

**ANA MARIA ULIANA**

**O TRABALHADOR DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL:**

***a questão do sofrimento psíquico***

**ASSIS  
2007**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**ANA MARIA ULIANA**

**O TRABALHADOR DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL:**

***a questão do sofrimento psíquico***

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista, para obtenção do título de mestre em psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientador: Francisco Hashimoto

**ASSIS  
2007**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

Uliana, Ana Maria

U39t O trabalhador de saúde mental na atenção psicossocial: a  
questão do sofrimento psíquico / Ana Maria Uliana. Assis,  
2007  
251 f.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras  
de Assis – Universidade Estadual Paulista.

1. Trabalho. 2. Saúde e trabalho. 3. Saúde mental. 4. Reforma  
psiquiátrica. 5. Sofrimento. I. Título.

**CDD 158.7**

614.58

## Dados Curriculares

Nome: **ANA MARIA ULIANA**

Data de Nascimento: 21/10/1964

Filiação: Pedro Julio Uliana  
Irene Florido Uliana

Formação: Psicologia – Instituto de Letras História e Psicologia  
UNESP – Assis

Atividade Profissional: . Psicóloga – CIAPS – Prefeitura Municipal de Assis  
. Psicóloga clínica

## Agradecimentos

Ao Doutor Francisco Hashimoto, meu orientador, que me “provocou” durante um tempo para que eu realizasse um trabalho acadêmico e com disponibilidade me “acolheu” ao me iniciar no mundo da pesquisa. Com paciência, sabedoria e bom humor compreendeu meus limites e dificuldades cotidianas e com imensa dedicação e afeto compartilhou minhas dúvidas e me indicou caminhos para transpô-las.

Aos Doutores Manoel Antonio dos Santos e Cristina Amélia Luzio pelas excelentes contribuições por ocasião do Exame de Qualificação.

Aos colegas da equipe de trabalho do CAPS pela disponibilidade de compartilhar comigo suas vivências e emoções, pessoais e profissionais e pela parceria generosa em que puderam entender e colaborar com minhas ausências no trabalho.

Aos amigos de sempre, pelo incentivo, carinho e tolerância em suportar minhas queixas, entender minha distância e minhas desventuras nesse período.

Aos usuários de saúde mental, que tanto me emocionaram, me ensinaram e puderam dar sentido à minha trajetória profissional.

Ao meu filho Gustavo, cuja existência me ensinou como pode ser valiosa uma relação que se pauta no amor e no cuidado, permitindo que o respeito, a compreensão e as trocas nos renovem constantemente, nos alente e nos estimule para nos tornarmos uma pessoa melhor.

Ao Edgar, parceiro de uma vida e de todas as dificuldades cotidianas, que com paciência e dedicação me auxiliou em minhas limitações tecnológicas, me ensinando muito do que eu não sabia no campo da informática, realizando a digitação das entrevistas e a configuração final desse trabalho.

## RESUMO

ULIANA, Ana Maria. **O Trabalhador de Saúde Mental na Atenção Psicossocial: a questão do sofrimento psíquico**. 2007. 251p. Dissertação de Mestrado. Faculdade de ciências e letras de Assis - Universidade estadual Paulista-UNESP, 2007.

O objetivo dessa pesquisa constitui em analisar as concepções do trabalhador de saúde mental em sua relação com o trabalho e a instituição e como concebe a produção de saúde mental no contexto psicossocial. Considera-se como campo social o contexto da reforma psiquiátrica e da proposta psicossocial, como sujeito da ação de mudança o trabalhador de saúde mental de um CAPS e como intermediário as forças antagônicas de desejo, motivação e sofrimento nas relações de trabalho. Levou-se em consideração como as escolhas profissionais e seus determinantes articulam-se com a relação que o sujeito estabelece com o exercício profissional e seu significado, com a concepção de saúde mental e as práticas desenvolvidas na atenção psicossocial. O referencial teórico fundamentou-se na Psicossociologia, com autores como Dejours (1992, 1994), Enriquez (2000) e Gaulejac (2001), na psicanálise com Freud (1913, 1930), Birman (1977) e Costa (2004) e na Saúde Coletiva com Amarante (1996, 1997, 1998, 1999, 2007), Rotelli (1990) e Costa Rosa, Luzio, Yasui (2001, 2003). Em termos metodológicos, foram coletados os dados por meio de entrevistas semidirigidas, com os técnicos do CAPS do interior do estado de São Paulo. Os resultados apontaram que os indícios de sofrimento dos trabalhadores não assumem um caráter patogênico, imobilizador de ações e impeditivos na realização de desejos. Os trabalhadores que tiveram uma livre escolha, considerando sua constituição subjetiva, sua história pessoal e seus desejos, demonstram uma maior integração, afinidade, motivação e prazer nas relações de trabalho, bem como uma melhor adesão à proposta psicossocial. Os que não realizaram o seu desejo na escolha profissional, demonstram maior insatisfação com a profissão, falta de reconhecimento, desmotivação e sofrimento nas relações de trabalho. Para todos os entrevistados a proposta psicossocial é um processo, ainda em construção, e que apesar de realizarem ações psicossociais, acreditam não atuar dentro da concepção e do modelo psicossocial, que não está completamente implantado na unidade.

**Palavras chaves:** reforma psiquiátrica, atenção psicossocial, saúde mental, trabalho, sofrimento.

**ABSTRACT:**

ULIANA, Ana Maria. **THE MENTAL HEALTH PROFESSIONAL AT THE PSYCHO-SOCIAL ATTENTION: A PSYCHIC SUFFERING MATTER.** 2007. 251p. Dissertation (Master degree in Psychology) –Science and Linguistics College, Campus of Assis, University of São Paulo State “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP, Assis, 2007.

This research aims to study the mental health professional's conceptions related to his work as well as the institution and how this professional conceives the mental health production in the social context. The psychiatric reform context and the psycho-social proposal are taken as the social field; a mental health professional of a CAPS is the change action subject; and the desire, motivation and suffering adverse strength in the work relations are considered the means through which these changes are promoted. It was studied how the professional choices and their determining factors are articulated in the relation that the subject has with his work activity, and how its meaning is articulated with the mental health conception and the practices developed for psycho-social attention. The theoretical references were based on Psycho-sociology, with authors like Dejours (1992, 1994), Enriquez (2000) e Gaulejac (2001); on Psychoanalysis, with Freud (1913,1930, Birman (1977) e Costa (2204); and on the Collect Health, with Amarante (1996, 1997, 1999, 2007), Rotelli (1990) e Costa Rosa, Luzio, Yassui (2001, 2003). Method: data were collected up from semi-conducted interviews with technicians who work for CAPS in the countryside of São Paulo State. The results showed the professional's suffering signs do not have a pathogenic character which can immobilize actions or avoid this professional to realize his own desire. The professionals who had a free choice, considering its subjective constitution, his personal life course and his own desire demonstrated a better integration, identification, motivation and pleasure to work, and it is better and easier for them to accept the psycho-social proposal. The professionals who did not realize their desire when they made their professional choice, they demonstrated there is no satisfaction in his work, they feel they are not recognized, there is lack of motivation and suffering in their work relations. For all the interviewed professionals, the psycho-social proposal is a process which has been built up yet. Even though they have carried out psycho-social actions, they believe they have not worked following the psycho-social conception and model which are not completely established in this CAPS.

Key words: psychiatric reform, psycho-social attention, mental health, work, suffering.



## NÃO FUJA DA DOR

Não tome comprimido  
Não tome anestesia  
Não há nenhum remédio  
Não vá para a drogaria

Deixe que ela entre  
Que ela contamine  
Que ela te enlouqueça  
Que ela te ensine

Não fuja da dor  
Não fuja da dor

Não tome novalgina  
Não tome analgésico  
Nenhuma medicina  
Não ligue para o médico

Deixe que ela chegue  
Que ela determine  
Que ela te consuma  
Que ela te domine

Não fuja da dor  
Não fuja da dor

Querer sentir a dor  
não é uma loucura  
fugir da dor é fugir da própria cura

|  |            |
|--|------------|
| <b>Primeiras Palavras</b>  | <b>10</b>  |
| <b>Introdução</b>  | <b>14</b>  |
| <b>CAPITULO I – A Reforma Psiquiátrica</b>                                   | <b>26</b>  |
| <i>1.1. Marco Histórico</i>  | <b>26</b>  |
| <i>1.2. Marco teórico conceitual – A Construção do conceito</i>              | <b>33</b>  |
| <i>1.3. – A assistência em Saúde Mental de um município</i>                  | <b>50</b>  |
| <b>CAPITULO II – Desejo, motivação e a questão do sofrimento no trabalho</b> | <b>66</b>  |
| <b>CAPITULO III – A Escolha e a Formação Profissional</b>                    | <b>89</b>  |
| <i>3-1-A escolha profissional e seus determinantes</i>                       | <b>90</b>  |
| <i>3.2- O Encontro com a Saúde Mental</i>                                    | <b>100</b> |
| <i>3.3-Concepção de Saúde Mental</i>   | <b>105</b> |
| <i>3.4-O lugar da loucura</i>  | <b>117</b> |
| <i>3.5-Formação</i>  | <b>119</b> |

|   |            |
|---|------------|
| <b>CAPITULO IV – <i>Relação com o Trabalho</i></b>              | <b>143</b> |
| <b><i>4.1. Gratificação Pessoal</i></b>                         | <b>143</b> |
| <b><i>4.2. Reconhecimento Profissional</i></b>                  | <b>147</b> |
| <b>4.3. Liberdade no exercício profissional</b>                 | <b>158</b> |
| <b><i>4.4. Sofrimento</i></b>                                   | <b>161</b> |
| <br>  |            |
| <b>CAPITULO V - Proposta Psicossocial</b>                       | <b>168</b> |
| <b><i>5.1. Concepção do conceito psicossocial</i></b>           | <b>168</b> |
| <b><i>5.2. Ambulatório x CAPS – a diferença dos modelos</i></b> | <b>178</b> |
| <b><i>5.3. As relações na equipe</i></b>                        | <b>188</b> |
| <b><i>5.4. Avanços</i></b>                                      | <b>198</b> |
| <b><i>5.5. Dificuldades</i></b>                                 | <b>203</b> |
| <b><i>5.6. Efetivação</i></b>                                   | <b>212</b> |
| <br>  |            |
| <b>Síntese Conclusiva</b>                                       | <b>224</b> |
| <br>  |            |
| <b>Referências</b>  | <b>248</b> |

## Primeiras Palavras

A narração é uma forma artesanal de comunicação. Ela não visa a transmitir o “em si” do acontecido, ela o tece até atingir uma forma boa. Investe sobre o objeto e o transforma [...] Todas as histórias contadas pelo narrador inscrevem-se dentro da sua história [...] O narrador está ao lado do ouvinte [...] seu talento de narrador lhe vem da experiência; sua lição ele extraiu da própria dor; sua dignidade é a de contá-la até o fim, sem medo (BOSI, 1994, p.88-91).

Realizar este trabalho significou a possibilidade de resgatar a minha trajetória profissional e a história de saúde mental do município. Tal relação pode ser estabelecida, ora como espectadora, ora como co-autora e participe de momentos cruciais de mudanças nos processos de construção de novas práticas assistências.

O meu encontro com a saúde mental se deu enquanto ainda cursava a graduação de psicologia e optei por estágios na área clínica e no campo da assistência em saúde mental. Estagiei em Hospital psiquiátrico, em Hospital geral, no Centro de Psicologia Aplicada (CPPA) do Campus da UNESP e na rede básica de assistência do município.

A experiência com um hospital psiquiátrico, realizada em outro município, já se pautava na época por uma estranheza em relação ao isolamento, a apropriação da liberdade e a limitação na assistência. Recordo-me de ter ficado impressionada com o tamanho do molho de chaves que permitia abrir, dar passagem e fechar os vários setores e alas que davam acesso aos usuários, e que quanto mais se adentrava em seu interior, maior era a sensação de aprisionamento. Brincávamos, entre os estagiários, que lá dentro o que nos diferenciava dos usuários era o poder da “posse das chaves” e lógico, a autonomia de entrar e sair.

O estágio em Hospital geral aconteceu na Santa Casa e foi junto às crianças hospitalizadas, visando acolher e minimizar as angústias e o sofrimento vivenciados em função do adoecer e da própria situação de internação. No CPPA foram realizados atendimentos psicoterápicos individuais, a adultos e adolescentes, que apresentavam demandas psíquicas de menor complexidade. E na rede básica de saúde o estágio se deu num centro de saúde do município, denominado de “postão”, pois na época era o posto de

maior abrangência populacional e o mais centralizado. As ações realizadas se basearam em triagem de adultos e psicodiagnóstico infantil. Essas experiências me possibilitaram reafirmar o meu desejo e a minha escolha profissional pela clínica e pela saúde mental pública, bem como intensificaram minhas inquietações sobre a função do papel do psicólogo diante do sofrimento psíquico e da responsabilidade em desenvolver ações qualificadas e resolutivas.

Terminei a graduação em 1988. No início de 1989 iniciei uma especialização em Saúde Mental e Saúde Pública na UNESP de Assis. Essa formação permitiu refletir, trocar experiências, aprofundar os conhecimentos da graduação e respaldar as minhas práticas profissionais que se iniciavam. Em julho deste mesmo ano, após concurso público municipal, ingressei como psicóloga da equipe multiprofissional do Ambulatório de Saúde Mental. Era um serviço especializado e regionalizado, que prestava assistência em Saúde Mental para Assis e para os municípios do então ERSA-20 (Escritório Regional de Saúde). Compatível a política e ao modelo ambulatorial da época, era retaguarda de atendimento multiprofissional para neuróticos graves, psicóticos e dependentes de substâncias psicoativas.

No ano de 1994, num dado momento político, fui transferida para uma unidade básica de saúde, em um dos bairros periféricos de maior periculosidade, com demandas e situações de riscos sociais e de diversas incidências de transtornos psíquicos. A possibilidade de tentar realizar um trabalho naquele território como psicóloga, visando contemplar não só os processos inconscientes do adoecimento dos indivíduos, mas também seus determinantes sociais e coletivos, se reverteram num convite para ser Coordenadora do Ambulatório de Saúde Mental. Cargo que assumi de fevereiro de 1995 a dezembro de 1996, quando houve alternância de gestão administrativa.

Nesse período as parcerias dos estagiários e supervisores da UNESP, dos técnicos da instituição e dos diversos parceiros comprometidos com as diretrizes e políticas da saúde mental propiciaram o início de ações que já visavam transformar os modos de assistência em saúde mental no município.

Essas ações incipientes foram se fortalecendo e tecendo um novo rumo nas práticas assistenciais.

Porém, com a mudança de gestão e de partido político, fui novamente transferida para uma unidade básica de saúde. Desta vez num bairro mais centralizado, com uma população mais elitizada e que apresentava demandas psíquicas mais organizadas. Atuei como psicóloga nesta unidade no período de 1997 a 2000.

No início da nova administração fui convidada a assumir o cargo de Coordenadora de Saúde Mental do município, onde permaneci de fevereiro de 2001 a outubro de 2004.

No ano de 2001 fiz parte da Comissão organizadora da I Conferência Regional de Saúde Mental e de 2001 a 2004, fui membro do núcleo de ensino e pesquisa da saúde mental da DIR-VIII. Este tinha por objetivo fomentar o ensino e a pesquisa no campo da saúde mental e saúde coletiva, promovendo a capacitação, o aperfeiçoamento dos profissionais, a promoção e o desenvolvimento de novos conhecimentos. Uma de suas atribuições foi a de organizar e promover o programa de aprimoramento profissional em parceria com a FUNDAP.

Nesse período, com uma administração mais comprometida e sensível com as políticas de saúde mental, num cenário nacional onde a saúde mental ganhava visibilidade e junto aos constantes parceiros de lutas políticas e os técnicos da instituição, tive a oportunidade de tentar efetivar mudanças e prioridades para a saúde mental.

E então, as ações do serviço que já vinham caminhando segundo as diretrizes da atenção psicossocial justificaram a oficialização do CAPS, que se deu em Agosto de 2002.

Nesse processo me instigavam questões acerca da qualidade do trabalho e da efetivação da proposta psicossocial. Como Coordenadora da Saúde Mental do município iniciei alguns levantamentos que me permitiram análises quantitativas sobre o serviço implantado. Observei redução do número de internações, diminuição do uso de medicações, reinserções sociais de alguns usuários e melhoria visível na qualidade de vida de muitos usuários, principalmente, os até então, cronificados.

Porém me faltavam instrumentos mais eficazes para avaliar a qualidade do serviço e a real implantação da proposta psicossocial, que foi o disparador para que eu buscasse, na realização desse trabalho, a possibilidade de responder minhas indagações.

Em outubro de 2004, se aproximando a nova alternância de gestão, solicitei retornar ao CAPS para atuar como psicóloga da equipe, onde atuo até o presente momento

e cujo lugar profissional e social, com suas implicações e representações, realizo a presente pesquisa.

Saliento que como partícipe da construção das ações e diretrizes do trabalho, das conquistas e das derrotas, como técnica ou como pesquisadora, em momento nenhum posso considerar a condição de estar de fora ou neutra, como mera observadora, no desenrolar dessa pesquisa.

## **Introdução**

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil desencadeou profundas transformações na organização da assistência no campo da Saúde Mental.

Nesse contexto foi proposto um novo olhar, uma nova concepção da loucura e novos conceitos surgiram para abordá-la.

As políticas públicas e os Serviços de Saúde Mental se reorganizaram visando adaptar-se ao novo modelo proposto. O Ministério da Saúde, através da publicação de portarias, incentiva, com pagamentos diferenciados, a implantação de vários Centros de Atenção Psicossocial – CAPS no país.

A implantação do modelo substitutivo em Saúde Mental implicou na mudança política, teórico-técnica e prática das ações desenvolvidas e, portanto no papel e no vínculo da equipe técnica com os usuários. Esta pesquisa tem como proposta estudar a atuação de uma equipe multiprofissional num serviço de atenção psicossocial – CAPS, avaliando a aderência, identificação e a vinculação, com a proposta psicossocial e seus efeitos na assistência prestada e com as relações de trabalho.

### **Delineamento da Pesquisa**

A mudança do modelo psiquiátrico dominante impôs uma nova concepção aos serviços que prestam assistência à Saúde Mental.

Toda essa nova temática abre espaço para evidenciar a necessidade de criar, inventar e construir novas formas de cuidar e lidar com a loucura, onde haja espaço e lugar para a diferença e a singularidade, e que seja um lugar de multiplicidades.

Estes novos serviços, frutos de redirecionamento do novo modelo assistencial, incluem um novo papel técnico, com novas práticas e formas de lidar com a comunidade e de pensar a sua relação com a saúde mental. Esse novo serviço, inserido na comunidade, não deve ser isolado e atender exclusivamente “doentes”, mas atuar intermediando a



relação da sociedade com os mesmos. Isto implica em ultrapassar a idéia de um serviço com ações culturais, de lazer e de trabalho e criar outras formas de lidar na sociedade.

Para tanto, essa pesquisa se desenvolve sob a influência dos conceitos e propostas advindas do processo da reforma psiquiátrica no Brasil e sob o enfoque da Psicossociologia, que ao considerar o “social” compreende suas dimensões emocionais, subjetivas, afetivas e inconscientes e ao considerar o “psiquismo” o compreende enquanto um produto modelado da cultura, da língua do simbólico e da sociedade.

A Psicossociologia ao trabalhar as relações entre o social e o psiquismo ao mesmo tempo propicia um questionamento fenomenológico do sujeito e de sua historicidade, isto é da capacidade e resistência dos indivíduos e grupos em produzir sua história, desejar mudanças no mundo e gerar mudanças em si próprios. *“Interessaram-se pelo indivíduo em situação, recusando separar o indivíduo e o coletivo, o afetivo e o institucional, os processos inconscientes e os processos sociais”*.(GAULEJAC, 2001, p.36).

Assim, ao levar em conta a importância da construção e constituição de um novo paradigma, que seja pautado em serviços substitutivos, os CAPS, tendo como seu objeto o sujeito doente e não a doença, este paradigma emergente traz em sua constituição a possibilidade de questionamento dos saberes teóricos, das práticas técnicas, da cultura, do social e das ações jurídicas no manejo com a saúde mental.

Considerando como campo social, o contexto da reforma psiquiátrica e da proposta psicossocial, como sujeito da ação de mudança o trabalhador de saúde mental de um CAPS, e como intermediário as forças antagônicas de desejo, motivação e sofrimento nas relações de trabalho, o objetivo desta pesquisa é analisar as concepções do trabalhador de saúde mental, na sua relação com o trabalho e com a instituição, e como concebe a produção de saúde mental no contexto psicossocial.

E como objetivos específicos:

- Compreender a trajetória profissional dos trabalhadores incluindo os determinantes da escolha, da formação e qualificação profissional.
- Verificar as concepções de saúde mental e de cuidado que conformam o modelo de assistência e sustentam as ações desses profissionais.
- Analisar de que forma o desejo, a motivação e o sofrimento estão presentes nas relações de trabalho e quais os mecanismos de defesa utilizados.

- Identificar fatores facilitadores e dificultadores no processo de efetivação da proposta psicossocial.

Esse estudo que busca analisar as concepções do trabalhador de saúde mental, na sua relação com o trabalho, com a instituição e com a proposta psicossocial, bem como os referenciais teóricos conceituais utilizados para essa investigação, se inserem no campo da pesquisa qualitativa.

A opção por essa metodologia de investigação na área da saúde mental se deu em função de que o conceito sociológico de saúde considera ao mesmo tempo as dimensões estruturais e políticas e os aspectos históricos e culturais de sua realização. Entende a saúde e a saúde mental, enquanto uma questão humana, existencial e uma problemática inerente a todos os segmentos sociais, mas que as diferenças de classes, de condições de vida e de trabalho refletem diferentemente esse sentimento.

A rigor qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica de seu objeto: o aspecto qualitativo. Isso implica considerar sujeito de estudo: gente em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação. (MINAYO, 1996, P.22).

Portanto considera-se que a saúde e a doença são frutos de uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais do ser humano e de sua atribuição de significados e que as metodologias de pesquisa qualitativa são “entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, e as estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”. (MINAYO, 1996, p.10)

A pesquisa qualitativa, no que se refere ao campo da saúde e da saúde mental, não o considera como um campo separado das outras várias instancias da realidade social, mas como parte de uma realidade complexa, e que necessita de conhecimentos diversos e integrados para uma adequada intervenção.

A sua especificidade é dada pelas inflexões sócio-econômicas, políticas e ideológicas, relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, administração e avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de saúde. Dentro desse caráter peculiar está sua abrangência multidisciplinar e estratégica.(MINAYO 1996, p.13.).

A pesquisa qualitativa compreende ainda que teoria e prática não são neutras, pois estão intrinsecamente marcadas por interesses e demandas subjetivas e o reconhecimento da subjetividade, como inerente ao fenômeno social, ao considerar a historicidade, o dinamismo e a totalidade social do objeto estudado, não permite a neutralidade do investigador, que é parte implicada desse processo.

Portanto essa escolha metodológica permite coerência com o referencial teórico adotado, com o campo de estudo e com os objetivos de investigação.

Os sujeitos da pesquisa, num total de oito pessoas, são os funcionários que compõe a equipe do CAPS.

A escolha dos sujeitos visou privilegiar os profissionais que vivenciaram os dois modelos da instituição, inicialmente quando era só um ambulatório e posteriormente com a implantação do CAPS. Esse foi o critério de opção de escolha para os auxiliares de enfermagem e agentes administrativos.

No momento da realização das entrevistas a unidade contava com apenas um psiquiatra e nenhum terapeuta ocupacional. Dos quatro psicólogos que compõem a equipe, dois realizaram as entrevistas. O terceiro trabalha especificamente com dependentes de substâncias psicoativas e não foi considerado como sujeito da pesquisa por estabelecer com o pesquisador uma relação afetiva muito próxima. E o quarto psicólogo da equipe é o próprio pesquisador.

As entrevistas foram realizadas com o coordenador da unidade, com formação em psicologia (C1), dois psicólogos (T1 e T2), um assistente social (T3) um enfermeiro (T4), um auxiliar de enfermagem (T5), um médico psiquiatra (T6) e um agente administrativo (A1).

O material desse estudo foi os dados obtidos através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas junto aos sujeitos. O conteúdo das entrevistas permitiu refletir sobre quais elementos presentes na prática assistencial dos trabalhadores viabilizam ou não a

efetiva implantação do conceito e da atenção psicossocial e como se estabelece as relações com o trabalho.

A técnica da entrevista foi escolhida por ser um instrumento científico importante em pesquisa e principalmente em pesquisa qualitativa, pois por intermédio da fala individual é possível o desvelamento dos saberes, dos sentimentos e contradições, enfim, as concepções dos indivíduos e dos grupos em um determinado momento histórico. A técnica da entrevista também é adequada aos dados que queremos coletar e favorece a análise dos mesmos.

Optou-se pela entrevista semi-estruturada, pois além de ser compatível com o referencial teórico adotado, é mais flexível e permite uma facilitação, um aprofundamento e uma amplitude da comunicação entre o entrevistador e o entrevistado e possibilita evidenciar aspectos da personalidade do entrevistado, revelar suas concepções, desejos e frustrações, bem como suas contradições e implicações, sócio-político-culturais, inerente às relações de trabalho e a atenção psicossocial, objetivos desse estudo.

Todo ser humano tem sua personalidade sistematizada em uma série de pautas ou em um conjunto ou repertório de possibilidades, e são estas que esperamos que atuem ou se exteriorizem durante a entrevista. Assim, pois, a entrevista funciona como uma situação onde se observa parte da vida do paciente, que se desenvolve em relação a nós e frente a nós.(BLEGER, 1989, p. 15).

Contemplou-se ainda a possibilidade da entrevista tornar-se uma situação de interação, minimizando a separação tradicional entre sujeito e objeto, entre entrevistador e entrevistado, permitindo o estabelecimento de um vínculo, onde o objetivo principal é o diálogo entre os diferentes saberes sobre o objeto de estudo. Sobre a relação entrevistador e entrevistado BOURDIEU (1999) aponta que:

Tentar saber o que se faz quando se inicia uma relação de entrevista é em primeiro lugar tentar conhecer os efeitos que se podem produzir sem o saber por uma espécie de *intrusão* sempre um pouco arbitrária que está no princípio da troca (especialmente pela maneira de se apresentar a pesquisa, pelos estímulos dados ou recusados, etc.) [...] É efetivamente sob a condição de medir a amplitude e a natureza da distância entre a finalidade da pesquisa tal como percebida e interpretada pelo pesquisado, e a finalidade que o pesquisador tem em mente, que

este pode tentar reduzir as distâncias que dela resultam [...] (BOURDIEU, 1999, p.695).

Portanto é papel do pesquisador procurar romper essa desigualdade, propiciando condições para que o entrevistado se motive a desvelar suas concepções, demonstrando uma atitude de interesse e respeito pela sua subjetividade e transformando a situação de encontro da entrevista num vínculo produtivo.

Considerando esses elementos as entrevistas foram individuais e semi-estruturadas por meio de tópicos que visaram compreender as concepções e práticas dos trabalhadores de saúde mental na atenção psicossocial, objetivos da pesquisa.

As entrevistas foram pré-agendadas após uma breve explicação sobre o trabalho, seus objetivos, amplitudes, o interesse do pesquisador e a relevante participação de cada sujeito como ator social da pesquisa e do objeto do estudo. Essa explanação visou despertar o interesse e obter a concordância de participação do sujeito. A priori todos os sujeitos demonstraram interesse e disponibilidade em participar.

Após aprovação no Comitê de Ética, as entrevistas iniciaram-se com uma apresentação dos objetivos da pesquisa, do conteúdo do roteiro da entrevista e com a assinatura do termo de compromisso com o pesquisador, de participação e autorização de uso dos dados mediante contrato de preservação de identidade.

As entrevistas foram realizadas na instituição, em horário de trabalho, e teve uma duração média de uma hora cada uma. A única exceção foi a entrevista da coordenadora. Esta aconteceu num final de semana, em sua residência, pois a mesma acreditava que na instituição seria constantemente interrompida, e teve uma duração média de duas horas.

A partir do consentimento dos entrevistados, as entrevistas foram gravadas em fitas K-7 e posteriormente transcritas. Com a preocupação em garantir a fidedignidade das falas e o sigilo, e pela facilidade e familiaridade com o assunto, o material foi transcrito e digitado pelo pesquisador.

O processo das entrevistas transcorreu permeado por uma comunicação tranqüila e harmoniosa. O vínculo estabelecido foi de troca e contou com a disponibilidade dos participantes em desvelar seus pensamentos, sentimentos e concepções teórico-técnica do trabalho. Inclusive, para surpresa do pesquisador, houve uma prontidão dos entrevistados em relatar, com naturalidade e intensidade, além das questões profissionais, questões

pessoais ligadas à história de vida e relações afetivas, muitas de fórum íntimo e que acompanharam o desencadear de emoções, sem reservas ou defesas.

No entanto, em algumas entrevistas percebeu-se uma certa insegurança do entrevistado quando este parecia temer sua resposta ou duvidava de seu conhecimento sobre as concepções da atenção psicossocial. Em outros momentos observou-se constrangimento e inibição quando os entrevistados demonstravam opiniões críticas em relação à estrutura do serviço, as relações da equipe e principalmente aos investimentos públicos das administrações.

Parece ter colaborado para essa situação o fato da pesquisadora ter proximidade com o assunto estudado e ter ocupado cargos de direção, tanto no serviço, quanto na gestão administrativa junto a Secretaria de saúde e na implantação do CAPS, e hoje fazer parte da equipe enquanto mais um membro técnico. No entanto podemos refletir que:

A proximidade social e familiaridade asseguram efetivamente duas condições principais de uma comunicação “não violenta”. De um lado, quando o interrogador está socialmente muito próximo daquele que ele interroga, ele lhe dá, por sua permutabilidade com ele, garantias contra a ameaça de ver suas razões subjetivas reduzidas a causas objetivas; suas escolhas vividas como livres, reduzidas aos determinismos objetivos revelados pela análise. Por outro lado, encontra-se também assegurado neste caso um acordo imediato e continuamente confirmado sobre os pressupostos concernentes aos conteúdos e as formas da comunicação: esse acordo se afirma na emissão apropriada, sempre difícil de ser produzida de maneira consciente e intencional, de todos os sinais não verbais, coordenados com os sinais verbais, que indicam quer como tal o qual enunciado deve ser interpretado, quer como ele foi interpretado pelo interlocutor. (BOURDIEU, 1999, p.697).

Desta forma se o conhecimento adquirido e o lugar que o pesquisador ocupa podem ser um dificultador, em função do seu duplo papel, inibindo o entrevistado e provocando distorções no conteúdo das informações, eles também podem ser recursos para sua superação, facilitando a coleta de dados e o contato. Sendo assim o conhecimento prévio e não neutro do pesquisador tornou-se uma possibilidade de estabelecer um vínculo próximo e produtivo, entre entrevistado e entrevistador, transformando a observação e o conteúdo das entrevistas um importante instrumento para esse estudo.

Os tópicos da entrevista, conforme roteiro abaixo, contemplaram os objetivos específicos da pesquisa.

### ***Roteiro da Entrevista***

#### **1. Identificação**

- Nome
- Idade
- Formação profissional
- Tempo de formado.

#### **2. Trajetória Profissional**

- Escolha profissional
- Infância
- História de vida profissional
- Formação, subsídios e eixo teórico.
- Concepção de saúde, doença e tratamento.

#### **3. Relação com o Trabalho**

- Contato com o trabalho-reconhecimento dos pares e social.
- Liberdade, gratificação, e sofrimento no exercício profissional.

#### **4. Instituição**

- Forma como se organiza a instituição
- Modelo de trabalho
- Concepção do trabalho em equipe

#### **5. Proposta Psicossocial**

- Entendimento pessoal e profissional sobre a atenção psicossocial

- Formação e subsídios para a atuação na proposta psicossocial
- Prática assistencial
- Fatores facilitadores e dificultadores no processo de efetivação da proposta psicossocial

Para a análise dos relatos obtidos nas entrevistas, visando avaliar a repercussão das propostas da Reforma Psiquiátrica nas práticas assistenciais, através do vínculo e da aderência ao modelo assistencial orientador do projeto de Saúde Mental do CAPS, pretende-se:

- Ler atentamente os dados colhidos e observados e analisar os elementos presentes na concepção de saúde mental e no modelo de assistência, que cada técnico tem, em seu sentido global;
- Destacar elementos marcantes da concepção de Saúde Mental e da identificação ou não com a proposta psicossocial, que apareçam no discurso dos sujeitos;
- Comparar os relatos dos sujeitos a fim de verificar os elementos comuns e as divergências de concepção entre eles;
- Analisar as concepções que os sujeitos trazem de sua relação com o trabalho e a instituição;
- Enfim, compreender os dados coletados considerando o referencial teórico e o contexto da Reforma Psiquiátrica.

Após a transcrição das entrevistas e a organização do material procedeu-se uma leitura atenta visando compreender o sentido global de cada entrevista e posteriormente a história de cada sujeito, suas concepções e singularidades. Depois de estar familiarizado com os discursos e com seu significado global, mas também específico de cada sujeito, buscou-se identificar dados comuns e diferenças nos relatos dos sujeitos sobre as questões abordadas, bem como recortes de falas significativas que embasassem e estabelecessem a relação com a parte teórica e com os temas do estudo.

Estabeleceram-se categorias de análise, destacando temas que pudesse dar o desencadeamento do trabalho, considerando o roteiro da própria entrevista, o



desenvolvimento de cada trabalhador dentro de seu processo pessoal e profissional e buscando responder os objetivos desse estudo.

Os temas foram organizados nas seguintes categorias de análise:

### **Escolha profissional**

- Determinantes infantis da escolha
- Relações com figuras parentais - escolha específica
- O encontro com a Saúde mental

### **Concepção de saúde mental**

- Medo e periculosidade
- Relação com a loucura
- O lugar da loucura
- Relação de cuidado

### **Formação**

- Capacitação profissional
- Referencial teórico
- Construção do conhecimento

### **Relação com o trabalho**

- Gratificação pessoal
- Reconhecimento profissional
- Liberdade no exercício profissional
- Sofrimento

### **Proposta psicossocial**

- Concepção do conceito psicossocial
- Ambulatório X CAPS – a diferença dos modelos
- As relações na equipe multiprofissional
- Avanços

- Dificuldades
- Efetivação

Após “leitura flutuante” do material das entrevistas e reconhecimento nos discursos dos sujeitos de idéias pertinentes aos temas levantados, procedeu-se aos recortes e posterior análise dos mesmos, buscando seu sentido, contradições e concepções dos sujeitos acerca de suas práticas psicossociais e de suas relações de trabalho, visando estabelecer a relação com a teoria e com os objetivos da pesquisa.

Para tanto, organizou-se o trabalho em seis partes. A Introdução apresenta a pesquisa, expondo suas justificativas, definindo a estruturação do trabalho e trazendo a proposta metodológica, que apresenta os objetivos, os sujeitos e o material de estudo, as técnicas de coleta dos dados e a proposta de análise dos mesmos.

O primeiro capítulo inicialmente aborda a Reforma Psiquiatria no Brasil, seu processo e proposta, visando contextualizar o campo da discussão. São apresentados os processos de desconstrução do modelo manicomial, a construção de uma nova proposta e a inserção de novos conceitos para a abordagem da “doença mental”, bem como a reflexão do papel técnico desempenhado na proposta psicossocial.

Num segundo momento trata da organização da Assistência em Saúde Mental num Município do interior do Estado de São Paulo. Apresenta o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, onde a pesquisa vai ser realizada, seu projeto técnico, bem como os efeitos de sua implantação nos resultados quantitativos da unidade e no decréscimo das internações psiquiátricas. Resgata também o início da assistência de Saúde Mental no município até a implantação do CAPS, as transformações sofridas e seus efeitos presentes até então.

O segundo capítulo apresenta a orientação teórica. Inicialmente, para compreender o homem a quem vamos nos referir, define-se quem é o sujeito para a psicanálise e como ele se constitui. Em seguida comenta-se sobre a constituição da cultura e como a Psicanálise compreende o homem e sua interação com a sociedade e a partir da proposta da psicodinâmica do trabalho e do conceito de sofrimento, a relação que esse homem estabelece ao se encontrar com as situações de trabalho. Para finalizar, apresenta-se o modelo atual de organização dentro da estrutura estratégica, a concepção contemporânea do homem individualista e sua luta para estabelecer relações grupais.

O terceiro capítulo apresenta a análise sobre A Escolha e a Formação Profissional dos trabalhadores do CAPS, considerando os seus determinantes, o encontro da formação específica com a saúde mental, a concepção de saúde mental e a sua relação com a periculosidade e os cuidados, o lugar da loucura e a formação dos técnicos.

O quarto capítulo traz A Relação com o Trabalho e o seu significado para os trabalhadores, por meio das reflexões sobre a gratificação, o reconhecimento social, a liberdade e o sofrimento no exercício profissional.

O quinto capítulo aborda a proposta psicossocial e sua efetivação, a concepção sobre esse modelo de atuação, a equipe multiprofissional, bem como os avanços e dificuldades no processo dessa implantação.

E por ultimo é realizada A Síntese Conclusiva, que apresenta as considerações finais e elabora um fechamento desse estudo.

## **CAPITULO I – A Reforma Psiquiátrica**

### ***1.1. Marco Histórico***

A trajetória histórica da Assistência em Saúde Mental no Brasil teve como marco inicial a inauguração do Hospital Pedro II no Rio de Janeiro, no ano de 1852. A Política de Saúde Mental estatal definia-se pela tutela e segregação do doente, através do tratamento asilar. Esse modelo de assistência manicomial buscava construir um conjunto de aparatos científicos, legislativos, judiciais e administrativos que permitissem o tratamento da doença mental.

A partir de 1950 esse modelo passou a ser foco de diversas críticas e denúncias por seu caráter hospitalocêntrico, oneroso e ineficiente. O questionamento da assistência psiquiátrica no Brasil se intensificou a partir das transformações das práticas manicomiais ocorridas na Europa e EUA, após a II Guerra Mundial, em decorrência da necessidade de reestruturação da economia mundial, de reconstrução dos países e da implantação de reformas sociais e sanitárias e gerou modificações na abordagem dos transtornos mentais.

Nesse sentido, na década de 1960, no contexto da Ditadura Militar são criadas novas formas de articulação social e política onde os interesses privados são priorizados e o Estado possibilita a privatização da política pública.

Na área da saúde, em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a partir da unificação dos Institutos da Previdência existentes no país. O INPS assumiu uma política de Saúde norteadas por ações curativas e individuais, privilegiando o setor privado e as indústrias médico-hospitalares e farmacêuticas, com um aparente descaso pelas medidas de saúde coletiva. Tal política estava em consonância com as metas sociais, oriundas da política norte-americana, propostas pela Organização dos Estados Americanos (OEA) para os países latino-americanos, inclusive o Brasil, com objetivo de propiciar o desenvolvimento e a expansão dos países dependentes.

Nesse período, a assistência psiquiátrica expande e adquire, no país, o status de prática assistencial de massa. Tal expansão caracteriza-se pela modificação de uma assistência destinada apenas ao doente mental indigente para uma que abrangesse a classe trabalhadora e seus descendentes. Observa-se a criação de uma ampla rede de hospitais particulares e conveniados com o poder público, em substituição aos velhos e precários hospitais públicos. Essa expansão torna-se um negócio altamente rentável para a iniciativa privada (LUZIO, 2003, p.54).

A partir da década de 1970 iniciou-se a implantação de uma rede básica de saúde em vários estados. As constantes denúncias de favorecimento governamental a chamada “indústria da loucura”, bem como a ineficiência e os altos custos da assistência manicomial oferecida propiciaram um recuo na expansão dos hospitais psiquiátricos.

Para LUZIO (2003), as novas propostas de ações assistenciais em saúde mental, surgidas a partir de 1970, foram pautadas por uma concepção do tratamento na comunidade de modo que o paciente não precisasse se afastar da família e do trabalho. Priorizou-se as ações extra-hospitalares no tratamento da doença mental e a necessidade de ações preventivas que garantissem práticas, atividades e participação comunitária para superar as práticas manicomiais.

A crise social e econômica do país desencadeou o surgimento de movimentos sociais contra a ditadura e a favor da democratização, dos direitos sociais, da cidadania e de melhores condições de saúde, apontando para a necessidade de reformar o sistema de Saúde Pública.

Ganharam evidência as denúncias realizadas por profissionais de saúde que trabalhavam em hospitais psiquiátricos, fortalecendo a luta contra a violência praticada nessas instituições. Nasceu daí o movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM).

Foi nesse momento que se iniciaram no Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária e o Movimento da Reforma Psiquiátrica, dois dos mais expressivos e atuantes movimentos sociais.

Para AMARANTE (1999), o Movimento da Reforma Psiquiátrica iniciou-se a partir da mobilização de intelectuais que, atuando nas instituições psiquiátricas e nas universidades, buscou transformações no campo teórico conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sócio cultural. Procurando radicalizar os princípios da reforma sanitária, visava à inclusão social, a solidariedade e a cidadania.

O envolvimento e a atuação de todas essas pessoas, técnicos, intelectuais, familiares e usuários evidenciava um aspecto importante para o processo de desinstitucionalização da doença que é a mobilização dos:

[...] sujeitos sociais como atores da mudança; os pacientes, a comunidade local, a opinião pública, os sujeitos políticos institucionais e não institucionais. Essa maneira de praticar a desinstitucionalização suscita e multiplica as relações, isto é. Produz comunicação, solidariedade e conflitos, já que mudanças das estruturas e mudança dos sujeitos e de suas culturas só podem acontecer conjuntamente (ROTELLI, 1990, p.32).

Esse período foi marcado por divergências em relação a como fazer a reforma psiquiátrica Brasileira e quais referenciais teóricos deveriam subsidiar a organização da assistência em saúde mental.

Portanto, é um momento que exigiu dos vários atores transitar e dialogar com diversos saberes do campo da psicanálise, do materialismo histórico, do existencialismo, entre outros, assim como com os aspectos teórico-conceituais e técnico-assistenciais das experiências históricas da comunidade terapêutica, da psicoterapia institucional, da psiquiatria de setor, da psiquiatria comunitário-preventiva, da antipsiquiatria e da psiquiatria democrática italiana. A partir daí várias experiências são realizadas buscando articular as propostas advindas da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, isto é, construir uma rede de serviços substitutivos no SUS. (LUZIO, 2003, p.58).

Na década de 1980, muitos acontecimentos importantes marcaram a área da Saúde e da Saúde Mental. Em 1986 houve a VIII Conferência de Saúde, cujas propostas emanaram do Movimento da Reforma Sanitária e foram ratificadas posteriormente na Constituição de 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Na Saúde Mental, em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, cujo relatório final reafirmou as diretrizes e princípios já apontados para a constituição do SUS, bem como priorizou, no plano assistencial, a reversão da tendência hospitalocêntrica, com prioridade para o sistema extra-hospitalar. Naquele ano foi realizado também o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, com a participação, além dos trabalhadores de saúde mental, dos usuários e seus familiares. Nele houve uma contundente crítica ao modelo orientador até então das práticas substitutivas à internação psiquiátrica. Nascia naquele momento o

Movimento da Luta Antimanicomial, com a definição de 18 de maio como o dia de luta por uma “Por uma Sociedade sem Manicômio”.

A partir de 1989, após as eleições municipais, muitas cidades passaram a realizar experiências transformadoras na saúde e na Saúde Mental. Tais municípios elegeram prefeitos cujo compromisso era realizar uma administração pública voltada para as necessidades e interesses da população e não somente para os segmentos sociais dominantes e subservientes aos governos estadual e federal. Assim, os gestores realizaram experiências em que foi possível mostrar tanto que o SUS era viável e importante para a melhoria da qualidade de vida da população como avançar na implantação das propostas e diretrizes da Reforma Psiquiátrica nos municípios. Entre as experiências, destacou-se a experiência de Santos.

Em 1989 aconteceu a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico de Santos. “Único hospital psiquiátrico da região, privado e conveniado ao SUS, que dava cobertura para toda baixada santista. Ele foi denunciado pelos maus tratos infligidos aos pacientes, chegando a inúmeros casos de óbito”. (KODA, 2003, P.73).

Essa ação voltou a evidenciar os abusos e maus tratos vividos pelos pacientes internados e propôs a implantação de uma rede territorial de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo manicomial. Nesse momento, a relação que se estabelece entre os trabalhadores e o projeto antimanicomial é de intensa identificação e envolvimento, necessários para enfrentar o desafio de contrapor-se à hegemonia do modelo manicomial presente em nossa cultura.

O trabalhador não se restringe ao lugar técnico, daquele que vai implementar um novo modelo de assistência, ele se posiciona como militante do Movimento Antimanicomial, engajado na luta por um ideal comum. [...] A experiência ultrapassa o âmbito da assistência, alçando a discussão para a própria sociedade, problematizando as relações humanas, a cidadania, a ética. Movimento de transformação da própria cultura.(AMARANTE, 2003-p. 73-74).

Surgiram então às primeiras Associações de Usuários e Familiares da Saúde Mental e no mesmo ano foi aprovado na Câmara de Deputados o Projeto de Lei n 3.657 (projeto original de Paulo Delgado-PT, MG) que previa a extinção progressiva dos manicômios, a não construção de outros e a implantação de serviços municipais extra-

hospitalares, que possibilitem o tratamento do usuário considerando seu cotidiano, seus vínculos familiares e a inclusão social.

Esse Projeto de Lei tramitou no Senado por mais de uma década, sendo objeto de diversas emendas e substitutivos e foi aprovado apenas em 2001, como Lei 10.216/01. Porém essa lei não contempla a extinção progressiva dos manicômios e a internação psiquiátrica, segundo os termos definidos pelo projeto de lei original. Apenas dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais e redireciona a assistência em saúde mental. Garante acesso ao tratamento, a inserção familiar e social e estabelece formas e critérios para as internações, segundo a legislação vigente.

Apesar de ser considerada restritiva, enquanto avanços para o campo da saúde mental, se comparada ao projeto de lei inicial, compreende-se que:

O projeto de lei teve o mérito de introduzir a questão da assistência psiquiátrica na ordem do dia da mídia nacional, ao mesmo tempo em que dezenas de associações de usuários e familiares, algumas já existentes anteriormente, foram constituídas em função deste debate. Um contrários, muitas a favor, o resultado importante deste contexto é que, de forma inédita e muito peculiar, o tema da loucura, da doença mental, da assistência psiquiátrica e dos manicômios, invadiu boa parte do interesse nacional (AMARANTE, 1997, p.173).

Na década de 1990, tanto a sociedade quanto os gestores públicos continuam vivenciando graves problemas em decorrência das situações de segregação, violência e exclusão. Há um recuo das políticas sociais e o surgimento do princípio de complementaridade do setor público e privado; com o redirecionamento do sistema público para a população sócio-economicamente inferior e o privado para os setores médios da sociedade.

Apesar desse contexto desfavorável, na área de saúde, desde o início da década de 1990, é possível efetivar práticas inovadoras que fortalecem o SUS. Tais práticas enfrentam a implantação do 'projeto neoliberal', notadamente no que se refere ao crescimento do sistema privado de saúde dos conflitos dele decorrentes. Elas também possibilitam a configuração de um novo desenho da política de saúde e Saúde mental, por intermédio de vários mecanismos institucionais, principalmente a descentralização. Nessa situação os municípios assumem a assistência em Saúde



Mental, exigindo que os governos, federal e estadual, não apenas cumpram suas atribuições como partícipes do processo, mas também construam instrumentos técnicos-operacionais que permitam aos municípios implantar e implementar seus serviços de Saúde Mental. Esses instrumentos são construídos a partir das experiências inovadoras já realizadas em algumas cidades. (LUZIO, 2003, p. 60).

Nesse período, através das diretrizes e propostas da reforma psiquiátrica, os governos municipais procuram construir uma nova rede de serviços que possibilitem uma assistência em Saúde Mental com enfoque na atenção psicossocial.

O Ministério da Saúde publica então várias portarias que vão redirecionando o modelo de assistência e referendando as ações em movimento.

Destaca-se, a portaria n.º 189/91, publicada em novembro de 1991, que possibilita maior controle sobre as internações psiquiátricas e a portaria n.º 224/92, publicada em novembro de 1992, que estabelecem diretrizes e normas para a assistência em Saúde Mental.

Ambas as portarias instituem e regulamentam a estrutura de novos serviços em Saúde Mental, especialmente os CAPS/NAPS. Estes são definidos como unidades de saúde locais e regionalizadas a partir de uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediário entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Os CAPS/NAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à Saúde Mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendam também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou de egressos de internação hospitalar. Deveriam estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em Saúde de Mental. (LUZIO, 2003, p.62).

Porém a análise de YASUI (1999) sobre as duas portarias aponta para questões importantes sobre a implantação do modelo substitutivo em saúde mental e adverte que as criações de CAPS, em muitos municípios, não garantem necessariamente que as experiências pioneiras sobre a mudança de paradigma possam ter a aderência dos trabalhadores e gestores e nem mesmo que propiciem qualidade nos serviços e o desenvolvimento de ações que visem à substituição dos manicômios. Em função do elevado

valor dos procedimentos de Saúde Mental, comparados a outros da tabela do SUS, alguns municípios podem visar apenas à oportunidade de aumentar os recursos financeiros repassados à saúde, sem a garantia inclusive de que esses recursos se revertam em investimentos para a saúde mental.

Esses fatores são de total relevância para se pensar a efetivação de um serviço, o resultado qualitativo e o vínculo real com a proposta psicossocial tanto por parte dos gestores quanto da equipe técnica. Essas questões serão abordadas mais adiante.

No ano de 1992 também é realizada a II Conferência Nacional de Saúde mental, e apesar do seu relatório final não apontar tantas críticas ao modelo econômico e político, como a I Conferência, contemplou questões prioritárias e específicas da saúde mental. Suas deliberações, em consonância com as mudanças na assistência em saúde mental ocorridas até então, possibilitaram a construção de novos recursos teórico-práticos, bem como a continuidade dessas transformações nas ações assistenciais dos serviços de saúde mental comprometidos em viabilizar a mudança conceitual e paradigmática. Nesse contexto foi possível realizar transformações nos campos assistencial, conceitual, social e político, inclusive com a criação, de leis e portarias concretizadas a partir das propostas da II Conferência, e da Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica. Podendo então a saúde mental estar incluída em espaços institucionais na política oficial.

A partir da II CNSM são realizados vários Encontros Nacionais do Movimento da luta Antimanicomial, que fortalecem o movimento, firmando-o como um dos principais condutores do processo de transformação no campo assistencial, cultural e conceitual da Reforma Psiquiátrica, embora se mantivessem sempre críticos à política nacional de saúde Mental.(LUZIO, 2003,P.65).

Ainda nesse período acontecem vários Encontros Nacionais de Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental, onde surgem críticas sobre as práticas assistenciais, segregadoras e invasivas e se reivindicam a defesa e os direitos dos usuários.

Em dezembro de 2001 acontece a III Conferência Nacional de Saúde Mental cujo eixo temático é a “reorientação do modelo assistencial” e uma de suas conseqüências mais imediatas é a publicação, em fevereiro de 2002, por parte do M. S., da portaria 336/2002, estabelecendo três modalidades de CAPS, definidos a partir de sua complexidade e abrangência populacional. Com o objetivo de atender usuários com transtornos mentais

severos e persistentes, dentro de uma lógica territorial, em regime de atenção diária, intensiva, semi-intensiva e não intensiva, independente de qualquer estrutura hospitalar.

Esses serviços são remunerados através de APAC/SIA (autorização de procedimento de alto-custo/serviço de informação ambulatorial). E apresentam valores superiores aos então faturados pelos serviços municipais de Saúde Mental.

Portanto, o CAPS torna-se um elemento estratégico da proposta substitutiva ao modelo psiquiátrico tradicional, que é baseado na lógica de rede e do território. Nesse contexto, o CAPS deve articular todas as instâncias de cuidados em Saúde Mental do seu território. Sejam as ações desenvolvidas na atenção básica em saúde, no programa de Saúde da Família, na rede de ambulatórios e nos hospitais, como as atividades de suporte social, de trabalho protegido, lazer, lares abrigados e suporte as questões previdenciárias, judiciárias e de outros direitos.

### ***1.2. Marco teórico conceitual – A Construção do conceito***

A Reforma Psiquiátrica, segundo AMARANTE (1999), não diz respeito exclusivamente a medidas de caráter técnico-científico ou organizacional, mas é um processo permanente de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo, no campo assistencial, cultural, conceitual e político.

Portanto, no processo da reforma psiquiátrica vão aparecendo conceitos importantes na fundamentação teórico-técnica que possibilitam construir e subsidiar o novo modelo de assistência em Saúde Mental, o qual tem sido denominado por alguns autores de Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA; LUZIO, YASUI, 2003, AMARANTE, 2007).

A partir da noção de ROTELLI (1990), sobre processo social complexo, podemos dispor de um novo enfoque para a compreensão e construção dos conceitos, da reforma psiquiátrica e da mudança paradigmática.

Entende-se por processo um movimento permanente, sem um objetivo e fim pré-determinado, mas com a possibilidade de inovação constante dos atores, conceitos e princípios envolvidos no processo histórico da mudança.

Um *processo social* nos assinala que existem atores sociais envolvidos e, enquanto tal, que existem interesses e formulações em conflitos, em negociações. E enfim, um *processo social complexo* se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma tal transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.(AMARANTE, 2003, p.48).

Para tanto o autor propõe quatro dimensões para subsidiar a mudança paradigmática. A primeira é a dimensão teórico-conceitual, entendida como o conjunto de conceitos, práticas e produção de conhecimento que fundamentam a relação psiquiátrica e psicológica com a saúde mental.

A desconstrução desses conceitos visa opor-se ao paradigma doença-cura e propor noções como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o campo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social.

A segunda dimensão, a técnico-assistencial, questiona o modelo assistencial embasado na teoria que considera a loucura uma incapacidade ou desrazão e que tem o modelo de assistência psiquiátrica calçado na custódia, tutela, vigilância e disciplina, e é gerador de isolamento, alienação e exclusão. Em oposição propõe-se uma rede de novos serviços, territorializados, em instituições abertas, com participação e coogestão de usuários e população, possibilitando espaços de trocas, sociabilidade e produção de saúde e que permita focar o sujeito e não a doença.

Portanto o conceito da “desinstitucionalização” aparece como estratégia importante para a transformação da assistência psiquiátrica.

Para ROTELLI (1990) o conceito de desinstitucionalização não se refere apenas ao processo de desospitalização em que não questiona o modelo psiquiátrico tradicional e sim a melhor aplicação das teorias e técnicas psiquiátricas, de modo a priorizar a prevenção e a reabilitação, cujo objetivo seria a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços comunitários. Ao contrário, o autor destaca que o processo de desinstitucionalização italiano propõe repensar os saberes, as práticas e a própria psiquiatria; que implica na decomposição do agir institucional. Para tanto afirma que:

[...] o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a ‘doença’, da ‘existência global, complexa e concreta’ dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação se constituiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos administrativos (precisamente a ‘instituição’), todos referidos à ‘doença’. É este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto ‘existência’ doente.(ROTELLI, 1990, p.27-28)

Esse conceito implica a ruptura do modelo assistencial que elege o manicômio como principal recurso de tratamento, centralizado na doença, baseado na racionalidade científica e com reducionismo do objeto. Propõe construir uma nova forma de olhar, entender e lidar com a loucura, evitando a exclusão, o isolamento, a segregação, a violência, a tutela e a despersonalização do indivíduo doente.

A antipsiquiatria e a psiquiatria democrática Italiana<sup>1</sup> entendem que o modelo psiquiátrico tradicional desconsidera o sujeito doente e o vêem como incapaz, alienado e sem razão; e acreditam que a Reforma Psiquiátrica tem como ponto principal considerar o sujeito como minimamente responsável pela definição de seu tratamento e por sua condição.

Para tanto, ROTELLI (1990, p.33) define que:

[...] a desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se ‘resolva’ por hora, não se ‘cure’ agora, mas, no entanto certamente ‘se cuida’. Depois de ter descartado ‘a solução cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e de sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento.

