que a inserção no mercado de trabalho representa a plena cidadania, mas devido às dificuldades inerentes à conjuntura econômica do país, a disponibilidade de oportunidades de trabalho está restrita ao doente mental. Nesse sentido, buscou-se um paliativo, o qual se refere à aposentadoria, que não sendo a melhor maneira, garante uma renda ao doente mental. Contudo, o preconceito e o estigma, ainda existentes na sociedade mais ampla, retardam a plena realização do CAPS.

6 – Conclusão

A mudança de paradigma que emerge no campo da saúde mental consiste no processo de desinstitucionalização da doença mental. Seu sentido maior está em promover a desospitalização do doente mental e proporcionar-lhe o direito a um tratamento terapêutico que respeite sua singularidade, consubstanciando a afirmação de sua cidadania. Ocorre um ganho fundamental em qualidade de vida, sendo o doente inserido num sistema onde ocorre assistência interdisciplinar e apoio familiar.

Algumas observações, porém, sugerem que é preciso refletir seriamente sobre o contexto atual da reforma psiquiátrica, pois certas distorções acabam por se tornar muito importantes, podendo obstar o pleno êxito do processo. Nesse sentido, podemos pontuar algumas questões relevantes ao processo de desospitalização.

As Políticas Sociais Públicas têm criado obstáculos às internações e muitos leitos psiquiátricos têm sido fechados. Já há alguns anos, muitas lideranças têm alertado para a questão do desinvestimento do setor de saúde mental. É preciso tomar cuidados para garantir que o fechamento dos hospitais psiquiátricos seja realmente acompanhado pela montagem de novos serviços extra-hospitalares, com recursos suficientes para funcionar corretamente. Os serviços dos hospitais psiquiátricos não devem simplesmente ser desprezados; outrossim, o país ainda precisa destas instituições, a mudança deve ser gradual e sem grandes sofrimentos. Sabemos, que para evitar sucessivas reinternações no mesmo ou em outros hospitais, faz-se necessário uma infra-estrutura institucional pós-alta, e o que se verifica na realidade é que a alta aparece sendo dada sem uma estrutura que acolha esse paciente e o reinsira na família e na comunidade.

Outro aspecto preocupante é que nos locais onde estão surgindo os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, temos observado muita insensibilidade das autoridades governamentais para com a formação técnica e capacitação dos trabalhadores na composição de equipes de saúde mental; parece não haver qualquer preocupação com a reciclagem, com a supervisão das equipes e com o bem estar psíquico e o equilíbrio destes trabalhadores. É importante ressaltar que a equipe de saúde mental precisa ser vista como

aquela que vai realizar um trabalho especialmente delicado e precisa estar adequadamente formada para tal, e necessita também de estabilidade e equilíbrio internos.

Parece que os técnicos e administradores responsáveis pelo funcionamento das Políticas de Saúde Mental, estão se preocupando mais com estatísticas, do que mesmo com a qualidade dos serviços; observamos uma vontade enorme de "mostrar dados" de eficiência, e uma desconfiança muito grande em relação aos programas em andamento, criando um clima de perseguição, com excesso de fiscalização. Talvez seja necessário, que se faça maior a liberdade de ação para com os serviços que estão em funcionamento e mais orientação para aqueles que estão começando. Convém lembrar que a reforma psiquiátrica no Brasil não começou a partir da sanção da Lei 10.216, a Lei só foi possível porque algumas pessoas foram determinadas e começaram as reformas na prática, mobilizando a sociedade, através dos movimentos sociais da época.

Contudo, onde as instâncias substitutivas estão funcionando, mesmo que não totalmente de forma adequada, os resultados são visíveis; reduzem-se as internações, as famílias passam a colaborar no tratamento, e se consegue amenizar o estigma e o preconceito da sociedade.

Um efeito colateral curioso, que observamos no decorrer do nosso trabalho, é que o processo da reforma psiquiátrica tem favorecido um "ganho" com reconhecido êxito, pois a parcela da população acompanhada passa a ter um tratamento de melhor qualidade; o serviço público, que atende especialmente pessoas carentes, acaba assistindo-as melhor do que os pacientes de convênio médico, como, por exemplo, tendo acesso a terapias multiprofissionais e a medicamentos de última geração.

Durante a realização do nosso trabalho, observamos uma crescente preocupação com todas essas questões que envolvem o processo de desospitalização, e em especial os novos desafios impostos aos profissionais pelas propostas de ações da reforma psiquiátrica. Nesse sentido, a perspectiva antropológica da pesquisa encontrou condições ideais, que permitiu explorar um contexto considerado menor, e extrair dele, através de suas normas e regras, bases sólidas para se estabelecer conexões com dimensões sociais e humanas maiores (QUEIROZ, 1991).