A terceira dimensão é a jurídico-política, que visa desinstituir as noções político-ideológicas que sempre relacionaram a loucura à irracionalidade, periculosidade, incapacidade e irresponsabilidade. Essa dimensão propõe discutir e redefinir as relações

---

<sup>1</sup> *É importante destacar que a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática Italiana constituíram dois processos importantes de transformações ocorridos na Europa, após a II Guerra Mundial, respectivamente na Inglaterra e na Itália, ao lado de outros como A Comunidade Terapêutica na Inglaterra, A Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor na França, e a Psiquiatria Preventiva Comunitária nos EUA)*

sociais e civis, com a revisão das legislações, civil e penal, referentes à doença mental e possibilitar aos sujeitos direitos a cidadania, a inclusão social e ao trabalho.

A quarta dimensão é a sociocultural e propõe praticas sociais que possibilitem, transformar o imaginário social que relaciona a loucura à anormalidade e à incapacidade para trocas sociais e simbólicas, e chegar ao conceito de “existência-sofrimento” dos sujeitos. Sendo assim, essa dimensão:

[...] expressa o objetivo maior do processo da reforma psiquiátrica, ou seja, a transformação do *lugar social* da loucura. Assim, o aspecto *estratégico* desta dimensão diz respeito ao conjunto de ações que visam transformar a concepção da loucura no imaginário social, transformando as relações entre sociedade e loucura. (AMARANTE, 2003, p.53).

Portanto a atenção psicossocial, enquanto conceito, vai se estruturando através de várias transformações no paradigma psiquiátrico no que se refere às ações políticas, ideológicas e teórico-técnicas. O campo político ideológico visa, junto aos movimentos sociais, o resgate dos direitos individuais e coletivos de cidadania e considerando as particularidades dos usuários de saúde mental, a sua dignidade humana.

No campo teórico-técnico objetiva-se produzir mudanças na intervenção que permitam construir novos dispositivos que possibilitem a transformação da ética e do modelo institucionalizado.

Desse modo, é possível indicar que a atenção psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das praticas substitutivas ao modo Asilar, conservado ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão.(COSTA-ROSA; LUZIO, YASUI, 2003, p.34).

PITTA, SARACENO (2001) propõem o conceito de reabilitação psicossocial para discutir as finalidades das ações e serviços assistenciais extra-hospitalares. Tal conceito usado muito comumente, mas nem sempre compreendido em sua totalidade, implica num conjunto de idéias, significadas e ações que compõem (ou deveriam) a real dimensão da mudança do modelo assistencial da Saúde Mental.

Segundo PITTA (2001, p.09), Reabilitação Psicossocial:

[...] implica numa ética de solidariedade que facilite aos sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos, decorrentes de 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.

Para SARACENO (2001), considerando que nesse processo, a idéia de reabilitação psicossocial é uma necessidade e uma exigência ética, deve ser prioridade na abordagem profissional em saúde mental e espera-se que todos os profissionais tenham o direito e o dever de estarem envolvidos na discussão do que é e de como reabilitar.

Ao afirmar que isso não é uma tecnologia, mas sim uma abordagem, uma estratégia global para entender e lidar com a loucura, se faz necessário uma profunda e efetiva reflexão dos profissionais sobre esse conceito, nos serviços e programas de saúde mental onde tais políticas se aplicam, se realizam e devem ser modificadas.

Para ele, o processo de reabilitação deve englobar todos os profissionais, os usuários, familiares e a comunidade, e propõe duas reflexões básicas sobre o assunto.

A primeira enfoca os profissionais enquanto pessoas com algumas habilidades e capacidades, relativas e individualizadas, o que lhes confere um determinado nível contratual, em casa, no trabalho e na rede social. Por sua vez, a maior parte dos usuários da saúde mental apresenta um nível de contratualidade baixo ou nulo, seja em função de problemas sociais, da capacidade laborativa limitada ou pela sua condição histórica imposta de “desabilitados”.

Contudo entende que a grande interação afetiva e material do ser humano é possibilitar ao indivíduo a habilidade em efetuar suas trocas.

[...] O processo de reabilitação seria, então, um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social. (SARACENO, 2001, p.16)

A segunda reflexão proposta é sobre a epidemiologia, sobre os efeitos e resultados da reabilitação na luta contra a cronicidade e quais as variáveis que de fato influem sobre o prognóstico dos usuários. Essas variáveis são definidas em dois níveis, um micro e um macro:

O micro está no nível da afetividade, da continuidade, é o real vínculo paciente–profissional, ou seja, o gasto de tempo, energia, afetividade, etc. que se tem nessa relação. Por outro lado há o macro, isto é, a maneira como o serviço está organizado, se está aberto 24 h ou 12h, se está aberto à comunidade, se ele tem a aprovação de seus usuários, se satisfaz minimamente às pessoas que atende e, também, aos profissionais que nele se inserem, se ele se utiliza de recursos vindos da comunidade, ou somente recursos institucionais. (SARACENO, 2001, p. 17)

Através dessas variáveis da política de saúde mental podemos determinar se as técnicas e práticas sejam elas quais forem, estão ou não funcionando de acordo com a proposta do trabalho.

Portanto a Reabilitação psicossocial se apresenta como um conjunto de programas e serviços, estruturados em rede, organizados com o objetivo de facilitar a vida de indivíduos com problemas severos e persistentes de saúde mental.

PITTA (2001, p.19) cita uma definição clássica da INTERNACIONAL ASSOCIATION OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION SERVICES, de 1985 sobre reabilitação que seria:

[...] o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade... O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado.

Já o conceito da Atenção Psicossocial comumente aparece associado, confundido e até como sinônimo dos termos “reabilitação e apoio”. Em função das recentes práticas no campo da saúde mental coletiva entender a abrangência, as semelhanças e diferenças desses três termos não se colocam apenas como uma questão semântica, mas de fundamental importância para a construção do novo campo teórico – técnico.

COSTA-ROSA, LUZIO E YASUI (2003) propõem uma reflexão acerca dos significados desses termos quando aplicados no campo da saúde mental coletiva.



Analizam que o termo *psicossocial* (estudo ou atividade que relaciona aspectos psicológicos e sociais) ao se referir às políticas públicas de saúde mental aspira justamente incluir e articular os aspectos políticos, econômicos e sociais excluídos quando aplicados no sentido etimológico e comum do termo.

Sobre o termo *reabilitação* (recuperação das capacidades físicas ou psíquicas dos incapacitados; recobrimento; restituição) entendem que o mesmo sugere significados com sentido de retorno, de reversão, de volta a estados habitados anteriormente aos episódios desabilitadores.

Consideram que o termo *apoio* (o que serve de sustentáculo; suporte; auxílio; amparo) é o que parece expressar mais claramente seu sentido preciso e sua utilização no contexto das políticas públicas e aproxima-se muito do sentido do termo atenção.

E finalmente o termo *atenção* (aplicação cuidadosa; concentração; reflexão; consideração; devoção), que parece dar conta deste trabalho, no seu sentido comum, apresenta-se muito semelhante ao sentido que se quer dar enquanto conceito, no contexto da Reforma Psiquiátrica. De acordo com COSTA-ROSA, LUZIO, YASUI, (2003, p.22):

Dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente, chegam a designar uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em Saúde Mental no contexto brasileiro atual. Veremos que aí se expressam, de modo bastante claro certos princípios atinentes, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivo, com os sujeitos usuários e suas demandas.

E concluem que:

O conceito de Atenção Psicossocial, considerando a diversidade de suas práticas e a tônica imprimida à sua ética, apresenta-se com potencialidade de incluir, além de seu próprio sentido, o dos demais conceitos (Apoio Psicossocial e Reabilitação Psicossocial) que atualmente circulam no campo, porém sem desconsiderar certos aspectos que definem a especificidade deles. Em outros termos, parece-nos que a Atenção Psicossocial é capaz de superar o Apoio Psicossocial e a Reabilitação Psicossocial, porém conservando-os. (COSTA-ROSA, LUZIO, YASUI, 2003, p.23).

Em função da definição acima e de sua abrangência, o conceito da atenção psicossocial se coloca como um dispositivo conceitual e ético para nortear e fundamentar a mudança paradigmática e será utilizado quando houver referencia à construção do novo modelo em saúde mental.

Nesse sentido, a atenção psicossocial como estratégia de negação da psiquiatria enquanto ideologia e visando a superação do paradigma psiquiátrico, propõe uma renúncia da vocação terapêutica instituída, negando a instituição psiquiátrica e o saber psiquiátrico sobre a doença mental, compreendidas como um processo histórico e social de apropriação da loucura.

A clínica não deve mais se limitar ao olhar, mas contemplar a escuta, além dos sintomas, podendo gerar encontros capazes de produzir sentidos e não reproduções.

Para efetivar essa mudança na atitude clínica é necessário, além de pôr em foco o sujeito do sofrimento, também rever a postura de quem o acolhe, repensando as relações entre conhecimento e objeto.

Daí advém um conceito fundamental nesse processo: trata-se da *complexidade*, que tem como maior mérito a proposição de opor-se à naturalização/objetualização da noção de doença. Esta deixa de ser um objeto naturalizado, reduzido a uma alteração biológica ou de outra ordem simples, para tornar-se um *processo saúde/enfermidade*. Dito de outra forma, a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos.(AMARANTE, 2003, p.53).

Preocupar-se com o sujeito e não com a doença é uma preocupação clínica, mas de outra forma de pensar e fazer a clínica. Se a clínica é o que possibilita a relação entre sujeitos, o objetivo deveria ser o de captar a essência dos sintomas e do sofrimento psíquico, mas sem desconsiderar a subjetividade do indivíduo. Portanto, no cenário da reforma psiquiátrica, se a doença é questionada, a clínica também deveria ser, para que se entre em contato não com a doença e sim com o sujeito da experiência. Por entender que a clínica não pode ficar restrita apenas a dimensão clínica, propôs-se a idéia de “clínica ampliada”, vista como uma articulação entre os eixos políticos e clínicos.

Enfim a reconstrução do conceito e da prática clínica tem sido um aspecto fundamental da reforma psiquiátrica, para que a relação

técnico-instituição-sujeito não seja a reprodução daquela clínica da medicina naturalista. É preciso reinventar a clínica como construção de possibilidades, como construção de subjetividades, como possibilidade de ocupar-se de sujeitos com sofrimento, e de efetivamente, *responsabilizar-se* para com o sofrimento humano com outros paradigmas centrados no cuidado [...] (AMARANTE, 2003, p.59).

Nesse sentido a desconstrução da clínica se transforma numa relação estratégica na reavaliação dos espaços e dos vínculos propostos pela reforma psiquiátrica, e é vista como um processo permanente de reflexão, experiências e mudanças, que possibilitem a construção cotidiana de novas formas de lidar, escutar e de incluir socialmente os sujeitos.

Desospitalização, desmedicalização e implicação subjetiva e sociocultural são metas radicais no modo psicossocial, por oposição a hospitalização, medicalização e objetificação, que são elementos componentes deste parâmetro no paradigma asilar. (COSTA-ROSA, 2000, p.158).

Portanto, o CAPS como principal instrumento para a viabilização da atenção psicossocial é entendido como estratégia de transformação da assistência em saúde mental, inserido numa ampla rede de alianças e cuidados, incluindo diferentes segmentos sociais, serviços e atores implicados com a mudança e articulados em um dado território.

Assim, por exemplo, um *centro de atenção* psicossocial não deveria ser apenas um serviço novo, mas um “serviço inovador”; Isto é, espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com a loucura, o sofrimento psíquico, a experiência diversa; para a construção de novos conceitos, de novas formas de vida de invenção de vida e saúde. (AMARANTE, 2003, p.61)”.

Nessa perspectiva, a equipe de saúde mental torna-se um fator preponderante da rede de cuidados, onde os trabalhadores são considerados atores essenciais nesse processo de mudança.

Na estratégia de mudança de modelo aparecem conceitos que orientam a compreensão da realidade complexa e se tornam princípios que organizam a rede de atenção e as estratégias de cuidado.

- **Cuidado**

O primeiro é o próprio conceito de cuidar, que se torna à essência do trabalho cotidiano da equipe, e é também considerado uma dimensão da vida humana.

O cuidado na área da saúde é entendido como possibilidade de ver e ouvir um sujeito, considerando sua história de vida pessoal, inserido em suas condições sociais, econômicas e culturais, num dado tempo e lugar.

O cuidado é uma condição que possibilita, produz, mantém, preserva a vida humana frágil e fugaz. É uma atitude que se dá sempre na relação entre seres. Cuidar não pode ser apenas realizar ações visando tratar a doença [...] cuidar nos remete a um posicionamento comprometido e implicado em relação ao outro. (YASUI, 2006, p.107).

Nesse sentido cuidar é ter uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento com o outro. É estabelecer uma relação com a existência humana em sua complexidade e que através dessa intervenção possam constituir-se projetos definidos pela diversidade, pelo encontro de subjetividades e pela potencialização da vida.

Porém se o ato de cuidado produz encontros e potencializa a vida, o seu excesso pode sufocar, gerar dependência e perda de autonomia, assumindo um caráter assistencialista, transformando o sujeito em incapaz para suprir suas necessidades. Considerando esses aspectos, o cuidado precisa ter uma medida, em que é necessário o respeito e a admiração e inclusive o reconhecimento do outro como um sujeito que pode reclamar, aceitar ou negar assistência.

Como afirma YASUI (2006 p.111), precisamos considerar o CAPS:

[...] não só como um serviço, mas como uma ampla produção de atos de cuidado que se faz em rede, em uma diversidade de estratégias executadas para além das fronteiras do serviço, integradas e em associação a outras instituições e serviços. Isso pressupõe um olhar para além da “doença”. Um olhar sobre as necessidades das pessoas que acorrem e demandam ao serviço. Entender a saúde como uma produção social, em que agir sobre

estes determinantes significa romper limites assistenciais, ousar e ir além.

Nesse contexto, entende-se que o lugar do cuidado é o território. Assim o território constitui-se em outro conceito relevante.

- ***Território***

O CAPS, enquanto estratégia de organização da rede de cuidados, segundo a lógica do território, é determinado e determinante de ações sempre relacionadas ao local em que está estabelecido. Para se colocar em oposição à racionalidade que determina como lugar do cuidado da loucura a exclusão, o isolamento, a disciplina, o controle e a vigilância, faz-se necessário refletir sobre as relações entre produção de cuidado e o território cujo serviço está inserido.

O território enquanto conceito não é um objeto estático definido apenas geograficamente. Numa visão dinâmica este tem influências recíprocas com a sociedade e a vida dos indivíduos. Engloba características físicas de um determinado área e as marcas produzidas pelo homem, contemplando os processos sociais, econômicos e políticos. Portanto o conceito de território é relacional. É a construção que se dá entre os cenários naturais e a história social, que os homens inscrevem e produzem.

Se o território é o lugar onde as pessoas vivem e produzem sentidos e emoções, organizar um serviço segundo a lógica de território é considerar todos esses elementos e a vida desse lugar. Sendo assim a organização, a assistência prestada e o acesso aos serviços, também estão impregnados pelos registros locais que perpassam a produção e os investimentos das políticas públicas.

O território não é somente permanência, perenidade, não é apenas tradição cultural. É também mutação, produção e modificação intensa, norteadas pela lógica do capitalismo globalizado que intervém dissipando e desintegrando as fronteiras entre o local e o global, modificando relações, gerando modos conformados e

consumistas de existir.É no território que se exerce o controle das subjetividades.(YASUI, 2006. P.115).

Nessa perspectiva para se considerar o território é necessário considerar também outro conceito que é o de responsabilização. Ambos aparecem relacionados norteando as políticas e práticas assistências na atenção psicossocial. Responsabilização pela demanda em saúde mental implica numa política de saúde que contemple ações de atendimento à crise, integradas com a prevenção, o tratamento e a reabilitação.

Interlocução, livre transito do usuário e da população, e territorialização com integralidade são metas radicais no modo psicossocial quanto à forma da relação da instituição com a clientela e a população, por oposição à imobilidade, mutismo e estratificação da atenção por níveis (primário, secundário e terciário) que caracterizam o modo asilar.(COSTA-ROSA, 2000, p.162).

Portanto a organização dos serviços de saúde mental deve romper a lógica da hierarquização por níveis de complexidade e ser responsável pela demanda do território, através de uma rede de serviços e de estratégias de cuidados que se ampliem além dos espaços dos próprios serviços, para os espaços de convivência social, como aponta LUZIO (2003).

- **Responsabilização**

É importante que sejam estabelecidos vínculos afetivos e profissionais com estas pessoas, que elas se sintam realmente ouvidas e cuidadas, que sintam que os profissionais que as estão escutando estão efetivamente voltados para seus problemas, dispostos e compromissados a ajudá-las. Em atenção psicossocial se usa a expressão “responsabilizar-se” pelas pessoas que estão sendo cuidadas. (AMARANTE, 2007, p.82).

Sendo assim a noção de responsabilização compreende que um serviço deva assumir toda a demanda de um território, sem seleção de clientela e burocratizações de

encaminhamentos, garantindo acessibilidade e universalidade ao serviço e considere a demanda social dos sujeitos, ativando organizações sociais e possibilitando o aumento do poder contratual.

Implicação subjetiva e sociocultural, e singularização são metas radicais quanto à ética das práticas no modo psicossocial, por oposição à adaptação que caracteriza a ética do modo asilar. (COSTA-ROSA, 2000, p.164).

Para tanto é fundamental que exista o compromisso das políticas públicas em priorizar o sistema de saúde mental e a implantação de serviços substitutivos com ações inovadoras, segundo a lógica de território, princípios de responsabilização e acessibilidade.

Mas é necessário frisar que no campo técnico-assistencial, a mudança paradigmática depende mais das organizações e processos de trabalho cotidiano e produção de saúde mental do que das normas e processos de regulamento.

É no cenário dos serviços de saúde, com seus diferentes atores, (usuários, trabalhadores, gestores) cada qual com seus interesses, projetos e desejos, ora conflitantes, ora coincidentes, que acontecem os encontros, tensões são geradas, se reproduz ou se transforma a realidade, se produzem as relações sociais. (YASUI, 2006, p.123).

No processo de mudança do modelo paradigmático um dos aspectos mais difíceis e estratégicos na efetivação da proposta psicossocial é a atenção à crise, e nesse contexto os conceitos de acolhimento e crise são fundamentais para a reconstrução das práticas assistenciais.

- ***Crise e acolhimento***

Para a saúde mental e a saúde coletiva a noção de crise é ampla, plural e multideterminada, compreendendo um momento de ambivalências e de desestabilização

das demandas inconscientes antagonizadas com a realidade, que produzem sofrimento psíquico mas que são intrínsecas ao processo subjetivo da existência humana.

[...] a crise é entendida como o resultado de uma série de fatores que envolvem terceiros, sejam familiares, vizinhos, amigos ou mesmo desconhecidos. Um momento que pode ser resultado de uma diminuição do limiar de solidariedade ou tolerância de uns para com outros, de uma situação de precariedade de recursos para tratar a pessoa em sua residência, enfim, uma situação mais social que puramente biológica ou psicológica, Também por este motivo trata-se de um processo social.(AMARANTE, 2007, p.81).

Sobre o conceito de acolhimento entende-se oferecer refugio, proteção ou conforto físico, recepcionar, considerar. Esses elementos expressam sentidos e significados preciosos para compor o lugar esperado dos serviços e da equipe de saúde que se propõe ao cuidado e o acolhimento das pessoas em crise na atenção psicossocial.

Na crise e no sofrimento psíquico o que se espera é ser olhado, escutado, acolhido e cuidado, como um sujeito inteiro, com vida e historia, com subjetividade. Portanto integram-se conceitos fundamentais da atenção psicossocial. Um encontro que produz cuidado precisa considerar e estar inserido na complexidade de sentidos de um território, cuja acessibilidade aos serviços e a responsabilização, articulado com o acolhimento, possam produzam vida e subjetividade.

Recepcionar e acolher são atitudes que pressupõem esse lugar especial de escuta, possuidor de uma plasticidade para se refazer de acordo com a demanda que se apresenta, e possibilitador do encontro como ponto de partida para a construção de um projeto de cuidados, específico e singular para o mundo que cada usuário nos apresenta.(YASUI, 2006, p. 127).

Nesse sentido, nos CAPS, para que se possa definir um projeto de cuidado é necessário o acolhimento no encontro técnico/sujeito, com uma relação/vínculo entre equipe cuidadora e usuário, considerando a abertura dos serviços públicos para a demanda, bem como a responsabilização dos problemas de saúde de uma região.

No universo dos serviços de saúde mental, a equipe de trabalhadores deve tornar-se responsável pela produção dos encontros, dos atos de cuidado, do vínculo, do



acolhimento e da responsabilização. Assim a equipe torna-se elemento imprescindível na produção dos cuidados em saúde mental e na efetivação da mudança paradigmática.

Sob a ótica da racionalidade do modelo hegemônico, as praticas de saúde mental se estruturavam através de ações curativas, individuais, especializadas e assistencialistas. O campo da atenção psicossocial pressupõe praticas que contemple ações preventivas, atenção integral, trabalho em equipe e praticas de saúde coletiva.

É importante salientar que poucos campos de conhecimento e atuação na saúde são tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes.(AMARANTE, 2007, p.15).

Uma prática de saúde em equipe precisa reconhecer os processos cotidianos de trabalho como campos de tensão e de interesses conflitantes e que o campo da saúde mental é uma área de conhecimento e conseqüentemente de atuação técnica, inserida no âmbito das políticas públicas.

- ***O trabalho em equipe***

As equipes profissionais, comumente vinculadas aos serviços de especialidades, estruturam-se segundo a reprodução da divisão social do trabalho, em uma estratificação de saberes e hierarquização de relações, com uma preponderância do saber médico sobre os outros profissionais, e em relação ao campo da saúde, estratificadas em ações primárias, secundária e terciária.

No modo psicossocial espera-se que a equipe não seja uma somatória de campos diferentes, sem diálogo e cooperação, enrijecidos em seus limites e fronteiras, mas que interaja através do intercâmbio de seus conhecimentos e práticas e que ao superar o modelo departamentalizado dos saberes especializados, possa se produzir uma ampliação no conceito de tratamento e das práticas a ele associadas, e que essas ações integradas considerem o sofrimento psíquico do sujeito enquanto existência-sofrimento.

Propõe-se, portanto, que a primeira mudança fundamental consista nesse reposicionamento (implicação subjetiva). O sujeito não é mais apenas o que sofre, embora possa continuar, ainda, atravessado pela mesma conflitiva. Essa implicação subjetiva é uma das inversões básicas dos meios de tratamento do modo psicossocial em relação aos meios típicos do modo asilar.(COSTA-ROSA, 2000, p.155).

O modo psicossocial ao considerar as múltiplas determinações do adoecer psíquico, em oposição à determinação orgânica, propõe uma nova postura em relação a essas. Para tanto compreende uma ação terapêutica que deva ser interprofissional, ou transdisciplinar, onde se considere o simbólico, englobando o psíquico e o sócio-cultural, em oposição ao orgânico.

Portanto da equipe espera-se diferentes e amplas possibilidades de ações, desde o acolhimento a crise, com responsabilização dos técnicos pelos projetos de cuidados, interação e flexibilidade no fazer cotidiano das ações para se produzir processos de subjetivação, até considerar a implicação familiar e social, no adoecimento psíquico, no projeto de cuidados e no reposicionamento do sujeito na sua reinserção social.

[...] trata-se aqui de um agenciamento de afetos para produzir vínculos, negociações de interesses divergentes, pactuação para um projeto de cuidado que se faz nas relações que emergem no encontro entre a demanda e o sofrimento do usuário com a equipe, suas subjetividades e suas “caixas de ferramentas”.(YASUI, 2006, p.134).

É importante frisar que o diálogo entre os diversos campos de saberes, com ampliação e diversificação do foco dos problemas e de suas intervenções, como propostos pelo modo psicossocial, não desconsidera a importância específica que cada área tem nas novas práticas em saúde mental. Porém se coloca como necessário uma reflexão e reavaliações constantes em cada área técnica de conhecimento, para definirem contornos e problematizarem suas éticas, em consonância com a proposta psicossocial.

Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais, à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.(COSTA-ROSA, 2000, p.160).

Enfim, é através desse campo teórico que se pretende discutir e refletir as práticas e a dinâmica de funcionamento de um serviço de atenção psicossocial, não só pelos seus resultados, mas quais aspectos favorecem ou não esses resultados; como essa equipe se vincula, se identifica com essa proposta e como consequência que efeito isso tem nos resultados, bons e ruins.

COSTA-ROSA, LUZIO, YASUI, (2003, p.29) colocam que:

O lugar da Saúde Mental é um lugar de conflito, confronto e contradição talvez esteja aí uma certa característica ontológica-social, pois isso é expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância.

Parece que essa questão também pode ser vista sob o enfoque individual/técnico ou dinâmico/grupal, na equipe e na instituição e não apenas no âmbito macro/social.

Portanto para a real transformação proposta pela reforma psiquiátrica, é preciso não só a desconstrução do modelo e das práticas asilares manicomiais, mas também transformar a forma como técnicos e a sociedade relacionam-se com a loucura; é superar os saberes e práticas existentes, pois como coloca AMARANTE (1994; p.141).

O aparato manicomial, é preciso insistir, não é o hospital psiquiátrico embora seja a mais expressiva instituição na qual se exercita o isolamento: é o conjunto de gestos, olhares atitudes que fundam limites, intolerâncias e diferenças, em grande parte informada pelo saber psiquiátrico, existentes de forma radicalizada no hospício, mas presentes também em outras modalidades assistenciais e no cotidiano das relações sociais.

A preocupação com esses aspectos, no funcionamento da equipe, se dá principalmente para que não ocorra na produção das relações terapêuticas, nos serviços de Atenção Psicossocial, o que apontou ZUSMAN (1999, p.65): “a relação manicomial é aquela pautada pelo abandono e pela desesperança e pode estar presente em um hospital, hospital-dia, ambulatório ou consultório particular”.

Para finalizar propomos uma reflexão sobre fatores que atualmente compõem a complexa tarefa de trabalhar com a Saúde Mental. A Atenção Psicossocial, como destaca PITTA.

[...] é estar a um só tempo falando de amor, ira e dinheiro. AMOR pela possibilidade de seguirmos como sujeitos amorosos, capazes de exercitar a criatividade, amizade, fraternidade no nosso “fazer” cotidiano; IRA traduzida na indignação saudável contra o cinismo das nossas políticas técnicas e sociais para a inclusão dos diferentes; e DINHEIRO para transformar as políticas do desejo em políticas do agir, estando aqui incluída a preocupação com um destino eticamente irrepreensível para os recursos pequeninos que devem ter a incumbência de reduzir as formas de violência que exclui e segrega um número sempre significativo de brasileiros. (PITTA, 2001, p.26).

Podemos considerar que esses elementos estão presentes nas relações de trabalho, de forma geral, mas são muito comuns nos serviços públicos de saúde e saúde mental. Determinam o contexto e as ações desenvolvidas pela equipe técnica, criando possibilidades e impedimentos, proporcionando potências e impotências e gerando desafios na construção de uma atuação no modelo psicossocial.

### ***1.3. – A assistência em Saúde Mental de um município***

Esse estudo pretende analisar o impacto das ações psicossociais de um equipamento de saúde, num município de médio porte, do interior do estado de São Paulo com uma população de 87.251 habitantes segundo senso (IBGE 2000).

Este município é referência regional para diversas especialidades médicas, incluindo a saúde mental em algumas ações. É referência em psiquiatria e em psicoterapia para cinco municípios de pequeno porte da região, onde não existem equipes mínimas de saúde mental. Conta com um Hospital Público Regional, com 120 leitos, sendo que 12 leitos são de enfermagem psiquiátrica. Conta, ainda, com 10 núcleos de Programa de Saúde da Família, 07 Centros de Saúde com ações descentralizadas de saúde mental e o CIAPS (Centro Integrado de Atenção Psicossocial) que compreende o Ambulatório de Saúde

Mental e o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e o Programa de Reabilitação que não será abordado neste estudo.

O Ambulatório de Saúde Mental e o CAPS desempenham ações e papéis diferenciados na atenção a Saúde Mental, enquanto concepção teórica, complexidade de demanda dos usuários, atenção e frequência nos atendimentos. O Ambulatório desempenha atenção não intensiva, de média complexidade, através de consultas psiquiátricas e psicoterápicas. O CAPS tem como suas principais ações a atenção intensiva e semi-intensiva numa proposta complexa e integral à necessidade do indivíduo. Visa acolher e oferecer tratamento a pessoas com intenso sofrimento psíquico e dificuldade de inserção social, através de uma rotina de atividades terapêuticas expressivas de reabilitação e ressocialização. Essas ações são desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, em regime de funcionamento diário de segunda a sexta-feira das 7h00 às 17h00.

No entanto, esses dois programas ocupam o mesmo espaço físico, têm a mesma equipe técnica/administrativa e têm suas ações confundidas no cotidiano institucional. A diferenciação se dá através das oficinas terapêuticas, da frequência dos usuários na unidade e da clínica individual proposta a cada usuário. Portanto, quando citarmos à unidade, estaremos nos referindo as ações desenvolvidas pelo ambulatório e pelo CAPS.

- ***A implantação do CAPS***

A partir de agosto de 1997, o ambulatório em parceria com o núcleo de estágio da UNESP dá início a ações mais efetivas de acolhimento e assistência em saúde mental, através da criação de um programa intitulado PAI (Programa de Atenção Intensiva). Este tinha por objetivo oferecer um cuidado mais intensivo e integral a portadores de sofrimento psíquico intenso, priorizando os quadros agudos e iniciais, visando a sua reestruturação e estabilização emocional, mas principalmente a não internação.

O programa do PAI em conjunto com as oficinas terapêuticas, realizadas desde 1994, se colocou como um princípio norteador de ações e possibilitou uma estruturação do serviço para o desenvolvimento de ações psicossociais e para a implantação do CAPS.

Segundo o projeto de solicitação de cadastramento<sup>2</sup>, a implantação do CAPS justificou-se pela necessidade de existir um sistema de atenção diária e de atendimento territorial em saúde mental eficiente e competente que, além de reduzir as internações, pudesse oferecer um serviço de excelência nas ações de saúde mental, para a população de Assis. Serviço este, em consonância com os princípios e diretrizes da política de saúde mental, da lei 10.216 de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; do disposto pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2002, e da portaria 336 de 19/02/2002, que estabelece as modalidades de serviços nos CAPS. Impôs-se, tanto do ponto de vista técnico, quanto do ponto de vista legal, e como uma exigência ética estruturar a assistência no sentido da reversão do atual modelo hospitalocêntrico, privilegiando as novas estruturas e modelos que funcionem segundo a lógica do território.

Os objetivos específicos do CAPS são:

- Garantir um cuidado personalizado a pessoas com intenso sofrimento psíquico e dificuldade de inserção social, com o intuito de buscar uma viabilização de inclusão do sujeito no processo produtivo, proporcionando dessa forma, o resgate de sua cidadania;
- Realizar uma abordagem multiprofissional da clínica dos casos integrando as diversas áreas de conhecimento/atuação, possibilitando assim uma maior compreensão do sujeito em questão;
- Estimular a participação dos usuários em atividades produtivas seja em oficinas abrigadas, seja criando convênios ou outras formas de participação em empresas públicas, privadas ou filantrópicas;
- Estimular formas alternativas e cooperadas de moradia aos usuários que delas necessitem;
- Estimular e promover eventos culturais e ou recreativos próprios ou em articulação com outras organizações sociais, que proporcionem intercâmbios entre usuários, famílias e comunidade;

---

<sup>2</sup> *Projeto de solicitação de cadastramento do CAPS, junto ao Ministério de Saúde, elaborado em parceria pela Secretaria Municipal da Saúde, Direção Regional de Saúde e Faculdade de Ciências e Letras-Assis/SP, enviado em 17 de maio de 2002).*

- Desenvolver, em parceria com órgãos formadores, um programa docente-assistencial com linhas de investigação que contemplem o campo da saúde mental na sua complexidade, visando à busca da reabilitação psicossocial;
- Ser, em parceria com órgãos formadores, centro formador de profissionais e campo de estágio;
- Ser referência aos equipamentos de saúde do território, responsabilizando-se pela regulação da demanda e da organização da rede de cuidados em saúde mental;
- E, por fim, ser núcleo de sistematização de práticas de atenção intensiva.

Desenvolve as seguintes ações:

- Pronto atendimento (triagem)
- Avaliação psicológica
- Acompanhamento psicoterápico (individual ou em grupos)
- Avaliação psiquiátrica (primeira consulta)
- Acompanhamento psiquiátrico (consultas agendadas e intercorrências)
- Acompanhamento do serviço social (orientação aos usuários e familiares, visitas domiciliares)
- Encaminhamento de usuários a outros serviços que por ventura não sejam prestados na unidade
- Atendimento psicológico aos familiares dos pacientes
- Orientação dos profissionais da atenção primária quanto aos procedimentos para avaliação e encaminhamentos para o programa
- Desenvolvimento de ações junto à comunidade como estratégia de sensibilização.
- Fornecimento de medicação utilizada pelos usuários
- Atendimento intensivo aos pacientes com intenso sofrimento psíquico (em operação desde agosto/97)
- Realização de Oficinas Terapêuticas visando ações em saúde mental pública, em parceria com o curso de Psicologia da UNESP – Campus Assis e com a

Direção Regional de Saúde de Assis – DIR VIII (em execução desde março/97).

O CAPS desempenha o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial de saúde mental do município. Atende adolescentes e adultos com distúrbios psiquiátricos, crônicos e agudos e os usuários abusivos de álcool e drogas são atendidos no programa ambulatorial.

Os usuários são atendidos a partir de encaminhamentos feitos por outras unidades; profissional da saúde mental dos postos de saúde; pronto socorro, enfermaria psiquiátrica do Hospital Regional, hospital psiquiátrico, Conselho Tutelar, Poder Judiciário, ONGs e demanda espontânea.

O CAPS conta hoje com uma equipe multidisciplinar composta por: 1 Coordenador com formação em psicologia, 4 Psicólogos, 1 Assistente Social, 2 Psiquiatras, 1 Clínico Geral, 1 Enfermeira, 1 Farmacêutico, 3 Auxiliares de Enfermagem, 2 Agentes Administrativos e 1 Técnico Administrativo.

O CAPS tem como horário de funcionamento das 07h00min às 17h00min horas, em regime intensivo, oferecendo refeições (café da manhã, almoço e lanche da tarde), medicação e, principalmente, efetivando possíveis ações terapêuticas através de inúmeros dispositivos teórico-técnicos ofertados na heterogeneidade desse complexo campo apresentado na saúde mental. É classificado segundo a Portaria GM 336, de 19 de fevereiro de 2002, como CAPS II em função da ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

Todos os dias da semana, um profissional de plantão recebe e realiza o primeiro atendimento de triagem dos casos novos encaminhados para o CAPS que podem vir de qualquer equipamento de saúde. Os critérios para admissão são: atendimento preferencial a pacientes psicóticos e neuróticos graves, alcoolistas e dependentes de substâncias psicoativas com dificuldades de inserção social e que necessitem e/ou demandem uma atenção intensiva e contínua; pacientes com idade superior a quinze anos; pacientes que tenham um mínimo de suporte familiar. Os usuários que não necessitam de uma atenção intensiva de cuidados, são referenciados para os outros programas de saúde mental



existentes na Secretaria Municipal de Saúde: Ambulatório de Saúde Mental, Centros de Saúde, Programa de Saúde da Família.

Uma vez admitido, um profissional passa a ser referência para o paciente e estabelece com ele um contrato que abrange: a frequência de comparecimento, a participação da família no tratamento, o atendimento psicoterapêutico, o atendimento psiquiátrico e qualquer outro item que assuma relevância na relação entre o paciente, o programa e seu tratamento. As relações entre as partes são mantidas e sustentadas pelo contrato que será reatualizado sempre que um acontecer qualquer se impor e justificar a alteração.

É importante salientar, que durante esse processo, o usuário será tomado como sujeito de toda proposta terapêutica e não como objeto tornando-se assim, um ator participativo dentro da reabilitação psicossocial e do contrato estabelecido.

A primeira hora do período da manhã é destinada à recepção dos pacientes. Alguns chegam até a unidade por transporte coletivo, sendo que todos possuem passe que os isentam do pagamento da tarifa (segundo acordo estabelecido entre a SMS e a empresa de ônibus). Outros de usuários são conduzidos ao CAPS pela condução da Unidade, por não possuírem condições de se locomoverem sozinhos e pela impossibilidade da família de trazê-los.

Acontece então, o primeiro contato do dia, em que se busca acolher e verificar se algum deles necessita de uma atenção intensiva e próxima ao longo do período. Será o momento de atualizar os vínculos; verificar se a medição da noite foi tomada adequadamente, oferecer a medicação da manhã; verificar se a higiene pessoal está mantida, acolher um eventual momento de “sofrimento”, recepcionar o paciente novato, contatar o familiar ou simplesmente desejar um “bom dia”.

Após a recepção, o usuário se dirige até o refeitório, onde, toma seu café da manhã, acompanhado pelo responsável por essa atividade. Posteriormente participa das atividades que acontecem ao longo do período. Às 11h30m é oferecido o almoço e às 13 horas têm início às atividades do período da tarde. Essas atividades se referem a oficinas, grupos terapêuticos e atendimentos técnicos específicos. Ao final do período da tarde o usuário lancha, recebe sua medicação e retorna para sua residência.

Uma vez por semana, os usuários e profissionais envolvidos no programa, participam de uma reunião para discutir o cotidiano - atividades a serem criadas; programação de passeios; organização de eventos; regras e tudo que seja importante na rotina e nas relações interpessoais que envolvam a todos. É o foro mais importante de discussão do CAPS.

As atividades realizadas são: oficinas terapêuticas, grupo de terapia ocupacional; os atendimentos de psicoterapia grupal e individual; consultas médicas psiquiátricas e, havendo necessidade, encaminhamento para consultas clínicas, atendimento familiar; a visita domiciliar; e outras ações e intervenções que assumam relevância para cada paciente.

Semanalmente acontece uma reunião com toda equipe técnica, com a participação dos estagiários (e seu supervisor) que coordenam as Oficinas Terapêuticas. É neste momento que a clínica terapêutica de cada usuário será rediscutida; as condutas serão definidas; os encaminhamentos serão propostos, viabilizando uma nova possibilidade de compreensão da clínica do sujeito em questão. Será o foro da decisão técnica e teórica.

- ***Impactos das ações do CAPS***

A unidade atende em média 1.850 usuários/mês em ações multiprofissionais e psicossociais, não intensivas e semi-intensivas. Os usuários de substâncias psicoativas são atendidos em regime semi-intensivo e não intensivo, pois devido à dinâmica psicopatológica não aderem a grupos heterogêneos, (grupos e oficinas mistos, com psicóticos e usuários de substâncias psicoativas mostram-se ineficazes). A unidade não dispõe de recursos para desintoxicação e conta com um número reduzido de técnico disponível para atendimento dessa demanda. O CAPS atualmente tem 45 usuários, psicóticos crônicos e agudos, em regime intensivo.

A partir do acompanhamento sistemático de dados produzidos pelo programa - produção, inserção de casos novos, médias de internações psiquiátricas - temos alguns parâmetros, mesmo que quantitativos e concretos para tentar avaliar a eficácia do serviço e definir parâmetros epidemiológicos.

A primeira correlação feita foi com os dados de 2001 e 2002.

O indicador de gestão sobre o número de internações psiquiátricas em 2001 foi definido pelo estado em 5,49 e o município estudado atingiu 4,47. Apesar de esse indicador municipal estar abaixo do parâmetro definido espera-se uma tendência cada vez mais decrescente.

Para nossa surpresa o levantamento realizado apontou um índice crescente de internações, de 2000 para 2002. Para tanto se analisou dados epidemiológicos que possibilitaram uma leitura mais complexa. No ano de 2002 a unidade produziu 16.801 procedimentos. A organização dos serviços, bem como a qualidade do mesmo gerou um aumento na produção e a inserção 631 casos novos (levantados através das FAAs – Ficha de Atendimento Ambulatorial).<sup>3</sup>

Em relação ao total de internações psiquiátricas ocorridas em cada ano foi elaborado um percentual por diagnóstico que nos revelaram:

| <i>ANO*</i><br><i>DIAGNOSTICO</i> | <i>2001</i>    | <i>2002</i>  | <i>2003</i>   |
|-----------------------------------|----------------|--------------|---------------|
| <i>Álcool e drogas</i>            | <b>53,78 %</b> | <b>64%</b>   | <b>66,5%</b>  |
| <i>Psicóticos</i>                 | <b>39,14%</b>  | <b>27,5%</b> | <b>26,68%</b> |
| <i>Depressão e ansiedade</i>      | <b>7,08%</b>   | <b>8,05%</b> | <b>6,89%</b>  |

Em 2000 não era efetuado pela a unidade o levantamento de internações por CID10

Podemos observar na tabela acima que houve uma tendência crescente nas internações para álcool e drogas de 12,72% no período compreendido entre 2001 e 2003. Para as internações nos casos de depressão e ansiedade observamos que houve um acréscimo de 1,33% de 2001 para 2002 e um decréscimo de 1,16% de 2002 a 2003. No

<sup>3</sup> \*F. A. A- Ficha de Atendimento Ambulatorial. São fichas individuais de atendimento, assinadas pelo usuário, que permitem controlar a frequência, procedimento realizado e encaminhamento efetuado, bem como a produção do técnico, diagnóstico e quantidade das pessoas atendidas. As APACs (autorização de procedimento de alto custo), controlam os procedimentos mensais dos usuários do CAPS, definindo as modalidades de atendimento e a proposta terapêutica de cada usuário.

entanto, houve um decréscimo nas internações para psicóticos de 12,46% no período de 2001 a 2003.

Considerando o aumento de produção de casos novos, bem como a atual e crescente problemática do consumo de drogas, como reflexo de um contexto social em crise, que extrapolam os limites dos serviços de saúde, necessitando de uma política que integre os serviços em rede; considerando que a demanda de dependentes de substâncias psicoativas é referenciada no tratamento ambulatorial da unidade e que a proposta do CAPS II prioriza a atenção aos psicóticos crônicos e agudos; considerando que em 2003 as internações para psicóticos representaram apenas 26,68% do total de internações da unidade, podemos inferir com esse levantamento que um dos objetivos do CAPS foi cumprido. Ao diminuir as internações para psicóticos propicia-se uma tendência de reversão do modelo hospitalocêntrico.

No ano de 2003 a unidade realizou 17.413 atendimentos, sendo 3.41% a mais que em 2002. Obteve um decréscimo significativo nas internações psiquiátricas, de 55,26% em relação a 2002, como demonstrado abaixo:

| <i><b>ANO</b></i>  | <i><b>Total de internações</b></i> | <i><b>Média mensal</b></i> |
|--------------------|------------------------------------|----------------------------|
| <i><b>2000</b></i> | <b>333</b>                         | <b>28</b>                  |
| <i><b>2001</b></i> | <b>396</b>                         | <b>33</b>                  |
| <i><b>2002</b></i> | <b>447</b>                         | <b>38</b>                  |
| <i><b>2003</b></i> | <b>203</b>                         | <b>17</b>                  |

Se nos limitarmos apenas aos dados quantitativos, poderíamos inferir que a implantação do CAPS exerceu um papel transformador no campo da saúde mental e da atenção psicossocial condizente ao processo e propósitos da reforma psiquiátrica.

De fato, esses dados referendam o objetivo maior da atenção psicossocial, a desospitalização e a reversão de um modelo hospitalocêntrico e de exclusão.

Mas quais outros parâmetros podem ter para avaliar os serviços, além dos clássicos epidemiológicos e quantitativos? Como criar indicadores que possibilitem reflexões mais complexas e subjetivas (qualitativas) para uma real avaliação do serviço implantado.

Para tanto se propõe refletir sobre a proposta de saúde mental vigente, sobre a “produção” de saúde mental praticada pela unidade, bem como os efeitos dessa concepção na equipe e sobre antecedentes históricos da Saúde Mental no município e, o seu desenrolar até então, como um “produto composto”, impregnado de sentidos, significados e desejos.

- ***Antecedentes históricos e seus efeitos subjetivos***

Até o início da década de 80 a Assistência em Saúde Mental restringia-se a internações hospitalares, condizente a política da época. O município e a região tinham como única retaguarda leitos em hospitais psiquiátricos localizados em municípios vizinhos.

Pode-se considerar que a preocupação com a saúde mental no município inicia-se em 1971, quando o Lions Club propõe a construção de um hospital psiquiátrico. O local definido, uma área de 41.000 m<sup>2</sup>, foi doado pela Prefeitura e a proposta era construir um macro hospital com 5.000 m<sup>2</sup>, baseado nas arquiteturas clássicas dos manicômios.

Para viabilizar a construção o Lions Club constitui uma sociedade civil filantrópica. O futuro hospital seria gerido por uma diretoria administrativa composta por representantes da comunidade e do clero. O financiamento dessa construção se daria por meio de recursos financeiros arrecadados junto à população e de recursos repassados pelo Estado.

Porém, em 1971, esses recursos se esgotaram, em função da política governamental da época que impôs limitações de verbas para construção de hospitais. Isso provoca a paralisação da obra e o prédio inacabado, fica abandonado durante uma década.

No início da década de 80 a imprensa local noticia a intenção do Lions Club de doar o prédio inacabado do Hospital Psiquiátrico para a Assocana (associação dos

fornecedores e plantadores de cana) para a implantação da Cooperativa e do Centro de Assistência social da Assocana. A doação se justificava nesse momento pelo fato do Lions e do Poder Público acharem inviável concluir a construção do prédio bem como colocá-lo em funcionamento.

Esse fato desencadeia uma discussão no curso de Psicologia da Unesp – Assis. Questionava-se a doação do prédio tanto por estar localizado em área pública e ser financiado até então com recursos da população e do Estado, bem como a perda de um espaço que poderia propiciar um atendimento em Saúde Mental ao município e região.

Naquele momento a assistência em saúde mental transforma-se em pauta pelo menos para os alunos, psicólogos e suas respectivas entidades representativas (Centro de Estudos Psicológicos, Sociedade de Psicologia e Associação de Docentes). Temas como doença mental e loucura, forma de tratamento, a violência das instituições psiquiátricas, prevenção, atendimento ambulatorial, são amplamente discutidos. (LUZIO, 2003, p.241)

Existia um compromisso em lutar por melhores condições na assistência a Saúde Mental e se contrapor ao modelo manicomial vigente no país. Surge então uma proposta de transformar o antigo prédio do hospital psiquiátrico em um ambulatório de saúde mental. Elabora-se um anteprojeto que visava utilizar apenas uma parte do prédio, de aproximadamente 1.300 m<sup>2</sup>, e readequar as instalações de acordo com as necessidades para o funcionamento ambulatorial.

O Lions Club acata a proposta do anteprojeto do ambulatório, nomeia uma comissão composta por seus associados e junto com uma comissão técnica composta por representantes do curso de Psicologia, alunos, professores e representantes de entidades profissionais ligadas à área de saúde mental, iniciam a construção do referido ambulatório.

Porém a relação entre as comissões era tensa e pautada por objetivos distintos. A comissão técnica insistia em seus objetivos de dar vida ao Ambulatório de Saúde Mental em substituição ao hospital psiquiátrico e a comissão do Lions Club intencionava construir o Ambulatório, mas também aproveitar o restante do prédio e a sua proposta original, e construir um grande hospital psiquiátrico.

Em 83 essa relação se fragiliza o Lions continua o projeto procurando outros parceiros e em setembro de 84 o prédio do ambulatório é concluído e inaugurado como Hospital Psiquiátrico Ambulatorial.

Tal denominação explicita mais uma vez e claramente a situação paradoxal em que a construção do Ambulatório se encontrava desde o seu início. O próprio nome aponta uma espécie de solução de compromisso entre os dois projetos bem distintos de assistência nessa área defendidos pelos grupos envolvidos no projeto. De maneira geral, tal denominação representa o imaginário social dominante na cidade acerca do tratamento em saúde mental (LUZIO, 2003, p.243)

Surge então o primeiro serviço de assistência ambulatorial a saúde mental, inicialmente composto por uma equipe mínima e com atividades centradas nas consultas psiquiátricas e na psicoterapia individual e segundo FRANCISCO (1990) até o final de 1987 o ambulatório é administrado por uma comissão nomeada pela entidade filantrópica e é mantido por verbas oriundas de diversos segmentos, entre eles o poder público municipal, a coordenadoria de Assistência Hospitalar da Secretaria do Estado da Saúde, da sociedade Civil através da cobrança de carnês e de sua clientela, através de cobrança de uma pequena taxa.

A partir de 1986 são criados os ERSAS (Escritórios Regionais de Saúde) e os serviços são regionalizados. Em 1987 inicia-se a elaboração do projeto de Assistência em Saúde Mental para a região. A saúde nessa época ainda não era municipalizada e compôs-se uma parceria entre Estado e Município com funcionários de ambas as esferas.

Em 1991 o ambulatório passou a ter gerenciamento municipal. Esse ambulatório foi se articulando com a rede na construção de um projeto enquanto atenção básica e especializada contando então com psicólogo em unidade básica de saúde.

O ambulatório atendia a demanda mais complexa/grave com equipe multiprofissional e era o “mediador”, avaliava e encaminhava para internações psiquiátricas quando necessárias.

As ações desenvolvidas, os problemas existentes e as discussões da equipe na instituição, bem como os movimentos sociais e as políticas públicas sinalizavam a necessidade de mudanças no rumo da saúde mental. Os gastos públicos abusivos com

internações, os maus tratos aos usuários e a exclusão do doente mental trouxeram à tona a necessidade de implantar uma nova política e uma proposta teórico técnica que reorganizasse os serviços.

Em 1994 o ambulatório ainda com ações incipientes no rumo das oficinas terapêuticas organizou um grupo de música com os pacientes, semente que no decorrer dos anos foi estruturando o serviço para o desenvolvimento de ações psicossociais. A instituição em parceria com a universidade estadual começou nessa época oferecer estágios em saúde mental e saúde pública para alunos de 4º e 5º anos de psicologia. O incentivo teórico e desbravador, típico dos estagiários, cheios de idealismos e desejos de inovação desacomodou o institucionalizado. A seriedade da parceria institucional com a Universidade visando romper a dicotomia prática/teoria, possibilitou nutrir teórica e tecnicamente os desgastes e insatisfações de uma equipe sempre funcionando no limite.

Essa vivência impulsionou o serviço para efetivação da mudança, porém não sem problemas e dificuldades.

A intervenção da Casa Anchieta em Santos (SP), marco da reforma psiquiátrica brasileira acontece num hospital psiquiátrico – depósito da loucura, instituição cronificada e cronificante que conseguiu gerar mudanças a ponto de ser referência em saúde mental para a Organização Mundial de Saúde.

Porém, os CAPS, em sua maioria, são implantados em casas comuns em lugares privilegiados, sem o estigma e a identificação institucional clássicos. A equipe é montada priorizando a contratação de profissionais com perfil e afinidade ao modelo psicossocial – experiência de São Paulo, Campinas, etc.

Sem cair em idealismos propomos pensar, além de todos os vieses e atravessamentos culturais, políticos e institucionais, a impregnação da história manicomial presentes no CAPS.

O prédio onde atualmente funciona o CAPS é herança de um projeto de hospital psiquiátrico, que apesar de adaptado e reformado, e atualmente até adequado, preserva seus longos corredores, uma estrutura hospitalar e a “exclusão” do centro da cidade, típico das instituições asilares.

A equipe, com algumas renovações, devido a saídas e novas contratações, preserva funcionários desde a época da inauguração do ambulatório.



Por sua vez os poderes públicos apresentam distorções nos discursos e práticas em relação ao efetivo investimento na saúde mental, que pela primeira vez ao longo dos anos ganhou destaque nas prioridades de investimento ministerial devido a uma luta militante insistente que convenceu teórico e tecnicamente, mas principalmente pelo vislumbre na economia de AIHs psiquiátrica (as mais caras) e pelos louros políticos colhidos em prol de realizar um discurso “politicamente correto”.

Dentro dessa colcha de retalhos, com todos os atravessamentos citados, existe um trabalho que ganhou visibilidade, apesar de funcionar “apagando incêndios”, sem recursos técnicos e materiais suficientes e a sensação gritante de ter que dar conta de uma intensa demanda crescente.

Há fiscalizações e cobranças de produção, de resolutividade e de respostas para problemas que não são da governabilidade da equipe, que se sente pressionada e sem respaldo gerencial.

A equipe composta de velhos e novos elementos é impregnada pelo passado. Enquanto alguns incorporam a história e seus movimentos, e como uma superposição de “camadas” transpõe a mudança e adaptam-se as novas propostas, em outros as “camadas históricas” sedimentam-se a ponto de impedir um movimento e de internalizar a mudança. Isso gera movimentos distintos nos profissionais; ora dispares e desintegrados, abalando o que deveria ser uma equipe integrada.

Apesar de tudo isso, a implantação do CAPS gerou mudanças interessantes e produtivas, tais como:

- A diminuição progressiva das internações psiquiátricas, inclusive de pacientes com histórico de dezenas de internações, com quadros clínicos cronificados, estão há mais de um ano estáveis e fora dos hospitais.
- Mudança na postura, auto-estima e inserção do indivíduo na comunidade.
- Relação mais humanizada e próxima entre técnico e paciente (diminuição no distanciamento hierárquico).
- Real inserção de alguns usuários no sistema social produtivo.

E essas ações psicossociais possibilitaram casamento de pacientes, formação de banda musical, circulação de usuários em espaços sociais jamais experimentados, melhora

em relações familiares complicadas, produção de poesias, pinturas e artesanatos; conquista de prêmio nacional de artes; divulgação do trabalho em jornal de circulação nacional, participação de usuário em conferência nacional; fundação da Associação dos Usuários, amigos e familiares da Saúde Mental, etc.

Os técnicos da unidade vivenciam nesse período, sensações de euforia e idealismo, pela possibilidade de construção de um projeto, mas também de ambivalências, pois conviviam com profissionais e pacientes que não aderiam a proposta psicossocial. Existiram brigas da equipe na discussão de um caso, onde uma metade era favorável e pressionava para a internação e a outra se negava a fazê-lo. Ambas, com suas especificidades, tinham suas razões.

Quais identificações dos técnicos estão presentes na aderência ou não, à proposta psicossocial?

Porque alguns pacientes se vinculam a proposta e a possibilidade de uma vida mais saudável, integrada e produtiva e outros internalizam tanto o discurso institucional da loucura que sabem exatamente o que dizer, o que manifestar para conseguir a internação.

Alguns pacientes demonstram um desejo de “viver” em hospitais, pelo distanciamento de uma família não acolhedora, por uma sensação de proteção afetiva e às vezes social e em função da existência de festas, bailes e algumas vezes namoro. Outros pacientes explicitam a não condição de aderência ao programa, seja por aspectos emocionais, cognitivos, sociais, etc. São usuários para quem o serviço não funciona, não responde a suas necessidades e via de regra, é mais fácil achar que a dificuldade é do outro, do paciente e não da instituição.

Uma situação ocorrida questionou as certezas. A banda formada por usuários, orgulho técnico, político e investida de idealização como fruto da inserção e produção, impactou a todos quando se desfez. O usuário, cantor brilhante questionou a pressão e a sensação de obrigatoriedade para se apresentar em público. Sentia-se sem o direito de escolha, de exercer sua individualidade, de querer ou não se apresentar. Em fases depressivas desistia de se apresentar num evento e era cobrado pelo grupo, formado por outros usuários e estagiários de psicologia, pois, como era o único cantor, sem ele a Banda não se apresentava. Percebeu-se que “a menina dos olhos” do CAPS também tinha aspectos iatrogênicos.

É nesse contexto rico, complexo e complicado que pretendemos refletir a proposta psicossocial, sua aderência e efeito na vida dos usuários do CAPS, através da análise das concepções, das relações com o trabalho e das ações desempenhadas pela equipe técnica.

## **CAPITULO II – Desejo, motivação e a questão do sofrimento no trabalho**

No contexto da Reforma Psiquiátrica, com a inserção dos novos conceitos e a expectativa e a exigência de transformação dos saberes e das práticas assistenciais em Saúde Mental, entra em foco um aspecto imprescindível e pouco discutido que é o papel e a aderência da equipe técnica, do trabalhador de Saúde Mental, ao novo modelo e às novas práticas propostas.

Consideramos que o papel do técnico, na relação e interação com o paciente, constituiu-se peça fundamental para a construção e implantação (ou não), da nova proposta de Saúde Mental.

Refletir sobre a função e a importância do papel do trabalhador de Saúde Mental nesse processo, nos remete a pensar na formação profissional do mesmo, nas suas possibilidades de atualização e capacitação continuadas, sempre tão carentes de investimentos por parte dos serviços públicos; bem como os vieses individuais que perpassam, enquanto estrutura de personalidade e de identidade, essa pessoa/profissional.

Quais são suas possibilidades e recursos internos de adaptação, maturidade, adesão e flexibilidade para lidar com mudanças? Porque aparecem resistências nos serviços? Quais as dificuldades existentes na prática cotidiana desses trabalhadores?

É possível visualizar nas relações da equipe, bem como desta na dinâmica da relação técnico-paciente e com a instituição, os vários mecanismos defensivos, projetivos, de identificação e de resistências acima citados; e que inclusive permitem uma leitura pertinente e um certo grau de entendimento das dificuldades presentes nessa dinâmica; porém demonstram-se insuficientes quando se deseja uma interpretação e um conhecimento mais aprofundado dos mecanismos presentes nessa relação (modelo psicossocial/trabalhador/instituição) que possam fundamentar a discussão proposta neste trabalho, o da vinculação ou não dessa equipe ao modelo psicossocial e seus efeitos na assistência prestada.

Para tanto podemos recorrer a Psicanálise e utilizar os conceitos de desejo, motivação e sublimação buscando um entendimento da dinâmica das relações da equipe

multiprofissional, entre si, com a instituição, da mesma em relação à proposta Psicossocial e na relação direta profissional/paciente.

Baseado nas definições de LAPLANCHE, PONTALIS (1986), segundo a concepção dinâmica freudiana, o desejo é um dos pólos do conflito defensivo: o desejo inconsciente tende a realizar-se restabelecendo, segundo as leis do processo primário, os sinais ligados as primeiras vivências de satisfação. Por motivação ou moção pulsional, entende-se a pulsão em acto, considerado no momento em que uma modificação orgânica a põe em movimento. A “moção pulsional” se inscreve na série dos termos psicológicos usuais: motivo, móbil, motivação que apelam todos para a noção de movimento. Já a sublimação é um processo que visa explicar as atividades humanas sem qualquer relação aparente com a sexualidade, mas que encontrariam o seu elemento propulsor na força da pulsão sexual. Freud descreveu como atividade de sublimação principalmente a expressão artística, a investigação intelectual e o investimento nas relações de trabalho.

Esses mecanismos são inerentes ao indivíduo e as relações que ele estabelece, afetivas, sociais e inclusive nas relações de trabalho.

Para discutir a questão do sofrimento nas relações de trabalho e compreender o homem a quem nos referimos e o modo como ele vai construir sua relação com o trabalho é importante definir quem é esse sujeito e como ele se constitui. “As questões da razão, das paixões e do desejo constituem-se fatores essenciais no processo de constituição do sujeito”. (HASHIMOTO, 2005, p18).

Para a Psicanálise esse sujeito se constitui tendo por base dois pólos, que é o da pulsão e o da cultura. BIRMAN (1997, p.10) afirma que: “dessa maneira, o sujeito do inconsciente é uma produção simbólica e desejante que se delineia entre os pólos da pulsão e da cultura”.

O conceito de pulsão, apresentado por Freud, possibilitou fundamentar os conceitos de recalque e inconsciente, definindo três destinos para a pulsão. O destino da pulsão, considerado privilegiado, seria o sujeito do inconsciente; o outro destino seria o da somatização, o retorno sobre o próprio corpo, transformando atividade em passividade e o terceiro destino seria o da sublimação.

Portanto, uma questão inerente à definição do sujeito da Psicanálise é o fato de ele ser marcado pelo conflito que faz parte da condição subjetiva do indivíduo. Sua força

pulsional está inserida na exterioridade do sistema de representações e da linguagem, mas é ela que possibilita criar e movimentar estratégias para o seu domínio, realizadas pelo psiquismo e pelo outro.

Assim, o conceito de pulsão constitui-se uma força e uma exigência de trabalho que é realizada sobre o outro e sobre o psiquismo, possibilitando uma ligação e uma regulação da sensibilidade e da subjetivação dessa força. (HASHIMOTO, 2005, p.19).

Em relação à questão da cultura, ao se referir a ela, Freud a considerava fundamentada na tradição histórica ocidental, que constitui a civilização e sua problemática. Problemática essa que advém da relação de mal estar que marca o sujeito da cultura.

Esse sujeito ao inserir-se na cultura se depara com o conflito e a impossibilidade de encontrar uma solução completa, e esse conflito incontornável, torna-se constitutivo da condição subjetiva do sujeito do inconsciente em psicanálise.

O saber psicanalítico se constitui, portanto, através da discussão sobre o conflito e é na relação do contexto da cultura e do sujeito do mal estar que foi possível compreender o conflito, entre a pulsão e a cultura.

Outro aspecto importante sobre a constituição do sujeito é ele ser considerado como sujeito da herança; herança essa que resulta da transmissão psíquica, social, religiosa e cultural.

E para contextualizar como se deu a transmissão dessa herança e a constituição da cultura é importante inserir esse sujeito nas relações sociais e seus determinantes.

Para a Psicanálise o propósito da vida de um indivíduo está baseado no princípio do prazer que domina o funcionamento do aparelho psíquico desde o início. A busca pela felicidade consiste em viver experiências de intensos sentimentos de prazer e evitar sofrimentos e desprazer.

Porém o mundo, de maneira geral, se opõe a isso. O sofrimento a que estamos sujeitos aparece de três direções: do nosso próprio corpo, sujeito à decadência e finitude, do mundo externo com suas forças impiedosas e destrutivas e das relações entre os indivíduos. Para Freud (1930), a relação entre os indivíduos é o que parece desencadear o mais intenso dos sofrimentos psíquicos, e é o que mais nos interessa neste estudo.

Sobre a pressão de todas as possibilidades de sofrimento, o indivíduo se acostumou a moderar suas reivindicações de felicidade. O Princípio do Prazer sob a influência do mundo externo se transformou no mais modesto Princípio de Realidade – onde a tarefa de evitar o desprazer coloca a obtenção de prazer em segundo plano.

O controle de nossa vida instintiva acarreta em graus variáveis, a diminuição nas potencialidades de satisfação.

Uma forma mais saudável e flexível do nosso aparelho mental enfrentar o sofrimento é através da sublimação dos instintos, que desloca a libido, reorienta os objetivos instintivos, evita a frustração e possibilita o prazer.

A satisfação através da sublimação é comumente encontrada nas atividades artísticas, intelectuais e de trabalho. Em *O Mal Estar da Civilização*, Freud (1930) examina a significação do trabalho em relação à economia da libido e coloca que através da sublimação o trabalho é o que mais vincula o homem na realidade, pois esse lhe oferece um lugar seguro numa parte da realidade e na comunidade humana.

A sublimação tem a possibilidade de deslocar componentes libidinais, narcísicos, agressivos ou eróticos para o trabalho profissional e para os relacionamentos humanos a eles vinculados, emprestando-lhes um valor indispensável e necessário para a preservação e justificação da vida em sociedade.

Assim:

A atividade profissional constitui fonte de satisfação especial, se for livremente escolhida, isto é, se, por meio de sublimação, tornar possível o uso de inclinações existentes, de impulsos instintivos persistentes ou constitucionalmente reforçados. No entanto, como caminha para a felicidade, o trabalho não é altamente prezado pelos homens. Não se esforçam em relação a eles como o fazem em relação a outras possibilidades de satisfação. A grande maioria das pessoas só trabalha sob a pressão da necessidade, e essa natural aversão humana ao trabalho suscita problemas sociais extremamente difíceis. (FREUD, 1930, p.99).

Freud traz uma ambivalência presente na relação do homem com o trabalho e numa visão mais macro, com a sociedade e a civilização.

A sublimação dos instintos constitui um aspecto evidente do desenvolvimento cultural, possibilitando a transformação de impulsos primitivos em atividades artísticas

culturais e profissionais. Infere-se que ela é uma possibilidade de mudanças dos instintos imposta pelo processo de civilização.

Portanto, temos que considerar que a base da civilização é construída sobre a renúncia dos instintos e, conseqüentemente a não satisfação desses instintos faz com que a civilização tenha uma função repressora do desejo. “Essa frustração cultural domina o grande campo dos relacionamentos sociais entre os seres humanos”. (FREUD, 1930, p 118).

Em Totem e Tabu, Freud (1913) desvenda os primórdios das relações sociais, que reuniu o homem em família e depois em comunidade. O que possibilitou isso foi à instalação do complexo de Édipo e do Superego, que impôs restrições ao desejo em troca da manutenção da vida em grupo, da repressão do instinto agressivo e de proteção.

O pacto edípico feito pelos homens foi decisivo para o processo civilizatório, é o que permite ao indivíduo ser membro da sociedade. Ao recusar o desejo incestuoso individual, permite sua substituição por um desejo coletivo. É a troca do poder individual pelo poder da comunidade.

No curso do desenvolvimento da civilização, como membro dessa sociedade, a relação que o homem estabelece com o trabalho torna o principal mediador do sujeito com o mundo. A isso chamamos pacto social.

A vida comunitária dos seres humanos teve, portanto, um fundamento duplo: a compulsão para o trabalho, criada pela necessidade externa, e o poder do amor, que fez o homem relutar em privar-se de seu objeto sexual – a mulher – e a mulher em privar-se daquela parte de si própria que dela fora separada – seu filho. Eros e Ananke (amor e necessidade) se tornaram os pais também da civilização humana. (FREUD, 1930, p.121).

Esse processo implica uma negociação constante, uma troca e uma busca de compensação. Porém sabemos que a privação de satisfação, a renúncia de um instinto, se não compensada, desencadeia sérios distúrbios psíquicos e somáticos que levam ao sofrimento. “Todo sofrimento nada mais é do que sensação, só existe na medida em que o sentimos e só sentimos como conseqüência de certos modos pelos quais nosso organismo esta regulado”. (FREUD, 1930, p. 96).



A psicopatologia do trabalho amplia seu enfoque além da dinâmica saúde/doença e preocupa-se com uma dinâmica mais abrangente, que se refere à gênese e a transformação do trabalho, denominada Psicodinâmica do trabalho.

Para compreender esta abordagem, é necessário se apropriar de alguns conceitos desse campo, sendo um dos principais o conceito de SOFRIMENTO, que DEJOURS (1987, p. 15) define como:

O sofrimento designa então, em uma primeira abordagem, o campo que separa a doença da saúde. Dentro de uma segunda acepção, o sofrimento designa um campo pouco restritivo. Ele é concebido como uma noção específica válida em Psicopatologia do trabalho, mas certamente não transfere a outras disciplinas, notadamente à psicanálise. Entre o homem e a organização prescrita para a realização do trabalho, existe, às vezes, um espaço de liberdade que autoriza uma negociação, invenções e ações de modulação do modo operatório, isto é, uma invenção do operador sobre a própria organização do trabalho, para adaptá-la às suas necessidades, e mesmo para torná-la mais congruente com seu desejo. Logo que esta negociação é conduzida a seu último limite, e que a relação homem-organização do trabalho fica bloqueada, começa o domínio do sofrimento e da luta contra o sofrimento.

A luta contra o sofrimento pode se dar individual ou coletivamente, propiciar ao indivíduo identificar ou ocultar seu sofrimento e desencadear a patologia ou o enfrentamento afetivo dos efeitos produzidos nas relações de trabalho.

Outro conceito é o da carga psíquica. A carga de trabalho é separada em carga física e carga mental. Essa última contém uma mistura de fenômenos de ordem neurofisiológica e psicofisiológica e segundo DEJOURS (1994, p.22): “Proponho, para a carga mental, separar essas duas ordens de fenômenos e reservar aos elementos afetivos e relacionais um referencial específico: o da ‘carga psíquica do trabalho’”.

A quantificação da carga psíquica não é possível, já que vivências e sentimentos não são mensuráveis e sim qualitativos. Objetivar uma vivência individual ou coletiva também se revela inócua, já que a vivência é subjetiva.

Desse modo, na impossibilidade de quantificar a carga psíquica propôs-se um modelo quantitativo denominado abordagem econômica do funcionamento psíquico.

Do ponto de vista econômico em clínica, o indivíduo exposto a estímulos e excitações externas (de origem psicossocial) ou internas (excitações instintivas ou

pulsionais), dispõe de três vias de descarga de sua energia: a via psíquica, a via motora e a via visceral. O desenvolvimento do indivíduo, sua personalidade e seus mecanismos de defesa é que vão definir as vias de descarga utilizadas pelos indivíduos.

Na relação homem/trabalho há que se considerar que o indivíduo é um objeto passível de excitações endógenas e exógenas, que possui uma história pessoal, com aspirações motivações e necessidades psicológicas próprias e únicas, e que possui vias de descargas preferenciais, específicas de sua estrutura de personalidade e que são diferentes das dos outros indivíduos.

Essas considerações conduzem a importante questão do quanto à tarefa de um trabalhador oferece canalização apropriada a sua energia psíquica, pois:

Em se tratando de carga psíquica o perigo principal é o de um subemprego de aptidões psíquicas, fantasmáticas ou psicomotoras, que ocasiona uma retenção de energia pulsional, o que constitui precisamente a carga psíquica de trabalho. (DEJOURS, 1994, p.25)

Assim, aptidão, motivação e criação são condições fundamentais para a função psíquica do indivíduo nas relações com o trabalho, pois há um risco do trabalho tornar-se perigoso quando se opõe a livre atividade do aparelho psíquico, de um funcionamento articulado dialeticamente com o conteúdo da tarefa.

Como assinala DEJOURS (1994, p. 24). “Em termos econômicos, o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza, o que corresponde a uma diminuição da carga psíquica do trabalho”.

Nesse sentido um trabalho é equilibrante quando permite a diminuição da carga psíquica e é fatigante quando impede a diminuição da mesma, o que define a carga psíquica como positiva ou negativa.

A carga psíquica do trabalho aparece como um regulador da carga global de trabalho e, portanto o rebaixamento de tensão, as descargas de energia pulsional são a origem e fonte do prazer, isto é, do alívio da carga psíquica de trabalho, quando isto é possível o trabalho transforma-se então em instrumento de equilíbrio.

O que acontece então no trabalho que pode impedir a existência da motivação-satisfação (desejo-prazer)?

Parece que o conflito que opõe o desejo do trabalhador à realidade do trabalho coloca, face a face, o projeto espontâneo do trabalhador e a organização do trabalho, que limita a realização desse projeto e prescreve um modo operatório concreto (DEJOURS, 1994, p.26).

A organização do trabalho é de alguma forma a vontade do outro, que se define através da divisão do trabalho e de sua repartição entre os trabalhadores, recortando ao mesmo tempo o conteúdo da tarefa e as relações humanas de trabalho.

O exercício de domínio e controle visa ao máximo à exploração da força de trabalho e com isso a substituição da liberdade, da escolha do trabalhador pela imposição do empregador, ou chefe, o que desapropria o indivíduo de seu desejo e de sua competência e da livre organização do trabalho. Portanto “a carga psíquica do trabalho resulta da confrontação do desejo do trabalhador à injunção do empregador, contida na organização do trabalho”. (DEJOURS, 1994, p.28)

O sofrimento se dá então quando a energia pulsional não acha descarga no exercício do trabalho e se acumula no aparelho psíquico, gerando um sentimento de desprazer e tensão que, ao se acumularem, procuram uma via de descarga que, dependendo da estrutura mental do indivíduo, pode ser uma descompensação psiconeurótica ou descompensação somática.

Para transformar um trabalho fatigante em um trabalho equilibrante precisa-se flexibilizar a organização do trabalho, de modo a deixar maior liberdade ao trabalhador para rearranjar seu modo operatório e para encontrar os gestos que são capazes de lhe fornecer prazer, isto é, uma expansão ou uma diminuição de sua carga psíquica no trabalho. (DEJOURS, 1994, p.32).

Outra questão que merece ser discutida é a relação existente entre motivação e desejo. Por motivação entende-se uma predisposição psicológica do indivíduo para realizar certas ações e atender certos fins. É um comportamento diretivo com explicação causal, que se define por uma intencionalidade de comportamento, e não apenas por um hábito. Mas como se dar conta da diversidade das motivações e da origem da mesma, não raramente relacionada ao desejo?

Para a Psicanálise, o desejo não pode ser dissociado de sua ligação com o inconsciente, e o desejo tem por intenção realizar os signos das primeiras experiências de

satisfação da infância, ligados a um passado e a uma história individual, específico de um sujeito. Nesse sentido, o objeto desse desejo não é real.

O desejo se inscreve em primeiro lugar no passado e naquilo que não é atual; em segundo lugar no fictício, no ilusório e no fantasmático; em terceiro lugar no individual e no subjetivo. Isso deveria ser suficiente para desagradar a todos aqueles que gostariam de fazer a síntese conceitual entre desejo e motivação. (DEJOURS, ABDOUCHELI, 1994, p.36)

Outro conceito, ligado ao desejo, e de importante discussão no campo do trabalho é a sublimação que se define como um processo psíquico onde as pulsões encontram uma saída dessexualizada no campo social.

Os estudos psicanalíticos mostram que a sublimação esta ligada às pulsões dita parciais, que são aquelas não submetidas à autoridade e ao primado do genital, sendo assim, a sublimação está submetida aos elementos perversos da excitação sexual. Também é um processo ligado a dimensão narcisista do ego, sendo indissociável das exigências do Ideal, trazidas pelo ideal do ego.

Para DEJOURS e ABDOUCHELI, (1994, p.37)

A sublimação, portanto, é caracterizada, em resumo, por três elementos: ela se dá no campo social e notadamente no trabalho; ela é sempre associada a aspirações narcísicas; ela é animada pela parte perversa da sexualidade.

E finaliza:

A motivação seria composta de 'três extratos, estímulos, necessidade pulsional ou exigência do ideal. Encontram-se assim reunidos na motivação os três níveis psicanalíticos considerados: o registro fisiológico o registro pulsional e o registro sublimatório.

Assim, sobre a relação proposta entre desejo e motivação DEJOURS e ABDOUCHELI (1994, p.38) afirmam que:

A motivação coloca a questão dos mecanismos do comportamento, o desejo coloca a questão de quem está por trás deste comportamento. Da mesma forma que psicologia e psicanálise

cobrem dois campos diferentes, a motivação igualmente pertence a um registro diferente do desejo, e é preciso de qualquer forma renunciar a situar o desejo no coração da motivação.

E o que acontece com o desejo nas relações de trabalho? Comumente numa instituição quanto mais especializado for um indivíduo maior a possibilidade de haver espaço para o sujeito e para o desejo. Em contrapartida, na base da hierarquia das categorias profissionais, percebe-se que quanto menos especializado o profissional menos é visto como sujeito e fica distanciado do seu desejo, que não é considerado por aqueles que tem o poder decisório.

Esse desejo, quando existente, é reprimido e o risco do equilíbrio psíquico e somático fica ameaçado. Infere-se daí que em determinadas situações a motivação para o trabalho, no que se refere ao comportamento, pode ser conseguida inclusive as custas da repressão do desejo. A ordem superior há de ser cumprida, e a tarefa executada, porém com a perda da liberdade, da escolha e da valorização subjetiva de cada indivíduo. Vê-se a motivação em oposição ao desejo.

Portanto, em última análise, conclui-se que o que determina as relações entre desejo e motivação é a organização do trabalho.

Existem obstáculos científicos para a análise psicodinâmica das relações de trabalho. Mesmo a psicanálise que privilegia as relações intersubjetivas, centra essas relações no sujeito-objeto, e sua investigação fica limitada por uma intersubjetividade estritamente dual, aquém do coletivo e do privado, ficando de fora a dimensão social e do meio ambiente e das relações sociais.

Assim, para criar condições teóricas visando uma abordagem das relações do trabalho, é necessário levar em conta a dimensão organizacional do trabalho, que implica a divisão das tarefas e as relações de produção, considerando o que se denomina como “relação social, articulada com um modelo de funcionamento psíquico e uma teoria que contemple a relação singular-coletivo”.

A psicopatologia do trabalho atual propõe um novo método de investigação clínico e teórico, onde o foco da análise é na relação do sujeito com a organização do trabalho.

O sujeito é aqui visto dentro destas relações com o coletivo, sob duplo enfoque: dos procedimentos defensivos contra o sofrimento

do trabalho, que justamente articulam as produções deste indivíduo àquela do coletivo; da ressonância simbólica que articula o teatro privado da história singular do sujeito ao teatro atual e público do trabalho, abrindo assim uma problemática socialmente referenciada da sublimação e do prazer no trabalho (DEJOURS, 1994, p.48).

Aprofundando a discussão do sofrimento no trabalho é importante considerar que este é composto por um sofrimento singular, oriundo a história psíquica própria de cada indivíduo (dimensão diacrônica).

Nessa relação o sujeito trava uma luta contra o sofrimento. Quando há liberdade e a possibilidade de elaborar soluções criativas, favoráveis à produção de saúde, o sofrimento é considerado como criativo. Na ausência dessa possibilidade a luta contra o sofrimento é inócua, afetando sua produção e sua saúde, e nesse caso o sofrimento é considerado patogênico.

Vale salientar que nessa interação da organização do trabalho e do funcionamento psíquico, surgem estratégias defensivas que podem ser individuais ou coletivas.

As defesas coletivas necessitam da participação do grupo para funcionarem e são denominadas de defesas coletivas e de ideologias defensivas de profissão.

Desse modo, para um aprofundamento da discussão entre o sujeito e a relação no trabalho é necessário considerar dois enfrentamentos: um é a interação do registro imaginário (produzido pelo sujeito) e o registro da realidade (produzido pela relação de trabalho). O outro, é a interação entre registro diacrônico (história singular do sujeito, subjetiva e individual) e o registro sincrônico (contexto material, social e histórico das relações de trabalho).

Da análise da articulação entre organização da personalidade e organização do trabalho passa por uma referência privilegiada pela clínica psicanalítica. De fato, é no campo dessa experiência clínica que podemos captar melhor a amplitude da incidência do passado do sujeito sobre sua conduta atual. (DEJOURS, 1992, p.154)

Para considerar a subjetividade do indivíduo, bem como a organização de sua personalidade na interação e resultados na sua conduta atual, é necessário buscar na psicanálise o desenvolvimento da personalidade.

A formação da personalidade inicia-se na mais remota infância por meio de experiências precoces, que se estruturam em etapas, através da relação da criança com seus pais.

O interjogo dessa relação, as vivências e significados construídos ao longo dessas etapas desenvolvem a personalidade do indivíduo, o eu adulto, com seus recursos e fragilidades. “Os obstáculos com os quais se choca o desenvolvimento psicoafetivo da criança ocuparão posteriormente um lugar central na relação psíquica do adulto com o trabalho” (DEJOURS, 1992, p.155).

As angústias desenvolvidas na relação com os pais, não elaboradas no desenvolvimento infantil, transformam-se numa zona de fragilidade psíquica e esse conflito não solucionado assume um sentido de um enigma não resolvido, não entendido pela criança, que o carregará pela vida afora, inclusive pela idade adulta.

Esse enigma é efeito de um sentimento, de uma curiosidade não satisfeita, sem base de resolutividade.

A psicanálise chama essa curiosidade de epistemofilia, que fundamenta as teorias infantis criadas para buscar um sentido e uma resolutividade do enigma. Porém essas teorias se sucedem sem se anularem e tem seu espaço de atuação no brincar, no jogo, tão amplamente discutido por Winnicott, que são vistas como um desejo de compreender e testar suas teorias explicativas.

O jogo então, define-se como um teatro imaginário e lúdico onde o sofrimento infantil é o enredo principal.

O trabalho se coloca então como uma nova possibilidade, como um novo campo onde o sofrimento original pode ser transposto para a realidade social.

Porém na relação entre o teatro da infância e o teatro do trabalho há divergências que criam uma ambigüidade e é essa ambigüidade que possibilita a imaginação e a criatividade. Essa ambigüidade é a origem do processo de simbolização, que Dejours denominou Ressonância Simbólica.

A ressonância simbólica aparece então como uma condição necessária para a articulação bem-sucedida da dicotomia singular com a sincronia coletiva. Esse ponto é essencial, porque em relação á produção e á qualidade do trabalho, a ressonância simbólica permite fazer o trabalho beneficiar-se da força extraordinária que a

mobilização dos processos psíquicos nascidos do inconsciente confere. A ressonância simbólica é uma condição da reconciliação entre o inconsciente e os objetivos da produção. (DEJOURS, 1992, p.157).

As condições necessárias para o estabelecimento da ressonância simbólica são: A escolha da profissão, a execução das tarefas (função desempenhada) e a sublimação exercida na ação coletiva do trabalho.

A sublimação aqui exerce uma função não mais individual e sim social. Propicia o reconhecimento do indivíduo pelos pares sociais/profissionais. O reconhecimento torna-se então a compensação pelo abandono do desejo individual, que se dá através da sublimação. Com isso podemos frisar a importância do papel da sublimação na conquista da identidade e o quanto, sendo a sublimação a condição que possibilita o reconhecimento social e a identidade, ela se torna uma função indispensável à saúde mental do indivíduo.

O impedimento à sublimação nas relações de trabalho, quando acontece, se deve mais as próprias condições de trabalho do que as impossibilidades geradas pelas personalidades dos indivíduos.

Quando isso acontece, o indivíduo não encontra condições para o estabelecimento da ressonância simbólica e para a sublimação e não poderá elaborar conflitos do seu desenvolvimento através da sua relação com o trabalho. Vive uma desestabilização que gera sofrimento.

Para finalizar parece ficar mais claro a relação que Dejours estabelece entre sofrimento e motivação. O Sofrimento é ponto central da relação psíquica entre homem e trabalho e impossível de ser eliminado.

Através da sublimação o prazer no trabalho é visto como um produto derivado do sofrimento, de sua transformação criativa e de sua elaboração satisfatória, desde que as relações de trabalho propiciem aos indivíduos liberdade, criatividade, reconhecimento e identidade.

Portanto, para DEJOURS (1992, p.161). “A própria noção de motivação será substituída pela noção mais dinâmica do sofrimento”.

E conclui,



Ademais, a noção de sofrimento apresenta a vantagem de articular aquilo que existe de mais singular no comportamento de cada sujeito com a dimensão coletiva da ação, graças à noção de sublimação. Enfim a problemática do sofrimento permite dar conta, de maneira igualmente satisfatória, tanto da motivação e do prazer no trabalho como da desmotivação e dos efeitos patogênicos do trabalho. (DEJOURS 1992, p.161).

É essa concepção de sofrimento nas relações de trabalho que vai permear a discussão do papel do trabalhador de saúde mental, no modelo de Atenção Psicossocial, proposto por este trabalho. Considerando o CAPS um dispositivo institucional, regido também pelos princípios e interesses hegemônicos da contemporaneidade, e para complementar o campo teórico que vai subsidiar essas análises, é fundamental entendermos que concepção rege as organizações da atualidade, como se estruturam e a que se propõem, e como se dá a interação dos sujeitos da contemporaneidade com essas organizações.

O mesmo homem que constrói no cotidiano os seus sonhos, que se enreda nos delírios, que aspira a um lugar onde o belo e o perfeito sejam possíveis, mas que também paga preços exorbitantes pelo que sonha e realiza. Esse homem empreendedor, construtor é também um singelo mortal, que assina sua humanidade diariamente em seus medos e receios de não ser reconhecido, em sua angústia de ser considerado ultrapassado e desnecessário, em sua busca de afirmação e de validade pessoal transferida para o estatuto profissional, ou melhor, para o aplauso organizacional testemunhado. (MOTTA, FREITAS, 2000, p.09)

Atualmente as organizações não desejam mais ser percebidas exclusivamente como sistemas de produção ou sistemas sociais e para tanto colocam em pauta a condição do afetivo.

Porém, as organizações, apesar de considerarem cada vez mais a vida psíquica e o imaginário dos sujeitos, só o fazem na medida em que lhe propõe uma representação delas mesmas, um imaginário social a ser interiorizado, condição essa para que o sujeito continue se mantendo na organização.

A concepção atual que rege o funcionamento das organizações é a concepção estratégica. Segundo Enriquez (2000, p.17).

Se o tecnocrata é preso no imaginário do domínio por meio de sua paixão pela razão, o estrategista, por sua vez, é tomado inteiramente pelo imaginário da performance e da excelência, através da canalização de sua afetividade, de suas pulsões inconscientes e de sua reflexão. A gestão pelo afetivo, cuja existência já pode demonstrar desde o Taylorismo, poderá encontrar na empresa estratégica o campo para o seu desenvolvimento.

Ao perceberem a impossibilidade de uma apreensão total do mundo os dirigentes não esperam mais criar um modelo único de funcionamento e buscam modelos evolutivos que considerem as circunstâncias e condutas, complementares e antagônicas, de parceiros e adversários. “A programação de longo prazo e a racionalidade ilimitada são substituídas pela estratégia, e a racionalidade é irrigada pela paixão”. (ENRIQUEZ, 2000, p.18).

Devido ao esvaziamento progressivo dos pólos de identificação e de referência do indivíduo, do Estado, da classe social e da família, a estratégia é um movimento que se instala em toda a sociedade e transporta para as organizações os valores de competição e sucesso econômico bem como a visão programática do mundo, suas normas de eficácia e de combate, a “performance”.

A capacidade estratégica não está mais concentrada na elite que detém o conhecimento, como acontecia na tecnocracia, hoje ela é destinada a todos os indivíduos, e as organizações são o local onde o culto a excelência se dá de forma muito intensa.

Considerando que a vida em sociedade, em grupos, onde exista a identificação mútua e o estabelecimento de regras, de valores e a busca por um objetivo, é sempre geradora de angústia, o mecanismo estratégico também o é. É importante salientar que a angústia gerada não é só no indivíduo, mas também nas organizações.

As organizações lutam contra angústias do medo, do caos, das pulsões não canalizadas, do desconhecido, da relação entre os indivíduos, do pensamento exigente e da palavra livre.

Essas características são, constitutivas do vínculo social. Elas existem quaisquer que sejam as pulsões e os desejos individuais. A hierarquia e a fraternidade; o reconhecimento e o ato de evitar o outro; a percepção e a negação da realidade; o medo da quebra, do despedaçamento e da morte irrigam toda organização, talvez de maneira mais violenta que o sujeito humano. (ENRIQUEZ, 2000, p.19).

Portanto as organizações se formam, atuam e se estabilizam dentro de um campo pulsional e passional, lutando para combater e controlar suas angústias e processos autodestrutivos. Para tal propósito se mostram triunfante, controlam o desejo combativo dos indivíduos e produzem idealizações, de si e de suas práticas, e assim obtém como resultado estratégico às condutas performáticas.

Para Enriquez (2000, p. 33);

A estrutura carismática mostra o desejo de auto-realização; a estrutura burocrática, o desejo de redução das tensões; a estrutura cooperativa, a comunicação com os outros, aos quais se reconhece uma alteridade irredutível.

Para o autor, a estrutura tecnocrática reconhece o outro como objeto manipulável, a serviço de seu desejo, quando não o nega ou destrói. Já a estrutura estratégica, realmente considera a existência do outro. Para tanto é preciso conhecê-lo, aparentar interesse, respeito e valorização para enfim controlá-lo.

O outro é uma peça mestra do gerenciamento estratégico participativo (elemento central da estrutura estratégica), já que a empresa necessita, para sua sobrevivência ou seu crescimento, da capacitação e da integração dos seus membros, por mais modestos que sejam. É, pois, necessário comunicar-se com o outro (os grandes decisores são ao mesmo tempo grandes comunicadores), extrair o máximo do seu potencial. Para isso, a sedução é a conduta mais bem adaptada. Sedução que se exprime em uma animação leve da equipe de trabalho. (ENRIQUEZ, 2000, p.33).

Em relação ao destino das pulsões Enriquez (2000, p.34) considera que:

Na estrutura tecnocrática, a libido dessexualizada é investida no trabalho produtivo, a pulsão de morte exprime pela crueza da ética à qual todos os membros são submetidos e a pulsão de agressão é dirigida ao exterior. Na estrutura estratégica, como o desenvolvimento precedente o mostra (também aqui seremos breves), a libido é ressexualizada (erotização das relações), e não é mais canalizada apenas para o trabalho, mas favorece a identificação, a coesão social (o espírito de equipe). O indivíduo deve se conduzir como um ser de paixão, afirmando sua virilidade e sua força física... E ao mesmo tempo como um ser da palavra (ele seduz, ele atrai, ele engana).

Porém, como isso se dá, na construção do coletivo, nas relações grupais, com um homem considerado historicamente individualista? Para entendermos essa questão é necessário contextualizar brevemente a cultura do individualismo, que se inicia a partir da proposta do ideal iluminista, e buscava a auto-emancipação da humanidade, baseada na racionalidade, na universalidade e no individualismo.

A racionalidade visava o abandono das crenças místicas e tradicionalistas, e através do saber racional, constituir um saber próprio, baseado na ciência.

A universalidade visava garantir a igualdade dos seres humanos, a idéia de unidade comum e o individualismo, decorrente dos pressupostos anteriores e valorizava o homem por si mesmo, independente do grupo social a qual pertencia, propiciando a construção de autonomia do indivíduo. Esse indivíduo autônomo e racional, com auto-imposição de limites, torna-se apto a desenvolver ações coletivas em prol do bem comum, da comunidade.

Porém essas condições mostram-se ineficientes e ineficazes para dar conta da complexidade humana. Na medida em que, comumente, o homem se mostra pouco racional, pouco autônomo e mais predisposto a expor suas diferenças do que suas semelhanças nas relações.

A contradição maior se dá no caso do individualismo. A condição de autonomia do indivíduo é abalada quando este não se sujeita as leis racionais, e universalmente determinadas, mas ao mesmo tempo, distanciar-se das cobranças externas e sociais pode mostrar-se como um ideal sedutor, pois vai basear-se no desejo.

A autonomia se consolida na medida em que cada indivíduo procura realizar seus desejos de modo imediatista e independente. Isso ocorre porque, com o advento da psicanálise e sua absorção por nossa cultura, é reconhecida a importância das forças pulsionais no psiquismo e os riscos de sua negação. O individualismo do projeto iluminista dá lugar a outro individualismo, não tão nobre quanto o primeiro. (MATHEUS 2000, p.119).

Esse é considerado o individualismo imediatista, fruto de uma inversão de valores. O reconhecimento da importância do desejo poderia propiciar outra alternativa a racionalidade, articulando-a as determinações pulsionais. Mas ao invés disso, transformaram em prioridade os anseios específicos e imediatistas, portanto “nesse

processo, o indivíduo se vê obrigado a conviver, de diferentes formas, com ideais contraditórios entre si, o que significa que não dispõe de um referencial claro sobre o que se espera dele”.(MATHEUS 2000, p.119).

O reforço da cultura individualista se dá por vários aspectos. O capitalismo ampliou a sensação da necessidade de consumo quando se deparou com os anseios dos indivíduos de obter maior conforto e comodidade o que gerou um grande desenvolvimento do mercado consumidor.

A busca constante por uma plenitude irreal idealizada é geradora de ansiedade e esta, desencadeante do desejo consumista, como forma de obtenção de realização.

A felicidade buscada através da plenitude idealizada é inatingível, gerando frustração e autodepreciação, em consequência da responsabilização da incapacidade e insatisfação.

Nas relações contemporâneas, os medos dos indivíduos, são gerados pela percepção da finitude e do convívio com as tragédias urbanas, da competitividade das relações e da exigência social e organizacional de submissão às regras, do descrédito em relação aos gestores e políticas públicas e do enfraquecimento da internalização do processo de desenvolvimento da autoridade.

Para Costa (2004, p.185) “o indivíduo, liberado da pressão normativa destas instituições, viu-se levado a basear o sentimento de identidade em dois principais suportes, o narcisismo e o hedonismo”.

O narcisista implica num sujeito preocupado consigo mesmo; os meios e os fins são definidos a partir de si e do cuidado consigo mesmo. O político, o social e as relações só são de seu interesse se forem instrumento de auto-realização, definidos hoje como sucesso econômico, prestígio social ou bem estar físico e emocional.

O termo narcisista é usado não no sentido técnico psicanalítico, mas como expressão de individualismo contemporâneo, como um indivíduo alheio a compromissos intelectuais e pessoais de orientação coletiva.

O hedonista é o indivíduo que considera o prazer individual e imediato o único bem possível, princípio e fim da vida moral. O hedonista é um efeito da dinâmica da identidade narcísica.

O narcisista cuida apenas de si, porque aprendeu a acreditar que a felicidade é sinônimo de satisfação sensorial. Assim, o sujeito da moral hodierna teria se tornado indiferente a compromissos com os outros- faceta narcísica- e a projetos pessoais duradouros-faceta hedonista. O sentido da vida deixou de ser pensado como um processo com finalidades em longo prazo e objetivos extras pessoais. (COSTA, 2004, p.186)

A realidade política e social contemporânea de corrupção, de violência exacerbada, de instabilidade econômica e desvalorização das condições de cidadania produz um aumento nas angústias e ameaças vividas pelo indivíduo, e um abismo entre o ideal de felicidade almejada e reforçada culturalmente e as vivências e frustrações cotidianas.

Na dinâmica psíquica ideal, a diferença entre os ideais e suas realizações mantém-se inevitavelmente em equilíbrio instável. Em situações extremas o que se percebe é a estagnação: os ideais plenamente satisfeitos levam ao tédio e á apatia e os totalmente frustrados, à depressão e ao desencanto. (MATHEUS,2000,P.122).

Esses aspectos de desencontro, descrença, insatisfação, impotência e angústia tendem a reforçar a reação narcísica e o individualismo. Segundo Costa (2004), a negação do sentimento de impotência frente às ameaças cotidianas pode desencadear uma conduta anti-social, como desejo e crença de estar invulnerável as leis. Em contra partida o reconhecimento da impotência de forma muito intensa leva o indivíduo a submeter-se servilmente as normas e regras, visando evitar novas ameaças.

Sob duas vestes, são comportamentos que igualmente traduzem o distanciamento dos laços coletivos. São reações sintomáticas que expressam a intensidade do conflito vivido pelos membros de nossa sociedade. Expressam, de maneira radical, as reações afetivas de cada um: sentimentos de fragilidade, insegurança, falta de perspectiva, isolamento e solidão, que constituem a experiência da vida urbana atual. Se alguns personagens reagem com atitude submissa ou anti-social, outros percebem apenas uma sensação de estranheza quanto ao lugar em que vivem, não se reconhecendo no espaço que ocupam.(MATHEUS, 2000, p.122).

Essas reflexões sobre a condição subjetiva do sujeito da atualidade, suas possibilidades e impedimentos e a forma como estabelece suas relações, tende a considerar

a importância do reconhecimento do desejo e do afrouxamento das instâncias superegóticas para a conquista de realização pessoal. Porém, o investimento atual e cada vez mais amplo nos interesses pessoais e no culto ao individualismo, nos mostra cotidianamente não culminarem na realização pessoal.

As angústias e insatisfações negadas ou não elaboradas, mascaradas no consumismo compulsivo, bem como o não reconhecimento das pulsões destrutivas e o enfraquecimento da internalização da autoridade, não permitem que o reconhecimento do desejo, por si só, leve automaticamente a paz, a tranquilidade e a felicidade.

O homem moderno, seja por estar mais próximo de seus desejos, seja por não reconhecer suas forças destruidoras, vive mais um estado de inquietação e estranhamento do que de felicidade ou tranquilidade, tal como a mídia propõe. (MATHEUS, 2000, p.123).

Assim, na contemporaneidade a sociedade de consumo, ao iludir o indivíduo com um ideal de prazer e realização inatingível, o frustra continuamente e o prende na roda viva da repetição da angústia, e, portanto no aprisionamento submisso a um estado idealizado de realização e prazer, existente apenas no “produto” vendido pelos meios de comunicação.

A busca pelo prazer e a realização deixam de ser uma possibilidade do desejo da escolha, para tornar-se uma obrigação, uma imposição. É inevitável perceber nessa dinâmica a contradição que transforma a idéia de liberdade, guiada pelos interesses e desejos pessoais, transformar-se numa ação ou atuação de um superego rígido e cruel, que impõe ao ego a realização dos anseios idealizados.

É nesse contexto interno, inquietante e conflituoso que os indivíduos, tentando resolver essas questões, apresentam um desejo contraditório de formar grupos e propostas coletivas.

Nas organizações, a proposta de equipes multidisciplinares e de relações horizontais vem ganhando cada vez mais força, consideradas muitas vezes como a possibilidade de resgatar o comprometimento e a participação dos funcionários. (MATHEUS, 2000, p.123).

Como defesa aos conflitos internos devastadores do individualismo e do desejo de pertencer, o indivíduo busca a inclusão em grupos religiosos, comunitários e profissionais. Visa com isso ser acolhido, identificar-se, ser reconhecido ou estabelecer:

Até relações de troca e alteridade que se ofereçam como substitutivos mais conseqüentes Às satisfações narcísicas e efêmeras. A atração pelos grupos é fruto de um movimento contraditório e complexo, que significa ao mesmo tempo uma opção pelo indiferenciado grupal e uma tentativa de saída da condição autocentrada própria da atualidade. (MATHEUS, 2000, P.124).

O desgaste gerado pelo individualismo, de ter que decidir por si e responsabilizar-se pelos seus desejos e resultados, faz com que o indivíduo veja na formação de grupos a possibilidade de delegar ao outro a reflexão e significação das atitudes e experiências. O Grupo produz então um alívio, ao diluir a identidade do indivíduo, que pode frente a isso não diferenciar o lugar que ocupa na organização, gerando uma indeferenciação.

De outro modo, a proposta coletiva pode desencadear um desejo de reconhecimento, de expressão de singularidade, de troca e não de fusão, onde a relação com o outro se torna possível.

Matheus (2000, p.124) afirma que:

Tal processo é certamente doloroso, na medida em que significa uma relação entre pessoas que mantém suas diferenças e as confrontam. No entanto, indica um caminho promissor para a capacitação das potencialidades criativas do indivíduo e do grupo.

E considera ainda:

A proliferação atual de grupos responde a um ou outro mecanismo – indeferenciação ou complementaridade – de acordo com cada integrante, cada grupo e com o momento em que se encontram. Pode-se considerar que seja necessário um estágio de indeferenciação para se atingir formas de organização grupais mais conseqüentes. No entanto, como vimos até aqui, existem vários obstáculos à construção de relações grupais mais elaboradas, em decorrência da condição subjetiva do homem moderno.



Os conflitos abordados fazem parte da realidade das instituições, que percebem a importância e necessidade de desenvolverem propostas coletivas e ao mesmo tempo serem, enquanto grupos, objetos sujeitos aos processos de unificação indiferenciada ou a rompimentos.

Em função desse individualismo do universo capitalista e da sensação de solidão da condição moderna, as organizações possibilitaram para o indivíduo a condição de pertencer, de ter segurança e estabilidade, e assumiram a função que lhes foi atribuída de conter os impulsos individuais, dar uma identidade e definir valores e normas.

A organização, como grupo, depende da coesão de seus membros em torno de um objetivo, o que a faz optar muitas vezes por uma diminuição em sua capacidade criativa em favor de sua unidade e da manutenção do *status quo*. Por esse motivo são produzidas amarras institucionais que constituem obstáculos significativos às escolhas individuais. (MATHEUS, 2000, P.126).

Os obstáculos às escolhas individuais e à obtenção de gratificação, bem como a sensação de dependência econômica que impõe a necessidade de permanência no grupo/instituição, enfraquece a condição dos indivíduos de desenvolver a oposição.

A renúncia ao desejo individualista precisa encontrar no grupo uma possível realização.

Na contemporaneidade, o reconhecimento do desejo e das necessidades individuais foi fundamental para o desvelamento e valorização do mundo subjetivo e para a possibilidade de concretizar as realizações pessoais.

No entanto, o desenvolvimento do psiquismo depende de relações que implicam o confronto e a tentativa de elaboração dos conflitos entre pessoas, que por sua vez exigem vivências de desprazer e elaboração de frustrações. Por isso é importante rever a imagem idealizada do convívio sem perda, da complementaridade sem choques, a fim de incorporar às relações as forças desagregadoras, agressivas. (MATHEUS, 2000, p.128).

No universo subjetivo da atualidade, esse processo sem dúvida é gerador de sofrimento, pois implica ao indivíduo à disponibilidade de relacionar-se com o outro. Só através do reconhecimento de limites, particularidades e diferenças, inerentes ao sujeito e as

relações interpessoais, que os indivíduos podem reavaliar seus projetos de ideais individuais e coletivos, e formarem grupos que produzam resultados gratificantes.

É através dessas concepções de sujeito, de grupo, de angústia gerada pelo individualismo e da tentativa de sua superação, das estratégias institucionais e da concepção de sofrimento nas relações de trabalho que vai ser analisado o papel do trabalhador de saúde mental, no modelo de atenção psicossocial.

## **CAPITULO III – A Escolha e a Formação Profissional**

A reflexão sobre a questão do trabalhador de saúde mental na efetivação da Atenção Psicossocial é o objetivo deste estudo. Para tal, buscou-se compreender como se deu a escolha e formação profissional, os mecanismos defensivos, projetivos, repressivos e identificatórios existentes no processo de construção da história profissional de cada trabalhador.

Considerou-se fundamental na relação trabalhador/instituição/modelo psicossocial, analisar a constituição do sujeito trabalhador através das questões da razão, das paixões e do desejo, bem como do sujeito do inconsciente definido por Birman (1997) como uma produção simbólica e desejante delineada por meio do conflito entre os pólos da pulsão e da cultura.

O conceito de pulsão na psicanálise possibilitou fundamentar e analisar os conceitos de recalque e inconsciente e no discursivo dos trabalhadores, observar os destinos da pulsão, da realização do sujeito do inconsciente, da somatização e da sublimação.

Considerando que, no desenvolvimento da civilização, a relação que o homem estabelece com o trabalho se torna o principal mediador do sujeito com as relações sociais e com a realidade, esta relação pode se constituir como fonte de satisfação, principalmente se por meio da sublimação for livremente escolhida e tornar possível a realização dos impulsos instintivos persistentes ou constitucionalmente reforçados. Em função da possibilidade da sublimação deslocar componentes libidinais, narcísicos, eróticos ou agressivos para o trabalho ou para as relações profissionais, a escolha profissional se torna ponto crucial de análise para esse estudo.

Através da análise das escolhas de cada profissional é possível identificar os determinantes singulares e inconscientes, os caminhos percorridos pelo desejo e suas possibilidades de realização, bem como os mecanismos psíquicos utilizados. E ainda relacionar esse encontro, do indivíduo/profissional, com as relações de trabalho, os significados a ele vinculados e com a proposta psicossocial.

### **3-1-A escolha profissional e seus determinantes**

Dejours (1986) compreende por saúde a possibilidade do indivíduo poder traçar um caminho pessoal e original, em direção ao seu bem estar físico, psíquico e social. Nesse sentido considera que “O bem estar psíquico está ligado à liberdade que é deixada ao desejo de cada um na organização de sua vida” (DEJOURS, 1986, P.11). Se a ressonância simbólica é a possibilidade de reconciliação entre os desejos inconscientes e os objetivos de produção, a escolha profissional se torna a primeira condição para o seu estabelecimento.

Embora a escolha profissional dependa inicialmente do sujeito e não do trabalho, o contexto social pode ser um determinante fundamental da mesma no sentido de favorecer ou dificultar para os sujeitos, dependendo de suas origens e condições sociais, a possibilidade de ter uma livre escolha ou de adquirir uma formação compatível com a profissão escolhida.

Contudo, além da escolha profissional é necessário avaliar as condições reais do trabalho, pois nas práticas institucionais se estabelecem diferenças importantes entre “profissão” e “função”. Sendo assim, o bem estar social é entendido como a possibilidade do profissional atuar individual ou coletivamente sobre a organização do trabalho, que é a segunda condição da ressonância simbólica.

A terceira e última é a sublimação, que ao deslocar libido para as relações de trabalho possibilita a realização dos impulsos instintivos individuais. Mas quando ligada ao sentido coletivo do trabalho e em situação real, a sublimação realiza uma mudança de parceiros, que passa a se situar no espaço coletivo e não mais no privado, por meio da realização de uma atividade útil e socialmente valorizada, e que supõe então uma avaliação dos pares sociais. Para o autor o reconhecimento profissional torna-se assim a retribuição fundamental da sublimação e afirma que: “Isso significa que a sublimação tem um papel importante na conquista da identidade. Reconhecimento social e identidade como condição da sublimação conferem a essa última função essencial na saúde mental”. (DEJOURS, 1992, p.158).

Nesse sentido a escolha profissional, baseada nos desejos e na subjetividade, quando livremente escolhida, possibilita uma maior consistência e estabilidade à identidade

profissional e conseqüentemente ao reconhecimento e a gratificação nas relações de trabalho.

A escolha da profissão e o processo de identificação com o papel profissional, para alguns técnicos, surgem determinados pelo desejo e pela livre escolha.

[...] Então... É uma coisa que eu sempre gostei... É para falar assim? É, eu sempre... Eu sentia necessidade de fazer um curso superior assim... E o que eu me identificava muito era isso... Assistente Social... (T3)

[...] Minha escolha profissional não tem muita explicação. Porque eu não tive nenhuma dúvida, nenhum problema em relação ao que quis fazer na minha vida.(C1)

Os determinantes da escolha profissional aparecem inclusive vinculados à história de vida desde a mais remota infância

[...] Desde bem pequeno eu admirava algumas pessoas que eram médicos, meu avo materno..., logo depois eu me mudei para o interior e peguei uma época, a época que a gente era criança, médico ganhava muito dinheiro você via uma pessoa..., ir como um foguete para frente...(T6).

[...] Nunca na minha vida eu tive dúvida. Eu costumo dizer assim: Eu nasci no dia do psicólogo.... Eu não tive nenhum tipo de sofrimento. Eu falei que minha mãe resolveu isso no útero, que me pôs para fora no dia (do psicólogo).. Então eu nunca questioneei e nem quando eu fiz faculdade, tipo 2º ou 3º ano, que dá crise “Ai, o que eu estou fazendo?” “Será que quero outro curso?” Jamais... Jamais. Então era uma coisa que eu quis e quero até hoje, sou muito feliz na profissão que eu escolhi...(C1).

Para alguns o desejo e as identificações não surgem com muita clareza inicialmente, mas a vontade de lidar com pessoas possibilita construir a descoberta e o encontro com a profissão.

[...] Bom, quando eu saí do colegial eu sabia que eu queria mexer com pessoas, aí eu fui tentar Magistério, tentei Magistério, mas aí eu falei “Não! Não é isso!” Aí eu fiz Auxiliar de Enfermagem, aí eu fiquei apaixonada pela profissão e aí eu levava o “Auxiliar” e a Faculdade junto. Prestei, passei e concluí os dois, assim, concluí um em um ano e continuei a faculdade... (T4)

Para outros a escolha não se deu por desejo ou identificação, mas por oportunidades.

[...] Acho que assim; não é uma coisa que eu tenha escolhido, assim..., Antes de prestar o vestibular eu não determinei: “Ah! Eu vou ser psicóloga, eu quero ser psicóloga!”. Eu acho que foi assim, uma opção que eu tive que estava mais ao meu alcance..., a nível de cidade, então eu acho que minha opção foi mais assim..., o que é melhor daquilo que está mais perto de mim. (T1)

E também por exclusão:

[...] É, porque tinha um pouco a ver né?... Comigo também... Assim..., professora eu sempre soube que eu não queria. O que eu queria era uma coisa que eu deixei acontecendo assim. Então, eu acho que ser professora não era uma coisa que tinha muito a ver comigo. (T1)

Mas sem um foco definido:

[...] Eu acho que não..., Não teve assim uma coisa muito..., esclarecida para mim..., sabe?(T1)

Alguns fazem uma escolha direcionada pelo desejo, definem e constroem uma identidade profissional, mas a abandonam em função de obstáculos no caminho, que exigem uma reorganização e a necessidade de se redescobrir em outra função.

[...] Eu sempre quis fazer alguma coisa ligada com esporte, daí veio Educação Física. Outra coisa que eu escolhi Educação Física é porque eu odeio matemática. Daí eu me formei mais durante o curso eu me machuquei, machuquei o joelho no último ano. E daí não tinha como trabalhar com isso. (A1)

A elaboração no processo da escolha profissional frustrada se dá por meio da tentativa de adiamento do desejo e de uma possível reparação do mesmo.

[...] Foi muito complicado, porque eu tinha planos de ir embora... de ir para outro lugar, de fazer concurso, dar aula, né... E de

repente... não podia. Agora eu acho que já é tarde para fazer isso, então... não vou mais atrás... não compensa. Quem sabe mais para frente, uma academia, alguma coisa..., aí dá para fazer, mas nada que force muito. (A1)

Para alguns entrevistados a escolha não parece clara inicialmente, mas constroem-se caminhos para a descoberta, utilizando-se de instrumentos de ajuda, de orientação vocacional, que permitem transpor, clarear dúvidas e possibilitar a definição da identidade profissional.

[...] É uma história assim..., acho que é uma coisa que eu acabei descobrindo, na época do colegial ainda, em função até de estar buscando orientação vocacional, para definir melhor o que eu queria.[..]... fiz Orientação Vocacional, na época do colegial, porque antes eu pensava uma área também ligada a Saúde, mas era assim..., Saúde de animal, Veterinária, né? (T2)

Quando a escolha por uma área se define, torna-se possível a construção de uma carreira profissional.

[...] Eu sinto assim, na Orientação Vocacional isso foi clareando para mim, foi me trazendo algumas informações e isso foi o que me ajudou a definir na época onde eu fiz vestibular para Psicologia. Definido que era o que eu queria. Tanto é que toda vez que eu prestei vestibular sempre foi só para Psicologia. Nunca prestei outra coisa. Tanto que a área de Saúde foi sempre o que ficou para mim mesmo depois ai foi mais específico para Psicologia (T2)

Outro aspecto importante sobre a constituição do sujeito é considerá-lo como sujeito da herança, resultante da transmissão psíquica, social, religiosa e cultural. A subjetividade do indivíduo, a organização de sua personalidade, sua interação social e os resultados na sua conduta atual têm início na mais remota infância, nas experiências precoces e nas relações parentais. Em função disso, os dados referentes à história de vida dos sujeitos e do processo da escolha profissional pode-se observar dados comuns e que se repetem, enquanto uma escolha baseada em questões reparatórias infantis, motivadas por demandas conscientes e inconscientes e de identificações com figuras marcantes das relações parentais infantis.

Observa-se que em alguns casos a relação de identificação não é claramente percebida, mas insinuam-se aspectos e determinações inconscientes.

[...] tinham as pessoas da família que já tinham feito Psicologia É, parentes..., assim, cunhada, né?... Irmã da cunhada, que a gente conhecia..., que eu lembro assim...(T2)

[...] Na verdade, eu não sei se foi uma questão inicialmente familiar, hoje pensando, que nem sei se te interessa.. Então assim... Eu perdi minha mãe quando tinha 02 anos, aí meu pai casou de novo quando eu tinha 06 anos, e aí, depois de um tempo, como a segunda esposa do meu pai era diretora de escola, eles escolheram aqui para morar [...] Não! Isso não tinha dúvida!(fazer o curso de psicologia). Não sei te dizer se foi um desejo inconsciente de estar próxima do meu pai ou não (C1)

Para outros a relação de identificação com figuras de relevância afetiva na determinação da escolha profissional aparece de uma forma mais clara e consciente.

[...] Eu tinha uma prima que eu me identificava muito com ela, ela gostava muito do que ela fazia, do que ela faz e eu optei por fazer essa faculdade (Assistência Social).(T3).

[...] Não, por causa da figura do meu avô. Depois me veio a questão financeira, a posição social dos médicos... [...] Não, meu avô era clínico geral..., meu avo era de uma época que não existia isso, as especialidades. Ele já não era cirurgião. Ele era clínico.[...] Mas a figura dele foi interessante (no processo de escolha).(T6)

Mesmo para aqueles que estão ainda indefinidos, na busca de um sentido para a construção de uma profissão, e as aproximações não parecem se relacionar com a escolha profissional, apresentam identificações com figuras familiares significativas.

[...] É!..., Eu tinha uma tia que trabalhava, e que eu dava super bem com ela, a gente tinha um bom contato, era a pessoa que eu tinha mais contato da minha família, e ela trabalhava já na polícia, então, sempre que eu ia conversar com ela eu ia lá no local de trabalho dela (T1).

Alguns entrevistados demonstram não relacionar na sua história de escolha profissional a existência de identificação com figuras de relevância. Apenas sinalizam



identificações vinculadas com a identidade do próprio papel profissional. Ao serem questionados sobre a existência de relações parentais infantis que possam ter determinado as escolhas profissionais afirmam que:

[...] Não, acho que não (A1).