No contexto do CAPS–Andradas-MG, a partir de uma análise crítica percebemos claramente que o processo saúde-doença, presente nas representações dos profissionais de saúde, ainda são impregnadas pelos preceitos do paradigma cartesiano e positivista (quando a doença passa a ser objeto de estudo da ciência) expressas numa visão mais restrita, que concebe a doença como o resultado da perturbação da regularidade e do equilíbrio.

Nesse sentido, afasta-se a possibilidade dos profissionais terem uma visão histórico-crítica, que os impede de relacionar a doença mental a fatores multicausais. Sob essa ótica, os profissionais de saúde apontam que o exercício de suas práticas é também baseado no diagnóstico psiquiátrico, com alusão às causas biológicas da doença mental e o tratamento é construído através da observação de sintomas. Assim, o tratamento do doente mental insere-se dentro da concepção hegemônica da Medicina, e as demais categorias profissionais tomam-na como referência para suas intervenções.

No CAPS, conforme a terminologia de MERHY (1997), as representações expressam a utilização de saberes técnicos, atribuindo a medicação um papel fundamental. No entanto, enfatizam a importância das tecnologias leves (produção de vínculo, autonomização, acolhimento), valorizam o inter-relacionamento num processo mais partilhado dentro da equipe de saúde, facilitando a adesão do paciente no tratamento extra-hospitalar, bem como alterando suas condições de trabalho, que se baseiam em solidariedade e humanização.

Nesse estudo, a interdisciplinaridade aparece como questão epistemológica no que tange a complexidade do fenômeno loucura. Nesta perspectiva, os profissionais de saúde do CAPS reconhecem a complexidade do adoecer psíquico, como também os fatores que permeiam sua constituição dentro de um processo bio-psicossocial. Porém, como já mencionamos, a hegemonia do modelo médico presente no CAPS, submete a equipe de saúde à sua lógica dominante e como isso tende a enfraquecer a dimensão cuidadora do programa.

A dimensão cultural é extremamente significativa na área da saúde, especialmente na atenção à saúde mental do indivíduo, pois possui propriedades e qualidades próprias para alcançar certos resultados, dentre eles, organizar o comportamento social, o que resulta em diferentes compreensões para uma dada realidade (QUEIROZ, 1991).

Essa reflexão, sob os aspectos culturais presentes no contexto histórico da área da saúde, possibilita ao profissional ampliar sua visão numa perspectiva mais ampla, podendo

recriar estratégias de modificação da realidade. Dessa forma, a autonomia na sua prática é mais bem galgada, mas, para que isso ocorra, é preciso entender que a assistência integral à saúde do usuário inicia-se pelo pressuposto de que é preciso contextualizar sua prática profissional, compreender o contexto do paciente, e recusar o determinismo absoluto, expressando seu valor dentro da equipe de saúde.

O esforço dessa pesquisa tentou sintetizar uma reflexão sobre o papel do profissional de saúde no contexto do CAPS, conduzidos pelas diretrizes da Política Pública Social com vistas a desinstitucionalização. Consideramos alguns aspectos importantes que concretizaram as propostas desse trabalho. No entanto, todas as considerações, discussões e análises configuradas neste estudo, ocorreram sobre determinadas perspectivas, que provavelmente serão ampliadas e muitas vezes melhor redimensionadas.

O primeiro aspecto diz respeito às condições de trabalho dos profissionais de saúde no CAPS, que apontam um lento progresso na aplicação das políticas de saúde mental do município. Há um baixo investimento do poder público, que atribui pouca importância à formação do profissional para o atendimento comunitário, bem como na ampliação dos recursos comunitários.

Segundo os profissionais, são escassas as chances de capacitação profissional continuada da equipe, pois não contam com recursos próprios para efetivação de cursos ou treinamentos, e esse apoio financeiro necessita ser de ordem governamental. Pensamos, que a capacitação da equipe é um dos maiores desafios que o CAPS-Andradas-MG enfrenta hoje, pois a capacitação prepara o profissional para pensar e agir em saúde mental sem recorrer às velhas estruturas, construindo, quotidianamente, estratégias de intervenção que podem melhorar efetivamente as condições de vida do usuário junto às famílias e com a comunidade.