[...] Não, bem próximo não. Talvez alguém distante (T5)

Sobre as identificações na escolha profissional relacionam fatos da experiência, da vivência e do desejo.

[...] Eu joguei vôlei muito tempo por Assis. Então por isso que eu queria fazer Educação Física também. (A1).

[...] Que antes eu até pensava na enfermagem, mas eu pensava muito nos idosos, via minha avó, eu ficava pensando “nossa, vou querer fazer isso, vou querer cuidar...”, como a minha avó hoje já é muito velhinha, então bem antes ela já precisava de cuidados da gente. Por que assim hoje eu vi que eu acho que não é só isso. Talvez possa ter determinado um pouco. (T5)

Porém se as figuras de relevância do processo de subjetivação do indivíduo não aparecem relacionadas ao determinismo das escolhas profissionais, elas podem surgir como interferência e impedimento da construção profissional e da realização do desejo.

[...] Parece que não, não sei... olha, só sei que... na escolha da Educação Física, acho que já vinha naquele ponto que eu queria... eu jogava, pode até ser por... por que... quando eu parei de jogar, há muito tempo atrás, meu pai... ia ter um campeonato em São Paulo, Estadual, e meu pai não me deixou participar... Nossa! Aquilo foi... acho que por isso... que eu quis fazer a coisa... Mas... Só se foi por isso, no fundo foi por isso!(A1)

De qualquer maneira parece que as identificações, positivas ou negativas, reparatórias ou realizadoras, facilitadoras ou inviabilizadoras, estão presentes na relação do indivíduo com a sua escolha profissional e esta escolha está diretamente ligada à busca de compensação e a realização de desejos inconscientes, que são uma reedição dos conflitos e desejos das relações primitivas infantis.

Os obstáculos no desenvolvimento psicoafetivo infantis ocupam lugar relevante na relação psíquica do adulto com o trabalho. Entre o teatro da infância (angústias primitivas que fundamentam a epistemofilia e a busca por uma resolutividade) e o teatro do trabalho, que se apresenta como um novo campo e possibilidade onde o sofrimento original pode encontrar um sentido na realidade social, existem divergências que criam ambigüidades. A ambigüidade entre o teatro da infância e o teatro do trabalho, para DEJOURS (1994), é o que origina o processo de simbolização chamado Ressonância Simbólica. Ela é a condição necessária para uma integração satisfatória da dimensão diacrônica, singularidade psíquica do indivíduo e a dimensão sincrônica, contexto social e histórico das relações de trabalho, possibilitando uma reconciliação entre o inconsciente e os objetivos de produção.

Para que se estabeleça a Ressonância Simbólica são condições necessárias, uma certa gratificação na escolha profissional, na função desempenhada na execução do exercício profissional e na sublimação exercida na ação coletiva do trabalho. Por esses aspectos relevantes, a escolha profissional e suas singularidades, mereceram destaque nas falas dos trabalhadores por estarem diretamente relacionadas ao exercício profissional desempenhado na prática psicossocial.

A subjetividade dos trabalhadores, sua personalidade e a relação estabelecida com a escolha profissional aparecem vinculadas, na fala da maioria dos entrevistados, as relações com as figuras de relevância emocional, com os significados conscientes e inconscientes da infância e o lugar que ocupam na relação psíquica dos adultos com o trabalho.

[...] o que me lembra da infância ligada à psicologia, era o fato de eu estar sempre acompanhando uma amiga, que ela fazia Ludoterapia, por conta de situações dela, lá... e eu ia... só que eu ficava sempre do lado de fora, claro, mas assim... tinha uma noção do que acontecia, então isso me chamava atenção... então tem essa coisa assim... que ficou muito marcado na minha história o fato de... estar acompanhando essa amiga de infância... (T2)

Para alguns entrevistados a relação da escolha profissional com a história familiar é direta e consciente e aparece impregnada pelas vivências e emoções infantis, permitindo denotar a integração entre a singularidade psíquica e o trabalho.

[...] Não só por isso, mas como pela minha história de necessidade, a minha mãe sempre ia muito atrás da assistência social. Eu não sei se isso... nunca foi consciente, mas talvez inconsciente como... Sempre eu tive uma vida de dificuldades, então eu acabei tendo que... [...] Eu tive uma infância complicada... Um pai doente..., eu não conheci meu pai são... O tempo inteiro doente... Era alcoolista... Teve derrame... Não tinha condição na época, ficou na cama sem falar e sem andar e eu cuidei desse pai... [...] eu brincava... Mas eu brincava sempre sabendo que eu tinha horário para eu ir dar comida para meu pai, para dar remédio, ou para olhar a casa, quando minha mãe trabalhava... Eu tinha essa consciência que eu tinha que ir lá... (T3)

[...] Então assim, eu sempre gostei muito de conversar, eu não sei se tinha a ver com algum sofrimento meu, ao nível do psicólogo que resolve problemas ou sei lá mais o que [...] Eu sempre fui a prima gorda de todos, então era aquela que todos desabafavam, diziam que... Nunca ninguém dizia “você tem que ser psicóloga”. Mesmo porque eu nem sabia o que era ser psicóloga... Mas eu não sei... Não sei... Acho que foi arranjo dos deuses...(C1)

Para outros profissionais a história de vida e a infância estão relacionadas à escolha profissional mesmo que indiretamente, na limitação das possibilidades e nas reedições dos conflitos familiares.

[...] indiretamente talvez, porque assim... Eu sempre morei com minha avó, então eu tinha uma coisa assim... de não poder sair de casa... Então eu não podia, por exemplo... fazer medicina, não podia fazer enfermagem, que tinha em outros lugares... eu não podia escolher uma profissão que não tivesse aqui na cidade. (T1)

[...] Na Saúde, não sei... pode até ser também, porque eu sabia da experiência do... hospital psiquiátrico que falavam. E por meu pai ser alcoolista pode ser que tenha sido alguma coisa assim... (A1)

Em alguns casos a opção parece não contemplar o desejo e nem a livre escolha, ela acontece através da via do impedimento e da tentativa de readequação, diante do possível.

[...] isso iria me fazer sair daqui e eu não tinha essa opção. Então, dentro das opções que eu tinha a que estava mais próxima a mim era Psicologia, foi o que eu prestei... (T1)

Para alguns entrevistados a escolha profissional é determinada pela condição que contempla aspectos reparatórios da história familiar.

[...] Eu acho que minha mãe falava assim. Porque ela trabalhava, mas ela trabalhava na faxina do hospital e aí na época quiseram colocá-la para atendente de enfermagem e ela nunca quis... então acho que ela comentava isso... ela falava vai... é um campo legal, que eu me lembre só isso assim, que eu me lembro dela relatar isso, porque nós nunca tivemos enfermeiros, auxiliar, dentro da família... então foi bem isso. (T4)

[...] Tem uma coisa engraçada nisso que... o meu avô me chamava de capitão médico por que... Capitão médico, ele era italiano e eu sou capitão médico. Eu acabei fazendo a vontade do velho depois que ele morreu, porque na época deles, como na minha época também, a gente tinha que fazer o serviço militar obrigatório, não dava para escapar, mas me parece que na época entrava como capitão e eu entrei como tenente, mas acabei ficando até capitão se não o avo ia achar o que? (T6)

Nos relatos dos profissionais aparecem também as interferências familiares no sentido de se oporem às escolhas iniciais, gerando sensações de cobranças e imposições no processo dessa escolha.

[...] Eu tinha uma pressão muito grande de família também por conta de que eu não buscasse veterinária. “Ah! Como você vai ganhar dinheiro com isso? há não sei o que...” Como se Psicólogo ganhasse muito! (T2)

Às vezes a escolha inicial claramente idealizada, definida pelo desejo e identificações infantis, traz frustrações e desilusões.

[...] Nos três primeiros anos... é muita ciência básica, então eu não gostava muito do que eu estava vendo...[...] nesse período, eu não sei, se por não estar gostando muito do curso...[...] e eu comecei a me desiludir com a medicina. Quando eu entrei no terceiro ano o que marcou, é evidente que não é só isso, eram as aulas de técnicas cirúrgicas que matavam cachorro. E matava cachorro de um jeito cruel. O cachorro sentia as coisas, curarizava. E a gente sabe que o curare ele não permite movimentos, mas o cachorro esta sentindo tudo, ficava chorando. Aí era um negócio absurdo. Agressivíssimo e desnecessário...[...] mas de qualquer maneira isso foi um símbolo e eu estava muito desiludido. (T6)

A decepção com a escolha profissional acaba inviabilizando a identificação inicial com a profissão e seus determinantes singulares, ameaçando a realização dos desejos inconscientes e da conquista da identidade profissional. Essa desilusão é percebida pelo entrevistado como um desencontro entre as demandas de sua história afetiva e as vivências com a situação atual, desencadeando movimentos de ruptura e desejos de mudanças.

Mas novamente as influências familiares parecem demonstrar seu poder de persuasão e determinismo nas escolhas profissionais.

[...] E aconteceu um fato esquisito por que... no 3º para o 4º ano eu saí de casa numa sexta-feira para ir embora, jantar em casa...[...] para ir conversar com meu pai que eu ia parar de estudar. Aí quando eu cheguei em casa meu pai estava com a notícia que eu tinha ganhado uma viagem para Europa... e eu perdi completamente a coragem de falar um negócio desses. (T6)

Observa-se que a escolha profissional foi baseada no desejo, na idealização e na identificação com a figura do avô. A decepção com o curso e a rejeição às práticas desumanas, desencadeia uma desilusão. O movimento de ruptura e abandono do curso aparece para o sujeito como possibilidade de resgatar o seu desejo. Porém, na psicanálise, sabemos que as relações se estabelecem através de identificações e projeções, ativas e passivas, e que também somos depositários dos desejos dos outros. O medo de decepcionar as pessoas com quem convivemos e conseqüentemente perder esse amor, se torna um freio no movimento de realizações pessoais. O conflito gerado precisa de uma nova solução, o desejo inicial precisa ser reposicionado para atingir uma satisfação. Como veremos adiante, esse encontro da escolha específica com a saúde mental parece possibilitar uma dupla gratificação. Satisfaz a escolha inicial e identificatória, com o avô e o curso de medicina, não desencadeando rupturas e conflitos familiares e possibilita ao indivíduo um novo sentido profissional.

### **3.2- O Encontro com a Saúde Mental**

Além das escolhas profissionais específicas, a relação e o encontro com a Saúde Mental aparecem para os sujeitos de formas variadas e divergentes. Para alguns esse encontro era inerente à escolha profissional específica desde o início.

[...] eu tinha definido assim, que eu queria clínica, alguma coisa de atendimento clínico. Eu não queria nada... na parte de Psicologia do trabalho, nada dessas coisas. Isso já estava muito bem definido na faculdade, até por questões dos estágios que eu tinha feito, então... meu irmão na época estava na Prefeitura... foi ver se conseguia um emprego para mim... e lógico que teve um.... empurrão de irmão para conseguir [...] desde que eu me formei eu estou aqui..., nunca tive outro.... depois teve o fato aí, do ano retrasado de eu ter ido para a Clínica... (T2)

[...] Eu não me vejo fazendo outra coisa, a não ser lidar com a psicologia dentro da questão da escuta clínica, que é o que eu faço. Se eu estivesse que estar, por exemplo, na área de recursos humanos, ou na outra... Acho que eu enlouqueceria.(C1)

Em alguns momentos, percebe-se que mesmo sem ser focado diretamente, o encontro acontece, e sem objetivos definidos a priori, ele se constrói.

[...] foi assim, é que eu poderia ter optado pelo postinho, mas eu achei que não ia, não era bem aquilo que eu queria, eu queria algo mais específico mesmo. [...] Eu não fiz pensando na Saúde Mental. Foi depois que foi despertando... até pelo fato de bem antes... eu nem estava fazendo o curso ainda, eu fui voluntária do S. E. R. (Serviço Especial de Reabilitação) [...] e foi ai que foi me dando vontade de estar mais presente, eu tinha bastante parente... e foi assim que eu optei por ficar, e ficar para mim era interessante eu gosto mais. (T5)

E podendo se delinear na afirmação de opção e de desejo pela Saúde Mental.

[...] Quando me chamaram, eu disse, eu quero aqui [...] Depois que soube do resultado do concurso daqui, mas assim como demorou um tempo para chamar eu prestei um outro em Florinea eu passei lá. Aí eu fui chamada nos dois. Aí eu optei para ficar aqui. (T5)

Para alguns sujeitos a escolha específica pela saúde mental se define após muitas tentativas de identificação e sempre norteadas pelas necessidades pessoais que limitavam as opções.

[...] eu estava terminando a faculdade e eu falei assim: poxa! Eu não sei o que eu vou fazer agora... para eu sair aqui da cidade eu preciso ter grana... e eu não tenho grana; para eu continuar estudando eu não sei se vai dar, eu preciso trabalhar [...] após a faculdade foi meio complicado... eu tinha urgência de trabalho, de trabalhar, ganhar. Eu precisava disso... eu não tinha assim muito estabelecido o que eu queria, eu ia para a clínica eu ia prestar a prefeitura? Naquela época parecia que eu não vislumbrava muito isso, eu não tinha isso muito claro na minha cabeça. E como tinha essa urgência o primeiro concurso que apareceu eu prestei.[...] uma coisa que não tinha nada a ver com a minha profissão que foi a Secretaria de Segurança Pública. Que eu fui... eu peguei o cargo de escritã de polícia... (risos)... nada a ver comigo...(T1)

[...] Mas eu sempre desde bem pequeno tinha essa idéia, mas seu puder falar um pouco sobre a minha escolha para psiquiatria ela foi um pouco mais complicada. [...] que eu tinha, o que eu achava um pouco melhor era a endocrinologia. [...] de qualquer maneira, a psiquiatria veio mais ou menos como uma salvação para o meu curso. (T6)

O “desvio” inicial da carreira se justificava pela necessidade financeira de subsistência e da possibilidade então de subsidiar a formação profissional escolhida.

[...] Bom, aí que eu fui construindo a minha profissão. Aí que eu fui fazendo cursos. [...]... a formação, aí eu fiz alguns cursos, eu fui atrás de algumas coisas aí eu trabalhei durante 7 anos. Porque aí também eu casei. Aí não deu pra eu... sabe? Aí aconteceram varias outras coisas que me impediram de romper com aquilo que eu estava para realmente eu começar aquilo que eu queria... (T1)

O encontro com a Saúde Mental em alguns casos não é linear e direto. O profissional ao entrar no serviço público transita por setores de atenção que implicam uma atuação diferenciada.

[...] Eu entrei na Prefeitura em 1995, fez 11 anos [...] eu entrei aqui, eu andei um pouco. Eu entrei aqui (na saúde), depois de um tempo

aqui... acho que foi mais ou menos uns 5 anos, eu fui para a Secretaria da Educação. Foi quando houve aquela mudança. Aí veio o novo coordenador, e aí eu disse: “Aí não, eu não quero ficar aqui”. Aí eu fui para a Secretaria da Educação. Aí lá não deu para ficar.... Não tinha nada a ver comigo. Um lugar super difícil de trabalhar [...] fiquei uns dois anos se não me engano. Aí foi quando surgiu a oportunidade de eu voltar para a Saúde, que eu fiquei no Fiúza como Coordenadora naquela época. [...] Eu não cheguei ficar 4 anos lá. Eu saí antes da Gestão terminar.... [...] Eu acho que já vai para 3 anos que eu estou aqui novamente.. (T1)

Para alguns entrevistados o encontro com a saúde mental ocorre por exclusão de outras oportunidades e por prioridades pessoais e não pela escolha da área, pelo menos num primeiro momento.

[...]... Eu já estava trabalhando na Prefeitura quando eu fiz Educação Física.[...] Já trabalhava lá no Paço Municipal, com Finanças. Eu trabalhei um bom tempo com Finanças. Daí acabei indo para a Educação... Para a FAC – Da FAC eu acabei vindo para Saúde. [...]... eu gostava muito da FAC, mas também eu tive uma coisa que eu tive que sair. Como a FAC mudou de local... eu estava grávida, com ameaça de aborto, não podia trabalhar onde tinha escada... então eu fiquei muito tempo de licença... não deu para eu ficar na FAC. Então eu fiz a opção de mudar de lugar, então vim para Saúde. [...] Porque meu filho mudou de escola [...] teve umas mudanças na Educação... Daí eu precisava de uma coisa mais perto da minha casa; e foi aonde eu escolhi o CIAPS, para vir para cá... foi por uma facilidade (A1)

[...] Eu falei isso é um pouco diferente... na época me orientei por fazer psicodinâmica, que poderia sair um pouco fora da idéia de pede exame, vê o que deu no exame, que é do médico, que é uma coisa que eu achava que era o computador que tinha que fazer [...] Então a história é mais ou menos essa, a psiquiatria ela surgiu para mim como algo diferente de uma coisa meio em que oposição, uma coisa que eu não estava vendo como bom. (T6)

Mas após a relação com a instituição e com a saúde mental ter se constituído parece ser possível perceber identificação e desejo pelo trabalho exercido

[...] naquele momento a minha escolha foi por uma facilidade [...] foi... mas hoje se eu precisar sair daqui, eu não quero sair daqui.(A1)



[...] Eu nunca pensei, por tudo que eu fiz, em estar trabalhando em outro lugar. E eu acho que eu fui me definindo para estar aqui.[...] Eu acho que sim. Eu acho que dá para dizer, por um desejo meu! Estou aqui hoje no Ambulatório por um desejo.(T1)

Porém para outros, a relação da escolha profissional inicial e o encontro com a saúde mental, num primeiro momento, são marcadas por uma rejeição explícita.

[...] Eu queria obstetrícia... Mas eu não conseguia ver as mulheres passando dor, saber que era normal, mas eu não podia fazer nada. Para mim, me impossibilitava de algumas coisas e me impedia.[...] “Ah! Eu não consigo”. Acho que isso não dá para mim. Aí eu parei, não quis.. [...] só que quando eu saí da faculdade eu falava “Psiquiatria não” [...] Eu tinha por psiquiatria assim..., eu ia bem na teoria porque eu gostava de estudar o que acontecia com as pessoas, mas como eu fiz estágio em hospital psiquiátrico, aí isso me bloqueou muito porque era “passa, tranca, passa, tranca, passa, tranca” eu falava “Deus me livre!” (T4).

[...] Não foi com intenção... Não foi intenção minha trabalhar na Saúde Mental. [...] No Serviço Social eu sempre quis trabalhar numa prefeitura, mas numa área de Assistência Social mesmo. É... Inclusive no meu estágio na Faculdade eu não aceitei fazer no Hospital Anchieta de Santos. [...] eu acabei a faculdade em 90... Em 89 Era a..., então estava toda aquela revolução [...] Quem fazia estágio lá estava apaixonado! Mas eu não me identificava, tinha muito medo [...]... eu falava “não! Eu não vou dar certo... eu não sei... eu não tenho estrutura para isso...” E eu achava muito bacana que as meninas que estavam, estavam muito envolvidas. (T3)

Mas a busca por um trabalho, as necessidades de vida e a não possibilidade de escolha, acabam por direcionar para o que não era objeto de desejo e identificação inicial, criando um conflito, gerador de angústia, mas desmistificador.

[...] não... Eu prestei o concurso, não tinha especificação pra que, tinha vagas para... Cinco Assistentes Sociais. Quando eu fui chamada.. Me encaminharam para a Secretaria da Saúde... e foi você mesmo que eu fui falar, e aí você falou que estava precisando aqui, na Saúde Mental. [...] E eu vim muito assustada, e... como eu estava precisando muito, muito do dinheiro. Eu falei “Não! Vou encarar, e aí eu cheguei assim... sem saber nada...” (T3).

[...] “Centro Cirúrgico e Psiquiátrico, não!” E os meus primeiros serviços foram esses. O primeiro foi para o Centro cirúrgico, depois eu fui para o Hospital Geral e aí quando... eu passei no concurso da

Prefeitura eu tinha uma escolha. [...] tinham 3 vagas, ou para o Pronto Socorro..., para a Saúde Mental ou eu ia para ser folguista do Pronto Socorro. [...] Então eu escolhi aqui... por horário, que ia me beneficiar [...] Então, eu queria o pronto socorro, mas para o pronto socorro já tinha uma pessoa indicada, senão seria a minha opção. [...] Até porque eu vinha de um Hospital. Então eu tinha um costume para aquilo. Tanto que quando eu entrei aqui foi muito difícil para mim... porque eu ficava sentada, eu não sabia qual era a minha função,... e porque que eu tinha que ficar aqui [...] Eu queria ir para a unidade básica, eu queria fazer alguma coisa que eu achava que fosse mais específico da minha área, porque eu achava que... eu falava: “Não, isso aqui é coisa para psicólogo, não é para mim, nem sei por que tem que ter enfermeiro aqui” (T4).

A “desterritorialização” do novo modelo de trabalho (CAPS) e da identidade profissional tira a segurança que o território normalmente deu aos profissionais, definindo suas ações e papéis profissionais específicos, com funções pré-estabelecidas.

Porém para alguns entrevistados, desmistificar o que era rejeitado e vencer a resistência inicial, permitiu desenvolver condições para a identificação com o trabalho e transformá-lo em gerador de sentidos.

[...] Então, hoje já é bem diferente. Até porque depois, quando eu estava fazendo o curso, fui convidada a ir na Secretaria porque havia uma outra enfermeira que se interessava em vir para cá e eu ir para outro lugar. Aí eu falei “Não. Agora eu não vou”. Até porque eu já tinha buscado investimento e estava gostando de aprender, já estava lidando melhor com esses pacientes. E hoje eu sinto assim, que tem ainda muita coisa para eu poder fazer. (T4)

[...] Com um pouco de medo, mas aí eu fui conhecendo..., fiquei vendo muito tempo... Em observação... Vendo as pessoas... Fui me envolvendo com os pacientes e aí me apaixonei... Assim... Achei que... Nossa! Quanto tempo eu perdi. Por causa de um medo eu deixei de... (T3)

Observa-se que para os entrevistados, o encontro da escolha específica com a saúde mental se deu de diversas formas. Para alguns desde o início era um objetivo inerente à escolha, permeado por identificações e determinado pelo desejo. Para outros esse encontro foi a possibilidade de ressignificação da escolha inicial, e o motivo que permitiu a não ruptura. Em outros casos o percurso não foi linear e a escolha pela área de saúde mental se deu sem ser um objetivo direto, às vezes por acaso, mas também em função da falta de

outras oportunidades ou determinado por prioridades pessoais. Em algumas situações essa relação é determinada inicialmente por uma rejeição e por medo.

A forma diferenciada como esse encontro se deu para cada profissional vai determinar a relação estabelecida com o exercício profissional e seu significado, com a concepção de saúde mental e as práticas desenvolvidas na atenção psicossocial.

No entanto é importante frisar que o repúdio inicial a saúde mental, na visão dos trabalhadores, acontece por desconhecimento e por projeções e identificações negativas, algumas construídas sócio-culturalmente e que o contato com o trabalho e com os usuários possibilitaram desmistificar as rejeições e produzir identificações capazes de gerar gratificação.

### ***3.3-Concepção de Saúde Mental***

A reforma psiquiátrica ao propor a ruptura do modelo psiquiátrico tradicional, definido por práticas manicomiais, centralizada na doença, baseada na racionalidade científica e no reducionismo do indivíduo, pressupôs uma nova concepção sobre a doença mental e as abordagens de intervenção.

Para tanto a proposta psicossocial prevê a implantação de serviços extra-hospitalares que possibilitem o tratamento dos usuários considerando seu cotidiano, seus vínculos familiares e a inclusão social e uma concepção de sofrimento psíquico, que contemple o sujeito que sofre e não a doença, sendo este sujeito minimamente responsável pela definição de seu tratamento e por sua condição.

No processo de análise das entrevistas observou-se que para a maioria dos profissionais existe uma preocupação com a organização dos serviços, com as diretrizes e eixos definidos pelas políticas públicas e com as práticas das ações desempenhadas, porém não apareceram definições sobre as concepções de saúde/saúde mental que pudessem embasar essas ações.

A concepção de saúde/doença como um processo social e histórico inerente à abordagem e a atenção em saúde mental não são citados e o sofrimento psíquico é

interpretado a partir das definições psicopatológicas, típicas dos manuais psiquiátricos, através dos quadros de neurose, psicose, alcoolismo e drogadição. Isso quando não são avaliados a partir de concepções moralistas que pressupõem o sofrimento psíquico como falha de caráter e malandragem.

[...] eu tinha... meu pai era alcoolista, então a gente achava “ah! Isso é malandragem”, não sabia que era uma doença. Que não é porque ele quer que vai ficar bebendo. Não consegue mesmo. (A1)

Ou definem os portadores de sofrimento psíquico como indivíduos constituídos diferentemente da maioria, onde o psíquico de tão exacerbado se sobrepõem e nega o orgânico. A divisão mente/ corpo surge como tentativa de criar uma teoria explicativa que embase a falta de concepção.

Porque eu acho que assim... é um conceito meu [...]... como o psicológico deles já é bem abalado, eles são bem diferentes da gente... porque muitas vezes eles não esquentam com as coisas... se eles tiverem que te falar eles vão te falar...[...] Então eles colocam para fora, eles não guardam. E a gente tem muita crítica sobre isso. Você impede de ver, de falar, de expor seu sentimento para fora e quando você vai guardando você vai adoecendo. Eu acho que a doença é muito do emocional, então por isso que a gente adoeca muito mais do que eles. Como eles acabam tendo esse emocional muito mais exposto, é o ponto crítico deles, eles acabam não contraindo doenças físicas.[...]... por exemplo, o câncer, não tem paciente de saúde mental, aqui, ou que eu conheço que tenha um problema de câncer.(T4)

Na fala de alguns técnicos observa-se uma concepção organicista da doença mental, que aparece relacionada a vários fatores desencadeantes, produtores de sintomas e adoecimentos, físicos e mentais e que consideram o indivíduo a partir de uma cisão do orgânico e do emocional, cuja proposta de intervenção clínica tem como foco à terapêutica medicamentosa.

A tua teoria e a minha teoria não precisam estar certas. Imagina, não passa pela minha cabeça que a falta de serotonina dá depressão.É claro que se artificialmente faltar você vai fazer sintoma depressivo, mas não é só isso. Se faltar hormônio tireoidiano também..... As mulheres em fase de menopausa

também vão ficar deprimidas...[...]... Agora você nunca vai poder negar a linguagem bioquímica, que nós somos seres bioquímicos. O cérebro é uma sopa bioquímica. (T6)

Ele me pôs pra pensar... eu falava “eu não sei se devo fazer busca ativa de um paciente que não vem tomar medicação”. Até porque eu não acredito totalmente na medicação, que faz eles ficarem mais tranquilos, mais calmos. Não! Alguns precisam? Sim. Eles precisam de alguma coisa, mas... Não é só ela eu acho... então eu sempre falava assim: “se você veio é porque não está bem”. Então eu não fazia busca ativa de Haldol decanoato... trabalhar no transporte, passar para pegar eles. E eu falava “Nossa! E a autonomia deles? Como é isso para vocês?” (T4)

Mesmo quando há o reconhecimento de outros determinantes psicodinâmicos na constituição do indivíduo e no sofrimento psíquico este aparece mapeado e “colado” a condição orgânica.

O que acontece é que nunca vai ser possível, por exemplo, para a psiquiatria, negar a existência do inconsciente você pode até dizer como Freud falou, que vai surgir um dia que você vai saber a área cerebral que está o superego, que área cerebral está... Eu acho realmente que a gente não pode fazer confusão entre alma e mente. A mente é uma função do nosso corpo, é uma parte do corpo também, e eu não vejo isso como problema. Nós somos seres biológicos não tem problema nenhum. Só que há muito tempo que a nossa função mental transcendeu a evolução biológica... (T6)

As indefinições de foco nas concepções do sofrimento psíquico acabam inclusive até considerando a doença mental como fruto de uma perturbação externa, não determinada por aspectos sócio-econômicos e culturais, mas por aspectos sobrenaturais.

É interessante isso, uma coisa é dentro da cabeça da gente que trabalha outra coisa é a.. População, ainda mais no sul da Itália, que é aquele negócio o que a Saúde Mental é um problema do Diabo. Até hoje essa idéia é forte. (T6)

Porém a possibilidade de percepção da existência do sofrimento psíquico como fenômeno histórico e social, inerente à convivência grupal, permite considerar esses sujeitos como sujeitos da livre circulação, nem sempre vinculados a diagnósticos e tratamentos.

Mas a primeira coisa que eu gosto, que eu acho importante para mim, é poder dizer para os alunos de enfermagem que eu sou professora, que a Saúde Mental e a Psiquiatria nem sempre é como as pessoas acham que ela é. E que o nosso papel é muito importante junto com os outros e que a gente pode desenvolver umas coisas bem legais, e que a gente pode estar junto, percebendo que não é só no ambiente hospitalar, nem de ambulatório nem de CAPS, o doente mental, ele está em qualquer lugar. No meu vizinho, no meu parente ou dentro da minha casa e eu tenho que saber lidar com ele.  
(T4)

Na fala da maioria dos entrevistados, as concepções sobre a saúde mental não se definem com clareza, e de forma geral elas aparecem desvinculadas ao conceito de doença como processo social. Para alguns ela ainda aparece como desvio de caráter, determinada por fatores orgânicos, com exacerbação do psíquico em detrimento do físico e normalmente vinculada a agressividade, ao descontrole e a periculosidade. Em alguns casos existe o reconhecimento de multideterminações psicodinâmicas na constituição do indivíduo e no sofrimento psíquico e na possibilidade de liberdade e independência dos portadores de sofrimento mental, na inclusão de sua presença e atuação no espaço social.

A luta antimanicomial visou transformar as relações entre loucura e cultura e com isso propiciar condições de dignidade da vida humana, com o pleno direito da cidadania, com acesso ao trabalho, ao lazer, a saúde, a educação e a cultura, com respeito ao indivíduo pelas suas escolhas e incentivo as suas produções.

Para tanto se faz necessárias transformações igualmente profundas nas estruturas econômicas, sociais e políticas da sociedade, tornando-as compatíveis com os valores de justiça, solidariedade, igualdade e liberdade, mas principalmente nas concepções e no lugar técnico/teórico/assistencial da loucura.

No processo social e histórico, o modelo psiquiátrico tradicional desconsidera o sujeito doente e o vê como incapaz, alienado, sem razão e, portanto perigoso.

Ao longo de sua história, todas as sociedades criam determinadas interpretações sobre fatos, pessoas e coisas. Todas procuram dar sentido às coisas e sensações que vêem, experimentam ou temem. Essas interpretações e sentidos se tornam representações coletivas, pois passam a ser, por um processo natural, compartilhadas de uma forma semelhante pelos componentes do grupo social. A psiquiatria contribui muito para que a sociedade entendesse que 'o louco é

perigoso', que ' lugar de louco é no hospício', que 'o doente mental é irracional'[...].(AMARANTE, 2007, p.71).

Em função dessas representações sociais, observou-se que na construção do papel e do exercício profissional, o encontro com a saúde mental e com a loucura se dá num primeiro momento com estranheza e medo.

Na visão de alguns técnicos a concepção de saúde mental aparece vinculada a idéia de agressividade, descontrole, desequilíbrio, perturbação, estranhamento e imprevisibilidade.

[...] Morria de medo. A primeira impressão minha foi terrível. [...] eu tinha medo de ser agredida [...] Eu já vim sabendo que era para a Saúde Mental. [...]... sempre ouvia falar... Ah! Hospital Psiquiátrico, aí eu cheguei foi um impacto era diferente, tinha um pessoal super... mais agressivo, porque hoje parece que a gente não tem tanto contato, que antes era uma sala e eles chegavam até a mesa da gente, então estando agitado ou não acabavam chegando pertinho da gente. Daí foi bem complicado, o médico conversou comigo, os psicólogos me ajudaram também e aí foi caminhando. (A1)

Essa relação se estabelece pelo imaginário social da loucura e pelas concepções existentes de desvio e anormalidade e principalmente por um distanciamento gerado pelo medo, que reforça a idéia da diferença e, portanto da rejeição.

Na fala dos entrevistados se constata que esse medo faz parte de uma representação social e particular de alguns, e que de fato não é que os usuários fossem agressivos, mas que havia um preconceito, e que a aproximação e a relação com a loucura, ao destituir as defesas permitiu um novo olhar e uma nova concepção.

[...] E eu assustei muito, muito... [...] É... antigamente louco era visto assim... E eu cresci assim... vendo assim... Que eles batiam, que eles judiavam da gente, eles faziam coisas que não mediam conseqüências... [...]... Minha mãe contava que meu pai foi internado no Hospital Espírita por causa da bebida. Que ele ficou louco, ficou correndo... (T3)

A visão infantil e histórica da loucura como desrazão, agressão e descontrole, é reforçada pela existência e ideologia do modelo manicomial, que tem no hospital psiquiátrico seu mais fiel representante de exclusão e segregação social.

[...]... quando eu vim para cá, era aquela coisa, era o emprego que eu tinha, foi o emprego que eu consegui e tal meio disponível..., mas a principio acho que me assustou..., que até então, na época da faculdade a gente não tinha tanto contato com a saúde mental. Não tinha estágio na Saúde Mental Pública. Eu fui fazer algum estagio no Centro de Saúde, mas foi uma coisa muito rápida, de observação, uma coisa assim..., não foi esse contato que eu acabei tendo após a formação acadêmica. (T2)

Essa relação de medo se dá muitas vezes por despreparo dos técnicos, que citam as deficiências da formação e a inexperiência como fatores responsáveis por essas dificuldades.

[...] Eu acho que lidar..., uma coisa é o que você vê na teoria... e a prática em si; acho que o começo foi..., difícil. Porque tinha uns casos que até então eu não tinha visto assim, casos de psicoses mais graves..., porque o atendimento que eu tinha até então eram de casos mais leves... (T2)

Existe uma percepção de que o sofrimento psíquico pode se manifestar de diversas formas e em diferentes graus de intensidade e gravidade e que o exercício profissional na saúde mental requer um preparo técnico que possibilite a capacitação para atuar com patologias complexas e dinâmicas. Inclusive como condição para se enfrentar o medo.

[...] Olha, o medo demorou, acho que uns... 3 a 5 meses o medo ainda ficou.. que foi aos poucos... o serviço foi rapidinho... papelada, essas coisas, rapidinho... Mas tem que ter muita paciência!! Mas eu sou meio complicada... que eu sou muito estopim curto (risos), então.... hoje eu já sou... já melhorei bastante... mas é complicado, então, o paciente... a gente não quer entender muito o lado dele, tem dia em que você esta meio estourada, acontece alguma coisa em casa, a gente não consegue separar. Ah! Tem que separar o serviço da casa, mas você acaba não separando. Aí o primeiro que chega, principalmente drogaditos. Chegou... (A1)



[...] falei...”ai meu Deus... logo o estágio que eu não fiz, né? Nossa! O que é Isso???” (T3).

Para alguns profissionais o desconhecimento sobre os determinantes do sofrimento psíquico e a ideologia de periculosidade da loucura parece impregnar as relações e contatos iniciais com os usuários do serviço de saúde mental.

[...]... eu achava que eles chegavam já ia chegando batendo, agredindo, era por nada. Não achava que fosse uma coisa que estava sem medicação, que fosse ficando agitado [...] Olha! O meu pai nunca foi agressivo. Ele era na dele. Ele era ruim para ele mesmo. [...]... Acho que é mais pelo que a gente ouvia mesmo... doente mental fica aquela coisa que... de outro mundo, que vai chegar batendo, que vai chegar agredindo, então... (A1)

[...]... e louco, na época que eu era pequena, era assim... Uma pessoa agressiva, uma pessoa que eles pintavam assim para a gente ficar com uma pessoa... “escapou, um louco!” Então, a gente ficava tudo dentro de casa, com medo. Quando eu passava pela rua do hospital e tinha algum na janela, às vezes... Talvez nem fossem os doentes... Eu ficava com muito medo deles estarem me olhando assim e eu ficava... Nem olhava, corria deles, eu tinha um medo, uma relação...! O louco para mim era uma pessoa agressiva... (T3)

Mesmo sem conhecimento e experiência, na saúde mental e no serviço público, alguns técnicos afirmam que a relação com a loucura nunca assustou. Sobre o primeiro contato vivenciado na relação institucional, afirma que:

[...] Nenhuma..(experiência). Nem do público, nem do psicótico, nem de nada. [...] E no meu segundo dia, uma pessoa em surto quebrou o vidro da porta. E eu me lembro que todos correram e depois de 8 anos de formada, nunca tinha visto ninguém quebrar nenhum vidro, muito menos ter um surto! A minha população de consultório era uma população absolutamente com um sofrimento muito mais organizado. E aí eu me lembro que as pessoas saíram correndo... E a mão dela sangrava muito e eu não sabia se eu saía correndo ou se eu acudia a pessoas. Aí, me lembro que falei pra ela: “Puxa, você se machucou.. Olha o sangue...”. Aí, ela se acalmou e falou pra mim: “Cuida de mim?” Aí eu fui e cuidei... E desde aquele dia eu penso que eu gosto muito do que eu faço a nível público. (C1)

Para alguns entrevistados a concepção de doença mental vinculada ao medo e a periculosidade não parecem determinar a relação estabelecida com a saúde mental.

[...] Nunca na minha vida, pelo contrário... Eu me sentia atraída e isso não só lá dentro do trabalho, mas fora dele também. [...] Pelo contrário, me fazia chegar perto, me estimulava. (C1)

[...] Não, o susto inicial foi mesmo com a imagem que eu fiquei do local. No primeiro dia foi muito bom. Eu gostei. Bem diferente do que eu imaginava, aí eu fui ficando... (T5)

A construção da proximidade, do contato e da experiência, possibilita desmistificar os medos e rever conceitos.

[...] Olha! Eu acho que é porque eu tinha mais medo. Hoje eu não tenho tanto. (A1)

[...] Aí eu passei a ver diferente. Eu passei a ver que o doente mental ele não é doente sempre... Ele tem um surto... Que você tem que tomar certos cuidados... Tem que... Tentar medicar... Conversar... Orientar... Mas assim, naquele momento... Claro que você não pode bobear... Tem que tomar cuidado para o que ele pode fazer com ele e com as outras pessoas. Mas não é uma coisa que é do jeito que as pessoas vêem (T3)

A mudança de percepção parece fundamental para superar a associação da doença mental com a periculosidade, presente no imaginário social e responsável pelo medo e rejeição dos familiares, da sociedade e inclusive dos técnicos. Para os profissionais a superação do medo e a proximidade com os usuários permite construir uma nova concepção sobre o sofrimento psíquico que respalde e embasem práticas mais inclusivas e possibilite uma nova perspectiva para o indivíduo que sofre.

Ao se referir à importância da desinstitucionalização nas ações e políticas de saúde mental, ROTELLI (1990), propõe que o trabalho terapêutico objetive a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem como sujeitos.

A proposta não é resolver, nem curar, mas cuidar. Ao se descartar a solução de cura descobre-se que cuidar significa ocupar-se aqui e agora, e possibilitar que se transforme os modos de sentir, de viver, e o sofrimento do paciente, e que ao mesmo tempo se possa transformar sua vida concreta e cotidiana, que alimenta esse sofrimento.

Observou-se nessa análise, que, na fala da maioria dos entrevistados aparece direta ou indiretamente à escolha e ao exercício profissional o desejo e a preocupação com a condição do cuidado, com a assistência ao indivíduo.

[...] Essa coisa dos afetos, essa coisa da dar atenção ao outro, essa coisa... Sei lá. (C1)

A relação de cuidado parece demonstrar uma atenção, um bom trato e dedicação a quem se elege como objeto de importância.

[...] Não sei, eu acho que eu sempre tive uma coisa muito..., quando fala de animais, que eu desde pequena sempre fui muito ligada a isso..., é só ver essa minha catação de gatos... mas assim, acho que é essa coisa do cuidado mesmo... que de animal passou para a idéia de gente, então eu não sei... acho que foi uma coisa que veio sendo construído mesmo. (T2)

[...] Por que é uma área de que eu gosto, os cuidados assim, além do cuidado de pessoa para pessoa eu gosto de estar envolvendo as pessoas [...] É que assim, eu gostava de fazer isso, esses cuidados... (T5)

Aparece também na relação de cuidado o sentido de dedicação e de envolvimento com o outro, com seus sofrimentos e com sua vida. A atitude de cuidar desencadeia preocupação e responsabilidades com a pessoa cuidada.

[...] Na realidade... Eu não tenho muita técnica... Eu tinha muito... Carinho, atenção... E eu passei até a respeitar a mim mesma assim... Porque eu sabia que eu estava dando certo... [...] Desde pequena eu sempre dei comida, eu sempre escovei o dente, sempre fiz a barba... dava banho.(se referindo ao pai) Ele tinha uma relação bem gostosa comigo... [...]... e a Saúde Mental... A minha mãe também... era... depressiva... era carente demais [...] Então eu procuro sempre trabalhar assim... vendo a pessoa como a mim mesma. Por exemplo, quando eu vou atender alguém, eu vou... conversar com alguém, eu vou fazer alguma coisa, eu faço como se estivesse do outro lado...[...]... como se a minha mãe estivesse ali precisando daquele atendimento...[...] então eu tento esclarecer muito bem é... sempre lembrando as pessoas dos direitos. Que não é... que não é favor... (T3)

Para alguns técnicos, principalmente aqueles cuja formação pressupõem um enfoque orgânico, os cuidados parecem a priori se relacionar à assistência e a atenção com o físico e assumem o sentido de curar, de tratar.

[...] Eu achava que não! Porque eu achava que o cuidado era só fazer uma... um curativo era ficar em pé correndo o dia inteiro, porque eu vinha dessa rotina, de um hospital que eu andava o dia inteiro, planejamento, sistematização... Então quando eu sentei aqui, parecia que eu não fazia nada... (T4)

Observa-se que para alguns profissionais existe, uma reflexão de se estar preso ao modelo médico tradicional e uma percepção que este não contempla os cuidados na atenção oferecida, tanto no campo médico como na saúde mental.

[...]... a obstetrícia a gente acabava assim, dependendo do modelo médico... Então você via muita coisa errada, você via coisas que poderiam ser resolvidas imediatamente, mas que não dependiam de você. E..., você não poder fazer nada, sentir as mãos atadas e tendo que ver a pessoa com dor e muitas vezes só dizer o que para ela? “É normal, isso é... normal”. E quando você vai para a psiquiatria é quase a mesma coisa. Porque quando eu entrei, eu também, me sentia assim..., atada, eu falava: “vê, mas parece que eu não posso fazer nada (T4)”.

O desejo de cuidar e interagir com o outro, e a ampliação do sentido do cuidado, vão orientando as buscas específicas das áreas na escolha profissional e trazem angústias iniciais na construção desse papel.

[...] É... eu falava “eu não vou poder fazer nada”... porque daí eu não conhecia, por exemplo, a área da psicologia. Então eu já tinha o médico, o psicólogo e eu. E que eu não consegui entender como que eu ia lidar com essa situação aqui dentro, dentro da minha profissão de enfermagem. Como que era isso?(T4)

Mas, no entanto, o que parece orientar o eixo de construção do papel profissional e de realização pessoal é o desejo de cuidar.

[...] De cuidar..., de cuidar do indivíduo, do outro, do seu companheiro, de quem está do lado, de saber se ele está bem, não

está bem, de como você vai vivenciar isso, de como você vai lidar isso com ela (T4).

Em alguns casos o cuidado não aparece diretamente ligado ao exercício cotidiano profissional, como condição necessária à priori, principalmente para aqueles que exercem uma função administrativa. Mas acaba se impondo como condição fundamental nas relações de equipe, por estar inserida num programa de saúde mental e por fazer parte do cotidiano institucional.

[...] Olha, é a porta de entrada dali..., o paciente chega, vai ter que explicar tem que ver..., se não conseguir ver como o paciente está, conversar com o psicólogo, falar, saber... porque você pega eles ali do nada... qualquer coisa que você falar meio errada eles explodem... (A1)

Apenas no discurso médico a condição do cuidado não parece determinar a escolha pela profissão. A percepção do sofrimento psíquico como multideterminado, mesmo com a predominância de uma concepção organicista, parece permitir uma tentativa de construção de sentidos que não se pautem apenas pelo orgânico, mas que considere o sujeito, dentro de um processo social e histórico. Para tanto se observa uma necessidade de investimento que se inicia pelo questionamento da existência.

[...] Quando eu voltei, eu iniciei o 4º ano com a psiquiatria e ia ter..., um pouco por alívio e um pouco porque é diferente mesmo das outras áreas da medicina e eu me achei, com um pouco mais de desejo de fazer as coisas e comecei a estudar muito a parte de filosofia, eu comecei a estudar Jasper, que o Jasper trabalha um pouquinho com fenomenologia, que também é muito do Rousseau, que é filosofia, mas trabalho muito com Sartre, a psicologia existencialista, que é o que estava na verdade ainda começando, tal. O Sartre mesmo não falava disso, mas que era um movimento muito forte na Europa Central e aí eu gostei daquilo. (T6)

Porém no contato com o indivíduo a relação de cuidado continua sendo pautada por um enfoque organicista e tendo por intermediação apenas a medicação. As avaliações sobre o exercício profissional da categoria, inclusive considerando as críticas e desvalorizações da psiquiatria dentro da própria classe médica, se embasam e se limitam as eficácias medicamentosas, na efetividade ou não da ação bioquímica.

[...] Mas quando eu estava fazendo a faculdade era muito pior (o preconceito com a psiquiatria na medicina), porque independente da gente ainda estar na pré-história da psiquiatria, do ponto de vista farmacológico... aí depois tem a história da questão mercadológica, de 85 para trás não tinha nada. Tinha a Imipramina, Diazepan, Tofranil, Haldol que são coisas que a gente ainda usa aqui porque não tem acesso a coisa melhor a toda hora..., não tinha nada que presta. Tinha pouca medicação e todo preconceito que a população em geral e que o meio médico tinha contra a psiquiatria tinha um fundamento. Não se tinha muito que fazer, não por... muito por culpa dos psiquiatras... mas não tinha o que fazer. Era uma coisa meio idade da pedra. Porque você dava remédio que dava muito efeito colateral. (T6)

A concepção explicitada acima também aponta um outro fator, que é a importância da técnica. Na fala de alguns profissionais a técnica também aparece como instrumento para viabilizar a relação de contato com os usuários da saúde mental, além da medicação.

[...] Porque a medicina ela é muito preocupada com o desenvolvimento de técnica, mais que em teoria. Porque a teoria a gente tem que aceitar. Toda a teoria é datada; ela tem data. Ela tem prazo de validade, é normal. Porque se não tiver é porque ninguém mais está estudando. Aí a teoria morreu, faz parte da história. Então a gente na medicina se preocupou muito com técnica, então é a técnica de entrevista, é a técnica de diagnóstico. É a classificação de diagnóstico que está vivendo uma época negra. E qual é o tipo de medicamento que vai usar e por que. (T6)

Apesar das críticas sobre o distanciamento da escuta clínica e dos cuidados na relação estabelecida com a atenção em saúde mental é destacada a importância da ciência sob o enfoque da mensuração, valorizando o quantitativo em detrimento do qualitativo. Essa visão parece não contemplar o cuidado no sentido que se pretende considerá-lo.

[...] E as técnicas psicoterapêuticas, que a psiquiatria parece estar cada vez se distanciando um pouco mais, só que da errada de fazer. Por que de certo tempo para cá, começaram a fazer estudos quantitativos em psicologia e isso é muito importante porque os estudos desde a época de Freud, os estudos de psicologia, eram muito estudos qualitativos, e que não são muito bons do ponto de vista de ciência mesmo. (T6)

É importante nesse estudo, entendermos fenomenologicamente de que maneira o cuidado se insere em nossa consciência, se mostra em nossa experiência e pode moldar as nossas práticas.

O cuidado parece possuir uma dimensão ontológica da constituição do ser humano e, portanto se não nos basearmos no cuidado, não poderemos compreender o ser humano e suas relações. A natureza do cuidado pode incluir duas significações. A primeira significa atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro e a segunda de preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade, pois a pessoa que tem cuidado se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro.

O cuidado sempre acompanha o ser humano porque este nunca deixará de amar e de desvelar por alguém (primeiro sentido), nem deixará de se preocupar e de se inquietar pela pessoa amada (segundo sentido). Se assim não fora, não se sentirá envolvido com ela e mostraria negligência e incúria por sua vida e destino. No limite, revelaria indiferença que é a morte do amor e do cuidado.(Boff, 1999, p.92).

O autor revela uma condição inerente à proposta psicossocial que é pautada pelo envolvimento, atenção, preocupação e responsabilização, contempladas na ação de cuidar e enfatiza que a ausência do cuidado gera a indiferença e a morte, aspectos comuns presentes no modelo manicomial.

### ***3.4-O lugar da loucura***

A relação manicomial sempre foi pautada pelo abandono e pela desesperança. O descaso com a saúde mental, histórico, político e social sempre estiveram presentes na cultura de exclusão, física e territorial, na distância dos lugares definidos para tratamento e na falta de investimento em políticas públicas, em capacitações e manutenção dos serviços.

Como afirma AMARANTE (1994), o aparato manicomial se exercita no isolamento e é o conjunto de olhares, gestos e atitudes que fundam limites, intolerâncias e diferenças.

Observa-se na fala dos trabalhadores a presença desses significantes através do relato da sensação de impacto com o lugar da loucura e da percepção da história manicomial daquela instituição, que apesar de anteceder o CAPS, ainda impregna o imaginário e a história profissional desses trabalhadores.

[...] Fiquei um pouco assustada, não com as pessoas, mas com o lugar. (T5)

Apesar de ser um técnico contratado a pouco mais de quatro anos, e já ter encontrado o prédio muito melhorado desde o início de seu funcionamento, o profissional relata a sensação de impacto com a estrutura e o aspecto nada ideal do lugar. A conotação de feiúra parece revelar a percepção de descaso e a falta de investimento dos gestores com a saúde mental. Mas o que se destaca em sua fala, é que inclusive há quatro anos atrás, ainda se fazia referência à unidade de saúde mental do município, como sendo um hospital psiquiátrico.

[...] Quando me disseram que eu viria pra cá ela falou: “tem o Fiúza e tem o tal do CIAPS”, mas o CIAPS ficou meio perdido e aí ela falou: “lá funciona meio como hospital”, e eu já tinha entrado aqui antes da reforma, me ficou aquela visão. Entrei, aquilo ficou, me marcou, era muito feio. Eu ficava pensando, bom vai ser daquele jeito, Mas eu falei não é o que eu quero, e quando eu cheguei vi que não era aquilo. (T5)

A estrutura física atual do prédio, onde funciona o Programa de Saúde Mental/CAPS e Ambulatório, foi reformado e relativamente melhorado em 2002, por ocasião da oficialização do CAPS.

Apesar da melhoria propiciada pela reforma o prédio ainda preserva sua estrutura hospitalar, fruto do projeto arquitetônico inicial, e a localização, distante do centro da cidade, que não favorece o acesso aos usuários.

Porém até a data dessa reforma as instalações eram muito mais precárias, com aspecto de abandono e aparência muito feia. Nenhuma administração anterior havia investido sequer na sua manutenção. Era comum a convivência com vidros quebrados, pintura descascada, goteiras, e falta de iluminação em alguns lugares, seja por lâmpadas queimadas, fiação elétrica comprometida ou infiltrações de água pelas goteiras.



Muitos profissionais que trabalham lá há pelo menos dezesseis anos, tem lembranças de uma época que a rua não era asfaltada e que quando chovia o prédio inundava, os serviços tinham que ser suspensos e os usuários dispensados.

[...] Então eu fazia 4 sessões de análise, e eu lembro que na minha entrevista que foi feita para eu entrar nesse concurso, me perguntaram isso: “Você tem consultório, faz 4 sessões semanais. Você tem um Mercedes e vai entrar com o seu Mercedes num lugar onde nem fusca anda. Porque naquela época, lá não tinha nem asfalto. Então a gente atolava carro, era uma coisa medonha! (C1)”.

A desvalorização dos serviços públicos e a idealização dos privados sempre impregnaram o imaginário pessoal e social. O exercício profissional nos consultórios particulares aparece vinculado a representação de sucesso profissional, atrelado a conquistas de bens materiais e de um convívio com uma clientela diferenciada, financeiramente e que busca desenvolvimento pessoal nos processos terapêuticos. Já a instituição pública, é definida como o depositário da loucura, associada à pobreza, a gravidade e complexidade das problemáticas psíquicas e sociais, ao abandono e a desvalorização profissional de seus técnicos.

[...] Tentei buscar para poder lidar com isso. E..., então assim, a princípio foi e..., aqui também é um horror, uma coisa largada, um fim de mundo, que pelo amor de Deus, você chegava aqui e falava “é coisa de louco” (T2).

Esse contexto de representação social e pessoal da loucura, de abandono, de descaso e de falta de investimento parece impregnar as relações de trabalho dos técnicos com a saúde mental e com a instituição.

### **3.5-Formação**

Na história da construção da atenção à saúde mental do município, vários profissionais figuram como atores sociais dessa trajetória, tendo vivenciado as lutas

político-técnicas empenhadas na mudança, planejamento e desempenho de ações compromissadas com projetos de atenção em saúde mental de qualidade e eficácia.

Portanto a grande maioria dos entrevistados tem uma relação de permanência na instituição relativamente longa, com uma média de tempo de doze anos. Entraram por concurso público municipal, para atuarem na época, no Ambulatório de Saúde Mental. Esses profissionais inclusive vivenciaram as mudanças institucionais no programa de saúde mental e foram co-participantes da implantação do CAPS, bem como passaram por pelo menos três alternâncias de gestão administrativa.

Sobre o tempo de trabalho na instituição, os profissionais afirmam que:

Na Saúde?... Vai fazer 12 anos em agosto. (A1)

Entrei em 1995. Fez 11 anos (T1)

Estou há 12 anos, vai fazer 13 anos..., né? É! Vai fazer 14 anos que eu me formei e 13 anos que eu estou aqui. (T2)

Eu me formei em 1991, fiquei um ano sem trabalhar, 92 estava em...(na cidade). Fiz concurso... é em 93... Foi por ai... 10 anos... 11 anos. (T3)

Para alguns profissionais a relação com a instituição não foi uma constante. Ela foi permeada por mudanças na trajetória profissional, geradoras de rupturas e retornos.

Eu fiquei de 95 a 2002... saí... e volto no final de 2005 (T6)

Eu me formei em 1991. Entrei na prefeitura em 1989... fiquei até 1993 quando pedi demissão e retornei à saúde pública em 2000... (C1)

Para a minoria dos profissionais a relação de trabalho com a instituição é mais recente, e o vínculo aconteceu após a mudança de programa, com o CAPS já oficializado.

Foi em 2003. (Estou aqui) há 3 anos... na Prefeitura há 3 anos (T4)

Entrei em 2002. Faz 4 anos. (T5)

A formação universitária aparece como alvo de críticas por parte dos profissionais da saúde, ao alegarem que a graduação não proporciona um conhecimento suficiente para subsidiar as ações de saúde e de saúde mental coletiva. A graduação prepara o profissional muitas vezes para o atendimento privado com enfoque dual, não proporcionando uma visão do grupal e do social.

Porque os outros cursos assim..., porque a minha busca teórica... Não me levou a isso... A essa construção Psicossocial... Naquela época não! Hoje sim, hoje se fala muito, hoje a proposta é essa. A temática é essa.(T1)

Então isso já foi um passo bem grande para mim, porque eu não tive isso, na minha formação. Eu não sabia o que era reforma psiquiátrica, e eu não sou velha de formada, nunca foi passado isso para mim, nem noção, nada... Teoricamente não; psicossocial então, imagina! Isso foi caindo agora. E aí eu comecei a estudar, comecei a ler porque eu não sabia o que era a Saúde Mental, eu estava num lugar que eu tinha vivenciado... internar, conter, medicar... e aí eu vim para um campo que os pacientes eram tranquilos, os pacientes estavam... calmos e que eu também não sabia o que fazer com eles (T4)

Para o trabalhador de saúde mental, a formação profissional e a avaliação sobre a atuação técnica, aparecem como fatores preponderantes na fala de quase todos entrevistados. Participação em Congressos, cursos específicos, capacitação em psicoterapias e especializações na área de saúde mental aparecem como subsídios imprescindíveis para a atuação profissional, bem como a necessidade de supervisão e avaliação na área. Porém, quase todos os investimentos são particulares.

Eu fiz Psicodrama, eu fiz também um Curso sobre atendimento infantil. Eu fiz um curso de 2 anos com a S... que foi na área de Psicopatologia. Aí eu fiz outros cursos, encontros, sabe? Na faculdade teve semana de Psicologia, com temas atuais sabe? Eu não desliguei mesmo, eu fui procurando. (T1)

Então assim... busquei fazer alguns cursos, participava de grupos de estudo. Fiz o Grupo de Psicanálise aqui, Fiz um tempo em [...] Mas eu não tive tanto. Então, quando eu vim para o serviço eu... me preocupou em como lidar, como atender, aí você vai buscar supervisão, você vai buscando as coisas para tentar... Subsidiar. T2)

Quando eu comecei no terceiro ano de faculdade eu fui fazer terapia [...] O Dr. C..., junto com Dr. A... e Dr. D..., (na época eles eram ambos, respectivos chefes do Departamento da faculdade de Medicina), eles estavam organizando um curso chamado Curso de Higiene Mental... penso que hoje é o que se chama... Especialização, e aí tinha um lado teórico e um prático. O lado prático era a gente atender lá no Hospital das Clínicas...[...]... eu tive muita sorte de ter encontrado essas pessoas, eu devo a elas a minha gratidão eterna... porque eu aprendi muito com elas.[...] Eu fazia terapia, aí tinha o Grupo de Estudos de adolescentes; o Curso de Psicomotricidade. [...] Eu tinha muita fome de estudar. Então no meu quinto ano eu continuava lá. Um ano depois de formada, eu ia para três vezes por semana... eu trabalhava lá, eu só não ganhava. E durante muitos anos eu continuei indo. Eu posso dizer assim... foram uns dez anos de minha vida. (C1)

Às vezes a procura por investimento e desenvolvimento profissionais não condiz necessariamente com a qualificação para subsidiar as ações de saúde mental e saúde coletiva no serviço público.

Era o meu sonho, aliás, eu penso que ainda seja hoje o meu sonho; poder ter uma formação melhor do que eu estou tendo agora. Que formação é essa? De eu poder voltar para análise, quatro vezes semanais, porque eu me benefico muito com a análise; voltar para um estudo sistematizado e voltar para grupo de estudo, que eu acredito que é o tripé da boa formação para mim e estou sem isso sistematicamente falando e, isso tem no Instituto de Psicanálise, que é onde pessoas que eu tenho muito respeito e admiração estão envolvidas, e eu tinha uma condição financeira possível de ter isso.(C1)

De certa forma o referencial teórico utilizado na formação específica e a experiência prática e profissional se baseiam exclusivamente no exercício do modelo privado, de atendimento em consultório.

Então eu dizia que era uma coisa nova, que eu me sentia muito sozinha no consultório. Eu me sentia muito sem conversar com as pessoas e eu achava que tinha descoberto que ali, descoberto aonde? No meu contato com a saúde pública dali. Eu achava que ali tinha coisas que no consultório nunca ia ter. E eu estava coberta de razão porque ali era uma escola, estar na saúde. (C1)

E é essa prática e experiência que são transpostas para o atendimento público. As ausências de capacitações e de formação na Saúde Mental Coletiva possibilitam como único recurso para lidar com o que é desconhecido, a repetição do modelo privado.

Mas, preciso dizer que o meu trabalho lá (na saúde pública), de 89 até sei lá eu quanto tempo eu fiquei lá, uns três ou quatro anos, foram atendimento extensivos de consultório. Então eu pus lá o divã que era da fisioterapia e estava jogado... Eu pus o divã na minha sala... Eu pus uma porção de violetas... só faltei por um porta-retrato. Entendeu? Atendia o paciente a cada meia hora e achava que estava abafando. Modelo psicanalítico clínico privado. Era meu consultório ali.(C1)

As políticas públicas e a prática cotidiana institucional impõem uma busca por capacitação em técnicas de atendimento, principalmente para os dependentes químicos e psicoterapia grupal, em função de uma demanda crescente, direcionando a busca de formação específica.

Olha! Eu só fiz tudo que foi assim... Oferecido para a gente aqui de cursos... de tudo eu fiz... A única coisa que eu não fiz foi para alcoolismo... Que eu não me identifico muito com alcoolismo mesmo assim... Até atendo bem, converso... Boto para cima, tento conversar bastante, mas não é a minha praia, falar que eu invisto... que eu tenho... não, não sei... É uma falha grande, mas eu não consigo... Mas eu fiz aqui... Li tudo o que eu tinha que ler... (T3)

E aí assim até o dia que alguém chegou e falou “Olha, precisa atender em grupo, tem que atender em grupo”. “Não vou.... Porque tenho que atender em grupo?”. Até que o bicho pegou e aí sim fomos ver que era uma coisa que preconizava na saúde... e montamos um grupo de estudos com a I... Aqui. Eram umas dez pessoas, talvez durante um ano e meio... dois. Nós estudávamos mensalmente, um sábado o dia inteiro e um domingo pela manhã... grupos! Aí, chegou no ambulatório uma psiquiatra... e ela já tinha experiência com grupo e ela era muito afetiva. Eu fui aprender com ela. Nós duas... porque tinha um esquema assim: o psicólogo fazia o grupo e o médico passava para medicar. E ela disse que ela não queria fazer isso; que ela queria ficar no grupo o tempo todo. Então... foi maravilhoso poder fazer um grupo pra pessoas psicóticas, em surto. (C1)

A busca por um investimento teórico e uma capacitação acontece com o objetivo de referendar a identidade e o papel profissional e quando acontece é após muita insistência e procura de subsídios na área de saúde mental.

A minha busca foi saber o papel do enfermeiro. Aí eu fui buscando até quando eu vim da semana do Congresso eu recebi um folder de especialização que ia ter [...] Era uma Especialização em saúde Mental, multiprofissionais.[...] Terminei em Julho do ano passado. Foi um ano, um ano..., toda sexta feira (T4)

Eu entrei com dezessete anos na faculdade, adiamento de incorporação, aí quando eu me formei em 89 eu tinha vinte e quatro anos. Aí eu prestei a pós para residência em psiquiatria. Fui aprovado, eu ia fazer a psiquiatria. Fui pedir novo adiamento de incorporação. Aí me foi proposto uma coisa diferente, me falaram o seguinte “nós temos poucos psiquiatras no exército. Nós temos interesse em você. Se você quiser tem uma vaga de residência... [...]... no Hospital da Marinha, que é o Pínel. Na minha idéia eu pensei. Eu já mato esse problema do exercito e fico lá, por conta, faço residência. O salário do exercito é melhor que os vencimentos da residência médica, eu vou me dar bem. (T6)”.

Porém as demandas pessoais e as interferências familiares incitaram uma mudança na direção da trajetória escolhida.

Porque quando eu fui para o Rio eu fiz a residência em psiquiatria, e fiz a academia militar para ser..., você pode chegar até coronel. Eu tinha que cumprir o serviço em algum lugar, ou eu ia para algum quartel ou eu ia estudar. Eu preferi estudar, era melhor para mim. Só que o que acontece? O emprego público, no exercito é muito bom. Ele paga o dobro do que pagam para a gente aqui e o coronel chega para você e fala de “quanto tempo você precisa? Essa sala está boa? O que tem que fazer na sala, quebrar...? Poe divã? Ta, ta ai. Quanto você precisa, uma hora por atendimento?” Esse emprego é o que eu quero..[...] (em função de problemas familiares) E aí eu larguei o Exército porque se não eu ia ter esse emprego publico do exercito até hoje. Que é muito legal... Eu fiquei seis anos ao todo (T6)

Reorientando as propostas de ação objetivadas na formação.

Eu estava muito voltado para a área de Psicoterapia só que depois que fiquei... Fiquei dois anos em quartel. Porque é obrigado ficar

enquartelado dois anos. [...] eu era médico do quartel. Eu fazia plantão no Hospital no final de semana. Foram dois anos que eu fiz clínica médica. Clínico, Pronto Socorro. (T6)

Ainda que a formação possa ter contemplado um eixo teórico clínico-psicodinâmico, que abordasse a dinâmica psíquica, o encontro e o investimento farmacológico parecem ser inevitáveis. E essa dualidade no enfoque de ação, psicoterapia versus farmacologia parecem acompanhar tanto o que fundamenta a concepção de sofrimento psíquico como as ações desempenhadas no exercício profissional.

Não, dos dois anos de quartel eu não fiz psiquiatria... [...] Aquele tempo de quartel foi o tempo que eu me afastei da psicoterapia, comecei a estudar farmácia, na época importante, surgiu o PROZAC, surgiu uma série de medicamentos que é o que a gente usa hoje e eu comecei a estudar isso e aí vou para São Paulo, o posto que eu assumi era de coronel. Chefiava a psiquiatria da região militar do Estado... Ai eu começo a estudar mais psiquiatria, mais do que inclusive na época da residência [...]... e aí nessa época que eu comecei a trabalhar mesmo como psiquiatra. Dava aula de psiquiatria para recém formado que vinha fazer o serviço militar inicial. [...]... então eu dava aula de psicopatologia para eles, então foi muito bom porque eu estudei bastante, e eu atendia e por isso que eu falei, eu tinha divã no consultório, era uma hora por paciente era uma coisa maravilhosa de trabalhar, num serviço público. Bom, era melhor que o particular. (T6)

A busca pessoal por um desenvolvimento profissional após a graduação, quase sempre subsidiado por recursos particulares e próprios, é difícil, lento e nem sempre é possível.

Não. Na realidade eu até... gostaria de ter feito... mas assim... como a minha vida é um pouquinho diferente das demais pessoas... eu vim trabalhar também, não só porque eu precisava do dinheiro, mas porque eu gostava mesmo...[...] faltou... até um pouco de boa vontade minha talvez... sabe? [...]... eu já tenho uma família muito pequena então... ficar longe fazendo curso.....[...]... eu sempre tentei assim... ler bastante, eu leio muito... tento me atualizar com outras coisas... não fico perdendo muito tempo assim...[...] palestras, sempre que tinham coisas do Serviço Social eu ia... Pagava do meu bolso, não tinha problemas... mas eram muito poucos investimentos pessoais assim... para não ficar assim... achando que... eu estou... também não queria ficar por fora da profissão. (T3)

O tempo que eu fiquei afastada, entre aspas, eu... esses cursos que eu fiz, sempre foi assim a nível clínico né?... Eu nunca fiz uma busca, por exemplo, para trabalhar na área de industria, não foi uma coisa assim... nunca me chamou a atenção... Na (Secretaria da) Educação, eu fiquei um tempo lá, e acabei... indo para lá porque tem muito a ver com a parte clínica também, né? Com a parte de construir, com a parte um pouco teórica também, daquilo que eu estava vivendo naquele momento, tal, então eu acho que tudo o que eu... tudo o que eu vivi, e tudo o que eu participei, a nível de cursos, tudo o que eu montei a nível de currículo, me deu esse gancho para estar trabalhando onde eu estou hoje, né? (T1)

Para alguns existe a percepção de que além da construção de teorias e conceitos é necessária a existência de um projeto que embase uma ética e uma prática na atenção à saúde mental..

Mas nessa época, eu penso que já fui apresentada assim, para pessoas afins à questão teórica da saúde pública. Então essa possibilidade... de estudar algumas coisas...[...] Então eu descobri naquela época, que não bastava boa vontade, mas que tinha que ter um projeto, mas eu não tinha esse projeto, mas eu também não sabia o que era esse negócio de projeto. Então assim, fomos estudando, fomos vendo o que é esse negócio de CAPS. Estudando, estudando, estudando. A tal da portaria 336, a tal da... e agora?(C1)

Na análise dos relatos aparecem indicativos dos referenciais teóricos que embasam as concepções teórico-conceitual e técnico-assistencial dos profissionais que atuam na saúde mental. De modo geral esses referenciais estão norteados pelo modelo preventivo-comunitário, pela psiquiatria clínica e pela psicanálise.

Psicanálise, né? (risos) Não tem jeito. (T1)

O que eu busco mais, assim... é voltado para a linha psicanalítica mesmo, então é isso que eu tenho, acabo buscando para melhorar a minha escuta analítica, então é isso que eu acabo... (T2)

[...] minha formação foi..., se você pega os cursos que a gente faz dentro da residência médica, todos os meu foram na área da psicodinâmica, todos! [...]... eu estudei psicanálise, mas eu não tenho formação Psicanalítica (se referindo a formação do Instituto de Psicanálise). Mas a linha que eu sigo é a Psicanálise. [...] o que eu estudei, na minha época, foi Freud, Klein, um pouquinho de Jung, um pouco de Lacan, mas só... (T6)



A Psicanálise. Essa é minha linha teórica. (C1)

Entretanto constata-se que para alguns profissionais o referencial teórico utilizado para subsidiar as ações na atenção em Saúde Mental não é claro.

Não. Não é focado (ao responder sobre a linha teórica). Eu fui várias vezes para São Paulo, para Congressos... de Serviço Social, mas não especificamente da Saúde Mental... assim como um todo... da Saúde... mas relacionado à Saúde, Assistência social para eu... saber entender... atender o paciente sobre o INSS, essas coisas. Então, eu sempre fiz cursos..(T3)

Então, eu não tenho um eixo teórico porque assim... eu queira um eixo teórico que fosse de enfermagem..., sou persistente nisso... (risos). E aí eu só fui ter esse eixo, essa construção, de saber da enfermagem, até porque eu sou nova ainda de casa e de profissão na área da Saúde Mental, então, eu queria saber o que a enfermeira pensava naquela época, o que elas faziam e hoje eu olho e falo “que absurdo que elas faziam isso”, mas naquela época era o procedimento que tinham era o que elas podiam ajudar também. E aí quando eu saí do curso de especialização que eu pude ter acesso a um livro. Eu até comprei ele, ele fala sobre a... institucionalização e o trabalho de enfermagem. Aí é um livro concreto! De um enfermeiro da USP (T4)

Apesar da formação e do investimento pessoal de cada profissional, para a grande maioria dos técnicos é comum a sensação de desconhecimento e de despreparo no encontro com o trabalho e com a instituição. Sobre a existência de capacitação previa para ocupar um lugar na saúde mental, a contratação de profissionais com perfil adequado e a importância de treinamentos específicos para as várias funções desempenhada na instituição, independente da formação original, os profissionais afirmam que:

É... isso eu acho que precisava ter [...] Pra nós não teve. Não teve! É o que a gente sente muita falta disso. Qualquer um que vai chegar ali para trabalhar, você vai saber o “geralção” só, o que precisa fazer, a ficha que vai preencher, mas não sabe como trabalhar a pessoa... (A1).

A gente até fez estágio..., mas o conhecimento não era suficiente para atuar [...] Nenhuma outra (capacitação). Eu entrei assim com o que eu conhecia. [...] a supervisão institucional... foram os únicos que a gente teve espaço para estar entrando, para estar conhecendo. Por que até então eu só fui saber mesmo o que era um CAPS

quando eu vi aquela proposta... da discussão do CAPS, tipo apostila, aí eu fui ler, eu li sozinha, até não entendi muita coisa, aí depois vai passando, você pergunta para um, aí eu fui entendendo um pouquinho melhor. (T5)

Então de 81 a 89 Eu fiquei só com a clínica e a formação analítica. Eu estudei muito na minha vida... muito, muito, muito, muito... Aí, eu fui me interar, porque então, na época que eu me formei, ou eu escolhia a área clínica ou a área de escolar, que eu nem estágio fiz, ou a área de indústria, que eu também não gostava. Então eu não tinha nenhuma opção... As opções que eles tem hoje não existiam na minha época. Claro que eu fiz alguns estágios em Postos de Saúde, mas, nada que... Falaram “olha, é um atendimento em outro lugar mas a gente vai fazer uma parceria, vai trabalhar com outros profissionais, que tinha a ver com o Lions (Club)... eu não tinha nenhuma informação. Ai, eu cheguei lá na prefeitura, caída de besta... de quatro... de pára-quedas. (C1)

Percebe-se que o encontro com o público quando acontece sem uma formação específica e sem a experiência institucional, transforma-se em uma experiência ruim.

Aí eu me lembro que o primeiro dia que eu fui lá, eu fui recebida por uma equipe absolutamente cindida, que de um lado tinha o psiquiatra que era o diretor da época, então ou você ficava do lado dele, ou você não ficava. Ele batia de frente com uma outra médica.... Se você ficasse a favor de um, você ficava contra o outro e vice-versa. E eu me lembro que a minha recepção foi péssima (C1)

A formação específica de cada profissional parece não subsidiar teórico e tecnicamente as ações de saúde mental, principalmente quando voltadas para ações da saúde coletiva e da inserção social. Sem visão e formação das práticas, dos conceitos e propostas da atenção psicossocial a construção desse conhecimento ocorre de diversas maneiras.

Alguns profissionais relatam a solidão, a angústia e o temor do erro ao se sentirem pressionados pela demanda institucional a fazer ações sem o devido subsídio teórico-prático. Para eles a tentativa de construção da proposta psicossocial teve por base a inexperiência, o desconhecimento e o uso de recursos pessoais, norteados pelo bom senso ou ‘senso-comum’.

Mas eu acho assim... Na minha experiência... a construção se deu pela angústia de você ver a coisa acontecer. E você cada vez ficar minada, sem forças para entender o que está rolando. (T1)

[...]... se tecnicamente... se as técnicas aí de Psicologia... se estava certo... às vezes eu pensava “Ai meu Deus se eu botar alguém na sala e falar alguma bobagem, e a pessoa acabar piorando por causa do que eu falei...” Então eu fui me fortalecendo a cada dia. Quando eu tive coragem de fazer o meu primeiro P. A. (Pronto Atendimento) eu falei: “Não! Tem que ser... porque eu não vou ficar esperando. Então, eu fui pegando P. A. devagar... fui chamando na sala... fui conversando. Demorava horas o meu P. A. Eu ouvia, eu orientava, eu aconselhava... punha para cima... o que eu sabia... o que eu conseguia fazer. Não o que eu tinha assim... uma experiência, que eu fiz um curso que, eu aprendi, que eu li... (T3)”.

Observa-se na fala de alguns entrevistados, críticas sobre a falta de subsídios e de formação teórico-conceitual, que deveriam ser oferecidas para a implantação da proposta psicossocial, mas também a percepção de que é necessário o interesse, a autonomia, a busca de conhecimento e recursos por parte do profissional.

Fui buscando assim... ler alguma coisa, mas eu não entendia. Porque eu lia e falava “Mas o que é isso? Psicossocial? Reforma? Trieste?” Eu falava “o que será que é isso?” Eu não entendia muito. Então quando eu comecei a buscar, logo já saiu essa... especialização. Então, quando eu fui para lá eu já fui buscando... eu sempre... eu queria ler, eu queria aprender... eu queria fazer... E aí de repente também assim... eu vi que a gente tem que buscar. (T4)

[...] acho que cai naquilo que eu te falei um pouquinho lá atrás, que foi através dos recursos que nós fomos tentando construir, buscando as coisas e elas foram podendo ser oferecidas diante do possível aqui dentro... Mas uma formação específica não, eu acho que foi mais assim... de coisas acho que vocês trouxeram, do que se tem de proposta, do que esta acontecendo agora também... (T2)

Pois o profissional percebe que o conhecimento que se adquire na prática não é suficiente. Faltam parâmetros para subsidiar as ações, e nesse caso as dúvidas acabam norteando o fazer cotidiano.

Eu acho que... não sei te explicar ao certo. Eu acho que assim, tratamento... a gente tinha que ter certinho... por que a gente faz, porque a gente aprende no dia a dia, então a gente vai indo, mas eu

acho que tinha que ter alguma coisa assim... para entender mais, como é o paciente... tem horas que eu tenho dúvidas. Às vezes o pessoal fala “esquizofrenia”. Eu falo “o que é isso mesmo?” (A1).

Em função da necessidade de reorganizar o modelo assistencial e da falta de formação e capacitação teórico-técnica para subsidiar a mudança, na fala de quase todos os profissionais, aparece a sensação de que a construção desse conhecimento só poderá se dar através das angústias cotidianas, do ensaio e erro e da troca com os parceiros.

A angústia e a impotência diante do novo desafio se traduzem inicialmente na sensação de fracasso.

Foi no dia-a-dia, através das angústias [...] De você ver que a coisa não dá certo.(T1)

Porém a falta de investimento externo motiva a descobrir e ativar recursos, buscando estabelecer alianças, fora e dentro da equipe para se potencializar.

Eu acho que investimento para gente poder lidar com isso acho que foi muito mais aqui dentro, de “vamos tentar fazer, vamos buscar”, por que na época assim... se pensar de Secretaria, de órgãos superiores a nós, acho que assim “vamos fazer, vamos fazer” mas ficava aqui com a gente que punha a mão na massa e vamos tentar ver o que é possível. Então... de informação acho que foi mais uma... “vamos fazer grupos aqui...” e depois também, depois de contar com [...] que era uma pessoa mais politizada, de saber mais das coisas, das leis, das mudanças que estavam ocorrendo.. Acho que foi muito mais aqui... Eu penso. (T2)

Olha, eu acho que foi no dia a dia que daí... vai com... os coordenadores vão conversando, a gente vai aprendendo; converso muito com os psicólogos, os médicos ajudam; e acho que no dia a dia vai passando, você vai... (A1)

Alguns apontam que o conhecimento pode ser multideterminado, através das varias experiência e erros do fazer cotidiano, mas também de um aprendizado vinculado ao estudo.

No dia a dia. Eu acho que ela se deu de tudo quanto é jeito. No ensaio e erro, e com estudo.(Respondendo sobre a construção da experiência). (C1)

O conhecimento e a experiência através do fazer cotidiano são possibilitados inclusive através das trocas com os próprios usuários da instituição.

É. Fui aprendendo até com os próprios pacientes mesmo, com os usuários.(T5)

E também através das trocas entre os profissionais. Alguns entrevistados sinalizam que nesse processo de construção de conhecimento para subsidiar o novo modelo, puderam contar com trocas de experiências, contatos e parcerias entre os trabalhadores.

Quando eu cheguei, nos primeiros dias tinha outra auxiliar que trabalhava aqui, mas foi muito rápido. Ela me explicou muito rápido porque ela tinha que ir embora e foi me passando em poucos dias. E aí tinha também outra enfermeira que ficava aqui e ela foi me ajudando. No pouco tempo que nós ficamos juntos ela foi me ensinando..., foi um apoio, mas foi muito pouco tempo porque eu entrei e ela logo saiu e eu fiquei um tempo sozinha. (T5)

Aí eu fui estudando, aí eu achava assim..., que eu precisava..., estudar mais do que isso, interagir mais do que isso, aí eu comecei a fazer Pronto Atendimento, e eu não entendia muito, então era quando a Coordenadora me ajudava bastante nos PÁS (pronto-atendimento). Eu só entendia assim: “Ó, isso aqui não está legal”. Esse daqui realmente vai precisar de um olhar diferente, que eu também não sabia qual era... (T4)

E afirmam a importância de poder contar com as parcerias e as trocas na equipe, tanto para possibilitar o conhecimento e a experiência inexistente, quando viabilizar o exercício profissional.

Claro, até hoje é assim, tem muitas coisas que às vezes a enfermeira não está e a gente tem que pedir auxílio para outra pessoa da equipe. Então também foi assim... (T5)

Para alguns profissionais a construção do papel profissional, quando inseridos no campo da saúde mental e das políticas públicas de saúde, precisa passar pela desconstrução do papel específico.

Eu acho que através da experiência Porque assim..., A construção é quando você desconstrói aquilo que está posto. (T1)

É... eu acho que ainda é novo para enfermagem. Porque ela está tendo que quebrar alguns conceitos... ela está tendo que sair do campo que era médico, do campo da obediência... do concreto, do físico, da medicação, de conter, de observar, de estar em cima... E quando eu entrei aqui eu fiz isso. De todo mundo eu queria que verificasse a pressão de manha. Até um dia uma paciente chega para mim e fala assim: “mas eu estou bem! Eu não queria verificar a minha pressão”. E caiu a minha ficha! Realmente... que isso estava sendo banal, não era o que eles precisavam, talvez, de eu ficar lá, atrás, sentada, escutando eles falar, do que eu ter que verificar uma pressão. (T4)

[...] o que aconteceu comigo da parte da farmácia eu me pego lá no Pínel, na reforma, aliás, eu peguei uma parte da reforma por que é o que eu falei, eu vi mais desconstrução que construção, só que você tem acesso a teoria você começa a ter uma idéia do que esta acontecendo e depois eu pego a reforma dos medicamentos mais eficazes, com menos efeito colateral e aquilo foi uma parte muito importante do que eu li. (T6)

A desconstrução, de um papel e de uma formação quase sempre com enfoque e direcionamento para ações privadas, e de práticas anteriores que não contemplam a dimensão social do adoecer psíquico, são vistas como necessárias para a construção de uma prática psicossocial.

[...] Desconstruindo. Não do papel profissional de enfermeira, eu acho que de... cuidado técnico. (T4).

Mas também são sinalizadas a ambivalência e a dificuldade de lidar com a mudança proposta por considerar a necessidade de se desfazer de um aprendizado e de uma identidade profissional constituída.

[...] Da política, do político... e a pessoa que trabalha também se ela já tem... se ela já é uma enfermeira que vem do hospital psiquiátrico... Eu não tenho vício de lá, então o que eu passei foi só um estágio. Então para mim foi fácil aprender, foi fácil tirar dentro de mim muitas coisas. E às vezes quando a gente fala dos médicos, fala dos... “Aí porque eles têm esse conceito?” Deve ser muito difícil você quebrar sua identidade. Tudo aquilo que você já fez durante toda sua vida e falar “não agora vai ser assim”, eu acho que é angustiante porque foi para mim, da enfermagem para a Saúde

Mental. Então imagina para quem já construiu... muito tempo de vida, hoje olhar e falar..., não que está errado, mas que precisa ser melhorado, então eu acho que deve ser muito mais difícil. (T4)

É comum nas falas de alguns profissionais a sensação de distanciamento entre a teoria e a prática. Observa-se a dificuldade e a ambivalência de lidar no cotidiano com essa dualidade.

Nós tivemos lá uma aula com o..., que eu já havia conhecido aqui... acho que num congresso, e a gente teve a oportunidade de ir lá e ele falar. Mas ele falava, e para mim era meio grego ainda. Até porque eu não entendia o que era aquilo que ele estava falando.[...] aí depois ele veio numa palestra aqui.[...] que foi uma semana da luta antimanicomial também. E quando eu fui lá eu falei: “vou ter aula com você” (na especialização). E ele era assim. Ele é um sonhador... Os meus professores foram muito bons, mas eles vivem muito a teoria... e quando eles, eu acho, vivenciarem a prática eles vão ver que não é bem assim. (T4)

Quando você começa a julgar que não tem o que corrigir da sua teoria, aí você já está só na sua ideologia mesmo. Porque não existe coisa que já nasce pronta. Isso aí não tem. Provavelmente, vão ter diversas coisas na técnica e retroativamente na teoria que vão ter que ser mudadas no futuro. Só que sem você medir, você não tem noção. (T6)

[...]. E aí ela vivenciou e também sentiu uma coisa assim de.. de desânimo. Porque não era aquilo que haviam lido na teoria..., e na prática era bem diferente. (referindo-se a experiência de uma profissional de outro município) (T4)

Para alguns essa lacuna teórico-técnico precisa ser avaliada, mensurada empiricamente e transformar-se em ciência.

É impossível fazer, (pesquisa) só que a universidade tem que pensar nisso com muito carinho [...] sempre houve uma crítica, quando você tem uma idéia nova você propõe algo diferente, sempre vem a crítica de que se trata de uma coisa política ideológica e não de uma coisa científica e só cabe as pessoas transformar isso em ciência. Porque é simples. Você monta um método capaz de medir aquilo que você está fazendo, e mede, o que você não estiver bom você corrige e ajusta a tua técnica. Por isso daí a importância da técnica para alcançar o resultado que você deseja, aí sim o resultado que você vai desejar isso é embebido em ética, em moral, em ideologia, numa série de coisas. (T6)

E novamente é remetida a universidade a responsabilização não só da formação teórico-técnica, mas também da criação de mecanismos e metodologia que possibilitem a avaliação dos serviços.

Então, eu acho que apesar de ter bastante investimento da universidade na teoria e no desenvolvimento de teorias a respeito da área Psicossocial eu acho que deveria ter uma linha de pesquisa firme em individuo, de metodologia de pesquisa capaz de medir, porque isso é muito importante e isso você sabe que não esta sendo feito ainda Você vê quantas discussões teve para saber se a gente está ou não trabalhando desse jeito, mas por quê? Porque a gente não tem instrumento de medida e isso é fundamental, sem isso você não se aproxima nunca... de nada. Às vezes você esta fazendo um baita trabalho só que você não tem noção (T6).

Ao se referir aos projetos e políticas públicas de saúde mental, em geral a maioria dos trabalhadores, citam apenas a esfera municipal. Sobre o questionamento de investimento e capacitação na área de saúde mental que instrumentalizasse o trabalho dos profissionais, a maioria dos técnicos entendem que não há investimento dos gestores.

Acho que nada [...] Não, quando faço alguma coisa, é ligado já a parte administrativa... curso de computador, computação, alguma coisa..., mas não na saúde mental. Acho que nada. Olha! Pela Prefeitura eu fiz um curso de Atendimento ao Público... foi feito na Ouvidoria. Eu fiz.... outro agora que teve de Exames, que foi feito pela Prefeitura também, que vai ser implantado tudo... pela internet, daí... eu acho que só. Fora isso... acho que eu não fiz nada de Saúde... (A1)

No meu caso não. Eu até participei de uma capacitação da Dr<sup>a</sup>. ..., que foi feito na DIR. Foi a única capacitação que eu participei... de Saúde Mental... que ela deu na DIR para os médicos do PSF, foi a única vez. (T5)

A maioria dos profissionais ao se graduarem tiveram uma formação, focada em ações especializadas e em atos específicos, departamentalizadas em seus saberes e atuações e sem articulação entre as disciplinas. Essa formação não os instrumentaliza para uma atuação que considere a intersetorialidade, a transversalidade de saberes e a complexidade do campo da saúde. Os entrevistados relatam que os gestores municipais também não



colaboram para minimizar a distância entre a formação deficitária e o que se espera de um profissional que atue na saúde pública.

Não... até porque quando eu entrei, eu logo... eu sempre dizia, eu falava “gente eu sou enfermeira também, e eu cuido de pessoas”. Por que tinha curso disso, curso daquilo, curso para teste do pezinho, curso para diabetes... e eu nunca era convidada, como se eu havia sido colocada aqui e esquecida do mundo. (T4)

A ausência de investimento em capacitações por parte do gestor é vivenciada pelos profissionais como descaso e falta de respaldo. A sensação de “abandono” gera insegurança, desvalorização e desânimo nos profissionais.

Nunca houve a participação de gestor... de nada..., sempre foi meu. Todos os investimentos... Eu nunca me lembro de ter... de ter tido a participação, por exemplo, da Prefeitura, preocupada em... Ah! Eu vou fazer uma formação, uma capacitação... Ah! Não! Nunca houve. Então assim... E mais um ponto, que a gente sempre está revendo até por estar... essa sensação de desvalorização, de... (T1)

Eu acho que não. Eu acho que faltou muito respaldo aí... respaldo com uma técnica... com um estudo mais aprofundado... e... mais respeito pelo nosso trabalho... pelo doente... por tudo. Porque parece assim... que a gente fica aqui... Então a gente vai fazendo, fazendo... e não sabe se está certo também.(T3).

Mas também existe a percepção de que a inexistência de investimentos e de parcerias nessa área pode se dar pela ausência de um projeto e de diretrizes para as políticas públicas de saúde mental

Eu acho que a nível do município, não existe nenhum projeto a ser... Eu sinto que não existe um projeto de saúde mental, nenhum projeto. Existe assim: O que precisa? Precisa de psiquiatra? Então eu penso que não existem esforços para se contratar. Então eles contrataram 2, a peso de ouro. Ganham um horror, mas tem que ganhar porque... agora deu esse ‘boom’ por causa dos CAPS. Então assim, o que precisa? Não é algo assim, de parceria, de vamos resolver.(C1).

Sobre uma formação focada, específica para a área da saúde mental e da saúde coletiva, que possibilitasse um entendimento melhor da proposta psicossocial e propiciasse

a melhoria da qualidade de atendimento, os profissionais afirmam que também existe uma ausência de investimento dos gestores municipais.

Lógico que não![...]. A gente não teve uma formação para poder dar conta da proposta psicossocial. De jeito nenhum (T1)

Apesar de não habilitados e respaldados, os profissionais se sentem cobrados e responsabilizados para concretizarem ações que viabilizem a mudança do modelo assistencial em suas praticas cotidianas. Relatam a importância de investimentos em capacitações para se atualizarem, produzirem mudanças e melhorar a qualidade da assistência prestada.

Então eu acho que às vezes “pega” assim... porque vamos supor que... quantas vezes você vai tentar buscar cursos e coisas, tipo... “Ah! Vai se tem dinheiro!” Então não reconhece, por que tem tanta coisa que não é só para investimento próprio a gente busca até porque isso vai reverter algo aqui dentro também. Então, acho que assim, acaba dificultando até quando não se pensa nisso, num investimento, num desenvolvimento, num crescimento aqui dentro, para melhorar a qualidade do atendimento, de um modo geral. Acho que aí pega. (T2)

É bem complicado falar disso, mas eu acho que não tem dado muito suporte. Eu acho que a gente precisava de... não sei se uma capacitação, mas algo assim, desse tipo, para a gente estar sempre renovando, sempre tem sempre coisas novas para a gente ver e a gente não tem esse contato. Até meio em relação a material, de uso contínuo, às vezes falta... em termos de investimento...é bem insatisfatório (T5)

Existem críticas e uma certa desconfiança sobre o uso das verbas específicas, advindas das APACS (autorização de procedimento de alto custo) que é o pagamento das ações e procedimentos realizados com os usuários do CAPS, e que deveriam ser investidas no próprio CAPS, na sua manutenção, em equipamentos, materiais de consumo para as oficinas e inclusive em formação continuada para os profissionais.

[...]... a gente já teve grandes conquistas. Acho que... na implantação mesmo... né...? Na verba que veio, tudo, mas, eu acredito assim, é que às vezes vem, e fica e de repente você fica sabendo de histórias, desse negócio que desviou né? Que foi usado

para outra coisa que não tem nada a ver com a gente. Então, acho que assim... isso ainda precisa aparecer mais, da existência da necessidade do investimento aqui. Porque se não vira mina de dinheiro aqui... não para gente... para os outros... (T2).

Quando existe um investimento dos órgãos públicos, como é o caso da supervisão institucional<sup>4</sup>, financiada pelo Ministério da Saúde, e que tem como objetivo capacitar os técnicos e efetivar a atenção psicossocial, observa-se que os profissionais consideram esse espaço de reflexão, de troca e de amplitude de conhecimento, fundamentais para aprenderem, se sentirem mais seguros e confiantes e com isso poderem reavaliar a prática e efetuar possíveis mudanças.

Agora que a gente está tendo a supervisão institucional... que a gente vê quanta coisa que a gente poderia ter... ter tido um suporte... ter tido atitudes mais corretas... Cobrar mais os funcionários assim... mais responsabilidade, assim... Que não são... que são deixadas. Parece que a gente aqui... todo mundo vê como lá... os Hospitais Psiquiátricos. Então eles que se virem lá. Que façam o que quiserem... Louco não vota mesmo... Além de louco, é pobre... Então... (T3)

Talvez esse ano, com esse trabalho que nós tivemos, de supervisão institucional, em que a gente pode sentar toda semana, conversar, conversar eu não sei se a equipe aproveitou tanto quanto eu aproveitei. (C1).

Tinha que ter. Nessa parte eu acho que precisa ter mais para a gente... acho que foi feito um outro também...[...] um que foi feito lá no Horto... uma dinâmica de grupo que teve, acho que foi com a... e isso eu acho que é muito importante. Essa dinâmica... Daí eu gostei. Daí ajuda, muito, muito, muito... (A1).

Observa-se que na fala dos técnicos aparece pouca referencia sobre a política Estadual e federal quanto às diretrizes e os investimentos na área da saúde mental.. Porém quando citadas por alguns profissionais evidenciam uma conotação positiva de intenção.

---

<sup>4</sup> Considerando que o funcionamento eficaz e adequado dos CAPS depende de um esforço permanente de qualificação desses serviços, a portaria nº1174/GM de 7 de julho de 2005-destinou incentivo financeiro para os municípios, estado e Distrito Federal, para que desenvolvessem projetos de **Qualificação do Atendimento e da Gestão dos CAPS**. Incentivou a implantação de ações de supervisão clínico-institucional como um dos instrumentos para a efetiva qualificação dos CAPS. Após aprovação do projeto o município recebeu o incentivo financeiro e a equipe do CAPS foi contemplada com a supervisão institucional, que se iniciou em março de 2006 e foi até fevereiro de 2007

Eu sinto que a nível federal, a gente está num momento ótimo; se a gente pensar no que é um momento ideal, a gente fica muito angustiada e acha que é tudo ruim. Então não podemos pensar a nível do ideal. Então isso eu também já aprendi, né? Não adianta pensar no jeito que podia ser; tem que pensar no jeito que é. Então, a nível do que é, eu penso que existem... eu penso que existem a nível federal pessoas muito sérias de saúde mental envolvidas. Eu penso que eles estão se esforçando, fazendo o que eles podem.(C1)

Eu vejo assim..., acho que teve uma abertura muito maior mesmo para a Saúde Mental, essa questão psicossocial, porque a gente vê, fica sabendo de outras cidades. Que estão se envolvendo, sei lá..., de que forma, mas né? Você vê que assim, pelo menos esta circulando a idéia de que isso é algo que vem para... colaborar e melhorar mesmo... a Saúde Mental. Então..., acho que tem..., tem aí algo que, de modo geral que vem crescendo e vem..., aparecendo muito mais...(T2)

É sinalizado a percepção de que a saúde mental ganha espaços e repercussão a nível nacional e que o comprometimento de pessoas envolvidas com os projetos e diretrizes políticas tem buscado melhorar e ampliar o campo social e assistencial da atenção psicossocial.

Mas para alguns profissionais, efetivar na prática os projetos, romper barreiras, diferenças geográficas e adequar a uma realidade específica, não parecem tarefa fácil.

É claro que é tudo muito ruim. Diferente porque os projetos são lindos. Então a gente tem o projeto por ex: De Volta pra Casa<sup>5</sup>, que é uma coisa que eu queria muito conseguir fazer em..., porque, o que é esse projeto? Existe um projeto que o governo aprovou, então o governo aprovou... Isso por si já é uma abertura. Que a gente precisava aproveitar. Só que de lá até aqui, a gente tem o estado e o município. Então a gente conhece as pessoas aqui, os usuários que poderiam ter um lugar para morar, que poderiam ter uma grana investida a nível federal, numa casa para eles estarem, pessoas que estariam com perfil para ter isso e a gente não consegue efetivar. Então voltando, a nível federal eu acho que a gente precisa... a gente está indo. (C1)

---

<sup>5</sup> PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA-Criado pela Lei Federal nº10.708/2003, tem o objetivo de contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, por meio do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, no valor de R\$240,00 aos seus beneficiários. Faz jus ao benefício a pessoa que for egressa de hospital psiquiátrico ou de hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, e tiver indicação para a inclusão em programa municipal de reintegração social.

Muitas vezes a distancia imposta, pela hierarquia de poder e pela realidade de cada município, bem como a burocracia, parecem ser responsáveis pela inacessibilidade aos projetos e as verbas disponíveis.

Olha eu acho que o problema enrosca em tudo. Porque também eles pensam nos projetos deles lá, a nível de Brasília, e aí como eu entendo que a Atenção Psicossocial é a realidade de cada município. Eu não sei se eles sabem como é... É óbvio que eles não sabem como é aqui, e fica uma coisa assim meio doida, né? Uma coisa que existe um projeto e as pessoas vão se rebolando para se encaixarem nos projetos ou para se construir o projeto. Cada um no seu local de trabalho...(C1)

A proximidade com as esferas de poder podem ocasionar parcerias, porém parece não melhorarem a relação com as políticas públicas.

[...] então eu penso que o governo, a nível de governo estadual, para mim é pior que o federal. Só que como ele é próximo, ele deveria ser diferente. A gente tem problemas com a DIR, a secretária da DIR é alguém que não nos... apesar de eu sentir que a nível de equipe de DIR, os profissionais da saúde envolvidos, são parceiros que nos respeitam muito, mas é tudo muito complicado. É a fogueira das vaidades. Como nós não temos proximidade com o federal, eu penso que fica mais fácil. [...] o que eu quero dizer, a intenção é boa, o caminho é que é difícil...(C1).

A ausência de parcerias, projetos e trocas que possibilitem confiança e sentido para subsidiar as ações e as relações profissionais, mesmo quando há desejo, desencadeia conflitos e tensões junto ao universo institucional e político, e são geradores de ambivalências e rupturas.

Foi uma coisa política. Que eu fui apresentada à política de saúde mental daquela maneira.... Eu comecei a sentir que as pessoas queriam me usar de uma forma política, que eu não entendia. Então a mesma pessoa que não me quis naquele lugar, me fez um convite para ser coordenadora no Ambulatório. E a forma que ela fez esse convite eu fiquei muito assustada e eu já estava querendo fazer o Instituto de Psicanálise e daí eu pedi minha demissão. (C1)

Também aparece no discurso, principalmente de quem ocupa um lugar de chefia, a possibilidade de haver uma relação de compromisso dos gestores municipais com a política de saúde mental. O que permite a reparação e ressignificação, no retorno ao lugar rejeitado anteriormente, e a condição de assumir um lugar de coordenação, baseado numa relação de confiança, desejo e de esperança.

Eu retorno à Saúde Pública em 2000. Na verdade eu sinto que nunca saí daquele lugar, porque eu sempre torci muito por aquilo, sempre perguntava...[...] E aí, quando houve a mudança de prefeito de 1999 para 2000, alguns amigos tinham um contato com a secretária de saúde...[...] e eu falava assim: Quem vai cuidar da saúde mental? E aí recebi o convite, que era na verdade... uma vontade que as coisas dessem muito certo. Porque essa pessoa, ela ia ser a Coordenadora de Saúde Mental do Município e tinha uma enfermeira que trabalhou no CIAPS na época, que também tinha uma vinculação com a saúde mental de muito envolvimento e eu me lembro que falei: Agora vai! Porque se não for agora, não vai mais. Porque eu nunca vi tantas pessoas que tivessem vínculo com aquele lugar, igual aquele momento. E aí, quando me chamaram para ser coordenadora, claro que eu não tinha noção do que era ser isso, só tinha o desejo, o desejo de que aquilo pudesse... de que eu pudesse colaborar com alguma coisa. Que eu pudesse dar certo. (C1)

Observa-se que a relação desejada com as políticas públicas e com os gestores municipais possa acontecer sempre permeada por uma relação de confiança, de parceria e principalmente de autonomia.

Na época nós tínhamos a reunião semanal, tudo o que era possibilidade de investir, de estudar, a secretaria como é órgão público, ela se colocava muito parceira, minha coordenadora e a secretaria. E todas as vezes que nós tivemos que enfrentar problemas a nível de secretaria, com a secretária, ou a nível de outras questões, projetos que a gente ia fazer com o Programa de Saúde da Família, por exemplo. Então nós tínhamos o respaldo para reuniões, nós tínhamos o respaldo para discutirmos... porque, eu e essa minha coordenadora, todas as vezes que nós resolvíamos fazer algo, nós fazíamos uma dupla e nós íamos colocar nossa idéia. A gente nunca perguntou o que eles achavam. Perguntava da viabilidade, mas, como uma coisa já posta, a nível de um projeto, e a gente era ouvida. (C1)

E conclui:

Houve espaços para então na época, a coordenadora era uma pessoa bastante generosa. Não ocupava o lugar de poder público, de comandar apenas, no sentido de dizer: “Olha, você se vira!”. Eu penso que hoje, não sei se isso já cabe, hoje eu não tenha uma parceria com a secretaria... hoje é assim. Eu não posso dar problema na secretaria; algum, o problema é meu. Eu que me vire. Na época não! (C1)

A relação de alternância do poder público é vivenciada como uma transição de descontinuidade dos projetos, desmobilizadora e desestabilizadora para o coordenador, para os profissionais e para a instituição, muitas vezes ocasionado pelo desconhecimento dos novos gestores.

De jeito nenhum. (não tem projeto, nem política). Nenhum. Se você perguntar para eles o que é um CAPS, eles não sabem dizer, muito menos o que é psicossocial. (C1)

Falando hoje... O que eu vejo: que lá, eles mal sabem o que é Saúde Mental, “Lá” que eu falo é em termos de Secretaria e Prefeitura, de um modo geral (T2).

Tanto os gestores quanto os usuários, estão desinformados quanto ao que o modelo (psicossocial) pode fazer.(T6)

Na falta de parcerias e de entendimento sobre a proposta psicossocial, por parte do poder público, a relação entre a instituição e a secretaria tenta se estabelecer através da compreensão, aceitação e tentativa de colaboração para a superação dessa limitação e desse desconhecimento.

Não, mas existe assim, por exemplo, esse negócio da supervisão institucional, foi algo que eu, descobri através de parceiros, pessoas que torcem para a saúde mental dar certo [...] aí eu fiz o projeto, eles assinaram sem nem ler sobre o que se tratava. A hora que se descobriu o supervisor: “Ai que bacana, então vamos fazer reuniões com a saúde básica?” Eu acho que as coisas caminham, mas sem saber muito bem como, mesmo porque o mesmo coordenador da saúde mental é o coordenador que eles chamam de média complexidade. Tem que dar conta de três coisas absolutamente impossíveis, que é o Pronto Socorro, o Centro de Especialidades, que é um outro problema e mais a saúde mental. Então não dá tempo, nem condição, não dá nada.. Então eles fazem um investimento de acordo com o entendimento que eles tem, e isso

que é pouco, e também é obrigação nossa então estar mostrando e apontando como é que é isso... (C1)

Denota-se que a responsabilização pela implantação da proposta psicossocial não deve ser de competência de um único segmento, seja a equipe, os gestores municipais, ou as políticas públicas em todos os seus âmbitos.

Por mais que o papel dos técnicos seja imprescindível como atores dessa mudança, no cotidiano e na assistência, esse processo precisa contar com o conjunto de parcerias, intenções, diretrizes e ações intersetoriais, em todas as esferas públicas, para a sua efetiva implantação.

Se existe o desconhecimento da proposta, de sua ética e de seu alcance, por parte da população, dos usuários e dos gestores, o papel dos trabalhadores de saúde mental também precisa ser político. Nesse sentido deve buscar espaços de diálogo e entendimento, minimizando esse “distanciamento”, explicitando a importância do trabalho e de suas ações, visando uma maior compreensão, visibilidade, prioridade e investimentos para a saúde mental, inclusive em qualificação dos serviços.



## **CAPITULO IV – *Relação com o Trabalho***

Na constituição cultural onde o princípio de prazer, sob a influência do mundo externo, se submete ao princípio de realidade, a necessidade de controle da vida instintiva gera diminuição na condição de satisfação e a possibilidade saudável do aparelho mental enfrentar o sofrimento e a insatisfação é através da sublimação dos instintos e da sua reorientação, evitando frustração e permitindo o prazer.

Essa satisfação por meio da sublimação pode ser encontrada em atividades artísticas, intelectuais e nas relações de trabalho. Em função disso o trabalho tem um significado importante na relação que estabelece com a economia da libido. Por meio da sublimação o trabalho é o que mais vincula o homem à realidade, pois esse lhe oferece um lugar seguro numa parte de sua vida e na comunidade humana. Como membro da sociedade, a relação estabelecida pelo homem com o trabalho torna-se mediadora desse sujeito com o mundo, possibilitando o pacto social.

Portanto a sublimação tem a capacidade de ao deslocar componentes libidinais para o trabalho profissional possibilitar sentimentos fundamentais para a preservação e sentido na vida social e na gratificação pessoal.

### **4.1. *Gratificação Pessoal***

O que determina a relação entre desejo, gratificação e motivação é a organização do trabalho. Nas relações de trabalho a dimensão organizacional determina a divisão das tarefas e as relações de produção, denominadas relação social, que são articuladas com a relação singular coletiva. Nas equipes multiprofissionais, a relação entre as especialidades e a hierarquia das categorias profissionais interfere diretamente na gratificação. Segundo DEJOURS e ABDOUCHELI (1994) os profissionais pouco especializados sentem-se desvalorizados como sujeitos e distanciados do seu desejo, sendo desconsiderados por aqueles que detêm o poder decisório.

Ao contrario, quanto mais especializado e capacitado for o profissional, mais sentirá a possibilidade de haver espaço para o sujeito e o desejo e, portanto para a gratificação.

Na análise das entrevistas observa-se que para a maioria dos profissionais o nível de especialização não parece interferir, pelo menos na relação pessoal com o trabalho, que é vivenciado com muita gratificação, desejo e disponibilidade.

Eu gosto do que eu faço... é... Se fosse para eu trocar eu não gostaria de trocar... eu acho que é muito gratificante o que a gente faz ali. (A1)

Bom, eu acho assim, que a gente... existe um desejo, a paixão, uma coisa que eu gosto, que eu me disponibilizei para isso.(T2)

A gratificação e a realização pessoal parecem ser percebidas pelos profissionais, independente do cargo que ocupam, do nível hierárquico de formação e das ações desempenhadas, e observa-se que aparecem na fala de vários técnicos, desde o administrativo até o médico.

Eu amo muito o que eu faço! (C1)

Então eu não tive nenhum problema. A partir do momento que a gente começa a trabalhar no serviço público ele dá muita gratificação, as pessoas demonstram gratificação. Então, do ponto de vista pessoal eu me sinto extremamente satisfeito (T6).

A gratidão dos usuários nos serviços públicos pode relacionar-se a gratuidade da assistência, mas é apontado também como um fator responsável pela gratificação pessoal.

Observa-se que existe a percepção de que a gratificação pessoal e o reconhecimento profissional estão diretamente vinculados a possibilidade de haver espaço para o sujeito e para a realização do desejo individual e, portanto da autovalorização.

Agora sim![...] Acho que é porque primeiro começou comigo... com o reconhecimento meu (próprio). (T4)

Para alguns profissionais a gratificação pessoal pode inclusive aparecer vinculada as questões reparatórias, na tentativa de elaboração da angustia vivenciada consigo mesma e no contato com o sofrimento do outro, através da capacidade de sentir e se sensibilizar.

[...] porque, você esta muito “P” da vida, você chega ali, acho que tem mil problemas e tal, e o seu problema é o maior de todos. De repente chega uma pessoa ali com problemas... você fala “puxa eu não tenho problema nenhum” a pessoa está com problema bem pior. Nossa! Às vezes saúde, um monte de coisas... dinheiro, você fala “nossa o que eu tenho? Eu tenho muito” a pessoa não tem nada... então... por isso que eu acho gratificante. Você começa a ver a vida de uma forma diferente... então... acho que é aí que mexe muito... (A1).

Percebe-se também uma tentativa de adequação entre o registro diacrônico, subjetivo e individual, e o registro sincrônico, contexto material e social, para que o trabalho prescrito e o real se aproximem e permitam que as teorias explicativas infantis possam através de sua continuidade, explicar e dar sentido ao mundo onde se está inserido.

Olha, a satisfação é uma coisa bastante individual. Por que assim... Eu estou aqui porque eu gosto, né?... Lógico que tem uma questão financeira, tal...(T1)

O prazer para o trabalhador em termos econômicos se torna possível na medida em que permite uma descarga de energia psíquica, advinda dos estímulos internos e externos e resultantes das ações desempenhadas, gerando uma diminuição da carga psíquica do trabalho e transformando-se num instrumento equilibrante. Para os profissionais a descarga dessa energia psíquica e a gratificação também aparecem vinculadas na relação de contato e na assistência ao outro.

Ó! Acho que eu fico assim, super contente quando eu vejo... ou vem algum tipo... algum paciente que ficou legal. Que recebeu alta.. isso me valoriza muito... (T2)

É e aí eu... com os pacientes, com o contato, com o trabalho que eu sempre desenvolvo, tento desenvolver eu penso... Eu acho que eu fico satisfeita. Eu faço... Tento fazer com responsabilidade, com carinho... Com tudo que eu tenho de potencial. Eu coloco toda carga, eu não faço economia nas coisas que eu faço...(T3).

A relação de cuidado com o outro tem por objetivo um desejo, singular e social, e pode ser avaliada através dos resultados da ação desempenhada, que possibilita ou não a melhora do usuário de saúde mental. Portanto os efeitos positivos da ação desempenhada permitem valorizar o profissional e o gratificar. É importante frisar a fala da profissional que refere a noção de não fazer economia no seu trabalho (economia de libido?) e que coloca toda a carga no que faz (carga psíquica?). Nesse recorte de entrevista pode-se notar a relação estabelecida pela economia de libido, onde a sublimação, ao deslocar libido para as atividades profissionais, permite a gratificação pessoal.

É, isso sim. O que é gratificante é você ver que a hora que você escuta alguém, é que você pode ajudar de uma maneira... não só medicamentosa... Mas de uma forma mais cuidadosa, "senta aqui, vamos conversar, fica aqui, a gente está aqui com você". E isso eu acho que é gratificante quando você vê que aquela pessoa está bem. Depois de algum tempo ela ficou melhor só de você poder ajudar nessas falas, nesses conselhos de estar junto, de estar próximo isso é gratificante aqui. Isso é... observar que a pessoa olha para você e fala: "Nossa! Que bom que você também está aqui, que bom que você existe".(T4)

Na fala de alguns profissionais aparece o conflito e a ambivalência na gratificação, principalmente pela percepção e crítica à qualidade e ao desempenho profissional. Percebe-se aqui uma diminuição da descarga psíquica de trabalho e uma ameaça a ele como fonte de prazer.

Eu gosto... Apesar de gostar do que eu faço, eu acho assim, que totalmente satisfeita não, sempre falta alguma coisa. As coisas nunca caminham como a gente quer, como deve ser, então, totalmente satisfeita não. (T5)

Olha, se você perguntar para alguém que está ali, se quer ir para qualquer outro lugar, eu tenho certeza que todos vão dizer que não. Todos, desde o administrativo, tirando a menina da farmácia... e uma faxineira... Todos, do que atende telefone, do que fica no balcão, que se desgastam, que se estressam, choram, que leva fumo de todo mundo. Eu duvido que eles vão falar que querem sair dali.(C1)

Olha... pessoalmente eu já me realizei muito.. Apesar às vezes me deparar pensando assim Puxa!... Acho que eu poderia ir para outro

lugar. Porque parece que eu não estou conseguindo andar... estou patinando. Então parece que eu falo “Puxa... quem sabe se eu for para outro lugar, isso vai melhorar...” Já pensei... mas ao mesmo tempo eu falo “mas eu também gosto daqui, também aprendi muito aqui” (T4).

Os profissionais relatam que de certa forma, se sentem identificados, vinculados e até gratificados. Porém, denotam que a insatisfação gerada pelo desencontro entre o trabalho desejado e o real, as ações cotidianas vinculadas ao desgaste, ao estresse e a sensação de estagnação, para quem já se sentiu realizado, podem comprometer a gratificação pessoal e a vinculação ao trabalho. Este, quando não é investido libidinalmente, deixa de produzir sentidos e significados, gera desprazer, compromete a qualidade das suas ações e desencadeia rupturas.

Porém, a ambivalência presente nas relações de trabalho, sinaliza que essa é uma zona de tensões e conflitos, de forças e interesses antagônicos, inerentes às relações sociais e profissionais e necessárias como propulsoras de mudanças, mas quando excessivamente intensificadas podem produzir um adoecimento, nas relações e ações do trabalho e no trabalhador.

#### ***4.2. Reconhecimento Profissional***

A sublimação exercida na ação coletiva do trabalho propicia o reconhecimento do indivíduo pelos pares sociais/profissionais. Através da sublimação, o reconhecimento social torna-se então a compensação pelo abandono do desejo individual e possibilita a conquista da identidade e da saúde mental do trabalhador.

O reconhecimento do trabalho pode se dar individualmente, na gratificação pessoal, e no reconhecimento dos pares, englobando as relações da equipe multiprofissional, as relações familiares, a relação com os gestores e com a sociedade. Portanto pretende-se avaliar a relação de reconhecimento profissional em cada um desses enfoques.