Com funcionamento diário de 12 horas, umas das queixas dos profissionais do CAPS é a ausência de supervisão e assistência psicoterápica, pois como relatam, o contato direto e diariamente com o doente mental é fator desencadeante de tensão, sobrecarregando-os emocionalmente. Nesse sentido, é necessário que o profissional reflita sobre a importância da assistência psicoterápica, e exija através dos programas de reabilitação psicossocial, o incentivo financeiro para o apoio psicoterápico. Embora muitos profissionais tenham demanda, não têm condições financeiras de arcar com as despesas para se tratar. Sabemos, que

para viabilizar um atendimento eficaz e tratar do problema e do sofrimento do outro é necessário primeiramente saber lidar com os nossos próprios problemas.

Destacamos a eficácia do atendimento realizado no CAPS entre os aspectos correlacionados ao processo de desospitalização, bem como no tratamento oferecido à comunidade. Ficou evidente que os profissionais de saúde identificam que o programa aponta para a reabilitação e a reinserção social do doente mental, com pretensões de evitar a internação institucionalizada. Para os profissionais do CAPS–Andradas-MG, a finalidade primordial do programa refere-se a promoção da saúde do indivíduo em adoecimento psíquico, e identificação de mecanismo que apontem para a conquista de uma melhor qualidade de vida.

Embora seja notório que a lógica manicomial ainda permeie as práticas cotidianas do CAPS, visto pelo baixo grau de conhecimento que os profissionais têm sobre o assunto, a redução do número de internações psiquiátricas, nos últimos tempos, apontam uma direção favorável a desinstitucionalização, onde a equipe consegue conduzir casos bastante complexos valendo-se apenas dos recursos existentes.

Para finalizar, o processo de avaliação da desospitalização no interior da reforma psiquiátrica reflete duas posturas claramente definidas: a de manter a atual estrutura social condizente com os parâmetros do paradigma mecanicista da sociedade moderna, que apontam para inalterabilidade da lógica manicomial ainda presente no campo da saúde mental; ou ainda, segundo CAPRA (1982), resgatar e valorizar, na concepção do paradigma que emerge, a saúde em sua contemplação total, onde o homem deve prover de um relacionamento harmonioso entre o corpo e a mente, onde o impedimento de qualquer um haverá sofrimento do outro.

Acreditamos que a mudança paradigmática consiste em incentivar o respeito pela pessoa que sofre, mas que, sobretudo é preciso transformar a instituição para tratar esse doente. O sentido maior da desconstrução da lógica manicomial está na transformação da sociedade, pois suas responsabilidades pela saúde e pelo adoecer psíquico são elementos atuantes na desconstrução do manicômio e do atual conceito de doença mental.

No fechamento de nossas análises, entendemos que o CAPS, fruto de muitas interações, pode ser o lugar apropriado para novas experiências e produções de serviços, rico

em vivências. No seu contexto abre-se a perspectiva de um trabalho que abrange uma prática interdisciplinar, podendo tomar por base o processo de elaboração, não se limitando apenas aos especialistas das áreas. Acreditamos, que se os profissionais do CAPS se propuserem a olhar de forma crítica o seu modo de produzir e a realidade onde se quer produzir impedirá a expressão alienante, com ruptura das tarefas costumeiras e mecânicas.

O embasamento teórico de nosso estudo também ousou salientar timidamente alguns aspectos análogos à Teoria da Ação Comunicativa de Habermas. A compreensão da complexidade do fenômeno loucura, em seu contexto social, político e cultural, remete-nos a pensar que as ações no âmbito da instituição possa tomar por base a ação dialógica na busca da construção coletiva de uma racionalidade ampla e descentralizada, onde o conhecimento não é definitivo e acabado, mas provisório e inacabado. Minha intenção em abordar alguns aspectos de sua teoria foi especialmente porque esse filósofo coloca o homem como protagonista para resgatar os valores do mundo da vida. Normalmente, o sistema impera absoluto sobre o mundo da vida, assim, cabe ao profissional de saúde, nesse momento, buscar por uma prática, frente a uma dada estrutura social, o diálogo do sistema com os valores do mundo da vida.

Assim, de acordo com HABERMAS (1987), o processo da racionalidade e controle da natureza, característicos do modelo positivista, que fragmenta o sujeito, pode impedir a interação entre os sujeitos, ocorrendo uma distorção comunicativa sistemática entre a teoria e o discurso. Sabemos que, em algumas situações, as ações comunicam muito mais que as próprias palavras, e a prática concreta no cotidiano nem sempre condiz com o discurso. Nesse sentido, vêem-se diante de uma ruptura ou distorção comunicativa e conseqüentemente diante de um processo de alienação. Neste contexto de desinstitucionalização, o papel do profissional de saúde é fundamental no processo de construção coletiva do conhecimento, fundamentada na razão dialógica, crítica e reflexiva com vistas à emancipação.

Sabemos que a prática em saúde, especificamente circunscrita ao ensino técnico, permanece demasiadamente vinculada ao sistema, burocrático e dissociado dos valores do mundo da vida. Para superar os obstáculos e avançar no processo de desinstitucionalização é necessário que as instituições invistam em questionamentos críticos, para que possa ocorrer uma ampliação e uma humanização do paradigma positivista. A mudança paradigmática, onde

a emancipação e a autonomia dos sujeitos são valorizadas, depara-se com o re-pensar e o re-organizar do seu saber para sua prática social.

Quanto ao problema original dessa pesquisa, o conjunto das proposições apresentado anteriormente sugere que foi possível, de alguma forma, integrar aspectos individuais e coletivos através da subjetividade presentes nas representações dos profissionais de saúde do CAPS-Andradas-MG. Assim, abordamos na sua singularidade, uma mudança de paradigma que é determinada pelo novo olhar que contempla, desde a transformação da instituição, até a produção de conhecimentos para fundamentar suas práticas sociais, e para lidar com pessoas em sofrimentos mentais.

Contudo, a mudança de paradigma que se observa no CAPS-Andradas-MG, reflete o investimento financeiro da política governamental feita para o setor. Percebemos, que os profissionais de saúde têm grande aceitação e estão interessados em promover a mudança de paradigma no campo da saúde mental, porém, a maior obstrução da reforma psiquiátrica no Brasil é o não investimento em novas tecnologias humanistas para área, o que também requer um custo financeiro. Para que a reforma psiquiátrica se efetive na prática, é preciso receber um suporte financeiro muito mais significativo, do que vem recebendo atualmente.

Vale ressaltar que os transtornos mentais continuam apresentando uma taxa de prevalência em torno de 20% da nossa população, ocupando o quarto lugar nos gastos de internação do SUS. As internações em hospitais psiquiátricos (80% deles privados) da rede SUS consumiram quase 470 milhões de reais em custos financeiros diretos, sem contabilizá-los no âmbito social, na produção e nos seus reflexos sobre o PIB nacional. Contudo, vale salientar que, apesar de apenas 10% desse montante ser gasto com o modelo preconizado pela reforma psiquiátrica, essa quantia representa o financiamento de 266 serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, criado nos últimos dez anos, mas ainda insuficientes para o atendimento integral das necessidades da população (COSTA, 2001).

Consideramos que a aplicação prática dessa pesquisa é rica em ensinamentos, porém, devido a seu caráter inicial sobre o assunto certamente demandará novas investigações. Nesse sentido, faz-se necessárias novas proposições que visem aperfeiçoamentos teóricos. Sabemos que esse processo é lento e gradual, ou ainda como nos lembra MASSELLI (2001, p.229):

“uma abordagem integradora(promotora de diálogos entre distintos conceitos, abordagens e instrumentos) favorece que o conhecimento assim construído seja reconhecido como significativo e apropriado pelos próprios trabalhadores (profissionais de saúde mental), enquanto instrumento de transformação das condições objetivas, subjetivas e sociais do fenômeno investigado”.

7. Referências Bibliográficas

- AFDM-BRASIL. **O que é ser familiar de doente mental.** (on line), Rio de Janeiro, 1997. Disponível em <http://www.afdm.org.br> . Acesso em 11 novembro de 2003.
- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **In: Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. II p. 5-20, jan. fev. 1997.
- ALVES, P. C. O discurso sobre a enfermidade mental. In ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. (Orgs). **Saúde e doença: um olhar antropológico.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 91-100.
- ALVES, P. C; MINAYO, M. C. S. (org.) **Saúde e doença: um olhar antropológico.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p.9-12.
- AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. IN AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.p.73-84.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BAGNATO, M. H. S. Educação continuada na área de saúde: uma aproximação crítica. In: COCCO, M. I. M.; DE SORDI, M. R. L. (coord.). **Educação, saúde e trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares.** Campinas: Ed. Alínea, 1999. p. 71-98
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, D. D. **Jardins de Abel: desconstrução do Manicômio de Trieste.** São Paulo: Lemos Editorial, 1994. 149 p.
- BASAGLIA, F. **A Instituição Negada.** Rio de janeiro: Graal, 1985. 326 p.
- BASTOS, M. D. F. Divergências político-ideológicas no processo de profissionalização do Serviço Social nos Estados Unidos. In: **Serviço Social & Sociedade n. 27.** São Paulo: Cortez, 1988.
- BIANCO, M. H. B. C. **Construção da autonomia do enfermeiro no cotidiano: um estudo etnográfico sob o referencial teórico de Agnes Heller.** Ribeirão Preto, 1999. (Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade Estadual de São Paulo).

- BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (orgs.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 41-72
- BOLTANSKY, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- BORDIEU, P. **A miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes, 1997. 266p.
- BOSSEUR, C. Introdução a Antipsiquiatria. In: KOUPERNIK, C. (Org.). **Antipsiquiatria senso ou contra-senso**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976. p.9-19.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Documentação e Informação. **Legislação em Saúde Mental**. Brasília, DF (2001).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos**. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 44p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Do sanitarismo à municipalização**. (on line), Brasília, 2003. Disponível em http://portalweb02.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?fdtxt . Acesso em 09 junho 2003.
- BUENO, F. M. G. **A construção da autonomia profissional: o trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar**. Campinas, 2002. (Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas).
- CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, n. 2, p.393-409, 1999.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. 14 ed.. São Paulo: Cultrix, 1982. 256p.
- CARVALHO, F. B. **História, interdisciplinaridade e saúde mental: O serviço de saúde Dr. Cândido Ferreira**. Campinas, 2002. (Tese – Doutorado – Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas)
- CASTORIADES, C. A - A lógica dos magmas e a questão da autonomia. In: **As encruzilhadas do labirinto/2: os domínios do homem**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

- COCCO, M. I. M. **Reestruturação produtiva e o setor saúde: trabalhadores de enfermagem em saúde coletiva**. Ribeirão Preto, 1997. (Tese – Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade Estadual de São Paulo).
- CONTANDRIOPOULLOS, A-P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS, J-L; BYLE, P. **Saber preparar uma pesquisa; definição, estrutura e financiamento**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. 216p.
- COSTA, A. C. F. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: por uma transformação cultural**. (on line), Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.abe.org.br/artigos/IIIconferencia.htm>. Acesso em 24 maio 2003.
- COSTA, J. F. Apresentação –. In: GOLDBERG, J. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública**. Rio de Janeiro: Te Cora, 1996.
- COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Xenon, 1980. 187 p.
- DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS. **Banco de dados do Ministério da Saúde**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 05 abril 2003.
- DEGANI, V. C. Vigilância à saúde; uma breve reflexão sobre a saúde individual e coletiva. In **Revista Gaúcha de Enfermagem**, n. 20, p.49-57, 1999.
- DELGADO, P. G. G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: TUNDIS, S. A; COSTA, N. R. (orgs.) **Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil**. Ed.4ª. Petrópolis: ABRASCO, 1994. p.172-202.
- DURHAM, E. R. (org.). Uma nova visão da Antropologia. In: **Bronislaw Malinowski**. São Paulo: Ática, 1986. p. 7-22
- DURKHEIM, E. **O Suicídio**. 5. ed. Lisboa: Presença, 1992. 405p.
- FAGUNDES, P. Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica: algumas questões cruciais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** n.47, 1998. p.163-168.
- FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro:Tempo Brasileiro, 1991. 99 p.
- FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 4ª Edição, 1972. 551p.

- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**; organização e tradução de Roberto Machado. 7ª. Edição. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- FRIGOTTO, G. Interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas Ciências Sociais. In: **Interdisciplinaridade: para além da Filosofia do sujeito**. 4ª. Ed. São Paulo: Vozes, 1995.
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.
- GOFFMAN, E. **Estigma – la identidad deteriorada**. Buenos Aires: Amorrortu, 1963. 158p.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974. 312p.
- GOLDBERG, J. **Clínica da psicose: um projeto da rede pública**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1996. 168p.
- GONÇALVES, M. A S. Teoria da Ação Comunicativa de Habermas: possibilidades de uma ação educativa de cunho interdisciplinar na escola. In: **Educação & Sociedade XX**, Campinas, n.66, p. 125-140, abril 1999.
- HABERMAS, J. **Consciência moral e o agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro 1989.
- HABERMAS, J. **Teoria de la accion comunicativa**. Madrid: Taurus, 1987. 618p.
- HAGUETE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Rio de Janeiro: Vozes, 1995. 110p.
- IAMAMOTO, M. & CARVALHO, R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico: dados distritais**. IBGE, 2001. Disponível em <http://www.ibge.net/censo/noticias> . Acesso em maio 2002.
- JAPIASSÚ, H. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber**. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1976. 226p.
- JODELET, D. Représentations sociales: um domaine em expansion. In: JODELET, D. ,ed. **Les représentations sociales**. Paris: Presses Universitaires de France, 1989.
- KUENZER, A. Z. Educação, linguagens e tecnologias: as mudanças no mundo no mundo do trabalho e as relações com o conhecimento e método. In: **Cultura, linguagem e subjetividade no ensinar e aprender**. Rio de Janeiro: DP&A editora, 2000.

- KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1978. 257p.
- LAING, R. D. **The politics of experience and bird paradise**. Nova York: penguin Books, Pantheon, 1967.
- LANCETTI, A. Loucura metódica. In: GUATTARI, F.; FUGANTI, L. A.; DELEUZE, G.; BAREMBLITT, G. F.; PEREIRA, J. F.; PELBART, P. P.; LANCETTI, A. **Saúde e Loucura II**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 139-147.
- LUIS, M. A. V. A respeito da exclusão: instituição asilar e desinstitucionalização. In: JORGE, M. S. B.; SILVA, W. V.; OLIVEIRA, F. B. **Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. São Paulo: Lemos editorial, 2000. p.15-40.
- LUZ, M. T. História de uma marginalização: a política oficial de saúde mental. In: AMARANTE, P (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 85-96.
- MACÊDO, A. M. B.; JORGE, M. S. B. Concepções de loucura e sua influência na prática psiquiátrica. In: JORGE, M. S. B.; SILVA, W. V.; OLIVEIRA, F. B. (Orgs). **Saúde Mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p.125-148.
- MACHADO, M. H. Apresentação. In: MACHADO, M. H. (org.) **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p.11-33.
- MALINOWSKI, B. **Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia**. 2. Ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978. 424p.
- MASSELLI, M. C. **Estresse e trabalho de monitoras de creche: uma abordagem multidisciplinar**. Campinas, 2001. (Tese de Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).
- MATTOS, C. L. G. **Abordagem etnográfica na investigação científica**. (on line), Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://www.ines.org.br> . Acesso em: 01 setembro 2003.
- MERHY, E. E. (org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo/Bueno Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997.
- MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. In **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n.2, p. 177-184, abr./jun., 1993.

- MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
- MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. In: **Medicina**, n. 24, p.70-77, 1991.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996. 269p.
- MORAN, J. M. **Comunicação como reorganização**. (on line), São Paulo, 1999. Disponível em: www.eca.usp.br . Acesso novembro de 2003.
- MORIN, E. Epistemologia da Complexidade. In: **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1996.
- MORIN, E. **Os sete saberes necessários à Educação do Futuro**. 3 ed. São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNESCO, 2001.118 p.
- MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. P. 291.
- OLIVEIRA, T. E. C. **Prevenção ao uso e abuso de drogas: um recorte na história intelectual da enfermagem**. Campinas. 2002. (Dissertação – Mestrado – Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas)
- OMS/OPAS. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva/ Suíça, 2001.
- PELBART, P. P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A . **Saúde e Loucura**, v. 2, São Paulo:Hucitec, 1989. p. 131-138.
- PERRUSI, A. **Imagens da loucura: representação social da doença mental na psiquiatria**. São Paulo: Cortez, 1995. 239 p.
- PESSOTI, I. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994. 208p.
- PITTA, A M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1990.
- PITTA, A M. F. **O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje?**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- PITTA, A. M. F., SILVA FILHO, J., SOUSA, G. W. et al. Determinantes de serviços de saúde mental em municípios: estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas

por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 44, 1995, p. 441-452.

PORTER, R. **A social history of madness**. Londres: Weidenfeld and Nicolson, 1987.

QUEIROZ, M. de S. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Rev. Saúde Pública**, 20, p.309-17, 1986.

QUEIROZ, M. de S. & CANESQUI, A. M. Antropologia da medicina: uma revisão teórica. **Revista Saúde Pública**, 20. p. 152-64, 1986.

QUEIROZ, M. de S. & CARRASCO, M. A. P. O doente de hanseníase em Campinas: uma perspectiva antropológica. **Cad. Saúde Pública**, 11. p.479-90, jul/set, 1995.

QUEIROZ, M. de S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública**, 16, Rio de Janeiro, p.363-75, abril/junho, 2000.

QUEIROZ, M. de S. **Representações sobre saúde e doença: agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS**. Campinas: UNICAMP, 1991. 138p.

QUEIROZ, M. de S. Representações Sociais: uma perspectiva crítica a partir da Teoria da Ação Comunicativa de Habermas In: QUEIROZ, M. de S. **Um enfoque alternativo sobre saúde e doença: a experiência desenvolvida em Campinas**. Relatório final, Convênio FAPESP, 1998. 37p. (mimeo).