Dejours (1993) sinaliza que para o profissional, apesar da importância de ser reconhecido no seu ambiente social e familiar, o reconhecimento dos pares é imprescindível, pois tecnicamente são consideradas, pelo próprio trabalhador, as pessoas mais aptas para avaliar um desempenho profissional.

A luta contra o sofrimento dos efeitos produzidos nas relações de trabalho e a busca por gratificação, pode ser individual ou coletiva. As relações grupais estabelecidas pela equipe multidisciplinar parecem propiciar um certo nível de troca, de gratificação e reconhecimento. Mesmo quando se considera as dificuldades e as relações de comando, que se colocam mais horizontalizadas e menos implicadas com o poder.

Muito! Eu me sinto muito valorizada; valorizada como pessoa. Eu acho que chegou um momento que esse lugar de coordenação no sentido de “Oh!”. Eu sei que tem coisas que sou eu que tenho que fazer e nem sempre dou conta. Então eu conheço pessoas que... eu penso que, assim... por exemplo, hoje. Eu procuro fazer tudo que posso e mais um pouco, dentro do que eu puder facilitar para que os meus colegas possam ficar bem. (C1)

[...], mas às vezes até assim de equipe, me sinto contente. “OH! Puxa! Legal o trabalho que ela está fazendo...” não sei o que... é lógico que você sabe que tem as queixas, que tem as reclamações... enfim, ninguém é perfeito, você tem as suas falhas... (T2)

O reconhecimento e as trocas existentes no grupo, bem como a diluição de poder das relações hierárquicas, permitem condições para o desenvolvimento da valorização e da gratificação pessoal.

Tem duas coisas que marcam bem isso para mim; quando eu cheguei pra prestar o concurso eu fiquei. Espantado com isso. Eu fiz uma prova de 100 questões só de medicina geral, não caiu nada de psiquiatria. E eu passo em primeiro lugar, eu achei isso um escândalo.[...], mas essa forma de eu chegar me trouxe prestígio com os colegas médicos e do ponto de vista da psiquiatria eu peguei duas pessoas que no momento inicial me receberam extremamente bem... (T6).

O reconhecimento vai surgindo através das vivências cotidianas e sendo construído a partir de auto-avaliações e tentativas de readequação.

No reconhecimento profissional aqui na equipe, foi difícil... foi difícil... eu ainda acho que eu estou conquistando... até porque eu também tenho um gênio difícil e eu também assim... mudei bastante até, de quando eu já vim para cá, mudei muito os meus conceitos também em relação ao meu trabalho na equipe... Então eu acho que

eu ainda estou conquistando, eu acho que eu ainda não tenho um reconhecimento total. (T4)

Parece existir a percepção de que o reconhecimento é fruto de uma interação, do pessoal com o profissional e deste com as relações de trabalho, tanto institucional quanto com os outros técnicos, e por isso é uma relação dinâmica e antagônica, sempre em movimento. Portanto o reconhecimento e a gratificação precisam ser conquistados cotidianamente.

[...] É... reconhecimento dos pacientes é... Eu noto bastante assim... eu sinto da população que vem aí, eu sempre tento atender bem... acho que, pelo que eu ouço falar, eu sou bem quista ai... (A1)

[...] e eu acho assim... que eu fui conquistando meu espaço mesmo, devagar... eu nunca tive pressa para fazer as coisas... Então assim... eu fui conquistando o carinho das pessoas, o respeito... (T3)

Para alguns profissionais o reconhecimento junto aos pares nem sempre é percebido como satisfatório. Ele é ambivalente e se alterna dependendo da situação vivenciada na instituição.

Às vezes sim, as vezes não (risos). Às vezes a impressão é que a pessoa nota, que alguém fala “nossa, esta dando de si” mas tem horas que você sente que ninguém vê nada... vai passando... isso é geral; tem usuário que também... você vai tentar explicar eles não deixam você falar... eles começam a discutir. Então... não tem. Mas é raro, não são todos não. Dos técnicos às vezes sim... às vezes você vai tentar fazer alguma coisa, te barram, então... é complicado. (A1).

Não! Eu acho que mais positivas. Mas ainda tem às vezes o que acontece de coisas negativas, que embora sejam poucas, mas marcam. Você fica pensando “eu fiz, eu estou fazendo, mas ninguém está vendo”. Mas assim tem o lado positivo também que muitas vezes é reconhecido, mas acho que não totalmente. (T5)

O dinamismo e os conflitos cotidianos institucionais no encontro com as práticas individuais e coletivas da equipe, produzem situações de antagonismos e cobranças e o desencontro é gerador de ambivalências quanto ao reconhecimento.

Em algumas vezes sim. Algumas vezes da a impressão que a gente esta falando demais, que esta.... então às vezes eu falo assim “não vou falar mais nada não...”, mas eu não consigo ficar quieta... eu acabo até... eu acho que eu sou mais considerada chata porque eu fico, sabe...? Eu fico persistindo... então é complicado.(A1)

Não acho que é o total, mas eu acho que não é só medicação... quando digo isso de total é saber assim a importância da atuação no mental... na ajuda ao paciente... (T4)

Alguns técnicos demonstram um desejo de serem reconhecidos pela equipe por seus recursos multiprofissionais e não apenas os específicos da formação.

Aptidão, motivação, criação e reconhecimento profissional são condições fundamentais para a gratificação da função psíquica do indivíduo nas relações com o trabalho. Na ausência dessas condições há o risco do trabalho tornar-se insalubre e insatisfatório ao se opor a livre atividade do aparelho psíquico, impedindo um funcionamento articulado dialeticamente com o conteúdo da tarefa e tornando-se gerador de sofrimento.

A ausência de reconhecimento profissional, além de desmotivação e angustia, também sinaliza a falta de identificação grupal, a falta do sentimento de pertença, inclusive por uma sensação de não reconhecimento da existência do grupo enquanto equipe.

Acho que não! Ah! Não sei assim... fica meio complicado, estou num momento assim, bastante... ah! Essa supervisão (institucional).. Está fazendo a gente repensar um monte de condutas. E assim, a supervisão faz a gente repensar essas condutas a nível coletivo mesmo. Porque é um funcionamento de Equipe. E eu não vejo que a gente funcione como isso não... Se não funciona como equipe não tem esse reconhecimento... Eu acho que falta esse engajamento.. (T1)

Talvez venha até comigo mesmo assim.... Não sei se era comigo, se era interno meu... quando eu entrei muitas pessoas me acolheram bem assim, me trataram bem... uma que eu sou meio cabeçudinha assim... de estar querendo que riam para mim.... de ter uma simpatia... eu sou meio... carente... então... eu misturo as coisas... e aí no começo eu levei umas lambadas sim... tanto do pessoal de apoio, que não... não me respeitava como profissional, falavam que eu não fazia nada... que assim... querendo acabar com a minha profissão... Assim...



“você não presta para nada! Assistente Social não faz nada. O que assistente social faz?” (T3).

A falta de reconhecimento pelos pares é um risco para a obtenção de gratificação pessoal e, portanto para a motivação, a criação e a sublimação. O impedimento da gratificação da função psíquica do indivíduo nas relações profissionais pode transformar o trabalho em insalubre e insatisfatório e inclusive comprometer, além da saúde do trabalhador, o “produto” do seu trabalho, que nesse estudo em questão, são as ações de saúde mental e a implantação da proposta psicossocial.

A sublimação é a possibilidade de mudanças e transformações dos instintos primitivos em atividades culturais e profissionais, imposta pelo processo de civilização. Ao se constituir sobre a renúncia dos instintos o processo de civilização acaba tendo uma função repressora do desejo. O pacto edípico se estrutura então, na renúncia do desejo incestuoso individual em prol de um desejo coletivo, mas visa em troca a manutenção da vida em grupo, de proteção e de gratificação social.

Para os profissionais a percepção sobre a existência de reconhecimento social é vista como parcial. Para alguns ele pode existir mesmo quando é percebido que a saúde mental não é prioridade das ações públicas e que na falta de investimentos suficientes, o trabalho precisa ser realizado com o que se tem.

Eu acho que isso existe (o reconhecimento). Isso existe não só meu, eu penso assim... mas da equipe... por que muitas vezes a gente escuta assim lá fora, “Oh! CIAPS...” aí você fica sabendo de reconhecimento, às vezes de... de instituições de estudo... Então acho que isso tem, acho que às vezes... quando a gente pensa em alguma coisa para crescimento aqui dentro, que a gente pensa assim... “Ah! Preciso de dinheiro... precisa disso...”, aí que o negócio pega... Por que é aquela coisa “Oh!... pega sucata que tem aí e monta algo que a gente não tem nada para oferecer...” Porque tem outras coisas que são prioridade. Mas acho que assim, se pensar no atendimento... do que a gente oferece... Quantas vezes já não vieram, outras instituições de fora, até conhecer por que... “olha fiquei sabendo do trabalho de vocês que é legal”, é aí acho que eu penso que é a equipe entendeu, que foi reconhecida (T2).

É destacado por alguns profissionais que o reconhecimento social pode se dar em função da percepção de que a unidade e os técnicos, apesar dos poucos recursos, se

esforçam para fazer da melhor maneira e da avaliação de que conseguem produzir bons resultados.

Pelos elogios que a gente recebe. Às vezes em que as pessoas param para conversar com a gente, eu acho esta sendo bem aquilo. Que as pessoas vêem sempre o lado bom. Mas agora tem também quem ache que não está bom. Porque aqui a gente lida com pessoas de difícil convivência às vezes é difícil você fazer a pessoa entender o modo como você está fazendo. Mas eu acho que socialmente está sendo reconhecido. (T5)

Em relação ao reconhecimento social aparece a interferência do grau de especialização dos profissionais. O que vai determinar a existência ou não do reconhecimento social é o nível de especialização e estatus adquirido pelo profissional.

Também... e o nível mais social mais comunitário eu acho que isso já tem sido visto bem mais. Até porque só tem eu de enfermeira especialista em Saúde Mental aqui em... Então por ter já essa especialização. Ela já me deu um degrau a mais do que os outros enfermeiros... Então se eu tenho que dar aula eu sou chamada em Saúde Mental e não tem enfermeiro que queira assumir... é difícil, ninguém gosta dessa área, ninguém quer essa área. Abre-se vagas para fazer especialização aqui em... e não preenche! Não preenche. Então muitos alunos falam “Ah! Professora, eu gostei tanto, mas onde a gente vai fazer, não tem aqui...”.(T4)

[...] reconhecimento eu acho que... Eu não me sinto muito é... Eu acho que eu poderia ser melhor, muito melhor... Eu gostaria de ter estudado mais, de ter feito uma Pós, de ter sido... De gostar mais de me envolver com o lado acadêmico... Essas coisas que eu acho bacana assim... gostaria de ser... mas eu... infelizmente, eu não tive assim... pique para isso é... (T3)

O reconhecimento social pode às vezes existir, não pela valorização e reconhecimento da qualidade das ações desempenhadas, mas pela percepção da dificuldade do trabalho e até em consideração a uma sobrecarga no exercício profissional.

Aqui se percebe uma contradição e uma incoerência na articulação da relação social e da relação singular-coletivo, ameaçando a possibilidade de enfrentamento criativo do sofrimento e da concordância entre o trabalho prescrito e o trabalho real e, portanto, da obtenção de prazer e gratificação nas relações de trabalho.

Agora... às vezes eu também encontro às pessoas na rua e falam assim “nossa, mas o trabalho que vocês fazem lá é muito bom.....” Tem, tem sim reconhecimento, o pessoal diz assim “nossa não é fácil”. Tem uma vizinha minha que precisou vir aqui, daí ela falou para mim assim “Ah! Eu não volto mais lá não porque lá é muito difícil, eu não sei como você agüenta ficar lá... Nossa como é que você tem paciência de ficar lá?” Mas não é paciência. Acho que vai acostumando e a gente vai também... mas reconhece sim, tem alguns que reconhecem, é difícil, acho que tinha que ser uma coisa mais... trabalhado para o pessoal saber o que é isso, o que é a Saúde Mental mesmo. (A1)

Eles olham para mim como uma ótima profissional. Porque eu sou ótima profissional? Porque eu não dou dor de cabeça, eu e a minha equipe. E aí não sou eu, a equipe, o trabalho nosso em saúde mental, do CAPS/Ambulatório. As pessoas aprenderam a lidar com um funcionamento de dar conta. Então a gente dá conta das coisas... de tudo que a gente deveria e do que a gente não deveria. Às vezes, dar conta sem ter que dar. Deveria não dar conta, tipo emergências psiquiátricas, tipo acolher pessoas que não... Que seriam das Unidades Básicas. Esses profissionais também não dão conta. Não tem uma relação próxima.[...]... Toda vez que tem algum tipo de problema eu sou questionada assim “Que raio de Coordenadora que você é?”. Isso é horrível. Então não existe interesse algum de um funcionamento, de um projeto, do que se tem lá, do que não se tem. (C1)

Nesses relatos observa-se que aparece um tipo de reconhecimento vinculado a ausência de problemas ou às dificuldades existentes, o que é sentido como um reconhecimento ambíguo e iatrogênico, porque desconsidera as condições de sobrecarga, de desvios dos objetivos do serviço e da falta de integração da rede. A exigência do “produto” - resultado de ações eficazes e eficientes, desconsidera o meio-as condições de trabalho e o indivíduo, típico do modo capitalista de produção.

A organização do trabalho se dá por meio da vontade do outro e se define através da divisão de tarefas e das relações vivenciadas nesse grupo. O exercício de domínio visa o controle e a exploração da força de trabalho e com isso o impedimento da liberdade da escolha do trabalhador. A imposição vivida pelas relações hierárquicas desapropria o indivíduo de seu desejo e de sua competência e da livre organização do trabalho.

Portanto o sofrimento ocorre quando a energia pulsional não acha descarga no exercício profissional e se acumula no aparelho psíquico, gerando sentimentos de insatisfação, tensão e desvalorização.

Para a grande maioria dos profissionais a sensação de não reconhecimento social aparece quase que maciçamente em relação aos gestores e as políticas públicas. Seja pelo não investimento em capacitações, em materiais, em reposição de profissionais, em salários, mas principalmente pela sensação de abandono e desvalorização, por não serem vistos, não serem considerados como sujeitos e trabalhadores que se esforçam e as vezes se sobrecarregam para desempenhar o seu papel profissional.

[...] às vezes se você falar para mim de Secretaria, de coisas maiores... às vezes eu acho que eu sinto assim... que a gente esta aqui, a gente esta fazendo, esta se esforçando, por envolvimento aqui de dentro... lá fora, quando a gente faz barulho alguma coisinha aparece, aí eles olham para a gente. É eu acho que teve algumas gestões que realmente pecou, acho que teve outras que... até olharam para a gente, de uma forma, vamos dizer mais carinhosa, de que a Saúde Mental existe, que dentro dela tem muitas coisas envolvidas. (T2)

É visível na fala dos técnicos a percepção das diferenças de interesse e investimentos das gestões administrativas na saúde mental, que quase sempre não é foco de prioridade das políticas públicas.

Nem sempre, é que assim, pelo fato de nunca você estar trabalhando sozinha. Às vezes o que você faz, além do que você deveria estar fazendo, não é reconhecido. É visto assim... é feito num conjunto. Eu acho que não é bem por aí, ou então muitas vezes você faz e eu não sei qual o motivo assim as pessoas acham que não era aquilo ou você não fez bem feito, mas assim, eu acho que isso não conta muito por que acontece. Eu acho que não é o que... (T5)

Percebe-se também a sensação do profissional de estar diluído no grupo e que essa indiferenciação grupal não possibilita o reconhecimento e os seus esforços individuais.

Mais ou menos. Eu penso que nos 4 primeiros anos, foram anos de muito sonhos. Sonho porque em função até das parcerias que eu tinha, em função da minha coordenadora, mesmo de eu me sentir em duas, em função até de uma secretária de saúde que de uma forma ou de outra eu me sentia muito respeitada por ela. Todas as vezes que eu precisei dela, no nível de coordenação, ela esteve lá e me olhou como pessoa e não como 1 coordenadora que tinha que resolver; o que hoje, não é assim. Então foram anos mais investidos emocionalmente, de energia. Atualmente eu ouvi uma frase que eu

acho muito interessante, que é assim: “Nós temos um tempo para ficarmos em determinados lugares” e eu não sei se o meu tempo não está acabando. Por quê? Se afinal eu escolhi a clínica, eu quero morrer atendendo, e a clínica não é um lugar onde eu vou trabalhar para sempre? Então eu não sinto que é o tempo que acaba, mas lá, hoje, é uma dedicação diferente. É um vínculo diferente, é um envolvimento diferente, é um trabalho diferente. Eu sinto que atualmente o tesão é de outra ordem. (C1)

Observa-se a sensação do entrevistado de que, ao realizar um trabalho, a existência de parceiros disponíveis e comprometidos com os objetivos e os resultados de um projeto comum, bem como o reconhecimento profissional pelas ações desempenhadas, é fundamental para potencializar o indivíduo e permitir um investimento de energia psíquica geradora de prazer e gratificação.

O reconhecimento profissional através do aspecto financeiro é sentido como praticamente nulo para quase todos os profissionais. Essa percepção é geradora de frustrações e desânimos e acabam embasando as justificativas de falta de motivação, desejo e investimentos profissionais nos serviços de saúde mental.

Ah! Financeiramente não é reconhecido nada não. Ah! Porque todo mundo fala assim... “ah! vocês ganham muito bem lá... funcionário da Prefeitura... [...] Esses dias mesmo chegou um cara e falou que a gente ganhava muito bem, para tratar ele muito bem, porque a gente ganhava muito bem. Eu falei: “não, na forma de tratar tudo bem, mas falar que eu ganho muito bem, não. Porque não ganho. A Prefeitura não tem um plano de carreira, então... quer dizer, o que eu entrei, eu consegui subir duas letras da referencia, mas nunca mais, não tem um plano de carreira. Eu acho que se eu ganhar melhor... vai tudo... vai interferir, você vai ter mais prazer em trabalhar, em atender tudo mais. (A1).

A valorização financeira é apontada como responsável pela valorização pessoal e pela possibilidade de ter prazer nas relações com o trabalho.

Que eu já tenho outro ponto... outro modo de ver... A Prefeitura, tanto faz você ser mestre ou se você não se envolver politicamente, ou gostar do negocio, você é do mesmo jeito, você fica na mesma posição. Talvez também isso desanime. (T3)

Para os profissionais a desvalorização financeira desestimula e não propicia o crescimento profissional, ao contrário, colabora para a acomodação e autodesvalorização dos profissionais.

Eu penso assim... satisfação a nível coletivo de reconhecimento social, eu acho que tem muito pouco. Não sinto assim que estou engajada nisso! Eu tenho mais uma preocupação mais individual do que coletiva... Por ser psicóloga eu acho que... Se eu for fazer uma análise social da minha profissão eu diria que é uma profissão que tem pouco reconhecimento mesmo... a faixa salarial nossa é muito baixa... a gente tem pouca expectativa de mercado, você não tem muito crescimento. (T1)

O engajamento dos técnicos no desempenho das ações e na efetivação das propostas de saúde mental, condizente com as diretrizes da atenção psicossocial, parece depender de profissionais que afirmam se sentirem desestimulados e sem recursos para fazerem algo a mais para si mesmos e para o serviço.

E essa coisa do disponibilizar para quem tem um emprego que ganha R\$ 1.300.00/mês, para trabalhar 6 horas, é muito mais fácil entrar numa sala, atender 7 pessoas, 8, 6, 5... sei lá quantos, pegar minha bolsa e ir embora. Porque que eu tenho que estudar; porque que eu tenho que ir lá na escola falar com os diretores; porque que eu tenho que ir lá na casa da pessoa, não... Então isso é de cada um mesmo (C1)

O “ganho” produzido pelo trabalho tem que ser de gratificação, prazer e de condições de gerar um retorno, de auto-investimento inclusive para o exercício profissional.

[...] De valorização disso... então você entra na Prefeitura com um salário, pode entrar um novinho agora, vai ganhar quase a mesma coisa que eu, 10% a menos. Então... Isso desanima. Os profissionais ou saem ou desanimam porque você não vai ficar investindo numa profissão que você... principalmente eu que não posso ter um consultório...[...]... Então se meu salário pelo menos não pagar os cursos que eu faço, para melhorar a minha vida, então para que... As pessoas vão fazer? Então eu... uma que sempre fez falta... Eu pensava “Puxa vida, tanta gente lá faz.. é uma delicia você sair, estudar, ver gente, ver

coisa... ouvir coisa boa, gente inteligente falando, mas e o dinheiro, e a grana? (T3)”.

A falta de reconhecimento e valorização financeira é apontada como responsável pelo desânimo, falta de investimento e rupturas na profissão. E observa-se a percepção de que o reconhecimento do trabalhador está diretamente vinculado a melhoria da relação com o próprio trabalho.

[...] E investimento público. Que assim vai ajudar a gente também que a partir do momento que você tem um reconhecimento melhor, você também trabalha melhor (T4).

Percebe-se no discurso de alguns profissionais a afirmação do sentimento de desvalorização atrelado ao sentimento de vergonha. Segundo Gaulejac (2001, p.37) o sentimento de vergonha está inscrito nas relações sociais e no psiquismo dos sujeitos e tem sua origem “associada à confrontação do sujeito com o mundo social, e é gerada a partir da identidade negativa” atribuída a eles. A vergonha ocorre em função da percepção do sujeito sobre o valor atribuído ao seu trabalho, o que acaba gerando uma falta de identificação com a sua profissão.

Não dá pra vislumbrar um futuro e falar “nossa... sou psicóloga, Encher o peito e dizer... Não dá! É melhor não dizer. Muitas vezes assim que eu já tive que fazer alguma fichinha em algum lugar, as pessoas me perguntam assim “Qual a sua profissão?” Eu falo assim: “eu sou funcionária pública”. Eu não falo que sou psicóloga. Porque eu tenho essa visão de falta de reconhecimento, de falta de... de ser uma profissão assim... Onde todo mundo acha legal, muito lindo. Mas muito pouco valorizada. Então, por isso, por essa falta de reconhecimento também a nível social, parece que eu também não me reconheço ou não reconheço a própria profissão. Entendeu? Então às vezes eu não queria dizer que eu sou psicóloga (T1)

Na análise observa-se que a única exceção que afirma ter reconhecimento social no aspecto financeiro é o profissional médico. Realmente com o advento da implantação dos CAPS o psiquiatra teve seu passe muito valorizado, não só em relação aos outros técnicos da equipe, mas dentro da própria categoria médica. As unidades implantadas precisavam desse especialista em sua equipe multiprofissional e a região dispunha de

poucos especialistas nessa área A lei da oferta e da procura elevou significativamente o valor dos salários desses profissionais.

[...] e hoje também me satisfaço do ponto de vista financeiro porque eu com o correr dos anos, eu sempre fui ruim nisso, mas eu aprendi a me valorizar não trabalho por menos de X e acabou, e então nesse sentido eu me sinto bem hoje (T6).

A diferença hierárquica, tanto das ações quanto da valorização financeira dos profissionais na equipe, gera divergências e dificuldades na identificação grupal.

### **4.3. Liberdade no exercício profissional**

Através da sublimação o prazer no trabalho torna-se um produto derivado do sofrimento, de sua transformação criativa e de sua elaboração satisfatória, desde que as relações de trabalho propiciem aos indivíduos, criatividade, reconhecimento, identidade e liberdade. As relações entrem a equipe, a chefia e a instituição parecem se dar de uma forma bastante horizontalizada, com o reconhecimento de muita liberdade e autonomia no exercício profissional.

Ai, ai, ai... liberdade... é... às vezes eu decido algo, por minha conta, ir fazer... daí se fala geralmente... é ouvindo sim. Então tem liberdade para fazer alguma coisa é... tanto na parte administrativa quanto ali na frente, tem liberdade sim. (A1)

A sensação de liberdade e autonomia nas relações de trabalho permite aos profissionais a proximidade com o seu desejo e a condição de realizá-lo.

Eu sinto!... Eu posso fazer. Eu acho que é uma coisa que ainda a gente tem aqui. Eu acho que... sei lá... pelo menos aqui no Ambulatório. Dá para você pensar... da para você... sabe assim... É... existe esse movimento... não é... não é uma coisa... Ah! Não eu vou... Por exemplo, eu estou trabalhando aqui, mas se eu quiser posso trabalhar fora daqui, mesmo estando aqui... então essa noção eu tenho.[...] (A1).



A noção de liberdade não deve ser confundida com descompromisso. Entende-se por liberdade nas relações profissionais a condição que se opõe ao comando, autoritário e restritivo. Nas relações hierárquicas institucionais, normalmente quem ocupa o lugar de chefia, de poder, fica associado a uma função de autoridade, frustrante e castradora. Essas percepções podem gerar acomodação e passividade ou rebeldia e ataques. Ambas, comprometem o desempenho, a qualidade e a integração das ações da equipe.

Eu senti liberdade. Eu acho que eu fiz porque eu quis fazer, não porque eu fui cobrada. Por que eu acho que eu vejo às vezes muitas pessoas assim... Principalmente na prefeitura... que não estão nem aí, eu sentia muita obrigação assim, porque eu estou ganhando... E eu tenho que fazer a minha parte... e a minha parte eu tenho que fazer muito bem feito... (T3)

A liberdade é a condição para que uma equipe possa ser mais autônoma, ter mais iniciativa e resolutividade. Estar integrada e investida numa proposta e num mesmo objetivo, através de relações mais horizontalizadas, possibilitando uma co-gestão e co-responsabilização pelo gerenciamento da assistência em saúde mental.

É... em certos aspectos do atendimento, ligado diretamente aqui dentro, eu acho que a gente tem, acredito que eu tenho. Entendeu. Ou quando eu sinto alguma coisa que esta pegando, que eu não consigo resolver. A gente trás aqui, a gente discute entre a gente, para a gente poder pensar, da equipe, como resolver, então, nesse sentido a gente tem autonomia aqui, para estar... de casos, coisas aí que a gente consegue estar discutindo juntos. (T2)

Na fala dos entrevistados aparece a percepção de que a relação de liberdade e autonomia está vinculada a existência de satisfação produzida nas relações de trabalho e na qualidade de seus resultados.

[...] quanto mais liberdade você tem, melhor você trabalha, então assim, por exemplo, outro dia um paciente queria passear no supermercado e já fazia uma semana que ela queria ir comprar salsicha. Eu não tive dúvidas, chegou uma hora que deu tempo, eu catei a chave do carro, falei: “Eu vou ali e já volto”. Não precisei... Não senti que estava indo passear com ela. Eu estava fazendo o meu trabalho. E aí eu fui ao

supermercado, fiquei passeando... Penso que isso não tem explicação. (C1)

Eu acho que assim, a satisfação tem a ver com o meu reconhecimento sobre essa liberdade. Porque é uma busca... é uma leitura que eu faço... Assim... que me é... Ela é dada mais assim... inconscientemente. Mas é uma leitura, quer dizer... Eu sei o que eu posso fazer aqui. Eu tenho essa satisfação de saber. Não! Isso eu posso! Eu só não faço porque ainda me falta alguns... (T1)

Observa-se que alguns profissionais relacionam a existência de autonomia e satisfação à condição de ter o conhecimento, o poder da palavra, da troca e, portanto do reconhecimento.

Eu acho que sim. Isso teve sim. Eu acho que tive bastante autonomia... autonomia para construir para poder dizer... até porque para gente... para poder falar também tem que saber. Então às vezes eu me angustiava de dizer ou de achar que: “Puxa! O pessoal sabe que sou enfermeira porque eu administro remédio”. Mas eu também não sabia outras coisas para debater ou poder dizer, então eu também não podia falar na roda de conversa. Hoje já é bem diferente. Hoje eu já posso... tenho que ainda estudar muito, conhecer muito, mas eu já comecei uma base já, para poder caminhar. (T4)

Muito. Nós tínhamos respeito e penso que autonomia dentro de condições. Hoje entendo melhor também, que ser secretário de saúde ou estar naquele lugar, a nível de funcionamento de uma secretaria, do que oferecia.... que é também uma coisa muito complicada. (C1)

Liberdade nas relações de trabalho pode significar autonomia, gratificação e fortalecimento do sujeito que se apropria de seu desejo, de sua competência e da livre organização de seu trabalho. Porém para alguns profissionais, principalmente nas relações que implicam a hierarquia de poder, a liberdade não é vivenciada como reconhecimento, respeito e autonomia, mas como falta de parceria, cobrança e abandono.

Eu tenho toda a autonomia “entre aspas”. Que autonomia é essa? É uma autonomia que eu não posso dar trabalho, nem queixar, nem nada para a Secretaria. Ta, mas aí, por exemplo, dizer não significa causar um problema, e você vai dizer que não, porque você acha

que está embasada em critérios, você vai ser questionada por isso? Muito! Então nesse sentido eu sinto que eu não tenho autonomia nenhuma. Eu não vou ser questionada, eu vou ser tida como alguém que deveria resolver e aí eu estou fazendo confusão “a troca de nada”. (C1).

Apenas um profissional da equipe refere não sentir liberdade no seu exercício profissional.

Atualmente não. Que é uma coisa que eu nunca mais experimentei depois que eu saí do exercito. Não há por que... você tem liberdade só que mais com certos parâmetros. O exército é assim, o que é interessante no Exército é que os médicos que estão no Exército estão lá para atender a família militar. Então a relação é completamente diferente. (T6)

Incoerentemente ao que se supõe, é o profissional que relata ter gratificação social, pessoal, financeira e poder, tanto decisório no tratamento, via medicação, quanto pelo estatus de sua especialidade. Infere-se que essa percepção do profissional em relação à falta de liberdade possa se dar pela “cobrança” de trabalho, em função de um excesso de demanda para atendimento e principalmente devido ao isolamento em relação aos colegas de equipe.

#### **4.4. Sofrimento**

Sobre a relação entre sofrimento e motivação vale salientar que o sofrimento é o ponto central da relação psíquica entre homem e trabalho e é impossível de ser eliminado.

Considerando que para Dejours (1992), por meio da sublimação, a noção dinâmica de sofrimento substitui o prazer e a motivação nas relações de trabalho, a questão do sofrimento no exercício profissional passa a articular a singularidade de cada indivíduo com a dimensão coletiva da ação, englobando tanto a motivação e o prazer, como a desmotivação e os efeitos patogênicos do trabalho.

Nos relatos dos entrevistados o sofrimento aparece relacionado às sobrecargas de trabalho que comprometem a sua eficácia.

[...] há uma sobrecarga, muito grande E essa sobrecarga talvez inviabilize a continuidade de um cuidado. Porque está sempre se apagando incêndio... E existe uma sobrecarga por culpa nossa mesmo.(C1)

O acúmulo de funções, o desconhecimento e o despreparo para o exercício profissional e a falta de capacitações para viabilizar o trabalho também são apontados como geradores de sofrimento.

[...]... os pacientes volta e meia estão sempre ali com a gente. Então, querendo ou não, um pouquinho de atenção você tem que dar. Você tem que pedir documentação para eles e é difícil estar trazendo, então isso complica também. A separação... dos prontuários. Fica ali, as vezes chega, você não sabe certinho onde achar a ficha, então dificulta, demora... [...] Faço um pouco de departamento pessoal, férias, cartão de ponto, licença dos funcionários, a organização dos arquivos. A abertura dos prontuários... faço receitas no computador para os médicos estarem assinando... e às vezes atendimento ao público também, tem que fazer. BPA que é a contagem dos atendimentos e agora estou começando a entrar para tomar conta das APACS... então estão passando aos poucos para mim, para estar pegando também. E é meio trabalhosinho (risos), por causa da documentação que não tem. Então fica mais difícil. E os pedidos da dose certa (medicação). Sei pouco disso porque foi passado assim “você vai preencher isso aqui e tal”... mas parece que não anda isso..... (A1)

Na fala de alguns profissionais o sofrimento parece surgir ao se analisar a existência de um sobrecarga, que gera cansaço, impotência, e a sensação de “não dar conta”, bem como uma avaliação negativa dos resultados dos cuidados oferecidos e uma cobrança por um melhor desempenho.

Às vezes eu me sinto... parece que, sei lá... parece que nada anda, eu não consigo fazer andar e que os pacientes continuam do mesmo jeito e da mesma forma. (T4)

Ruim é um jeito que não é organizado, é um jeito que a gente dá conta de uma forma momentânea, e que a gente segura a onda, a crise em si a gente segura a unha, a hora que a pessoa precisa ter

uma vinculação de continuidade, a gente já tem que cuidar de outro que está em crise, e aí a gente perde. A gente perde e se perde nessa história. E aí dá uma insatisfação e um sofrimento, uma broxada! Um corta tesão, porque aí você lembra que aquele cara que entrou ali querendo morrer ha 15 dias atrás, hoje olha para você no corredor e fala assim “Vamos conversar?” E você fala assim: “Daqui a pouquinho porque agora eu tenho que atender esse aqui”. Aí você vai atender o outro e deixa aquela pessoa ir assistir televisão e depois que você sai da sala, tendo atendido o outro que estava pior do que aquele você esquece daquela pessoa que está vendo televisão. No outro dia, quando ele olha para você de novo e fala: “Vamos conversar?”, você de novo está tendo que sair para uma reunião ou está tendo que atender uma agenda que está lotada. (C1)

Nesses relatos que apontam o acúmulo de funções e a sobrecarga, percebe-se a dificuldade da equipe de dar conta de dois programas ao mesmo tempo, com demandas e necessidades diferentes e que a sensação de se estar dividido, além do desgaste, gera impotência.

Essa situação aponta para um descompasso entre o trabalho desejado, idealizado (ações psicossociais) e o trabalho possível, real (ações e cuidados sem continuidade). E esse desencontro entre o desejo e o real parece ser o responsável pela frustração e sofrimento dos profissionais.

Porque tem dia que cansa. Tem dia em que a cabeça fica tão cansada que você não consegue escutar eles (os pacientes). Falar “oi, bom dia!”, nem nada... e com isso eu também aprendi que a gente tem que respeitar o lado do outro. Isso também aqui... aqui é bem legal isso. Você, eu não estou bem para atender eu vou te dizer “Oh! Hoje eu não vou fazer esse P. A., dessa pessoa, porque eu não estou... eu estou impossibilitada de escutar ela”. Então, até porque o meu serviço... se eu for escutar ela e eu estando impossibilitada não vai causar resultado nenhum, então isso eu também aprendi aqui... mas eu ainda... não tem o que é certo e o que é errado ainda... e até dentro da minha profissão. (T4)

A sensação de sofrimento pode se dar pela ausência de prazer no trabalho, gerado pela falta de retorno financeiro e de investimentos, mas principalmente por cobranças pessoais, percepção e auto-avaliação negativa, sensação de falta de reconhecimento e de gratificação pessoal.

[...] eu fico muito angustiada com... como a Saúde Mental é uma coisa que dá muito pouco retorno, às vezes eu me sinto... “Puxa, acho que eu... não estou fazendo certo ou não deu certo com esse paciente... Então eles não dão muita resposta positiva assim... mas no todo, do tempo que eu entrei aqui, eu acho que nós trabalhamos certinhos,... eu acho que tudo o que poderia ter sido feito... eu saio com a consciência tranqüila. [...]... eu tentei assim, fazer tudo o que eu pude para dar certo se algumas coisas, claro, não dá para dar tudo 100%, não vai dar, mas tudo que a gente pega, a gente tenta dar uma atenção especial é... Não fico com preguiça de fazer as coisas, eu faço... tento fazer o melhor que eu posso, agora... eu mesmo acho que eu poderia ter sido assim... mas ter feito mais cursos, mais coisas, me envolver... não sei se é por causa da minha idade também (T3)”.

A desconstrução se dá... Se deu na angustia de se viver o momento que a gente estava vivendo e que você falava assim... Nossa! Tudo o que eu estou fazendo não está dando certo... (T1)

O sofrimento aparece na sensação de desvalorização e angústia existentes na execução dos projetos profissionais. Apesar da desmotivação e das dificuldades existentes buscam-se condições para a realização do trabalho. A angústia não se torna imobilizadora.

Hoje tem uma coisa assim, que às vezes pega, né? Que é a sensação de você estar caminhando, vem uma coisa e bate... parece que desmorona, desmotiva... eu acho que essa coisa da politicagem aí que atravessa o meio... que as vezes gera essa coisa de desânimo, aquela coisa que você ouve “Nossa! Já está há 10 anos no Serviço Público está na hora de sair, porque o negócio pesa (T2)

A angústia pode gerar desmotivação e interrupções, questionamentos e incômodos, mas não impede que se busquem condições para se renovar a energia investida nas relações de trabalho e continuar tentando obter gratificação e sentido nessas ações.

Ah! Quando você para analisar sim, mas no dia-a-dia eu acho que não, eu acho que dá até para esquecer um pouco. Mas quando você para, que nem agora, por exemplo, que a gente esta conversando aqui, isso vem que nem uma pedra parece que fica aqui., e que você não consegue levantar, mas no dia-a-dia não... você acaba entrando num... num esquema mesmo de ter que fazer... Existe uma urgência de trabalho; é preciso que eu esteja aqui. Então alguma coisa tem que sair. Eu não posso sair daqui e ir embora e ficar só lá... (T1)

E eu penso que isso é uma coisa que incomoda muito a todos ali. Incomoda de um tanto, que as pessoas não estão agüentando mais terem um trabalho que a gente sabe como deveria fazer e a gente não faz, e nesse momento é uma fala de um membro da equipe, não da coordenadora. (C1)

Apesar do sofrimento nas relações com o trabalho, o adoecimento e a imobilidade parecem não surgir, inclusive em função do reconhecimento e da permanência do desejo no exercício profissional.

[...].. eu acho que ainda quando você pensa naquilo que é algo que é teu, que você... Eu preciso do emprego, tenho que trabalhar, tal. Mas tem algo assim... o desejo permanece... né? Então, desgasta em alguns momentos, às vezes as questões de equipe... você está caminhando para uma coisa, as vezes vem outra e atravessa... Então... tem desavenças, tem as coisas que... mais que acabam assim. Acho que você tem que voltar para entrar e poder rever mesmo tudo... para poder caminhar...(T2)

A permanência do desejo parece ser a possibilidade de aliviar a sobrecarga e a angústia resultantes do trabalho. Mas são sinalizadas a sensação de solidão e ineficácia na realização de ações individuais e a percepção de que resultados efetivos dependem de uma ação grupal.

Eu não acho o trabalho pesado de forma alguma. Eu tento gostar do que eu faço, mas às vezes a gente sai daqui achando que... a gente não fez nada.. Aí você volta, aquilo que você fez ou aquilo que você tentou não, mas não era assim que era para ter feito. Eu acho que era assim que eu deveria fazer. Algumas dependem da gente sim, mas às vezes não. Às vezes a gente não fez porque não dava para fazer sozinho, mas na maioria das vezes a gente ta achando que falta alguma coisa. (T5)

O sofrimento presente nas relações institucionais pode gerar desorganização nas ações coletivas desempenhadas pela equipe e no próprio indivíduo, que acaba se responsabilizando pela dificuldade de planejamento e execução eficiente das ações.

[...] Desorganização, mas essa palavra, desorganização, precisa ter cuidado com ela, porque a gente não é um bando de desorganizados. A gente, eu penso que nós somos pessoas que eu não sei por que a gente não consegue dar conta daquilo, num sentido... e esse momento então que a gente parou e viu, e viu que não dá mais. Então esse ano a primeira coisa que quero fazer

quando a equipe, quando todos estiverem ali naquele lugar, é poder falar, eu quero, vírgula, a equipe já falou “chega!”. É uma coisa de... é uma sobrecarga até que a gente mesmo ocupa da gente mesmo. Porque se a secretaria me oferece isso, tá, se o poder público oferece isso, e eu faço isso, e mais aquilo, é culpa minha mesmo. (C1)

Em alguns momentos o sofrimento e a insatisfação decorrentes da sobrecarga psíquica e de trabalho, impedem a Ressonância Simbólica, que segundo Dejours (1992) é a condição de articulação da dicotomia singular com a sincronia coletiva e, portanto de reconciliação entre o inconsciente e os objetivos de produção. O sofrimento patológico nas relações de trabalho acaba sendo gerador de rupturas.

Eu saio porque eu não agüentava mais o ritmo de trabalho. Estava muito pesado.[...]... ninguém agüenta, só que você tem a perspectiva de mudança e aguarda essa mudança... então, eu fico durante, pelo menos os primeiros 3, 4 anos tentando organizar pelo menos o meu horário de forma a atender as necessidades de um outro tipo de trabalho. Você deve se lembrar eu ficava 4 horas aqui, só que eu ficava 4 horas atendendo sem parar, tinha dia que tinha 40, 50 pessoas, ninguém agüenta! A gente se dispõe a ficar um período maior na unidade conforme o que você vai fazer, senão você vai morrer, por que ninguém suporta, não é possível, depois de ouvir 30 pessoas você não está ouvindo mais nada. Você não sabe o que está acontecendo. Então isso vem num processo que em 2002 culmina com uma ruptura porque eu me via numa situação em que não havia saída. Eu não tinha mais como reverter esse processo sem um recomeço. (T6)

A condição de reparação e enfrentamento do sofrimento nas relações de trabalho, bem como a ressignificação do desejo e a gratificação profissional, é percebida como possível na tentativa de recobrar potência e autonomia.

[...] que foi um recomeço como foi agora. E que eu volto falando. “Sozinho eu não volto! Precisa ter pelo menos 3(psiquiatras) na parte da manha. E isso, e isso e aquilo”. Proposta de montar isso... que também não aconteceu, um monte de coisas! Como psiquiatra, com essa clínica, o mais importante eu tinha uma esperança, que essa esperança, naquele momento foi se esvaindo porque a gente via que as coisas não conseguiram progredir. Que esse momento é interessante porque esse momento de recomeço meu acontece ao mesmo tempo que o movimento de recomeço do próprio CAPS, com a vinda do supervisor institucional, com todo esse... Porque era



uma coisa que realmente estava precisando, um recomeço desse e no meu caso com uma ruptura. E a idéia, depois quando a gente volta, é de voltar para efetivamente ter um pouco de poder de mudança mesmo para poder ver se consegue...(T6)

De maneira geral, os profissionais relatam a existência de sofrimento em suas relações com o trabalho, com a equipe, com o resultado de suas ações e com as políticas públicas. No entanto esse sofrimento, apesar do desgaste, da impotência e da frustração, não aparece com um caráter patogênico, imobilizando ações e inviabilizando desejos. O reconhecimento do mesmo parece sinalizar uma tentativa de se buscar recursos, avaliar e considerar limites, e de reorganizar-se em novas condições que permitam um reinvestimento de energia nas relações profissionais.

## **CAPITULO V - Proposta Psicossocial**

A implantação do modelo substitutivo em saúde mental, tendo como representante o CAPS, implicou na mudança teórico-técnica e prática das ações desenvolvidas, bem como no vínculo dos profissionais com os usuários. Nesse processo houve a desconstrução de conceitos da psiquiatria e da psicologia em relação à concepção de saúde mental e a construção de novas teorias e técnicas foi fundamental para subsidiar essas ações. Essa construção considerou noções de cuidados, acolhimento, autonomia e a existência-sofrimento do sujeito em sua relação social.

Na proposta psicossocial, as concepções de objeto e os meios de trabalho, relacionam-se às concepções de saúde-doença-cura e as formas de organização da assistência, de tratamento e prevenção. Nesse contexto entende-se por sofrimento psíquico uma multideterminação de fatores bio-psico-sócio-cultural. O objetivo principal da ação terapêutica não deve ser a supressão dos sintomas, apesar de ser considerado e almejado, mas sim, tirar o enfoque da doença e pensar ações de promoção em saúde, superando o enfoque na normalidade e na ausência de sintomas.

As ações da saúde mental devem, portanto, objetivar o reposicionamento do sujeito, considerando como perspectiva a ética da singularização, orientada pelo desejo do indivíduo e também pela sua dimensão sociocultural. O sujeito deve ser considerado como pertencente a um grupo familiar, social e como participante ativo do seu tratamento, e as intervenções devem visar muito mais o desenvolvimento de competências sociais.

### ***5.1. Concepção do conceito psicossocial***

Nas entrevistas observa-se a tentativa de definição do conceito psicossocial que visa embasar teórica, ética e politicamente a implantação do CAPS e suas ações. Alguns técnicos observam que a aproximação e a humanização com os usuários são fatores que facilitam o contato, subjetivam um sujeito e favorecem a sua melhora.

[...] Olha, eu acho que é bem melhor, porque a gente... fica mais humano com o paciente, tendo um pouco mais de... tendo mais contato com ele... acho que por isso fica mais fácil. Mais fácil para gente e mais fácil para eles... acho que para os dois lados. Eles... tem mais liberdade, eles conversam mais com a gente... tem paciente que faz tempo que eu conheço e as vezes tem coisas que eu não sabia. Porque conforme eles estão aqui, as vezes você senta ali no banco para conversar você fica sabendo coisas e diz “nossa há quanto tempo eu estou aqui e eu não sabia nada.” Então eu acho que você tem contato melhor com eles. E isso vai incidir positivamente na melhora deles.[...] Eu acho que sim, apesar de ser um trabalho custoso, de muito investimento, eu percebo uma diferença de antes para agora (sobre a implantação do CAPS) (A1).

Observa-se que, em alguns discursos, existe uma percepção da singularização como dimensão ética a ser considerada na definição do conceito. O cuidado não se restringe apenas a tratar a doença, mas se amplia na noção dinâmica do indivíduo, considerando seus aspectos biopsicossociais e a necessidade de amplitude de suas possibilidades como sujeito que sofre.

As ações psicossociais são vistas como possibilidade do sujeito de recuperar a capacidade de se posicionar ativamente frente aos seus conflitos e contradições e da retomada de seus direitos de cidadania, com o aumento do seu poder contratual, familiar e social.

Eu entendo assim, essa proposta é uma busca assim da gente estar oferecendo essa possibilidade das pessoas estarem se cuidando, estar entrando em contato com esse sofrimento, trabalhar esse potencial que cada um tem diante mesmo de suas limitações... Quer dizer, a gente oferece aqui dentro toda essa possibilidade de tratamento, mas assim... e buscar também estar integrado, estar ligado que seja pela família as questões sociais que tem aí... Quer dizer, colocar essa pessoa também dentro das possibilidades externas..... então eu acho que é isso, né?(T2)

Ah!... Psicossocial é você ver a pessoa... é o jeito que você trabalha com a pessoa e ver a pessoa é... como um todo assim... como um todo psicológico dela e o sofrimento... e o lado social que é você integrar essa pessoa para ficar, para se habilitar, habilitar não seria o nome...é... dele no trabalho. E é ser visto como cidadão... é isso que para mim, é você trabalhar o psicológico, o lado psíquico dele e também o social e nessa junção a pessoa melhorar numa situação familiar, de trabalho é... da sociedade mesmo, né? Ela poder

melhorar em todos os sentidos, né? Teria que ser.... Acho que a preocupação psicossocial seria isso.(T3)

O entrevistado aponta, que na proposta psicossocial também é considerado fundamental para o processo de subjetivação, a necessidade de desmedicalizar o sujeito, potencializando seus recursos e respeitando seus limites.

E... hoje pensando também no que a gente vem estudando aí, tudo ligado a essas propostas também, da supervisão institucional, então acho que até essa questão é muito mais de trabalhar com a pessoa em si, pensar na desmedicalização, que às vezes a gente fica muito voltado... entrou aqui e a gente pensa que precisa de remédio... muitas vezes a gente tem casos que dá para lidar de uma outra maneira sem pensar na medicação como a primeira proposta. Eu acho que seria essa questão assim... de estar trabalhando com o potencial da pessoa e tentando devolver para o mundo dentro do que for possível. (T2)

As ações de saúde mental, para possibilitar a reconstrução da singularidade do indivíduo, precisam considerar na definição e finalidade dos projetos terapêuticos a individualidade de cada um, como sujeito de sua vida e de seu destino, permitindo uma nova perspectiva de vida e não apenas a recuperação de uma suposta condição de saúde anterior ao sofrimento.

Eu acho que a proposta psicossocial é eu poder ajudar esses pacientes que estão saindo de uma internação de longo tempo, ou que estão até mesmo em casa sem assistência... e poder construir com eles uma realidade diferente para o mundo deles. E isso às vezes é difícil para a gente. Porque a gente quer construir o mundo nosso e achar que tudo que é certo para mim também é certo para ele... Então eu sinto isso, mas... eu gostaria de fazer, pelo menos com algumas pessoas... de construir...(T4)

Para alguns técnicos a proposta psicossocial se define pela possibilidade de horizontalização das relações, minimizando o distanciamento técnico/paciente, e pelo direito de liberdade, de ir e vir, em contraste com a clausura manicomial, considerando a necessidade de reinserção social.

E colocar o paciente onde todos nós vivemos, né?... Tirar ele naquele lugar onde ele foi colocado e colocar ele nesse espaço todo

de liberdade que a gente tem para ir e vir para circular, para..., né? Então, assim... fazendo parte disso, eu acho que é super legal, porque assim... na supervisão institucional, quando se falou dessas... mais a fundo um pouco dessas coisas, eu fiquei assim mais tranqüila... porque a gente olha para o paciente de uma outra maneira, você enxerga as coisas de um outro jeito, então assim... [...] a relação fica menos... verticalizada... menos... porque fica de igual para igual. Não essa de... Ah! Eu sou a técnica! Não! Não tem isso. (T1)

A definição do modo psicossocial, para alguns profissionais, inicialmente se dá em comparação e oposição ao modelo manicomial, que segrega, aprisiona e desconsidera o indivíduo, expropriando-o do convívio social, familiar e produtivo. E tem como forma de assistência apenas a medicalização.

A proposta psicossocial para mim seria... olha, na verdade, é uma coisa que... eu também pude compreender que cada lugar tem a sua construção psicossocial. Então eu penso assim, que são pessoas que tem um sofrimento psíquico intenso, que tiveram como cuidado, internações, que era o tinha pra ser oferecido, que depois, com a medicação, essas pessoas puderam ter os seus sintomas, entre aspas, contidos e talvez aí, ficaram então em casa, sendo medicalizados, sem ter um convívio com o social, e tendo um convívio familiar extremamente ruim. Porque então, são pessoas improdutivas a nível do capitalismo que a gente vive, porque não trabalham e ficavam dentro de casa tomando remédio, passava no médico uma vez por mês, daqui a 60 dias.(C1)

E conclui que, em alternância ao modelo manicomial, a proposta psicossocial se define considerando a subjetividade, a condição familiar, a reinserção social dos indivíduos e a recuperação de sua cidadania, como sujeitos de direitos, desejos e liberdade.

Daí a proposta psicossocial vem para mim, como uma coisa de devolver essa pessoa a uma possibilidade de envolvimento de novo, num lugar que ele vive, desde as ruas da cidade que ele mora, poder andar na cidade, poder andar de ônibus, de coletivo, poder ir na praça chupar sorvete, ver a banda tocar, poder enfim, poder estar voltando à coisas que lhe foram roubadas porque internou uma... interna um milhão de vezes, fica um ano, dois anos, cinco anos, dez anos internado, como é que... esquece, né, como é que é viver. Então é ... Eu acho que é a sensação de ser cidadão do mundo. Pertencedora a uma questão de vivência de vida. Então isso para mim é o psicossocial. Se a gente pensar que cada pessoa tem a sua subjetividade, vai fazer isso da maneira dele. (C1)

Para alguns o sofrimento psíquico ainda é enquadrado como doença. A concepção se define por parâmetros de doença/cura. do indivíduo, cujo enfoque fica na doença. A assistência fica restrita às ações psicoterápicas, a medicação e a figura do médico. O cuidado objetiva o estado anterior ao adoecimento ou como medida apenas de contenção, de evitar uma piora e um surto.

Eu entendo assim que é um programa que está direcionado a pessoas que estão em sofrimento... assim, tipo os neuróticos, as pessoas que sofrem de... as psicoses e assim nas fases críticas, eu entendo que é assim. Eles vêm pra cá, vão ter todo o cuidado com as terapias, com a medicação e a gente tenta no máximo não deixar que ele entre num surto total que ele tenha que internar... e pensando numa melhora para que ele possa depois tentar seguir a vida dele, não dito normal, mas pelo menos melhor do que ele entrou. (T5)

Na fala de alguns técnicos a proposta psicossocial teve como papel desencadeante os benefícios medicamentosos e a humanização conseguida em função da desautorização de internações. Esse discurso parece negar a instituição manicomial e o seu mandato de custódia, mas parece afirmar o saber psiquiátrico sobre a doença e a importância da medicação, cuja finalidade parece ser consoante com o modelo psiquiátrico moderno.

Eu acho, eu entendo a proposta psicossocial como uma proposta de humanização...[...] só que o que ocorre é que o modelo psicossocial ele previa... eu tenho uma linha de história que eu acho que é o que aconteceu e que contextualiza um pouco o sujeito dentro do modelo psicossocial e que se inicia lá, do ponto de vista histórico, não dos ideais, lá na reforma psiquiátrica, da Itália, que na verdade entre outras coisas tem como um papel desencadeante importante, a medicação.[...] Porque é assim que começou. O cara melhorava, começou a usar o Amplictil que era o primeiro remédio que tinha, o cara melhorava, a família não queria o cara de volta, e o hospital começou a processar a família e você sabe como se resolveu isso na Itália, né? Deram uma graninha. aí as famílias começaram a receber. [...] Eu penso que a partir do momento que você começa a ter essa desautorização da hospitalização como algo útil, a longo prazo, você começa a ter uma idéia assim. (T6)

A valorização da medicação e da figura do médico é vista inclusive como mediadora e possibilitadora da atenção psicossocial, pois na visão do entrevistado ela

permite a supressão de sintomas, a contenção do descontrole, da agressividade e da internação psiquiátrica. Parece haver um deslocamento de poder, de custódia sobre o indivíduo. Substitui-se a tutela judicial e o manicômio, pela medicalização do sofrimento humano e o tamponamento de sua subjetivação.

Não é possível fazer desospitalização sem medicação. Porque o cara vai ficar delirando, vai se matar, vai matar gente, vai se machucar e vai ser internado, na pior das hipóteses por ordem do juiz. Então a idéia... a medicação, ela vem para permitir inclusive o surgimento do modelo Psicossocial. A nossa capacidade de oferecer mais coisa e até a necessidade de oferecer mais coisas para o cidadão.(T6)

Ao considerar a necessidade de negação da psiquiatria tradicional, enquanto ideologia que se impõe no saber –fazer sobre a loucura, AMARANTE (1996), afirma que:

[...] o psiquiatra e os técnicos da psiquiatria, enquanto socialmente reconhecidos como portadores de um saber sobre a loucura e os seres humanos, têm uma função ética singular ao renunciarem ao mandato social de exclusão, segregação e medicalização do sofrimento humano e das formas sociais de produção da anormalidade.(p. 104)

A medicação como eixo terapêutico fundamental e necessário na assistência em saúde mental, parece não ser questionada pelo profissional médico, apesar do mesmo apontar que a diversidade e integralidade das ações assistenciais, considerando seus vários âmbitos, se mostram superior e eficaz.

Então, quando você trata um paciente deprimido, por exemplo, eu acho que você tem que dar remédio, você tem que fazer psicoterapia, você tem que agir no ambiente porque você sabe que tudo isso está acontecendo e se você não faz é negligência. É cristalino isso para mim. E a ciência vem confirmar isso. O resultado é extremamente superior não tem comparação é 10, 15 vezes melhor quando você usa isso.(T6)

Nesse sentido, parece existir a tentativa de consideração e resgate da dimensão das relações entre os sujeitos e o social, e da loucura como possibilidade de uma dimensão

plural. Porém, observa-se na fala do entrevistado, que essa percepção se dá através do embate entre o bioquímico e a subjetivação.

Eu enxergo na psiquiatria biológica uma negação descabida de toda a psicologia, psicoterapia, das teorias e de tudo [...] existe uma quantidade grande de indivíduos ainda que julgam que podem usar uma lógica de causa e efeito linear para entender um fenômeno mental. Isso é idiotice.[...]... se você trabalha com uma lógica de causa e efeito circular, que é isso que é o importante, então está lá que sujeito está com o humor deprimido está com o humor deprimido vai diminuir a capacidade do indivíduo de interagir com o meio ambiente, vai diminuir a capacidade do indivíduo modificar o meio ambiente de forma a lhe agradar. Vai baixar a auto-estima do indivíduo você tem eixos sociais, psicodinâmicos e orgânicos. Porque vai dar stress, libera cortisol, diminui o nível de serotonina. Se você acha que vai conseguir resolver esse problema atacando só um lado do problema, você pode até resolver só que você vai demorar e vai estar negligenciando de atacar todos os outros problemas.(T6).