RIBEIRO, H. P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993. 135p.

ROCHA, R. M. **Enfermagem Psiquiátrica: que papel é este?** Rio de Janeiro: Ed. Te corá, 1994. 140p.

RODINESCO, E. **História da Psicanálise na França: a batalha dos cem anos**. Rio de Janeiro, Ed Zahar, 1986.

ROTELLI, F. & AMARANTE, P. (orgs). Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA Jr., B. & AMARANTE, P. **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1992. p.41-55.

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

- SANTOMÉ, J. T. **Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. 275p.
- SANTOS FILHO, J. C. A interdisciplinaridade na Universidade: perspectiva histórica. **Revista Educação Brasileira**, v.21, n.43, 1999. p.11-41.
- SARACENO, B. **Libertando Identidades/ da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1991.
- SAWAIA, B. B. O ofício da psicologia social à luz da idéia reguladora de sujeito: da eficácia da ação à estética da existência. In: ZANELLA, A. et al (orgs.) **Psicologia e práticas sociais**. Porto Alegre: ABRAPSOSUL, 1997. p.78-91.
- SCHECHTMAN, A. **Psiquiatria e infância: um estudo sobre o desenvolvimento da Psiquiatria infantil no Brasil**. Rio de Janeiro, 1981. (Dissertação de Mestrado – Universidade Estadual do Rio de Janeiro).
- SCHRAIBER, L. **Educação médica e capitalismo**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1989.
- SILVA FILHO, J. F. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, S. A; COSTA, N. R. (Orgs). **Cidadania e loucura Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, cap. 2, p.75-102, 1990.
- SILVA, A.; FONSECA, R. M. G. S. A questão da interdisciplinaridade. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**, n.20, p.212-217, 1995.
- SILVA, W. V. Reflexões sobre o cuidar em saúde mental. In: JORGE, M. S. B.; SILVA, W. V.; OLIVEIRA, F. B (orgs.). **Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. São Paulo: Lemos, 2000. p.81-92.
- SOARES, H. Interdisciplinaridade. **Jornal “A Razão”**, 1999. (on line), Disponível em: [Http://www.angelfire.com/sk/holgonsi/index.interdiscipl.html](http://www.angelfire.com/sk/holgonsi/index.interdiscipl.html) . Acesso em: 17 agosto 2003.
- SPINK, M. J. (org.) **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1993.
- SPOSATI, A. **Vida urbana e gestão da pobreza**. São Paulo: Cortez, 1988.
- THIOLLENT, M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. 3 ed., São Paulo: Polis, 1982.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: EPU, 1987.

- TURNER, V. W. **O processo ritual – Estrutura e antiestrutura**. Petrópolis: Vozes, 1974. 248p.
- UCHÔA, E. & VIDAL, J. M. Antropologia Médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 497-504, 1994.
- VALENTINI, W. A. H. & VICENTE, C. M. A reabilitação psicossocial em Campinas. In: PITTA, A. M. F. (org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.48-54.
- VASCONCELOS, E. M. Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias em pesquisa. In: **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 44, p. 189-197, 1995.
- VASCONCELOS, E. M. O movimento de higiene mental e a emergência do Serviço Social no Brasil e no Rio de Janeiro. In: **Serviço Social & Sociedade XXI**, São Paulo, n. 63, Cortez, p. 151-18, 2000.
- VASCONCELOS, E. M. Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: **Serviço Social & Sociedade XVII**, São Paulo n. 54, Cortez, p. 132-157, 1997.
- WEBER, M. **Ciência e política; duas vocações**. São Paulo: Cultrix, 1970. p. 30-31.

8. APÊNDICES

Apêndice I

Pesquisa: O PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM ANDRADAS – MG.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Sônia Marina Martins de Oliveira Antunes, assistente social, mestranda em enfermagem, do Departamento de Enfermagem da FCM/UNICAMP, tendo como orientador o Prof. Dr. Marcos de Souza Queiroz estou realizando uma pesquisa com todos os profissionais de saúde do Programa de Atenção em Saúde Mental, atuantes no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, sobre o processo de desospitalização no interior da reforma psiquiátrica, conforme sua manifestação no Município de Andradadas-MG.