Sobre a importância da reforma psiquiátrica e a eficácia da proposta Psicossocial enquanto paradigma de transformação das práticas em saúde mental, o profissional afirma que:

É. É inquestionável (T1).

Na mudança de orientação dos modelos, e da implantação do CAPS, observa-se a forma como se deu para os profissionais a construção desse conhecimento.

Sobre a existência de recursos e orientações que possibilitassem esse entendimento, alguns afirmam que houve estudos, trocas e visitas a serviços que já funcionavam. Mas a sensação para a grande maioria é que o conhecimento não foi suficiente para embasar suas atuações.

Sim, teve uma orientação. Não uma orientação como a gente gostaria e que as pessoas sempre cobraram, né? Assim... capacitação, mas... tivemos orientações, tivemos estudos, fomos conhecer lugares, né? Nós fomos conhecer outros CAPS,[...] eu fui para... e achei muito legal o trabalho lá... e eu acho que teve assim, teve sim, bastante estudo, orientação né. O (supervisor de estágio da faculdade) tentou bastante, a gente leu bastante, aprendeu, mas não.... A gente gostaria de ter feito mais. Eu acho que a Saúde



Mental... a gente esta sempre aprendendo... eu acho que em tudo, né. Você está sempre aprendendo, sempre trocando experiência eu acho que isso que fortalece o trabalho, né? Você dividir experiências, aprender com o outro... (T3)

[...] e aí eu acho que eu fui escutando, fui aprendendo a lidar com a escuta... aí quando eu fui num congresso de enfermagem, eu fui lá e falei assim “eu quero só ver sobre saúde mental” e não havia nada na área. Não havia nem um livro para eu comprar, para começar a história.(T4)

Para alguns essa vivência da construção da proposta psicossocial acontece sem investimentos externos, contando apenas com os recursos pessoais.

Eu me lembro de duas coisas quando eu cheguei aqui, o discurso da necessidade da implantação do novo serviço de orientação psicossocial já era um discurso presente. Na época inclusive que eu cheguei você chefiava a Saúde Mental do Município e já dava essa orientação, é claro que a gente viveu durante todo esse período, eu me lembro bastante da gente falar que era na raça que a gente estava fazendo as coisas porque não tinha investimento como não houve no decorrer do tempo. Mas esse discurso já permeava (T6)

Sobre o início da implantação do CAPS, a vivencia dessa mudança e a proximidade com os conceitos da reforma psiquiátrica, os profissionais relatam uma sensação de desconhecimento.

Só que eu não sabia o que era isso. Não tinha noção do porque aquilo chamava CIAPS... porque era atenção... porque era psicossocial. Também não sabia o que queria dizer essa palavra. (C1)

Para tanto o conhecimento precisa ser construído no dia a dia, na observação, na tentativa de lidar com o desconhecido e com a impotência, na prática e nas trocas com a equipe.

Então eu falei “Não! Primeiro eu vou olhar muito, ler prontuário, saber até as palavras que eu não sabia”, eu lia e falava “o que será que quer dizer isso?” Eu não sabia nada. No começo eu achava que... então eu fui assim... não fui respeitada não, mas depois devagarzinho, devagarzinho eu fui tomando o meu espaço, mostrando o meu espaço. Fui demarcando.. Fui mostrando para as

peças que eu fazia assim... que eu era importante também na equipe.... porque quando a gente sai da faculdade. “Nossa, acho que eu não vou saber fazer nada disso. Eu não sei fazer nada. Eu não sei nem o que eu faço direito”. Aí eu... fiquei perdida aqui, mas depois quando eu me achei, eu também pude mostrar para as pessoas, e para mim mesmo... que eu também fazia parte de uma equipe e que a minha palavra também cabia.(T3).

Ou se constrói através da possibilidade de se ter estudos sistematizados, comprometidos com a efetivação das práticas psicossociais.

[...] e apesar de a gente ter aprendido o que é um CAPS, eu aprendi o que era um CAPS na supervisão institucional, porque eu não sabia a diferença de hospital psiquiátrico, hospital dia e um CAPS. Eu falava “Nossa! Mas parece que o CAPS é igual ao hospital dia. Tem a mesma função, faz a mesma coisa, a mesma atividade”. E aí eu vim aprender que não, que o CAPS também é a retirada das medicações... gradativa.... e não só medicar, medicar..., de ensinar a viver de uma maneira bem mais... (T4)

Na fala de alguns técnicos, aparecem experiências anteriores com o início da reforma psiquiátrica e a implantação dos serviços substitutivos, os CAPS e os NAPS. Aparecem os relatos da vivência do desmonte dos manicômios, da aproximação com as idéias e conceitos, mas não da efetiva implantação dos serviços.

É, mas é engraçado porque eu peguei a reforma dele (O Pínel). Então o que aconteceu? Eu não peguei nem uma coisa nem outra. No primeiro ano estavam desmontando o Hospital (o Pínel). Em 90 e 91. Então em 1990 estava desmontando o Hospital. Não internava mais ninguém... Estavam mandando as pessoas embora. Em 91 estavam implantando o primeiro NAPS lá, porque era dentro do hospital que implantava o NAPS só que até quando eu fui embora em outubro, não estava nada funcionando ainda, mas tinha toda aquela idéia tal... Estava no momento da virada. Tanto é que você se lembra, que quando eu cheguei, eu cheguei cheio dessas idéias porque era o que eu estava vendo lá.(T6)

E apesar de ter vivenciado um momento de mudança, essa experiência parece não alterar a sua concepção. Observa-se uma reafirmação do foco medicamentoso como opção e eixo estrutural, profissional e mercadológico.

[...] aí no consultório também, eu resolvi montar um consultório só para fazer farmácia, porque do ponto de vista mercadológico aqui é muito rico de psicologia e muito carente de psiquiatria. É... e aí é que se define essa orientação de estudar mais farmácia e seguir esse caminho e de lá para cá só os ajustes que a vida vem impondo.(T6)

No entanto, observa-se também, que além de afirmar o enfoque medicamentoso e psicoterapêutico como prioridades, considera que para assistir os portadores de sofrimento psíquico são necessários um cuidado diferenciado e uma preocupação com a reinserção social.

Por que alguma forma de cuidado vai ter que ter... durante muito tempo a psicoterapia ficou um pouco presa a idéia de que os psicóticos eram difíceis de fazer terapia. Que é uma idéia na verdade muito fechado ao jeito da Psicanálise pura de fazer terapia e que não é a realidade. Já faz muito tempo já da psicoterapia e que aí começou a se criar idéias a respeito do que mais se pode ser feito, que aí a reinserção social. Tomou remédio, está melhor saiu do delírio, se você achar que essa pessoa vai sair na rua e vai conseguir se reinserir, principalmente do ponto de vista trabalhista, etc., é uma sacanagem achar isso, porque se a gente não ajudar isso não vai acontecer. Então eu acho que esse campo de idéias começa daí. Começa dessa necessidade e vem se individualizando a partir dessa experiência.(T6)

E aponta em seu discurso, uma preocupação com a mudança de paradigma e da assistência em saúde mental no serviço. Mas salienta a dificuldade de efetivar a implantação da proposta psicossocial, embasada apenas no desejo, na intenção e nas ações da equipe técnica.

Mas a idéia que se tem, e aí é que uma coisa muito importante é essa angústia de saber até que ponto e até aonde o trabalho, por exemplo, aqui, mudou e se mudou, se mudou para uma orientação mais da área Psicossocial. Eu acho que essa angústia ela reflete um pouco essa falta de capacidade que a gente tem de medir mesmo e o quanto isso é importante, agora eu volto a dizer que eu olho que é inviável e até temerário a gente tentar montar isso por nós mesmos no serviço. Eu acho que isso é uma função da universidade. A universidade tem que estudar isso, preparar isso e nos oferecer método. (T6)

Além de afirmar a importância da metodologia como instrumento de mensuração e avaliação das ações e do serviço, podemos inferir que essa fala também aponta um elemento fundamental para viabilizar a implantação da nova proposta, que é a existência de parcerias entre a instituição e a universidade. A união entre as práticas e a produção de conhecimentos, integrados em projetos de cooperação, possibilita a criação de campos de estágio e a formação dos futuros profissionais; aprendizagem e atualização, de estagiários e técnicos, visando minimizar as defasagens da formação e de conhecimento desses últimos; potencialização e divergências que propiciem movimentos na acomodação e inércia institucional e produção e avaliação de novos saberes e práticas assistenciais, que referendem a concepção e a proposta psicossocial.

## ***5.2. Ambulatório x CAPS – a diferença dos modelos***

A maioria dos profissionais vivenciou um contato com a unidade, anterior a implantação do CAPS, cuja estrutura e projeto terapêutico era ambulatorial. O modelo preventivo comunitário organiza seus serviços sobre os princípios preventivistas e hierarquização de ações em níveis de atenção. Dentro desse modelo o ambulatório se define como uma unidade especializada, de atenção secundária, responsável por ações mais complexas, diversificadas e intensivas.

Porém as críticas ao modelo ambulatorial se dão em função dele ser centrado no especialista, na consulta e na medicação.

A vivência dos dois modelos por parte dos profissionais nos permite observar, através de suas falas nas entrevistas, a percepção que esses trabalhadores tem sobre as diferenças e mudanças, ocorridas ou não na instituição. Sobre a estrutura ambulatorial afirmam que:

O que acontece é o seguinte, é que quando eu venho, eu enxergo na minha cabeça que provavelmente o que ia acontecer era mais ou menos o que eu vi acontecer no Pinel 5 anos atrás. E eu pensei, bom essa estrutura... porque a estrutura ambulatorial principalmente do

jeito que ela era, porque ela mudou bastante, apesar dela ainda ter..., ela é um moedor de carne..., ninguém agüenta, (T6).

[...]... Porque quando eu entrei era assim... era ambulatório, a pessoa vinha para internar, não tinha um contato mais íntimo com a família, não se sabia nada do paciente, vinha a família e relatava ou vinha ele mesmo, ou o vizinho ou a polícia trazia, já se internava, voltava da internação não tinha um acompanhamento... E as pessoas... tinham muita dificuldade de entender isso; da necessidade de medicação, da necessidade da família se envolver... de ter atenção de ter.. é... um olhar diferente para esse paciente. Então era assim, tratado como um bicho, assim... vinha internava, tomava remédio lá, saía passava 15 dias estava aqui de novo para internar....(T3)

Alguns percebem que a melhora dos usuários com a implantação do CAPS é inquestionável, apesar dessa análise focar o maior controle e a relação medicamentosa como responsável por isso.

[...] não sei, parece que eles mudaram, eu não sei te explicar parece que, acho que tomam mais medicação, certinho, parece que não ficam tão.. E isso tem a ver com a implantação do CAPS...[...] Acho que sim. Porque eu acho que ficava... os pacientes vinham, pegavam medicação e iam para casa. Não sabia se eles tomavam ou não a medicação. Agora aqui não. Eles chegam aqui e tomam a medicação de manhã, tem tomado na hora do almoço, à tarde, já levam medicação para a noite. Alguns até tomam aqui, então não acho... de uma forma controlada. Mesmo que não toma a noite, na manhã já vai tomar. Então eu acho que isso facilita bastante... (A1)

E percebem também a melhoria nos efeitos da assistência por meio da possibilidade de se ter mais contato e compreensão com os usuários. O serviço inclusive pode ser bom, na avaliação do profissional, por provocar alívio familiar no distanciamento de contato com o usuário “doente”.

Olha, quando os pacientes não ficavam aqui.., e agora com o CAPS, eu acho que ajuda a gente ver de uma forma diferente, você começa a ter mais contato com a doença deles e acha que em qualquer lugar..., é..., para ter mais contato com eles para você começar entender melhor..., eu acho que o CAPS é importante por isso..., pela forma de você tratar os pacientes aqui, você vê o que é uma pessoa..., a família. principalmente a família passa em casa, ficou com o paciente 24 horas por dia, não é fácil, no CAPS acho que já

ajuda bastante. Para aliviar um pouco mais a família e ajuda também a eliminar, a entender mesmo a doença de cada um. (A1)

Para alguns a mudança do modelo assistencial foi sentida como significativa. Percebe-se uma melhora no entendimento e desenvolvimento de ações para se lidar com a crise, na efetiva necessidade de desinternação e na importância da aproximação familiar na recuperação da condição de indivíduo.

[...] eu acho que melhorou bastante assim... do tempo que eu entrei aqui. Então tinha 10 internações no ano, né?... e a família queria ficar livre desse paciente, né?...[...] Então o paciente era um estorvo na casa, ele atrapalhava, quando ele vinha era mal recebido, mal acolhido... e tudo isso a gente foi trabalhando devagar, tentando mostrar para a pessoa que ele era um ser humano como outro qualquer, que ele tinha sentimentos, que ele tinha que ser melhor recebido, não do jeito que era.[...] então a gente tentava mostrar para as pessoas, que ele era um ser... um ser que era da família e que ele tinha que ser amado principalmente porque ele era um filho, um marido, um irmão e precisava ser respeitado...(T3)

Nos relatos profissionais sobre a mudança de modelos, aparece a percepção de que a proposta psicossocial é uma oposição a um modelo anterior, excludente e medicamentoso, e que há uma necessidade de desconstrução de práticas e concepções de saúde mental estratificadas em níveis de atenção.

Eu pude estar fazendo esse paralelo, por que, puxa vida, O CAPS, uma coisa que veio sendo criado... e está posto hoje... E justamente... Em oposição a tudo o que até hoje foi feito... quer dizer... o ambulatório, ele foi a medicalização do tratamento mesmo. E o CAPS, ele veio para dismantelar, para desconstruir toda essa questão ambulatorial e colocar os paciente numa... E colocar o paciente onde todos nós vivemos, né?... (T1)

Existe a percepção de que o modelo preventivo comunitário é focado na pessoa do médico e da medicação e da importância da mudança no enfoque de tratamento proposto pelo novo modelo..

E como seu paciente, porque as vezes ele só quer falar para você “olha eu não queria tomar essa medicação porque ela está me fazendo mal”. E você não dá tempo. Você já chega e fala “Ó! Toma

que já está no horário, o médico mandou e acabou!” No hospital é feito isso. E aqui não, a gente aprende a ouvir o paciente, aprende a olhar bem diferente.(T4)

Para a minoria dos profissionais, a vivência do modelo anterior não existiu, mas mesmo assim existe uma crítica ao funcionamento atual do CAPS.

Ele estava mudando, tanto que às vezes era PAI (programa de intensidade máxima), mas essa fase do PAI também foi muito pouco que eu peguei.[...] quando eu entrei, eu fiquei muito pouco tempo. Eu também não ouvi comentários de como era antes, mas eu acho que... eu tenho mais a visão do CAPS do que do modelo anterior, embora ache que não esteja funcionando exatamente como deveria ser um CAPS. (T5).

Existe a percepção de melhoras com a implantação do novo programa, mas também uma preocupação com a dependência dos usuários com o serviço.

Indiretamente aparece a dificuldade dessa equipe com as práticas de reinserção social.

Eu vi mudanças em bastantes pacientes, assim, logo no início que estavam em uma fase bem críticas, hoje você... da a impressão que não é mais a mesma pessoa. Agora eu acho que já chegou a hora de se desvincular... mas eu percebo mudança.(T5)

Porém alguns técnicos conseguem assumir a existência de dúvidas sobre a diferença entre os modelos, suas propostas e suas amplitudes.

Então... eu ainda não tenho isso formado comigo... eu ainda não tenho... eu não acho... eu não sei ainda se o CAPS é o melhor, se a internação é melhor. Por quê? Até porque eu fui visitar agora há pouco tempo o hospital Espírita de Marília, eu ai... parece que eu tive a sensação de estar no meu local de trabalho, porque eu não via uma diferença nítida nisso sabe? Lá no Hospital dia... medicação, trabalhos manuais, terapia... dentro do próprio hospital, todos em psicoterapia, psicodrama, em atendimento... e aí eu falei “Qual que é o diferencial do nosso, do meu serviço? Eu ainda não tenho... (T4)”.

Mas parece perceber que as ações podem até se confundir no cotidiano, mas as propostas guardam diferenças cruciais na sua dimensão ética e ideológica.

[...]... mas aí eu até escutei de uma... esqueci o nome dela, ela era do Ministério, e acho que tinha um CAPS que tinha grade nas portas e nas janelas... e que ela falou assim “gente, vocês nunca digam que um CAPS não seja melhor que um hospital psiquiátrico... Porque mesmo ele estando lá, embaixo de grades, e de tela, ainda é melhor que um hospital psiquiátrico... porque de lá ele vai para casa dele. Ele não vai ficar internado. Ele vem de manhã e vai embora à tarde. Ele tem um convívio com a família...” é, nesse ponto eu também achava que ela estava certa, eu concordava com ela, nessa fala dela... (T4).

Para alguns a mudança ainda é um processo, ela está se construindo. Mas percebe-se uma amplitude de ações e ganhos.

Acho que mudança... quer dizer, o negócio está mudando acho que a gente tem também que buscar tentar se adaptar a essa situação toda, né e... acho que assim... foi mais uma abertura mesmo para essas coisas novas, de ver a forma nova de poder atender, de estar oferecendo mesmo uma escuta, para esses casos que até então se vinham uma vez por semana, se apareciam de vez em quando, vai estar sempre com a gente. [...] então eu acho que... é algo que te possibilita estar mais próximo mesmo... do usuário, estar muito mais próximo, de estar podendo... até rever mesmo a postura tua, do que você... porque muitas vezes você fica enquadrado numa coisa de achar que “não, isso não pode, não pode...” e tem coisas que você vai ver são possíveis, e não deixam de ser terapêuticas... (T2)

Nos discursos sobre a vivência da mudança, observa-se que para alguns profissionais existe uma crítica ao oposicionismo dos modelos.

Há 300 anos atrás amarrava os doentes mentais. Ficavam em cela de cadeia. Então o manicômio foi uma evolução grande já. Claro que é uma coisa que tinha que acabar, e é claro que tinha abusos também no ambulatório, como tinha abusos lá. Mas não há mais necessidade de oposição, a imensa maioria das coisas que a gente ouve a respeito desse embate é de quanto era ruim o modelo (anterior).[...] Então, é essa a necessidade de afirmação de um modelo em oposição a um outro. E isso é idiota, a primeira coisa que eu vi sobre o modelo psicossocial de teoria era uma coisa assim modelo manicomial X modelo psicossocial. Eu olhei e comecei a dar risada, não vamos chegar a lugar nenhum.(T6)



Como justificativa para as críticas em relação à oposição, defende a idéia que um processo de mudança se consolida através da evolução e afirmação do que se propõe como novo, devendo absorver e utilizar elementos anteriores.

Porque você não tem o que se opor ao outro modelo. Você é uma evolução e não uma oposição. Porque se você não for uma evolução você vai negar as poucas coisas boas que tinha no outro modelo. Então, essa afirmação por oposição é errada. Até hoje a pessoa vem aqui atrás do Diazepan por causa disso. A gente só quer negar uma coisa não adianta você falar que dar Diazepan para ela é ruim.(T6)

COSTA-ROSA (2000) ao definir o paradigma psicossocial em oposição ao paradigma psiquiátrico busca definir elementos mínimos que compõem os dois modelos e critérios que permitam fazer essa distinção, para tanto o referido autor utiliza-se do conceito de alternatividade como contradição. Para ele as práticas psicossociais surgem em oposição às práticas asilares, sendo, portanto alternativa a ela. A contradição entre os modelos visa se sobrepor a idéia de uma simples diferença ou negação lógica e evitar a idéia de disfunção ou desvio, mas considerar a contradição como resultado dos conflitos entre os grupos e os interesses sociais, representados nas instituições.

O autor afirma ainda que:

Somente aquelas diferenciações capazes de se manifestar com força radical, a ponto de imprimir a determinado fenômeno um sentido contraditório àquele seguido até então, poderão requerer o estatuto de contradição. A contradição assim considerada está relacionada com a dialética no sentido da “lei de unidade e luta de contrários”, com base na qual se concebe a existência, nas formações sociais, de “forças motrizes” capazes de possibilitar que elas possam passar de um estágio de desenvolvimento a outro, mudando radicalmente as suas características essenciais.”(COSTA-ROSA, 2000, p.144)”.

E conclui:

Com base nessas idéias gerais, podemos afirmar que só é possível considerar que dois modelos de atuação no campo da saúde mental são alternativos se são contraditórios. E dois modelos serão contraditórios se a essência das suas práticas se encaminhar em sentidos opostos quanto a seus parâmetros basilares. (COSTA-ROSA, 2000, p.144).

A discordância sobre o tema é enfatizada, e a imposição de um modelo contra um outro e seus antagonismos são percebidos pelo profissional médico como desnecessários. Na sua visão é necessário somar os conhecimentos e utilizar todos os recursos e ferramentas existentes, inclusive a medicação e a internação.

[...] e a idéia que você precisa que a idéia do outro esteja errado para a sua estar certa. Isso é imbecilidade. Nós estamos vendo, sob prismas diferentes a mesma coisa. Na minha opinião bioquímica, psicanálise e tal atingiram status de linguagem, linguagem é ferramenta... e você não precisa acreditar na teoria para usar a teoria, quem precisa acreditar é padre. [...] Então você está usando uma teoria como uma ferramenta ou como uma linguagem para você compreender. Utilíssima! A ciência faz isso todo dia. A bioquímica o que é? Uma ferramenta. Ela serve para você usar para fazer determinada função. Só que é só isso o que ela faz. E eu tenho isso cada vez mais cristalina para mim. Que essas coisas todas são linguagens que a gente tem que usar como ferramenta e isso deixa a gente tranquilo quanto aos limites, das nossas coisas, das nossas técnicas e quanto à necessidade capital de você usar outras coisas.. E de não funcionar para todo mundo. (T6).

Portanto, percebe-se nitidamente que para esse profissional a proposta psicossocial ainda não é considerada como substitutiva ao modelo psiquiátrico.

Eu acho que as pessoas que julgam, num exemplo, que para vingar ou para se positivar o modelo psicossocial é necessário usar menos medicamentos ou vice-versa. Que precisa acabar com isso, essas pessoas têm que estudar. E tem que estudar mais bases. Do que é o fenômeno, porque ocorre o fenômeno. Parar de usar causa e efeito linear. Então você acha que depressão é, por falta de serotonina? Imagina! Falta de serotonina é só uma impressão bioquímica de um fenômeno enorme que está acontecendo. Agora eu posso melhorar isso aqui, porque que eu não vou fazer? Porque eu não vou ajudar o cidadão lá no meio ambiente dele, já que ele não está com capacidade de interação. Porque que eu não vou trabalhar a auto estima desse cara aqui. Porque que eu não vou fazer isso? Então você tem 10 coisas para agir. A gente mal da conta de agir 3 ou 4, vai deixar de agir em alguma? É equívoco total.(T6)

Sobre a estrutura ambulatorial também vigente no serviço e a presença de ações condizentes ao modelo preventivo comunitário, o profissional afirma que as instituições ao

contratar um psiquiatra esperam dele uma ação médica, centrada na clínica do olhar e da escuta restrita aos sintomas e a medicalização.

Exatamente, exatamente, a gente ainda sofre disso até hoje (da estrutura ambulatorial). Mas o discurso já havia... mas o que muda muito para mim, quando eu chego aqui e começo a trabalhar é a minha própria orientação porque eu me volto mais para a farmácia. Primeiro pelo que esperavam de mim nos serviços aonde eu venho assumir, que já era isso, eu vou e assumo uma enfermaria de pacientes agudos, o que não tem nem o que pensar, é medicar. E ambulatorios onde o que se espera que eu faça é a parte farmacológica. (T6)

Contudo assume que seu papel, na instituição e na equipe, não se pauta por ações e pela ética psicossocial, mas se limitam ao tratamento dos sintomas, as consultas individuais e a prescrição medicamentosa, definindo, portanto, seu papel como especialista e suas ações restritas ao programa ambulatorial. Essa postura gera tensões, isolamento e distanciamento da equipe, que apesar de todas as dificuldades tentam se nortear pelos princípios da atenção psicossocial.

Em função do desgaste gerado pelo individualismo contemporâneo, de decidir por si e ter que se responsabilizar pelo seu desejo e resultados, a formação de grupos permite ao indivíduo a possibilidade de delegar ao outro o significado das atitudes e experiências.

O grupo pode, portanto, produzir um alívio ao diluir a identidade profissional, mas frente a isso o indivíduo pode não diferenciar o lugar que ocupa na instituição, gerando uma indeferência.

Nos relatos dos profissionais aparece a percepção de que, a coexistência dos serviços, CAPS e Ambulatório, com a mesma equipe e o mesmo espaço físico, além da sobrecarga de trabalho, gera uma indefinição de papéis.

E acho que isso até que acabou sempre meio... levando muito mais ao atendimento... dentro dessa divisão que existe nossa aqui, que eu sempre acabei ficando muito mais com o atendimento ambulatorial, psicoterapia do que mesmo no CAPS. Apesar de até atuar em alguns momentos no CAPS. [...] E eu acho que continuo muito com esse perfil, dessa escuta analítica, voltada para alguma, uma coisa assim... acho que a minha paixão maior é essa, né? Até porque, de repente... tem as oficinas, tudo tem que ter o lado terapêutico, mas, acho que o meu desejo é focado nessa escuta... só que aí cai no

Ambulatório. Eu atendo casos de CAPS... Eu tento alguns que estão comigo, que são pessoas assim, que necessitam até dessa escuta individualizada... então eu acho que eu não deixo de estar no CAPS. Desse jeito, eu acho que a minha atuação às vezes acaba sendo muito mais... assim... não é pequena. Mas é... acho que eu não estou envolvida cem por cento. (T2)

Eu acho que estou meio a meio sabe?... Inclusive essa semana, eu meio que assim... Estou tentando definir o meu trabalho aqui.[...] meio a meio assim, eu fico dois dias que eu me dedico ao CAPS né? E dois dias no Ambulatório e um dia de P. A. (pronto atendimento) Que eu consegui tirar meus pacientes da quinta feira, passei para segunda e terça e deixei mais um dia para eu fazer mais um... para tentar pelo menos mais uma oficina, né? Participar... junto com a estagiária na Oficina de Culinária, que é uma demanda dos pacientes, eles ficaram perguntando, ai eu disse: “Vamos tentar, vamos fazer”.(T1)

Para alguns profissionais, apesar de perceberem que na proposta do CAPS a escuta analítica e o atendimento individualizado também são necessários, parecem considerar e reduzir as ações do CAPS somente a existência de oficinas.

[...] porque talvez você fique pensando “Puxa! Tem as oficinas...” às vezes precisa de gente, precisa de coordenador, precisa de alguém que esteja junto... a gente acha que a gente deixa na mão de estagiários, né? Então, nesse sentido eu acho que às vezes eu me cobro, “Puxa! eu não estou lá, esta precisando” a equipe é pequena, porque é uma equipe de ambulatório e CAPS, que é uma única para dois programas. É, talvez eu acho que seja essa divisão que passa existir... Algumas pessoas ficam mais voltadas para as oficinas que tem... que estão mais envolvidas com isso e eu que acabo ficando no atendimento... e eu acabo me encaixando lá no Ambulatório e assumo essa postura também. Mas se eu parar também para analisar, tem, claro que, esses outros casos. Mas as vezes acho que fica aquilo... é um atendimento individualizado e a gente acaba meio descaracterizando que é de CAPS...(T2)

Na visão de alguns profissionais, a proposta psicossocial só vai se consolidar se houver uma separação concreta entre os programas, CAPS e Ambulatório e a implantação de novos programas no município que atendam inclusive uma crescente demanda de dependentes de substâncias psicoativas.

[...] De qualquer maneira a idéia que eu levo para a prefeitura é de abrir CAPS ad (álcool/drogas) de a gente ter uma estrutura de

CAPS, um CAPS ad e isolar o ambulatório porque eu julgo que se você não isola ele, você não acaba com ele. Você vai minguando o ambulatório só se você consegue isolar. Que nem a gente esta fazendo em...(outro município). Lá eu já estou quase fazendo mais atendimento no CAPS do que no Ambulatório e no começo era 5 pra 1. Então eu acho que é a forma de digestão do ambulatório, porque acabar sozinho não acaba, a demanda não permite, tem que ir drenando para outros serviços. (T6)

Na concepção de outros técnicos, para efetivar a assistência de saúde mental no modelo psicossocial, acreditam não ser necessário separações concretas dos programas, nem a ampliação de serviços através de novos equipamentos, mas ser essencial que se reconstrua a prática e o conceito que referenda o trabalho.

Mas eu também descobri aí, nesse trabalho de supervisão, que a gente pode realizar ações psicossociais. Que para isso não precisa se separar espaço físico para se conseguir isso. A gente pode ter ações de vários tipos.(C1)

E para isso é necessário ter um projeto de trabalho que possa estruturar essa mudança.

E nós tínhamos então pessoas que eram na época para mim... era uma espécie de ícone, não sei se a palavra é a mais adequada, da saúde mental.[...] enfim, a gente se reunia e aí assim eu descobri que boa vontade não adianta nada. Só um pedaço da história. Desejo que desse certo também, não adianta muito. Descobri, por exemplo, que tem que ter um projeto de trabalho. (C1)

Sobre os dois modelos de assistência CAPS e Ambulatório, a grande maioria dos entrevistados sentem que existem diferenças cruciais enquanto proposta de atenção, concepção e ética sobre a saúde mental, e afirmam a percepção de ganhos e efetivas mudanças, para os técnicos e para os usuários, com a implantação do CAPS. Mas sinalizam que a coexistência dos programas, a equipe reduzida e dividida, a ausência de projetos e as diferenças de ideologia técnico-assistencial dos profissionais dificulta a efetiva implantação da atenção psicossocial.

### **5.3. As relações na equipe**

As organizações atualmente colocam em pauta o afetivo, pois não desejam mais serem vistas exclusivamente como sistemas sociais de produção. Apesar da vida psíquica e do imaginário dos sujeitos serem considerados, isso é levado em conta na medida em que a organização lhes propõe uma representação de si mesmas, um imaginário social a ser interiorizado, condição de vinculação do sujeito na instituição.

A concepção estratégica atual, segundo ENRIQUEZ (2000), aprisiona o sujeito no imaginário da performance e da excelência, canalizando sua afetividade, as pulsões inconscientes e sua reflexão.

Os dirigentes buscam criar não mais um modelo de funcionamento único, mais modelos evolutivos que considerem as circunstâncias e condutas, complementares e antagônicas, de parceiros e adversários, visando contemplar a estratégia e a racionalidade investida pela paixão.

Na contemporaneidade, como conseqüência do esvaziamento progressivo dos pólos identificatórios e de referência do indivíduo, a estratégia como movimento se instaura na sociedade e nas organizações e imprime valores competitivos, de sucesso pessoal e econômico, e de visão programática do mundo, com normas de eficácia e combate.

Como defesa dos conflitos internos do individualismo e do desejo de pertencer, o indivíduo busca a inclusão em grupos. A atração e a possibilidade de formar grupos é decorrente de um movimento contraditório e complexo que significa ao mesmo tempo uma opção pela indeferência grupal e uma saída da condição autocentrada da atualidade.

Portanto, nas instituições a proposta de se implantar equipes multiprofissionais e de se estabelecer relações horizontais são valorizadas pela possibilidade de resgate de comprometimento e participação dos trabalhadores.

Os entrevistados apontam o trabalho em equipe multiprofissional como fundamental para viabilizar os objetivos do tratamento. Porém percebe-se que para alguns técnicos, as trocas e parcerias na equipe que pudessem facilitar o trabalho, não existem.

Isso seria ótimo se tivesse.. Porque não tem. É só quando você pergunta, às vezes você tem uma dúvida chega e pergunta... então é

questão que se resolve entre si, o primeiro que passa na frente na hora a gente pergunta...[...] Não em termos de equipe... só no individual... e aí você vai saber só quando você perguntar... (A1)

Nas instituições a luta contra o sofrimento produzido nas relações de trabalho pode se dar, individual ou coletivamente nas relações de equipe, e propiciar ao indivíduo identificar ou ocultar seu sofrimento, adoecer ou enfrentar afetivamente os efeitos produzidos nessa relação.

Eu acho que deixa bastante a desejar a equipe como um todo. Quando a gente tem algo assim, para ser feito, mas que não é direcionado a todos, mas só a alguns, a instituição funciona muito bem. Mas quando você vê por um outro lado, eu acho que não tem muita parceria. Eu acho que a equipe como um todo deixa bastante a desejar. Eu acho que é um pouquinho de tudo, falta de entrosamento, de interesse e sobrecarga.... e principalmente a falta de entrosamento. Às vezes vai surgindo aquelas conversinhas e as pessoas acabam se distanciando. E as vezes não é feito como deveria por conta disso, assim... mais pelo lado pessoal. Eu não vou fazer, porque ela não fez para mim. Quando eu precisei, ela não estava aqui e eu também não vou fazer. Então fico aquela coisa assim meio lá, meio jogada. (T5)

Para alguns profissionais a percepção das relações na equipe é de desintegração e desinformação, no setor de trabalho e no grupo como um todo, e de problemas decorrentes da sobrecarga institucional.

Eu não sei o que eles fazem... ficam os dois lá, os dois fazendo atendimento, quando um não está o outro fica, só que nunca dá pra ficar um sozinho, não tem como, porque de manha, quando está limpo, ferve ali, não tem como ficar uma pessoa. Então tem que ficar duas mesmo. Agora... um vai sair de férias e eu vou ter que ir para lá, daí vai ficar uma parte descoberta... (A1)

A vida em sociedade e em grupos, onde existe a identificação mútua e o estabelecimento de regras e valores e um objetivo a ser alcançado, torna-se geradora de angústia.

No mecanismo estratégico a angústia não é só do indivíduo, mas também das instituições. A luta que se trava nesse caso é contra o sofrimento do caos, das pulsões não canalizadas, do desconhecido e das relações entre os indivíduos.

A percepção de falta de integração da equipe acaba por não permitir o reconhecimento grupal e a sensação de pertença, e é geradora de angústia, de desvalorização e de falta de autonomia.

Eu me sentia...é... uma secretária de médico aqui..., né! Então assim, onde que... onde estava eu? Eu quis dizer isso na Reunião e eu não me dei conta assim... Porque eu fiquei angustiadíssima com um caso que eu tinha... um PA que eu tinha feito, e eu fui levar o PA e aí ela (a médica da equipe) falou “Não, eu não vou fazer nada disso...” Ah! Quer dizer... eu tinha autoridade para fazer aquilo que eu estava fazendo, quer dizer, me foi dada essa autoridade, se é que eu possa chamar de autoridade, e me foi tirada ao mesmo tempo.  
(T1)

A falta de integração também é percebida através dos embates existentes entre os técnicos, e são sentidos como geradores de problemas e responsáveis por uma insegurança profissional.

As pessoas mesmo que bem intencionadas, chega uma hora que eles se enredam na necessidade do embate... sabe, por que julgam que se não há o embate não há a necessidade deles. Só que isso aí gera uma série de problemas inclusive do ponto de vista de... da pessoa ter insegurança profissional, e isso é idiotice. A tua teoria e a minha teoria não precisam estar certas.(T6)

Porém na fala de alguns entrevistados existe a percepção de embates, de diferenças de ideologia e práticas de assistências como geradoras de conflitos, mas que a proposta coletiva pode também possibilitar o reconhecimento da expressão de singularidade, de troca e não de fusão, em que a relação com o outro, ao considerar as diferenças e o confronto, possibilita a capacitação das potencialidades criativas do indivíduo e do grupo.

Porque eu falava assim: “Nossa gente, eu não imagino como vocês conseguiram trabalhar aqui”. Mas assim, tipo: “Agora nós vamos!”. E aquilo foi sentido pela equipe de uma forma muito ruim. Como se agora, por nossa causa, as coisas iriam dar certo e que eles não tinham feito bosta nenhuma até então, e eu penso que isso tem a ver com o perfil que a equipe tinha e ainda tem, que são pessoas que pouco investiam no estudo, a equipe, pessoas que tinham um perfil talvez bastante... Assistencialista! Que era uma coisa assim, de ajudar... o que eu acho, aliás, hoje, já passando aí 8 anos... eu acho hoje que tudo tem o seu lado necessário naquele lugar. Se naquela



época eu tinha um problema de embate com as pessoas que eu considerava assistencialistas, hoje eu continuo achando essa pessoa assistencialista ou algumas pessoas assistencialistas, mas eu acho que todos têm o seu valor ali dentro daquele lugar. Mas isso depois de ter tomado muita porrada. (C1)

É possível também observar que no relato de alguns profissionais existe a percepção de trocas e parcerias dentro da equipe.

É porque assim... também a gente não fica no nada, né? Por que a gente tem os recursos internos, os recursos em equipe, e a gente procura o melhor dentro dessas possibilidades... tem um ganho também, por outro lado...(T2)

E a importância da integração para o fortalecimento da equipe, que necessita se definir por um objetivo, se posicionar e se impor.

Não sei, porque assim... quando você está num órgão público, concursado, ninguém vai te tirar porque você tem idéias e você tem normas, desde que você não vá negligenciar atendimento, desde que você não vá negligenciar um cuidado, que você não vai expor seu paciente a uma... maldade, a alguma coisa que vai denegrir a imagem dele, eu acho que não tem por que a gente não dizer e fazer e poder colocar. Porque quando você está numa instituição particular ou pública, sem concurso, você já tem que... você teme, se você falar você pode ser mandado embora [...]... eu acho que aqui a gente tem isso. A gente é concursado e a gente pode falar. Pode dizer “não estamos satisfeitos com isso e a gente vai fazer isso!” (T4).

Todas as ações da unidade são planejadas, executadas e discutidas pela equipe profissional. O espaço institucional desse encontro se dá através das reuniões semanais de toda a equipe.

Esse espaço permite a discussão dos casos clínicos e seus encaminhamentos, posturas e condutas, profissionais e institucionais em relação a demandas surgidas, bem como a resolução das questões administrativas. Na visão dos profissionais aparece a valorização da reunião de equipe como espaço de integração e definição de condutas e das ações do serviço.

Tem uma por semana, né? [...] a gente dificulta um pouquinho as coisas também... Porque a gente faz rodízio para ir à reunião, vem um, um fica, daí eu venho numa semana, na outra semana o outro não vem... aí você não fica sabendo o que acontece na instituição [...] Por que esse que vem na reunião passa, mas daí quando fica para outra pessoa vir, daí a outra não vem, fica faltando... e não fica sabendo o que esta acontecendo, e lá é passado tudo que esta acontecendo.[...] no caso de ter passado algum caso, de um paciente, daí é decidido aqui, daí... chega lá na frente o paciente fala alguma coisa, você fala outra coisa,... aí fica aquela história, e um não fala a mesma linguagem do outro... estando participando vai estar falando a mesma linguagem... tudo certinho..(A1)

A percepção do entrevistado sobre a ausência de alguns profissionais nas reuniões de equipe é devido à acomodação. Acredita que falte interesse e compromisso por parte dos colegas e também cobrança por parte do coordenador.

Eu acho que eles acham que não é importante, porque as vezes que eu participo eu pergunto se eles têm duvida, se tem alguma coisa para falar... mas daí também, você vai naquela... daí só eu vou na reunião, daí fica meio incomodo também..... daí eu tenho que ficar passando as coisas.[...]. Acho que é por uma falta de entrosamento de interesse e eu acho que tem que ter uma coisa mais firme, porque se deixar na vontade eles acabam não vindo mesmo. (A1)

A percepção do entrevistado sobre o desencontro na equipe é em relação ao pessoal administrativo, entre si e com os técnicos. Parece acreditar que esse desencontro não acontece entre os técnicos.

Eu acho que é entre o administrativo e os técnicos...[...] Ah! Entre os técnicos parece que não. (A1)

A relação da equipe vista pela coordenação, é percebida a partir das relações pessoais/profissionais como ambivalente e em construção. A existência de conflitos e contradições não é percebida como desestabilizadora, mas como condição propulsora de mudança e da possibilidade de configuração de grupo.

Em construção... eu acho que o trabalho dessa equipe... primeiro que não tenho equipe... talvez.... então, não sei. Mas eu penso que a gente pode assim dizer que nós podemos falar a mesma língua em muitos momentos, mais do que já falamos até então, que é a língua

do trabalho, que não é a língua do fulano ou do beltrano. Ta, o que eu quero dizer com isso, talvez o pessoal... porque nós somos uma grande família ali. Também somos amigos naquele lugar e isso também é um problema, né! E eu não vou criar problemas, também não quero e nem acho mesmo, por questões de ordem pessoal, em detrimento...[...] mas eu acho que nós podemos falar a nível de trabalho, ali, muito mais esse ano, reclamar a todos, reclamar do nosso trabalho, nos unirmos, nos separarmos, do que até então nós já fizemos, e aí eu penso que a equipe já se configura como uma equipe sim, em muitas situações.(C1)

Sobre a construção do sistema de organização e o gerenciamento, parece existir uma tentativa de considerar uma gestão que privilegie as pessoas, com democratização das relações institucionais e que através do poder compartilhado possibilite uma co-gestão dos trabalhadores. Porém observa-se que a construção dessa condição não é facilitada, inclusive pela própria instabilidade da equipe.

Hoje por exemplo, eu já consigo dizer assim: “Eu não venho”, e as pessoas ligarem e me falarem “Ó, fulano ligou para você”. Então assim, não é só uma proteção de coisa calhorda...É de estar no meu lugar quando eu não estou lá e eu estar no lugar do outro quando o outro não está lá. Então é estar funciona como tal..[...] Isso também é funcionar em equipe. Não sei se uma equipe pode dizer que... não sei se existe isso em função de toda a minha experiência de 7 anos, eu posso dizer que eu acho um pouco difícil. Porque eu acho que cada dia está de um jeito, uma equipe, que são várias pessoas, que cada dia está de um jeito...(C1)

O meio de trabalho característico dos CAPS é a equipe multiprofissional, de quem se espera, que em sua constituição atual, supere em vários aspectos os de um mero grupo de especialistas. Pois comumente as equipes multiprofissionais organizam-se, centradas na figura do médico, por meio da hierarquização das relações, de planejamentos e de ações compartimentalizadas e sem relação entre si. As críticas a esse tipo de constituição e modo de intervenção se deve inclusive a idéia de que o tratamento da “loucura” não deve ser foco das especialidades.

Para ROTELLI, os principais atores do processo de desinstitucionalização são antes de tudo os técnicos que trabalham no interior das instituições, os quais transformam a organização, as relações e as regras do jogo exercitando ativamente o seu papel

terapêutico de psiquiatras, enfermeiros, psicólogos etc. ...(1990 p.31).

No entanto para construir uma função multidisciplinar que atenda aos princípios da proposta psicossocial, o profissional necessita ultrapassar a barreira das especialidades e guetos teóricos, pautando-se no trabalho interdisciplinar, na ação recíproca e no enriquecimento mútuo, com integralidade das ações e com tendência a horizontalização das relações de poder entre os campos implicados.

Portanto o modo psicossocial, no que se refere à equipe e o meio de trabalho, aspira a transdisciplinariedade. Essa proposta ao questionar o eixo de sustentação dos campos de conhecimento, gera uma desestabilização na dicotomia sujeito/objeto e nas disciplinas e especialismos enquanto unidade e propõe uma amplitude dos limites e enquadramentos e um efetivo diálogo entre as diversas disciplinas de conhecimento e de intervenção com os seres humanos, permitindo novas possibilidades de atuação.

Observa-se na fala do entrevistado a percepção de que no modelo preventivo comunitário as práticas são centradas na clínica do olhar e da escuta restrita aos sintomas. E que o foco nas especialidades subentende uma departamentalização dos saberes técnicos e uma quebra de vínculo na relação com o usuário.

É... até porque eles achavam que Saúde Mental... para que saber sobre diabetes, teste de pezinho, vacinas, você não precisa sobre isso. E eu falava “mas eu cuido de pessoas e eu tenho que saber orientá-las” E aí eu começava a ligar e falava “Ó! Eu estou aqui, eu estou viva, eu sou enfermeira, né...” E até hoje existem pessoas que não sabem que eu sou. (T4)

A definição da função específica e especializada se dá pelos cuidados físicos e principalmente pela administração de medicamentos, apesar de considerar que os usuários também têm outras necessidades.

Eu entrei como auxiliar de enfermagem e permaneço. A gente cuida da medicação. A gente faz a medicação injetável. Chega o paciente em surto, a gente tem... quer dizer, na verdade já veio do pronto socorro, já está medicado. É que às vezes a gente precisa... não vou dizer conter, mas tentar acalmar, entre aspas, tentar cuidar da higiene pessoal e às vezes até a gente escuta. Eles chegam querendo conversar. É isso [...] Essa questão da medicação é com os

pacientes do CAPS, é mais voltado a eles, mas a gente também faz para os outros pacientes, os ditos ambulatoriais. Então, fica um pouco direcionado para o cuidado com a medicação, mas através disso é visto o usuário em todas as necessidades que ele acaba tendo. Isso acaba sendo o contato ali do postinho. (T5)

Percebem-se críticas e questionamentos sobre a delimitação das funções específicas e o entendimento que ocorre uma quebra dos vínculos terapêuticos quando o trabalho se estrutura na departamentalização dos saberes. Não existe um desejo de negar a função específica determinada por uma escolha, mas através da percepção da “plasticidade” dos campos de atuação, poder construir relações profissionais que permitam uma troca mais efetiva e enriquecedora.

Até porque assim, a gente trabalha com campos diferentes, né? Outro dia o supervisor institucional falou, que qualquer um poderia fazer psicoterapia. Que isso não é do psicólogo. Eu falei “nossa, né?” [...] Porque isso às vezes é uma barra. É uma coisa que me barra. Porque então eu posso cuidar só até ali. Aí dali eu tenho que entregar para outras pessoas. Então... as vezes é continuado mas as vezes tem quebras, porque eu acho que o vínculo que ele fez comigo ele não fez com o outro.[...], mas também eu não queria fazer psicologia, até porque é um campo que está dentro da enfermagem, mas que também é específico. Que também é próprio deles, e que cada um tem uma linha para seguir. Porque daí eu também vou ter que deixar de ser enfermeira para ser psicóloga e os dois juntos não dá... porque eu até posso entender o psicossocial, eu posso entender o lado emocional, eu posso conduzir um... uma conduta bem diferenciada sabendo o que eu sei hoje, mas eu ainda tenho o meu lado técnico, o meu lado de enfermeiro, o meu lado de prática, né? Que é meu, que eu adquiri nas minhas bases teóricas. (T4)

Contudo observa-se o relato de solidão e de isolamento na construção do papel multiprofissional e na necessidade de busca de ampliação da função específica.

[...].. só tenho eu lá, eu não tenho com quem poder conversar sobre isso, porque a única enfermeira sou eu, de Saúde Mental, e se eu for conversar com outra enfermeira ela vai falar “Ah! “Mas isso não é da minha área e eu nem quero saber”.[...] é uma área isolada, essa relação de enfermagem e Saúde Mental é novo, é novo... é um conceito que é difícil e até para os enfermeiros em geral, de unidade básica, de hospital. A hora que você senta você fala que está na

Saúde Mental eles falam “Nossa Senhora, você é louca! Trabalhar nisso não é minha área, não é meu campo. (T4).

A função multiprofissional é percebida pelos profissionais como condição que permite ultrapassar os limites das especialidades e se compor por meio da horizontalização nas relações de poder dentro da equipe.

No início eu achava que os meus cuidados aqui era só de medicação, curativo e injeção. Que era só isso. E agora eu acho que além desses cuidados físicos... a gente também tem, esses cuidados assim, difícil de falar... a gente está lá como técnico para conversar, sentar. Você ouve, aquele cuidado no sentido de você olhar e ver que a pessoa não esta bem, e de tomar uma atitude de ver o que pode ou não pode ser feito, discutir com a equipe. Até então eu achava que isso não era necessário, que isso era trabalho do psicólogo ou da pessoa que era referência, hoje em dia eu vejo que não é assim a gente também tem que ter esse tipo de olhar, esse tipo de cuidado Eu vejo que além desse cuidado físico a gente também tem um cuidado pelo lado emocional da pessoa. (T5)

É sinalizada pelo profissional a busca de recursos e de aprendizado que possibilitem uma união dos campos de conhecimento, que não neguem o saber profissional adquirido, mas que se somem e se articulem, através de uma atitude de diálogo e de flexibilidade, na execução de tarefas distintas e intercambiáveis, por meio da transdisciplinarietà.

Foi produtivo (a especialização), acho que para mim, para eu crescer mais..... antes eu falava: “Nossa, eu vou fazer na USP, as feras da Psiquiatria, da Saúde Mental, dos enfermeiros lá. [...] foi bom, aprendi bastante coisa, só que assim, eu tinha uma sede de saber, qual o papel da enfermagem. Mas falavam” você não pode pensar assim, você tem que pensar no papel de todos lá dentro”, todos tem um conceito que tem que unir junto para poder dar um... mas eu falava “mas e o do enfermeiro?” Porque eu achava que eu tinha que pegar tudo o que eu tinha conhecido, que eu tinha tido de teoria, guardar numa gaveta, adquirir outros conhecimentos, psicológicos, médicos, farmacológicos e introduzir ali, né? E aí teve uma enfermeira que estava fazendo até um trabalho sobre isso e disse que você tinha que usar junto todos os seus conhecimentos de enfermagem, todos os seus instrumentos de trabalho, dentro da Saúde Mental.(T4)

Aproxima muito, a imensa maioria dos psicólogos e as faculdades de Psicologia, a idéia de fazer oficina terapêutica, uma coisa que

antes era feito por T. O. só. Porque em Hospital Psiquiátrico antigo tem isso, só que é a terapia Ocupacional... de reabilitação e eles não usavam material também para... analisar o inconsciente. (T6)

Nos relatos observa-se que os profissionais acabam tendo uma percepção de ganho, de amplitude das funções específicas e de possível gratificação na interdisciplinaridade.

Não, porque assim, a gente aprende até... os alunos hoje, quando eu dou aula, eu relato isso, que a gente aprende que o enfermeiro é a técnica. Tem que saber fazer bem uma injeção, bem um curativo, bem uma sondagem, bem... alguma coisa assim, para eu ser bom enfermeiro... e hoje eu não acho que seja isso. Para você ser um bom enfermeiro você tem que aprender a cuidar de uma maneira diferente... e cuidar começa ouvindo. Porque muitas vezes no hospital a gente não tem tempo de fazer. Porque tem muita coisa para fazer.(T4)

E conclui:

É ganhei muito! Isso é verdade, eu ganhei muito como profissional, acho que hoje vejo de maneira diferente e sempre falo “enfermagem não é só técnica” porque a técnica você aprende, você pode falar... saber que você não tem que contaminar, que você tem que fazer um bom curativo. É importante sim eu saber disso, do aluno saber disso, você que está indo para a prática saber disso, mas que não é essencial. O essencial não é o enfermeiro que fala bom dia tocando na perna. “Oi, como você está? Você tem alguma reclamação? Você quer conversar comigo?” E o que dá tempo também para ele não falar nada e não querer falar nada...(T4).

Afirmam ainda que a somatória dos campos de conhecimento, com a flexibilização na execução das ações e a construção de projetos terapêuticos que considerem as diferenças e a individuação dos sujeitos, mostram-se mais eficazes enquanto atuação da equipe técnica.

É... são complicados por que o que da certo para meia dúzia de pessoas não quer dizer que vai dar certo para todo mundo. Só quando você pega os novos estudos e eles são bastante claros em afirmar que a psicoterapia em conjunto com a farmacoterapia, é muito superior a qualquer um dos dois isolados e isso é um pilar

muito importante, onde nós psiquiatras, psicólogos, devemos nos apoiar. (T6)

Nota-se nas entrevistas que os profissionais, principalmente os que não tem uma formação em psicologia, apontam para uma tentativa de afrouxar os limites e fronteiras da formação específica, visando uma amplitude nas possibilidades de atuação e na construção de relações interdisciplinares com a equipe e condizentes com a proposta psicossocial.

#### **5.4. Avanços**

O CAPS como representante estratégico da proposta substitutiva ao modelo psiquiátrico tradicional é norteado pela lógica de rede e território e visa articular as instâncias de cuidados em saúde mental do município e propiciar escuta e acolhimento do usuário, considerando a dimensão subjetiva dos sintomas, com uma compreensão mais abrangente das causas e conseqüências do adoecer psíquico e possibilitar uma reinserção social. Para tanto é necessário um reposicionamento da instituição, dos técnicos e da proposta terapêutica.

A maioria dos entrevistados acredita que a implantação do CAPS trouxe muitos avanços para a assistência de saúde mental do município. Entendem que o modelo anterior causava uma desassistência nos usuários.

Embora eu não tenha vivido essa parte anterior, mas assim... que é muito bom... esse programa foi muito útil. Porque como eu te falei se não tivesse, talvez até um respaldo fora do hospital, eles não conseguiriam estar nesse nível de muitos que estão aqui, estão. Não estão cem por cento, mas eles estão. Estão num nível bom. Dá até para ficar fora daqui, para estar tentando... não precisa estar tão vinculado aqui... eu acho que se fosse de outra forma, se não tivesse esse programa eles iriam continuar estando sempre com muitas internações. Sem essa melhora. Porque internamente, fica um tempo lá, sai mais ou menos, às vezes, alguns saem... bons, outros até nem tanto. Aí chega aqui fora passa um tempo bem e aí continua, piora e aí acaba voltando. E ficaria assim... a não ser que tivesse tido uma outra proposta. Então eu acho que foi satisfatório. (T5)



A implantação do CAPS é percebida pelos entrevistados como uma mudança de concepção que possibilita o respeito e a consideração com o indivíduo, como pertencente a um vínculo familiar e social, e considerando o recebimento de benefícios, inclusive como contribuinte financeiro, resgatando um certo poder contratual.

Eu observo muito, muito, muito avanço assim... em todos os sentidos. Eu acho que é... oitenta por cento dos nossos pacientes melhoraram... principalmente os casos de mais internação. Eu acho que até mais... melhorou muito a vida assim, tanto... não só pelo benefício do INSS que ajudou eles serem mais um contribuinte na casa é... já ajudou a respeitar mais, mas assim... a consciência das famílias, a responsabilidade que tem que tratar, que tem que dar medicação, que tem que... conversar tem que... vir trazer o problema, dividir os problemas com a gente.(T3)

Para alguns entrevistados não há dúvida sobre as conquistas da proposta psicossocial. Porém essas se resumem aos cuidados físicos e a um maior controle medicamentoso e psicoterápico que supre a falta de assistência familiar.

Com certeza. teve avanços. Que eles estando assim inseridos no programa, eles têm outros cuidados quanto... cuidado com o controle da medicação, com as terapias, com as consultas. Ver sempre as datas... até o cuidado mesmo com a higiene, com a alimentação. Por que assim vem sempre a família, logo que saem, que voltam da internação, nem sempre a família acolhe como deveria. Às vezes assim... deixa de qualquer jeito, aí o paciente volta de novo em surto. Eu acho que assim, o programa tem cuidado bem... (T5)

Alguns profissionais salientam a importância da inclusão familiar na assistência psicossocial como fator preponderante de recuperação e desmedicalização do usuário.

[...] é... e depende da família... o jeito que essa pessoa age... como essa pessoa tem retorno melhor, para ficar uma pessoa melhor. Agora, quando a família não tem estrutura, aí o paciente é mais complicado também. Porque ele tem o reflexo todinho de uma família que não dá respaldo, não dá carinho, não dá... Principalmente carinho. Família que dá carinho e dá atenção, esse paciente é diferente, é menos medicação. Tudo é melhor. A aparência é melhor... (T3)

Os entrevistados parecem perceber que a implantação do CAPS contribui para que a instituição e os técnicos produzam ações mais resolutivas em termos de atenção psicossocial.

Apesar das dificuldades existe uma melhoria e uma qualidade na assistência prestada.

Eu acredito que sim que tiveram avanços. Porque a gente tinha casos antes que assim, que de repente assim... era internação em cima de internação... quantos casos hoje que a gente vê aí, entendeu?... Que estão assim, melhoraram muito... muito! De poder estar ficando aqui, participar das atividades, das oficinas que tem, então, eu acho que tem uma qualidade aí, uma mudança assim... Para melhor.[...] É, com todas as dificuldades eu acredito, assim, que se a gente pegar certos casos a gente vê muito claro o quanto isso foi benéfico.(T2)

A possibilidade de questionamento das ações através de críticas construtivas é percebida como um avanço quando se objetiva uma melhoria na assistência prestada.