Estou convidando você para participar desse estudo e para isso preciso que você responda primeiramente a uma entrevista individual, que será gravada, para facilitar o registro das informações, com duração aproximadamente de 50 minutos. A entrevista será realizada por mim, no CAPS e o seu nome será mantido em sigilo, isto é, não será divulgado na apresentação dos resultados desta pesquisa e não constará na entrevista que será identificada apenas com um número. Nenhuma informação que a identifique será relatada. As fitas gravadas estarão guardadas em local seguro, sob minha responsabilidade. Todas as informações aqui coletadas somente serão utilizadas para fins de pesquisa. Todas as dúvidas em relação à pesquisa serão devidamente esclarecidas. Entretanto, informo-lhe, neste momento, que não se beneficiará diretamente dos resultados desta pesquisa.

Você poderá ou não participar desta pesquisa e tem o direito de deixar de responder a qualquer uma das perguntas, caso aconteça eventuais constrangimentos, sem que isto implique qualquer prejuízo no seu trabalho ou embaraço com a pesquisadora responsável.

Estarei a disposição para esclarecer qualquer dúvida relacionada às questões e a pesquisa através dos telefones (035) 3715-7092 ou 9915-2087.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê em Ética e pesquisa da UNICAMP, cujo telefone é (019) 3788-8936.

Declaração de Consentimento pós-esclarecimento

Tendo entendido as informações dadas sobre a pesquisa e tido a oportunidade de fazer perguntas e ter recebido respostas que me deixaram satisfeita, ciente dos meus direitos abaixo-relacionados, aceito participar da pesquisa.

1. Garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas sobre a entrevista, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga conseqüências para mim;
3. Segurança que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada a minha privacidade;
4. Segurança que serei informado dos resultados da pesquisa e os benefícios que podem advir e que serão realizados esforços para implementar ações para melhorar a assistência em saúde mental;
5. Se tiver qualquer dúvida sobre o estudo, entrarei em contato com Sônia Marina Martins de Oliveira Antunes pelo tel. (035) 3715 – 70 92 ou pelo cel (035) 9915-2087;

Este documento contém duas vias, sendo que uma ficará em meu poder e a outra arquivada com a pesquisadora.

Assim, declaro que tendo compreendido o exposto desejo participar da pesquisa e não me oponho a que a mesma seja gravada.

Andradas, de

Nome do respondente: _____

Assinatura: _____

RG: _____

Nome do pesquisador: **Sônia Marina M. de O Antunes-**

Telefone para contato: **(035) 3715-7092**

Assinatura: _____

Apêndice II

Pesquisa: O PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM ANDRADAS -MG

ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRIGIDA À EQUIPE DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CAPS.

Há o interesse em indagar sobre o modo de funcionamento de um modelo terapêutico institucional na rede pública de atenção à saúde mental no município de Andradadas-MG. Os procedimentos serão entrevistar técnicos através de questões de sua formação e de suas experiências práticas.

Solicito sua identificação e que sua resposta seja realizada com toda seriedade, pois será a informação mais importante para o desenvolvimento deste estudo, os dados aqui coletados serão analisados pela pesquisadora responsável, lembrando que será mantido total sigilo.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista n.º _____

DATA: ___/___/___

I - Identificação Geral

Nome _____ : _____ anos

- a) Formação profissional:
- b) Está satisfeito (a), com sua escolaridade/formação profissional?
- c) Há quanto tempo atua na área de saúde mental?
- d) Há quanto tempo trabalha no CAPS - Andradadas?

III - Condições de trabalho

- a) Você sente que há autonomia no seu trabalho?
- b) O que significa o trabalho em equipe interdisciplinar?
- c) Na sua prática, existe interdisciplinaridade?
- d) Como ela se constitui?
- e) Quais são os principais obstáculos e dificuldades que você encontra no seu dia a dia?

IV - Questões Conceituais – Reforma Psiquiátrica

- a) O que você sabe sobre o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil?
- b) Em que consiste a desospitalização do doente mental?
- c) Como você percebe o doente mental, como era antes e como é agora?

V –Experiência Prática

- a) Na sua opinião, qual é o papel do hospital psiquiátrico no tratamento do doente mental?
- b) Concretamente, qual é o local mais adequado para o tratamento do doente mental?
- c) De acordo com o modelo de atendimento instaurado pela reforma psiquiátrica, como você, enquanto profissional de saúde, se coloca diante desta nova postura?
- d) Com a desospitalização do doente mental, o que muda no seu cotidiano de trabalho?
- e) Quais são os benefícios para o paciente e a eficácia do tratamento, no programa CAPS, em função da desospitalização?
- f) Com a desospitalização o que muda para o doente? E para a família? E para a sociedade?
- g) Qual o papel do sistema de saúde em relação ao modelo de desospitalização?
- h) Na sua visão, quais são os fatores preponderantes que fazem que o serviço dê certo?
- i) E quais os fatores que dificultam o manejo do trabalho?