Eu acho que o que avançou, é da gente perceber que não estão sendo feitas ações, apesar de estarem sendo feitas ações. Que as ações que são feitas, poderiam ser feitas de outra maneira. Porque condição para isso a minha equipe tem. Nós temos profissionais muito bons ali naquele lugar, e a gente faz o mais difícil, na minha opinião, que é dar conta de um jeito ruim. (C1)

Apesar da resistência profissional inicial, a proposta psicossocial, em sua implicação política e técnica, em mudança de olhar e em redirecionamento de ações, é considerada pelos entrevistados, melhor que a proposta anterior.

[...] foi falado que ia mudar, do porque ia mudar, que ia ter que acontecer. Daí eu tive um susto danado (risos) por que... eu pensei os pacientes o tempo todinho aqui, vai ficar terrível né? E não foi isso que eu imaginei. Eu achei... eu sou muito resistente a mudanças... então eu fiquei meio assim... mas aí você vê que melhora... e bastante... (A1)

Percebe-se na fala de alguns entrevistados que a implantação da proposta psicossocial, ao ultrapassar o conceito de sofrimento psíquico como doença, ampliou a

assistência além do foco medicamentoso e da psicoterapia individualizada, possibilitando a concepção de clínica ampliada, de cuidado e responsabilização e considerando a dimensão subjetiva e singular do sujeito que sofre.

Muita... muita... muita. O que eu fazia antes, era um trabalho privado [...] Mas agora existe todo um trabalho de sair de dentro da sala, da escuta analítica, do divã [...] o trabalho é em outra ordem é assim de entender que as oficinas terapêuticas... o trabalho do corredor... Não que não tenha uma escuta clínica.... tem! Então tudo isso que são formas de se chegar à condição de escuta; como é que eu posso pôr, por exemplo, uma pessoa que não consegue ficar parada dentro de uma sala com um divã? [...] Então eu vou pegar essa pessoa e enfiar dentro de uma oficina, para mim é não. É vou ficar andando com ela no quarteirão para que? Para mim é uma questão da forma como se vê isso e não foram as ações que mudaram. Porque as ações foram construídas, né? Acho que não tivemos outra saída a não ser fazer todas aquelas ações que são feitas até hoje, as oficinas, mexer com terra, com música, afinal a arte é uma coisa milenar que sabemos que expressa dores e amores, mas era a questão de através disso, poder chegar na individualidade de cada um, na dor de cada um, e aí sim poder então tentar fazer isso que eu falei agora pouco. (C1)

Na avaliação técnica de alguns profissionais a melhoria da proposta psicossocial e da implantação do CAPS é medida pela redução no número de internações de psicóticos e neuróticos graves, foco de atenção do CAPS-II (definido por abrangência populacional, faixa etária e patologia atendida).

Melhorou. Melhorou um monte de coisas.[...] A primeira questão é que não há dúvida que a gente conseguiu de alguma forma digerir a necessidade de diminuir internação. E eu me embato muito com isso lá na DIR, que tem que parar de colocar internação para desintoxicação nesse meio, porque não tem nada a ver uma coisa com a outra. A internação para desintoxicação é a internação clínica, quando é necessária, é feito na psiquiatria porque os clínicos não se dignam a estudar [...] Então, isso não é internação psiquiátrica. Entra na conta porque é internado na psiquiatria, [...] e hoje é o maior número de nossas internações! Imensamente maior! A gente tem que ver quantos psicóticos, neuróticos graves internam. O nosso instrumento de medida para ver a avaliação do CAPS é isso. Então a idéia de medir é em neurótico e psicótico. E neurótico e psicótico a gente interna menos, é verdade. (T6)

Porém o profissional salienta a crescente demanda de dependentes de substâncias psicoativas no serviço e a dificuldade, da equipe, da instituição e da rede de serviços municipais, de prestar uma assistência mais eficaz. Reafirma uma intenção, desejo e a necessidade de implantação de outros equipamentos de saúde específicos para esses usuários. Entende que além de oferecer uma melhor assistência aos dependentes químicos otimizaria os recursos técnicos, a dinâmica institucional e a qualidade das ações prestadas pelo CAPS.

Porque se você botar (na conta) alcoolista vai continuar internando e cada vez mais. Aliás, corretamente a proposta do governo até dentro do modelo Psicossocial é aumentar a oferta de desintoxicação. Inclusive como redução de danos que é o que a gente faz aqui. Como a gente não tem instância nenhuma de tratamento posterior, não tem CAPS ad, ou até anterior, a gente não tem nada, a gente só faz redução de danos. Para a pessoa não morrer naquele momento e tal ou para não perder o emprego ou para não perder a família.[...] talvez você possa imaginar a possibilidade de diminuir esse número de internações se você tiver um CAPS ad funcionando bem; talvez não de internações inicial, mas de reinternações! Porque aí eu acho que vai ser um instrumento médico para ver se o CAPS ad está ajudando. Porque ele vai ter acesso. Se a gente não fizer um trabalho bom ele vai reinternar mais do que o outro que não tem acesso.(T6)

Alguns profissionais entendem que o facilitador da implantação da proposta psicossocial e de seus possíveis avanços ocorre em função do desejo de quem tem compromisso com as novas práticas.

O que facilita é o desejo das pessoas... Eu acho que é o desejo. (C1)

Nesse sentido parece que os profissionais relatam que, apesar das contradições e tensões cotidianas, considerando os avanços e dificuldades do processo de mudança, existe uma tentativa de se buscar recursos e potência para a transformação do modelo assistencial.

### **5.5. Dificuldades**

O modelo de saúde e saúde mental dominante é considerado assistencial, privatista, médico centrado e medicalizador. Assistencial por determinar seu foco de ação somente na assistência, em detrimento da prevenção. Privatista por ser compatível ao modo capitalista de produção. Médico centrado em função da determinação orgânica do adoecer, inclusive do adoecimento psíquico. E medicalizador, pois é focado na ação médica e na medicação como resposta à priori.

A concepção de clínica ampliada propõe discutir a lógica do processo de produção de saúde/doença e atenção. Ao entender, a crise como um continuum da vida, a vinculação e o acolhimento como possibilidade de produção de saúde, e os usuários como responsáveis por seu tratamento, possibilita a produção de avanços na construção de uma rede de atenção na saúde e na saúde mental nos seus princípios de assistência como um todo.

As dificuldades para a implantação das práticas psicossociais se dão em função da necessidade de um reposicionamento da instituição, dos técnicos e da proposta terapêutica. Isso implica uma desconstrução das práticas instituídas de tratamento, norteadas pela exclusão social dos usuários, pela medicalização e tamponamento da subjetivação do indivíduo e no reducionismo terapêutico das ações.

Portanto os principais desafios para a implantação da proposta psicossocial são: aumentar a acessibilidade dos usuários, possibilitar atendimento à crise e a continuidade do cuidado, articulação com a atenção básica, a qualificação das equipes para a superação do limitado modelo ambulatorial e sensibilização dos gestores locais para a importância destes serviços.

Sobre as dificuldades encontradas para a efetivação da proposta psicossocial, observa-se nas falas dos entrevistados a referência à falta de investimento da administração na reposição de profissionais da equipe e na falta de comprometimento com o serviço.

Dificuldade?... Só se for na parte financeira... porque daí isso vai influenciar... em mais pessoas (equipe)... eu acho que precisa de mais pessoas... de investimentos.. porque eu acho que é o mais difícil, que é o que vai... se tiver mais investimento (dos gestores), acho que melhora bastante... (A1)

Então assim... é difícil porque né? Tem os entraves mesmo, eu acho que é falha um pouco de... de ânimo... Eu acho que a equipe está muito desgastada, né? Desgastada um pouco assim, por conta do trabalho, você não sabe se você fica... se faz ambulatório se não faz... sabe aquela coisa da indefinição do próprio trabalho? Isso atrapalha muito. Mas assim eu estou conseguindo... a trancos e barrancos...(T1)

Essa relação com os gestores e as políticas públicas, onde se percebe a falta de sensibilização e responsabilização pelo serviço, é apontada pelos entrevistados como geradora de desânimo, desgaste, indefinição nas relações profissionais e solidão, em função da ausência de trocas. Esses elementos se constituem ameaças para a efetivação da proposta psicossocial e para a motivação nas relações de trabalho.

Então... teve momentos da gente se sentir muito abandonado aqui... dependendo da política, do prefeito que estava... a gente ficava assim meio... lidando com as coisas sozinho, sem muito amparo, sem muito respaldo e ia levando assim, conforme Deus queria... a gente não sabia o que fazia... como aqueles drogaditos que vinham aí... a gente não sabia se estava agindo certo ou se estava agindo errado, a gente não tinha uma resposta, de pessoas que tem experiência no caso... e ia se tocando aí... aprendendo com o dia-a-dia. Não aprendendo com a experiência de outras pessoas nada, não tinha com quem trocar isso e a gente ficou muito assim... foi desanimador na época né? Mas... e aí aconteceram altos e baixos tem vez que tem bastante atenção e tem vez que fica meio assim... abandonado, né? Assim, sem muito respaldo. (T3)

A ausência de respaldo e parcerias é percebido como um dificultador, mas também pode desencadear a auto-responsabilização, motivando a implicação e o investimento pessoal, que possibilitem ao profissional também contar com interesses e recursos próprios.

É um dificultador, mas o que eu aprendi aqui é que isso não vai me impedir, porque a gente viu acontecer aqui, vagorosamente é claro, mas a gente vê acontecer por um investimento pessoal das pessoas. (T6)

O discurso dos profissionais salienta como necessária uma capacitação e uma formação continuada para a equipe. Esperam que esse desenvolvimento teórico-técnico

possibilite ampliar uma formação anterior vista como limitada e reduzida a um olhar clínico e minimize as dificuldades de atuação na atenção psicossocial.

Com as mudanças que vem ocorrendo eu acho que falta muita coisa ainda, né? A gente tem uma formação... é uma formação muito para a área clínica, ela delimita muito né? O estudo, a característica do trabalho... Então eu acho que hoje... a gente poderia... por isso eu acho super importante a supervisão institucional por que... deu uma outra... viajada... abriu um pouco a cabeça... né?... Ah! O CAPS é importante... mas o que é o CAPS? A gente nunca tinha parado para pensar.[...] o governo criou, ótimo, lindo, maravilhoso, depois estava lá já... meio que andando, pegou o bonde e vamos, né? Mas nunca parou para pensar, discutir, refletir, propor, construir mesmo, porque eu acho que isso é importante. (T1)

Na percepção dos entrevistados existe um distanciamento, entre os conceitos teóricos e suas propostas, e a prática das ações do CAPS. Esse desencontro entre o desejado e o real é gerador de tensão e impotência, e propicia uma reflexão de que ainda é necessário muito investimento para a transformação das ações condizentes aos objetivos da proposta psicossocial.

Eu acho que a prática ainda não está legal, eu acho que tem muito que melhorar, muito mesmo; porque para melhorar a prática demanda trabalho, né?... e o trabalho não pode ser só teórico, ele tem que ser prático, né? Para dar certo, né? Então eu acho que tem muita coisa para ser feita. A gente está ainda engatinhando mesmo nesse processo, de estar revendo... oficina, oficina para que? Né? Cabe isso aqui nesse momento.... E ela (a supervisão institucional) está servindo ao objetivo a que se propõe... né? Então são coisas que a gente tem que estar refletindo... (T1)

Eu acho que é difícil. Até porque a gente não tem um... a gente pode ter um exemplo, para poder seguir uma teoria, mas a hora que você cai na prática isso é difícil, porque tem várias barreiras, compromisso pessoal, compromisso..é de Secretarias, compromisso do próprio paciente, compromisso da gente mesmo com o trabalho aqui, se vai dar, se vai rolar, se não vai rolar, se isso vai terminar, porque muitas vezes... assim você começa e não termina... né? (T4)

Alguns profissionais salientam a necessidade de investimentos mais sistematizados que possibilitem avaliar os avanços e as dificuldades do modelo psicossocial. Porém esse entendimento parece priorizar o planejamento e a administração, onde a ação e a

intervenção no CAPS seriam determinadas apenas pelos princípios e pressupostos científicos, típicos do positivismo. Pressupõe-se que uma intervenção no campo da saúde coletiva deva contemplar além da ciência, aspectos que interferem na estratégia dessas intervenções, que são os aspectos de ordem social, ideológicos, políticos e éticos.

Porque sem seguir esse método chato, eu sei, careta da ciência, a nossa profissão implode, ela desce, quer dizer, é muito importante, por exemplo, no modelo psicossocial começar a trabalhar com metodologia de pesquisa, que tipo de pesquisa vai ser útil, para prever resultados para marcar os resultados porque senão, o afastamento da ciência vai acabar sendo uma coisa ruim. (T6)

A dificuldade na implantação da proposta psicossocial também é percebida pela forma de organização do serviço e na indefinição das ações e objetivos, em função da existência dos dois programas CAPS e Ambulatório, que se confundem e não avançam.

Então, acho que às vezes tem coisas... que tem ocorrido assim... “Ó! Vamos fazer isso, vamos”, né? Mudar... e daqui a pouco o negócio volta atrás e a gente permanece no mesmo pé que a gente está... então, que nem se falava antes, vamos dividir os dois programas e hoje a gente pode até ver que os dois programas não precisam ser divididos, podem caminhar no mesmo espaço, vamos dizer assim, que acho que a gente vem tentando levar dessa forma, tentando organizar desse jeito. (T2).

Às vezes, assim, a gente sabe que as coisas têm que funcionar de um jeito, mas você não consegue fazer daquele jeito porque às vezes a unidade trabalha de um outro jeito, de uma outra forma. Às vezes falta tempo para você cuidar mais... dos nossos pacientes do CAPS, e é mais ou menos isso, muitas vezes você fica olhando as pessoas que não eram pra estar aqui, que fica tomando seu tempo quando você deveria estar direcionando mais para outros que estão precisando de verdade... e isso são coisas do próprio cotidiano...é.. as vezes a gente falha também, e nem sempre a gente reconhece.... (T5)

Nas falas dos técnicos aparece uma preocupação com a existência de ações terapêuticas que tenham a finalidade de produzir reabilitação e inclusão social.

Porém apontam dificuldades de articular o desejo dessas ações com outras instâncias e recursos, as vezes pessoais e as vezes institucionais e públicos. Sinalizam a



inexistência da intersectorialidade e da responsabilização da rede de atenção a saúde mental em seus princípios de integralidade.

É... sair, passear, ir para outros lugares, promover uma... passar um dia num lugar... lá nas termas, ir para a praia, um final de semana. Mas aí tem o problema do ônibus, eu tentei pegar o ônibus... mas aí, não sabe nem com quem que fala... sabe? Então, aquilo vai te dando uma agonia, você liga para um, aí “fala com o fulano” se liga para outro aí “fala com o sicrano” [...] A turma não sabe nem para quem manda o ofício para pedir um ônibus. Então, aí você vai... vai acabando a tensão sabe?... Começa aquela água fria em tudo, você começa a pensar: “Ah! Vamos fazer uma festa no horto?” aí não pode porque o horto só funciona fim de semana e não abre de maneira nenhuma. Em hipótese nenhuma vai abrir no meio da semana. Então, e aí paga para entrar e não dá para quebra o galho mesmo que seja para a Saúde Mental. Então, são umas regras, umas coisas que fazem tudo para dificultar. Então... tudo é muito difícil... (T3).

Ter um... cordão carnavalesco de pacientes. Eu falava “Nossa! Isso deve ser muito bom, né?” aí eu descobri que cada um tem as suas dificuldades... e que cada um tinha que trabalhar isso daí. Dentro do seu setor, e não era fácil. Porque aonde também, tinha investimento político, não tinha vontade de querer trabalhar. E aonde não tinha interesse político também queriam, mas também eram barrados porque não havia uma ajuda... E que precisa ter as duas coisas. Precisam ser juntos. Um olhar diferente, mas as pessoas não olham porque as pessoas têm medo. Porque as pessoas não conhecem e nem querem conhecer. (T4)

Alguns destacam a preocupação com a institucionalização das ações do CAPS e do medo da equipe em relação ao novo. Como afirmou Costa (2004), nas relações contemporâneas o medo dos indivíduos é gerado em função da percepção da finitude, da convivência com as tragédias urbanas, da competitividade das relações e da exigência social e organizacional de submissão às regras, do descrédito em relação aos gestores e políticas públicas e do enfraquecimento da internalização do processo de desenvolvimento da autoridade.

Porque eu acho que assim... quando eu aprendi lá na especialização da Saúde Mental, é que eles tinham que sair... que tratar e sair, ir embora. Não ficar. E aí eu sinto que os nossos pacientes têm ficado muito... isso é ruim. Todo dia você vem e você vai saber que você vai escutar a mesma história, a mesma queixa... né? E que você

tenta resolver, mais ou menos... e aí é difícil. E quando aparece alguma coisa nova a gente também não tem condições de saber, o que eu vou dizer, o que eu vou fazer. Às vezes a gente tem medo do novo, porque não lida muito com o novo, né? (T4)

O problema central, e não entenda a palavra cruamente, é o medo de desenvolver metodologia científica para isso. Como se fosse um medo de correr o risco da negação da teoria. Isso é estúpido porque a gente não precisa ter medo da teoria, a teoria não precisa estar certa. Nenhuma teoria vai estar 100% errada. Nunca existiu, não vai existir... não há como imaginar esse risco. Uma outra questão é que se perde muito tempo explicando aos usuários e as pessoas em geral tudo de ruim que era o outro modelo e não explicando o que é a proposta atual. (T6)

O medo, a insegurança e a dependência são sentidos pelos usuários e também pelos técnicos e acaba por impedir que as ações terapêuticas do CAPS permitam a desinstitucionalização do tratamento e promovam a reinserção social, o aumento do poder contratual e a cidadania.

[...] é a vinculação da dependência que o usuário acaba fazendo daqui, e que a proposta, é que ele passe, dentro das limitações dele, respeitando as diferenças dele, ressocializar, se inserir na comunidade e seguir a vida deles, com uma certa autonomia.(T2)

Eu não sei, eu já parei para pensar isso... porque eu falei: “o que será que esta faltando para a gente, por exemplo, por alguns pacientes para ficar em casa, para ir trabalhar, para voltar ao convívio social?” Eu acho que talvez seja uma insegurança, um medo do novo, né? Porque às vezes a gente pode falar “se eu por... e se acontecer isso com ele? Eu vou ser culpada se ele voltar pior?” Então eu acho que é uma insegurança que agente tem. Não é só por que ele ficou em casa que ele piorou.[...] Até porque quando a gente dá férias para eles, eu sinto que quando eles voltam, muito deles voltam bem. Voltaram mais magros, porque estavam dizendo que estavam inchados..., sabe? Voltaram bem e outros que para não acabar com essa dependência eles falam “Olha, eu tive crise” eu falo. “Você tem em casa e tem aqui também”. Então, eu sinto isso, que é o medo deles também saírem daqui. Então eu acho que tem uma insegurança das duas partes. (T4)

O acúmulo de funções, o excesso de demanda, a equipe reduzida e a coexistência dos programas ambulatorial e CAPS, são percebidos como responsáveis pelas dificuldades

de planejamento e execução efetivas das ações psicossociais, realizadas pela equipe de profissionais.

Mas a gente tem muito claro.... houve uma época em que nós íamos colocar o CAPS. Em outro lugar.. então nós temos funcionando ali, e essa é uma dificuldade, várias coisas ao mesmo tempo, e a gente pode dizer que aquilo é dar conta, mas penso que a gente dá muita conta. Então nós temos ali uma demanda de álcool e drogas que cada vez aumenta mais, e nos temos apenas um técnico que tem disponibilidade, desejo de trabalhar com essa demanda. Temos uma técnica que se diz disponível a atender isso, mas é meia-boca. Ela fala que ela vai, mas ela não vai. Não sei se ela precisa que mande ela atender, entendeu? Não sei. Então nós temos apenas um técnico para cuidar daquilo.(C1)

Observa-se no entendimento do entrevistado que a equipe tenta ser resolutiva como pode, mas sofre e se perde na sobrecarga de trabalho e na desintegração do grupo. Não conseguindo, portanto, efetivar ações integrais e interdisciplinares e que possam ser pautadas pela relação de cuidados. O acolhimento à crise e a continuidade de cuidados parecem ser a maior dificuldade sentida pela equipe na implantação da proposta psicossocial.

As internações aumentaram demais. E a gente tem clareza que aumentou porque os usuários bem buscar uma internação e a gente não tem uma efetiva atuação com relação a isso. Então se a gente nega, eles vão direto para o médico e o médico interna; a gente não fica nem sabendo de nada. E a hora que esse usuário volta, ele já volta buscando uma outra internação. Então, mesmo que a gente encaminhe para um grupo de acolhimento do álcool e da droga, eles não vão. Então, nós temos essa demanda que está lá nos engolindo e temos uma demanda de psicoterapia individual, temos os usuários que tem... muitos cronificados, enfim, nós temos de tudo naquele lugar. Então nós podemos dizer que temos o Programa do CAPS, o Programa de Ambulatório no mesmo espaço físico, e com a mesma equipe funcionando. E acho que isso é péssimo. (C1)

Apesar das dificuldades apontadas a equipe é percebida como atuante e comprometida com o desenvolvimento de ações substitutivas, mas impotente, em função de sua redução, para produzir mudanças efetivas.

Na visão do coordenador falta compromisso e investimento dos gestores em equipar adequadamente a equipe e propiciar condições para, o desenvolvimento saudável

das relações de trabalho, da assistência prestada e conseqüentemente possibilitar a mudança paradigmática.

As reações de insatisfação, impotência e angústia podem reforçar o narcisismo e o individualismo. Mas segundo Costa (2004) a negação da impotência pode desencadear uma conduta anti-social e uma sensação de invulnerabilidade às leis. Em contra partida o reconhecimento da intensidade da impotência submete o indivíduo servilmente as normas e regras. Esses comportamentos geram igualmente um distanciamento dos laços coletivos e são reações sintomáticas que denotam a intensidade dos conflitos vividos pelos membros sociais.

Só que a nossa equipe, ela é extremamente pequena. Então a gente foi perdendo pessoas... então eu fui para a parte administrativa. Eu que cuido de fazer APACS, tirar não sei o que, que antes era uma outra pessoa que fazia e foi embora. E eles... Enfim, nós temos muito poucos profissionais. A gente está sem assistente social, a gente não tem terapeuta ocupacional. Isso é um dos problemas muito sérios que a gente tem. Penso que deva ser o problema mais sério que a gente tem nesse momento hoje. É isso! (C1)

O modo psicossocial, enquanto concepção de saúde e saúde mental, pretende ultrapassar o conceito de sofrimento psíquico como doença. Para tanto a assistência deve ser ampliada além da medicação e da figura do médico e ter um sistema de ações de saúde que contemplem o território e possibilitem uma rede de ações não estratificadas em níveis de atenção. Portanto o CAPS, baseado na lógica de território, deve articular as instâncias de cuidados em saúde mental desenvolvidas na atenção básica em Saúde, no P. S. F., nos ambulatórios e nos hospitais.

As falas dos profissionais destacam a dificuldade de se estabelecer parcerias e práticas de saúde mental integradas à noção e à lógica de uma atenção territorializada. Afirmam a existência de um desconhecimento conceitual sobre a proposta psicossocial e conseqüentemente uma desintegração com a rede de assistência.

Bom, as dificuldades... primeiro as dificuldades. Eu acho que é a falta de parceiros, com o conhecimento de território. Acho que a noção de território, no sentido amplo e irrestrito da palavra, é uma das coisas. Primeiro essa coisa do que é território? Precisamos comer muito feijão ainda. Ir até esse território, mas ir para fazer o

que? Como? Quando? Se nós somos em 4, 5 pessoas... Sair como, se não tenho motorista, o motorista está sem combustível... mas eu penso que é o entendimento na verdade, do que é essa questão do psicossocial. Isto ainda também no meu entendimento, vem sendo construído e entendido mais pela equipe do CAPS, nós que estamos ali, do que é lá pela unidade básica. Então eu penso que nem chegou. (C1)

A dificuldade de se integrar com outras unidades ou de se tentar trabalhar com um modelo e uma lógica que pressupõe uma nova diretriz técnico-política-assistencial, dentro de um contexto municipal e de uma rede que não tem clareza sobre isso, nem responsabilização pela atenção à saúde mental, gera nos profissionais a sensação de aumento de trabalho e de indisponibilização para aderir à nova proposta. Essa mudança conceitual e a adesão dos serviços em rede começam a ser construídos, mas acredita-se que a sua efetivação ainda demore.

Não tem entendimento. Seja a rede, seja a secretaria, seja o PSF. Piorou, porque parece que ir e entender o território é ter trabalho. Eu já faço o que eu faço aqui, e ainda tenho que fazer mais? Ir atrás das pessoas, nas casas, nas escolas, na igreja. Então fica uma coisa de aumentar o trabalho. Talvez essa questão seja a prioritária, ter o entendimento do trabalho em rede. Eu não tenho nem conhecimento do que a minha cidade tem, a nível de unidade. Então não sei o que tem, então a gente também fez um movimento de levantar essas coisas, né? Isso talvez seja então algo que eu possa dizer que caminha. Porque as pessoas já têm um vislumbre do que é para fazer, algo que primeiro preciso até ver para poder fazer. Embora a gente está vendo, talvez a ação em si, possa estar aparecendo nos próximos anos, quatro ou cinco anos.(C1)

Na visão de alguns entrevistados a dificuldade de implantação e de efetivação de mudanças se deve a acomodação, a falta de investimento e a morosidade dos serviços e dos profissionais, que acabam sendo consumidos pelos desgastes e sofrimentos existentes nas relações de trabalho.

O que ainda me incomoda, não só aqui como em vários outros locais, que tinha muitas coisas que a gente poderia mudar e que talvez até, se nós, eu inclusive, investíssemos um pouco mais em querer fazer e acontecer aconteceria. Mas é que... a gente vai meio que se acomodando nessa morosidade e vai se acostumando a essa coisa devagar da mudança. Vai sendo engolido também pelo

cotidiano. Você tem aquela rotina que te esmaga, mas independente disso você vê que a gente meio que se acostuma com essa letargia essa coisa de mudar bem devagar que é a coisa bem do Brasil. (T6)

Por considerar o campo da saúde mental e da atenção psicossocial como um processo social complexo, constituído através da intersecção de dimensões simultâneas, que se articulam e se confrontam, produzem potências, contradições e tensões, a implantação dos novos serviços, os CAPS, e a efetivação da mudança paradigmática precisa ser considerada enquanto um processo em movimento, com transformações permanentes e enfrentamentos de novas situações.

Alguns profissionais, através das entrevistas, relataram a percepção da implantação do CAPS como um processo complexo, ainda em construção, e a vivência cotidiana desse processo, permeada por elementos antagônicos e contraditórios, geradores de tensões e conflitos.

No entanto observa-se um esforço, de boa parte dos profissionais comprometidos com o processo político-técnico-assistencial de mudanças, buscando viabilizar a proposta psicossocial no serviço. Porém as dificuldades existentes, as forças antagônicas e desestabilizadoras, a lentidão do processo, as limitações técnicas-institucionais e de investimentos, o desgaste e o desânimo dos profissionais podem transformar e reduzir, as iniciativas de inovação, a uma simples reestruturação dos serviços de assistência; rumo a atenção psicossocial, mas sem efetivá-la como modelo substitutivo ao paradigma asilar.

## **5.6. Efetivação**

Para se dar a efetivação do modo psicossocial é necessário a reorganização e a ampliação da rede em saúde e em saúde mental no território, articulado com as ações desenvolvidas na atenção básica, no P. S. F., nos Ambulatórios e nos hospitais. Promover um reposicionamento da instituição, dos técnicos e da proposta terapêutica que considere a concepção de clínica ampliada, onde através dos cuidados, do acolhimento e da ética da singularização, se objetive a recuperação da capacidade do sujeito de se posicionar

ativamente frente a seus conflitos e contradições e que possa retomar ou construir os seus direitos de cidadania e de poder contratual.

No entendimento dos técnicos, considera-se que apesar das dificuldades a equipe consegue realizar ações psicossociais, mas que, no entanto, a proposta psicossocial não está completamente implantada.

Para alguns entrevistados existe a percepção de que essa é uma proposta contrária a lógica de organização da rede assistencial de saúde do município. E que nesse movimento antagônico, essa zona de conflitos inerentes aos processos sociais e institucionais, das forças instituídas contra as forças instituintes, se requer a manutenção do desejo como força propulsora de mudanças e a persistência como meio de evitar a fragilidade e o abandono do objetivo inicial.

A falta de percepção sobre esses processos institucionais leva o profissional a responsabilização pessoal pelos fracassos nas relações de trabalho.

A gente está andando na contramão. Meio que assim. A gente está levantando a bandeira... agora... e sei lá se a gente vai conseguir chegar onde a gente se propõe, né?... E aí eu não sei, assim... eu fico pensando, ai meu Deus, será que eu não estou mais engajada no CAPS porque eu não estou desejando isso, porque eu estou encontrando esses entraves, né, que são claros para mim; será que falta um pouco de coragem, de trabalho meu, de envolvimento meu, sabe? (T1)

A gente deu conta de montar só que a gente não dá conta de fazer uma coisa a mais, estamos fazendo o mínimo necessário... a gente faz o básico, o básico mesmo... para não surtar. Então a gente faz aquilo que dá para gente fazer. Sem tesão do todo de lá, nem tesão do lado de cá. Fica aquela coisa morna, sem graça, sem brilho. Porque você não consegue trabalhar num lugar feio desse jeito, sem vidro, sem... tudo sujo,... não se cobra nada. (T3)

Alguns entrevistados, ao serem questionados se acreditam atuar como técnicos dentro da concepção e da proposta psicossocial, afirmam que não. Na visão médica, essa atuação não acontece em função da instituição, dos usuários e inclusive dos gestores ainda estarem presos ao modelo médico, centrado na consulta e na medicação.

Aqui ainda não! Porque aqui a gente ainda está preso aquela questão que tem que atender X pessoas, e dar remédio, trocar remédio e não

consegue tirar o Diazepan é isso e aquilo. Não é só a questão do excesso de demanda. É a questão de que uma coisa é essa proposta dentro da nossa cabeça e outra coisa é essa proposta dos gestores e dos usuários. Que esse trabalho ainda está por fazer. (T6)

No entendimento de outros profissionais, a não atuação no modelo psicossocial acontece também em função da dificuldade de inserir o sujeito em práticas que possam considerar sua subjetividade e gerar condições para a reinserção social.

Então como fazer um trabalho, não é o lugar, a nível de nós técnicos. Como ser o vínculo, como ser a ponte para propiciar a essas pessoas, isso. Porque parece fácil, né? Porque não é uma questão de pegar essas pessoas e ir à praça passear com eles. Isso é ridículo. Não é só isso. Porque senão fica parecendo paternalismo; põem todos os doidos dentro de um ônibus e leva para passear. É muito mais do que isso. É... isso é muito difícil. Porque você tem que trabalhar o jeito da pessoa ser... e a crença que ela tem de que a vida dela pode ter uma outra cor, não da cor que tinha. (C1)

Na avaliação entre os modelos existentes na unidade, preventivo comunitário-ambulatorial e o CAPS, não há dúvidas quanto a proposta psicossocial ser a melhor política e diretriz para as ações em saúde mental, porém a percepção é de que a atenção psicossocial na unidade ainda não foi implantada.

Não dá para dizer que nós temos! Dá para dizer que nós temos aquilo que a gente conseguiu ter e oferecer, e eu acho que isso é bastante. Se a gente pensar que nós estamos andando, é bastante. Se nós pensarmos.... E eu entendo que nós estamos andando, ah se eu entendo. Mas faltam coisas, muitas coisas! Mas a gente já andou muito... muito. (C1)

Eu acho que dentro das possibilidades que a rotina nos permite a gente faz, só que não é possível dizer que o modelo psicossocial está totalmente implantado, porque não está. (T6)

Apesar de considerar que a unidade está em movimento de mudança, que realiza ações psicossociais e que já obteve resultados, e que a efetivação da mudança de concepção de saúde /doença e atenção é um processo longo, os profissionais acreditam que falem investimentos, públicos e pessoais, para a construção e a efetivação da proposta psicossocial.



Acho que tem muita coisa ainda para acontecer. Muita coisa precisa ser construída... né? Hoje a gente ainda está caminhando, aí... eu acho que a gente já caminhou muito, muito... mas tem muito ainda a ser feito. Mas acho que a gente teria que pensar hoje em ter uma equipe para proporcionar melhor esse atendimento psicossocial mesmo, não que a gente também não consiga fazer certas coisas, mas se hoje a gente funciona com os dois programas, Ambulatório e CAPS, numa mesma equipe reduzida para isso, então a gente precisaria de mais profissionais, para poder ter um atendimento melhor... uma escuta maior, né? Acho uma coisa assim... de estar disponibilizado para outros trabalhos dentro do CAPS. Então... eu acho que tem muita coisa que tem que ser conquistada ainda... Né? Se tivesse essa possibilidade de um investimento maior para poder estar ampliando... acho que daria, né? A qualidade em si, que não é só quantidade, porque aí você vai trabalhar com uma questão de qualidade também, então..(T2)

No entendimento de alguns profissionais, apesar desse processo já caminhar, os investimentos públicos na ampliação da equipe são percebidos como necessários para produzir qualidade no desenvolvimento do trabalho, nas práticas terapêuticas e na amplitude das ações de cuidados.

Eu acho que até, não é a sim, a meu ver, algo muito grave... não digo que não funciona! Mas eu acho que nem sempre a gente consegue acolher quem realmente precisa, às vezes a gente está tão direcionado aos nossos pacientes que já estão aqui, que muitas das vezes nem precisavam continuar, que a gente acaba não tendo olhos para os que estão precisando. Para os que entram e acabam saindo e fica aquele entra e sai. Eu acho que é mais isso.(T5)

Já os investimentos pessoais nesse projeto são apontados como necessários para que os técnicos possam priorizar os cuidados, redefinir os projetos terapêuticos e, utilizando os conhecimentos adquiridos, potencializar os recursos existentes e os desejos como força motivadora para romper a inércia e para continuar caminhando rumo a efetivação do novo modelo assistencial.

Acho que a gente está no meio do caminho... acho que está no meio do caminho... eu acho que... a gente já tem uma teoria boa, tem uma vontade, mas parece que a gente está amarrado, que não consegue definir.[...] então eu acho que a gente só falta desamarrar e... (T4)

Então... eu acho que ainda falta mais investimento assim, para a Saúde Mental. Acho que tanto técnico quanto financeiro também. Eu acho assim... os pacientes tinham que ser... eu acho que tinha que ter uma equipe maior para trabalhar é... coisas assim diferentes para fazer com eles, ter verba, ter um tipo de verba o que a gente pudesse fazer...[...] Pelo menos atualmente eu não tenho sentido tanta dificuldade em conseguir as coisas. Até que eu acho que eles estão tentando, né? Mas é assim, se a gente quiser fazer um passeio... tudo é dificultoso (T3)

Portanto é necessário um investimento conjunto, político e técnico, de ações internas e externas, em relação ao serviço, permitindo tanto as mudanças técnico-assistenciais quanto sócio-culturais. Pois a falta de investimento e de profissionais suficientes para cobrir os dois programas é percebida como um fator que gera sobrecarga e impede as práticas psicossociais, principalmente com a finalidade de promover reabilitação psicossocial.

Em função da sobrecarga e das restrições de recursos para a realização de práticas mais efetivas, o enfoque e as ações da equipe correm o risco de voltarem a se centrar na medicação e no remédio.

Existe também uma dificuldade da equipe em clarear a finalidade das oficinas terapêuticas, definir conceito, indicação e objetivos, e na ausência de direcionamento dessas ações terapêuticas as práticas de reinserção social ficam prejudicadas.

Olha tem também a questão... no meu ponto de vista, como eu disse, às vezes faltam muitos profissionais, funcionários, e você acaba tendo que fazer o serviço dobrado. Às vezes passam... você atende, até vê a pessoa, mas acaba não conseguindo ver a fundo o que realmente está acontecendo. Acaba... o usuário passa pelo médico, pega a medicação, leva para casa. Na verdade, talvez, se a gente tivesse tempo para estar vendo mesmo, quem está aqui. Tem também a questão das oficinas direcionadas a que e a quem, até é uma das coisas onde a gente não funcionava... (T5)

Esse comprometimento na ampliação das ações desenvolvidas, além de prejudicar a reinserção social pode gerar dependência e institucionalização das práticas em saúde mental.

E na quantidade e no investimento deles... em verbas para que a gente pudesse estar ampliando nas ações que a gente faz. Nas

ações, mas assim... para abrir a mente desses pacientes... para eles não ficarem aqui fechados. Achando que o mundo deles agora... saíram de casa, saíram do hospital, mas estão aqui... Então... vem para comer, vai embora porque não tem... não tem... nem eles têm tesão mais... Então eles estão vindo aqui para não ficar em casa.(T3)

Não tenho dúvida! E é um momento... eu acho que é um troço muito complicado porque se você não tiver clareza do que é isso, você acaba fazendo ação por fazer. Se você põe um monte de quinquilharias em cima da mesa. A pessoa desenha. “Ai que lindo!... Que bonitinho!”. E pronto. Faz-se uma oficina sem ter... não ter nada a ver! Só que para se entender isso, isso é uma coisa... eu acho que a universidade... é um curso de psicologia onde a pessoa tem isso muito bem claro, em função dos professores que eles tem ali, então a gente tem contato com outros profissionais, de outros cursos e isso é muito posto... se isso é feito, pode ser que ainda não... mais isso é falado... isso é estudado... isso é pensado e repensado. Então eu penso que é o primeiro passo. Eu nem tive esse primeiro passo. (C1)

A qualificação das equipes para a superação do modelo ambulatorial, a necessidade de existir uma formação continuada, a sensibilização dos gestores locais para com a política de saúde mental e a importância desses serviços, são apontados como fatores primordiais para a implantação da nova proposta.

Eu acho que precisava de atualizações mesmo. De estudar, pôr em prática... e isso a gente esta fazendo, só que é lento. Então o que eu acho que tem que ser feito é isso mesmo. Atualizações, reuniões, “olha, vamos conhecer tal lugar”, tal lugar vem aqui, a gente pode conversar com os técnicos de lá. Os técnicos de lá podem conversar com os técnicos daqui e aí a gente poder.... Acho que ter um conceito do que seria isso. Porque eu acho que foi muito jogado... agora vocês vão fazer ação psicossocial, acabou! Cada um começou a fazer do seu jeito, do que achava melhor fazer... e do que entendia que era uma ação psicossocial, né?(T4)

Os profissionais salientam a importância de atualizações das equipes de trabalho e das trocas entre os serviços comprometidos com a implantação psicossocial, para que os atores desse processo de mudanças estejam embasados em um mesmo paradigma político-ideológico- conceitual ao produzirem suas práticas. Evitando assim os riscos de uma atuação sem parâmetros, objetivos e sentidos, baseada apenas em entendimentos pessoais, que se faz por fazer e que nada alcança.

É isso.. Investimento dos gestores também... então, acho que muitas vezes, isso acaba também passando aí..., né? Porque a gente sempre dá um jeito, a gente resolve de qualquer forma. Então cada um acaba fazendo...(T2)

[...] É, você vê. Eu te coloquei claramente o que eu acho que é uma função fundamental da universidade é propor a proposta teórico-técnica, investir mais um pouco em técnica também e metodologia científica para a gente poder medir e acompanhar aqui... porque a prática, e aí é importante isso, eu não acredito na Universidade que não trabalha com o público. Porque ela vai se fechar, vai ficar só na teoria, porque dá medo. Quando você esta trabalhando com o povo você vê, o Geodon. Excelente, excelente... Não sei, os pacientes que eu troco Olanzapina por Geodon voltam pior. Só a prática pra me dar isso. Porque na teoria você vai lá lê a bioquímica é maravilhosa. É um Ziprexa que não vai engordar. Só que não é um Ziprexa, não segura o cara.(T6)

Nesse campo tensional da luta de interesses contrários, é destacado nos discursos, a importância dos profissionais de se imporem para conquistar autonomia nas relações de trabalho. Isso demandaria uma união e um fortalecimento do grupo, enquanto equipe. Através das relações coletivas os indivíduos podem desenvolver procedimentos defensivos contra o sofrimento e produzir ressonância simbólica, criando assim uma problemática socialmente referenciada da sublimação e do prazer no trabalho.

Porque, eu acho que... por enquanto a gente não fez, mas quando a gente tiver autonomia para dizer “não, não vai ser assim, acabou...” acho que não tem secretaria ou outra coisa que vá impedir a gente de fazer, de desenvolver, o trabalho que a gente fala. Eles podem ter mais investimento, eles podem ter... mas eu acho que se a gente tiver, pulso também para dizer para eles “Olha! Não! aqui é feito assim” [...] porque tem muitas pessoas que acabam querendo impor sobre nós, que somos um grupo maior. Então, acho que se a gente fala a mesma língua e fala “Oh! Não! É assim, as metas são assim” e passar para eles. Porque às vezes também a gente só faz aqui, mas a gente não passa o que a gente quer para eles. “Olha, a partir de hoje a gente vai trabalhar assim, assim, assim...” (T4).

O resgate de potencialidade e de autonomia nas relações de trabalho é apontado pelos profissionais como recursos para minimizar as tensões e antagonismos, produzindo

motivação para a retomada do objetivo inicial, que é o de efetivar o novo modelo de atenção.

O que eu acho é que eu ainda sou otimista. A partir do momento que o modelo psicossocial, na esfera política, consegue se afirmar eu acho que diminui a tensão e a necessidade dele se recrudescer nessa questão do embate, na questão da não cientificidade e eu acho que... a hora que agente tiver essa liberdade, essa tranquilidade eu acho que a coisa flui melhor [...] O que positiva uma teoria é a virtude da teoria não é a invirtude do outro, da anterior e a hora que a gente tiver também a tranquilidade de estar fazendo, de estar num caminho, que é um caminho melhor, e essa tranquilidade não só o dispositivo legal, que ele afirma isso, quanto à prática diária, principalmente a prática associada à metodologia de avaliação que essa prática vai nos dar. Então, eu sou bem otimista disso, eu acho que essas coisas vão acontecer bem. Uma coisa que eu acho que ainda falha, é que nós todos, os profissionais, estudássemos um pouco mais de coisa básica, por exemplo, eu acho um absurdo à pessoa não tentar se aprofundar um pouco nesse estudo. (T6)

É destacada ainda a necessidade de que as práticas em saúde mental possam estar aliadas à teoria e a metodologia científica, para se positivar, e que para tanto, os profissionais envolvidos nesse processo devam investir mais em estudos e aprofundamentos sobre a questão psicossocial.

Sobre a implantação da proposta de atenção psicossocial, e a existência de um projeto que organize e objetive as ações executadas pela unidade, afirma-se que não existe um projeto, mas uma preocupação da equipe em se comprometer e desenvolver práticas psicossociais, evitando desenvolver ações iatrogênicas, geradoras de dependência e cronificação.

Eu não sei se eu tenho um projeto, ta! Não sei! Pensar em projeto assim... mas nesse momento, o que eu gostaria e eu acho que isso é afinado com a equipe, é que os técnicos possam estar envolvidos mais efetivamente com as ações psicossociais, e isso é a fala de todos e a minha também. É uma fala aonde chega de ser referência para uma oficina, ter para ter um nome. Então os técnicos, e a gente também, fala de estar participando mais [...] E aí é uma participação mais efetiva no CAPS, é um pensar no que aqueles usuários estão fazendo naquele lugar, que muitos deles substituíram o Hospital Psiquiátrico pelo CAPS. Claro que eu não posso dizer que é igual, mas fica um “CAPSCÔMIO” ali, corre-se esse risco. (C1)

A construção de um projeto de Saúde Mental para o município, dentro do modelo psicossocial, é percebido como um processo amplo a ser conquistado.

[...] eu acho que efetivar a reforma e a coisa do “Psi” é muito amplo. Então se pensarmos que se nós dermos conta de participar das Oficinas, de termos clareza que aquelas pessoas que estão ali, precisam estar ali, naquele lugar exato, para serem cuidados, já é uma enormidade de ação que a gente pode fazer. Já me bastaria muito e eu tenho certeza que a minha equipe também. (C1)

E que esse processo implica num conjunto de interesses, compromissos e investimentos, das políticas públicas, dos gestores locais e dos trabalhadores envolvidos nesse processo.

Essas coisas estão pipocando ainda na minha cabeça... porque uma coisa influencia a outra, mas eu também não posso deixar... Ficar aguardando [...] só me engajar no CAPS quando eu tiver um chefe que olhe para isso, que estimule, que... propicie um esquema de trabalho, que atinge esse objetivo. Então eu também não posso ficar nisso... eu não posso esperar que as coisas externas aconteçam, eu tenho que fazer um movimento interno, né? Então eu acho também que tem esse lado. Esse é o lado nosso, profissional; acho que de cada um né; eu acho que isso também tem que acontecer. A gente tem que falar não! Arregaçar as mangas e trabalhar de alguma forma. (T1)

Alguns profissionais entendem que o processo de implantação da proposta psicossocial depende muito mais de investimentos e envolvimento dos técnicos, no seu fazer cotidiano, do que de mudanças externas e de investimentos públicos.

Com certeza, porque eu acho assim, eu vejo hoje que a gente tem pessoas aqui dentro que tem uma capacidade aí... que cada um vai ter o seu jeitinho de ser, dentro do seu perfil. Tem, algumas pessoas são mais politizadas, que entendem bem, né? Aí tem aí, vamos pensar, cada um com as suas coisas, suas qualidades oferecendo... mas a gente também as vezes precisa mais de coisas externas e que isso vai precisar de um investimento. Coisas externas que venham a acrescentar aqui, para crescer a unidade, crescer o atendimento... melhorar.(T2)

Já outros, apesar de considerarem que o envolvimento e o desejo dos técnicos são os responsáveis pela existência e pela construção cotidiana de ações psicossociais, apontam para uma necessidade de que o compromisso e os investimentos possam ocorrer em conjunto, em uma parceria de intenções e ações, entre as políticas públicas, os serviços de atenção à saúde mental e a mudança paradigmática.

Têm-se ações sim. A gente está aí com a PIRASSIS, com alguma grana que foi investida. Eu não sou alguém pessimista, pelo contrário, eu acho na verdade que é uma coisa assim, eu acho que quem faz é a pessoas, com as ações que ela faz, com os desejos que ela tem. Então claro que eu sei que o desejo público, quando ele trava, não tem jeito. É um calcanhar de Aquiles, mas se eu também não tenho investimento não caminho. Então eu penso que nós, técnicos, que nós, pessoas ali, nós temos que sempre fazer isso acontecer para a gente poder fazer com que as coisas caminhem. (C1)

Percebe-se também que o processo da construção da atenção psicossocial não pode se limitar à unidade CAPS, mas estar inserida numa rede de assistência que englobe a saúde como um todo, através de ações territorializadas e intersetorias. Porém observa-se que no município a integração com a rede de assistência não é efetiva. Essa tentativa de integração faz parte de um processo com avanços e recuos.

[...] E uma atenção básica muito ruim... Muito ruim! Muito ruim em todos os sentidos, pois ela não funciona. A integração é nula. Já esteve melhor, eu acho. Já piorou, já melhorou, mas existe uma coisa que não funciona na saúde básica mental, mas eu também acho que alguns técnicos... Fazem alguns movimentos, compreendem essa coisa do sair do Posto, da Unidade Básica, para estar indo a outros lugares. Isso eu penso que está começando a acontecer. Já começou a acontecer em outros momentos. A gente também tem um contato com o PSF em alguns lugares, que é uma coisa boa. Já esteve melhor, já esteve mais integrado. Hoje por exemplo, desde que eu estou nessa nova gestão, eu não participei de nenhuma reunião com o PSF. E essa gestão já tem 2 ou 3 anos. Estamos entrando no terceiro ano, então o que antes, na outra gestão nós fazíamos uma reunião mensal, pelo menos com todas as equipes do PSF, hoje nós não temos. Eu não sei quais são os médicos que trabalham. A gente não conversa, não tem um “compartilhar”. (C1)

E para tanto, é necessário uma disponibilização para integrar as ações e os serviços de assistência do município para a efetiva implantação de uma rede de cuidados condizentes ao modo psicossocial.

É. Até existiu uma tentativa de integrar, mas o desejo de integrar... porque as pessoas querem que as coisas estejam prontas. O que é para eu fazer? Se eu tiver que pensar para fazer, sugerir ou participar dá muito trabalho. (C1)

E na visão de alguns, também construir métodos empíricos e científicos que possibilitem checar as metas e avaliar as práticas quantitativamente. Pois os efeitos de melhora e de ganhos qualitativos das ações psicossociais, como afirma o entrevistado, não necessitam de parâmetros concretos para serem medidos, eles são de fácil observação.

[...] é uma questão interna da gente, que é esse movimento de inquietação que... o que está faltando, o que a gente não está fazendo? Porque sem método a gente não enxerga. Então a gente está enxergando porque a gente está usando um marcador científico. Quantas internações de neuróticos graves e psicóticos têm? E você tem que levar em conta o crescimento populacional e a demanda que a gente está atendendo. [...] o que eu acho que precisa é instrumento melhor de avaliação... que isso dá segurança. Agora quanto à questão de “dar conta”, não precisa ter informação em saúde para saber que se você consegue ajudar o cidadão ou tenta ajudar ele a se inserir a ter atividades prazerosas, a sentir prazer novamente, a internar menos a ter a capacidade de viver mais em sociedade... não dá para não melhorar!... a gente vê desvios medonhos do tipo, o cara quer internar porque o caso dele é uma merda, desculpe a expressão, e lá no hospital é melhor, mas isso aí você enxerga. Isso é um problema social e não do modelo psicossocial. (T6)

Sobre a efetivação do modelo psicossocial o entrevistado acredita que tanto gestores como usuários estão desinformados quanto os alcances da proposta e que esta precisa ser afirmada positivamente, demonstrando seus efeitos qualitativos.

Você tem que falar “eu tenho algo melhor para te oferecer, do que você ter que ficar usando isso aí. [...] Tanto os gestores quanto os usuários estão desinformados quanto ao que o modelo pode fazer. É por causa dessa idéia de que tem que negar o modelo anterior para poder se afirmar como modelo e a gente também faz isso enquanto



técnico. Mas com muito medo. Porque isso é medo. Você tem medo da sua teoria dar errado, coisa que não tem problema. Se ela estiver errada ela vai evoluir para uma outra mais certa. E é o esperado, um monte de coisas deve estar errado. Em toda a teoria é assim. Só que se você não tenta afirmar ela positivamente... [...] É assim, e esquece o passar da história. Vai lembrar... tem que lembrar da história para não repetir o erro. Só que você não precisa que aquilo seja ruim para a população para dizer que esse é bom. Você tem que mostrar que esse é bom. Olha “está internando menos, olha as pessoas estão mais satisfeitas. Olha o tal marcador que a gente... está melhorando...” isso você afirma !(T6)

Em alguns aspectos é salientado o desconhecimento da ideologia, da política e da ética da proposta psicossocial, tanto pelos usuários quanto pelos gestores. Nesse sentido o entrevistado parece apontar para uma dimensão estratégica da mudança paradigmática, que é a dimensão sociocultural. Esta salienta a importância de que as práticas assistenciais e sociais propiciem transformações no imaginário social e na concepção sobre a loucura, associada à anormalidade e à incapacidade, e considerem o conceito de existência-sofrimento dos sujeitos, com direitos a cidadania, a reinserção social e aumento de poder contratual. Portanto, essa dimensão propõe a transformação das relações entre a sociedade e a loucura e visa novas formas de intervenções e dispositivos que possibilitem um novo modelo de atenção em saúde mental.

## Síntese Conclusiva

A análise das entrevistas aponta que em sua maioria, os trabalhadores tiveram uma escolha profissional determinada pela identificação, pelo desejo, pela livre escolha e vinculada à sua história infantil, possibilitando que os desejos e as pulsões inconscientes pudessem se realizar. E nesse sentido, as relações com o trabalho, principal mediador do sujeito com as relações sociais e com a realidade, através da sublimação, puderam se constituir como fonte de satisfação.

Para alguns entrevistados a escolha profissional também se dá por exclusão, por falta de outras oportunidades, por adiamento do desejo e por alienação em relação ao mesmo. Esses fatores são observados como impeditivos ou dificultadores para a realização dos impulsos inconscientes e são geradores de frustração e insatisfação, pessoais e profissionais.

Ao considerar os sujeitos, enquanto sujeitos da herança, observa-se que as escolhas foram baseadas por questões reparatórias infantis, conscientes e inconscientes, por meio da identificação com figuras marcantes das experiências precoces e das relações parentais. Na maioria dos casos em que essa identificação é positiva, percebe-se a possibilidade de uma integração entre o sofrimento e as ambigüidades das demandas infantis com as relações de trabalho, permitindo a existência da ressonância simbólica. Em outros casos, a relação de identificação com figuras da infância ocorre através de interferências ou impedimentos na escolha profissional, e conseqüentemente na construção da identidade profissional e na realização dos desejos.

Assim, observa-se que as identificações, positivas ou negativas, reparatórias ou realizadoras, facilitadoras ou inviabilizadoras, estão presentes na escolha profissional dos entrevistados e que essas escolhas aparecem vinculadas à busca de compensação e realização de desejos inconscientes, que são a reedição dos conflitos e desejos das relações primitivas infantis.

Além das escolhas profissionais específicas a relação e o encontro com a saúde mental também denotam aspectos da singularidade e do destino das pulsões dos entrevistados. E esse encontro aparece de diversas formas.

Para alguns o encontro com a saúde mental é inerente à escolha profissional específica desde o início, e ocorre determinado pelo desejo. Não há dúvidas ou incertezas sobre a identidade profissional e as ações que desejam realizar. As identificações com o papel profissional e as relações de trabalho se mostram positivas e realizadoras.

Observa-se que o encontro com a saúde mental também acontece como possibilidade de ressignificação da escolha específica inicial, vivenciada como geradora de frustração e de conflitos. O reposicionamento do desejo inicial permite solucionar o conflito, evitando angústias e rupturas, resgatar o desejo, a identificação e com isso, a satisfação profissional.

Em alguns casos o encontro com a saúde mental não é linear e a escolha pela área se dá sem ser um objetivo direto, quase que por acaso. Ocorre após muitas tentativas de identificação e de trânsito por outros setores de atenção, e é norteado a princípio, pelas necessidades pessoais que limitam as opções. Também se define por exclusão de outras possibilidades e por prioridades pessoais.

No entanto para alguns profissionais essa relação é determinada inicialmente por uma rejeição explícita e por medo. E é necessário desmistificar essa relação e vencer a resistência inicial para desenvolver condições de identificação com o trabalho e transformá-lo em gerador de sentidos.

A forma diferenciada desse encontro para cada profissional é o que determina a relação estabelecida com o exercício profissional e seu significado, com a concepção de saúde mental e as práticas desenvolvidas na atenção psicossocial.

A análise das entrevistas aponta ainda uma preocupação dos profissionais com as diretrizes das políticas públicas, com a organização dos serviços e com as práticas desenvolvidas, mas não sinalizam definições sobre as concepções de saúde/saúde mental que possam embasar essas ações.

A concepção de saúde/doença como um processo social e histórico, inerente à abordagem e a atenção em saúde mental, não são citados diretamente pelos entrevistados. O sofrimento psíquico é interpretado a partir de várias concepções, e em sua maioria não se definem com clareza. Algumas interpretações se dão a partir das definições psicopatológicas, típicas dos manuais psiquiátricos, determinadas por fatores orgânicos e desvinculadas do processo social. Essa concepção organicista da doença mental aparece

relacionada a vários fatores desencadeantes, produtores de sintomas e adoecimentos físicos e mentais, considerando o sujeito a partir de uma cisão do orgânico e do emocional, e cuja proposta de intervenção clínica tem como foco à terapêutica medicamentosa.

Em alguns casos essa concepção de saúde mental aparece relacionada a um desvio de caráter ou como uma exacerbação do psíquico em detrimento do físico, mas normalmente vinculada à agressividade, ao descontrole e a periculosidade. No processo social e histórico, o modelo psiquiátrico tradicional sempre desconsiderou o sujeito doente, que era visto como incapaz, alienado, sem razão e, portanto perigoso. Essa relação estabelecida pelo imaginário social da loucura, pelas concepções de desvio e anormalidade e pelo distanciamento gerado pelo medo, reforça a idéia da diferença e da rejeição, por parte dos técnicos e de toda a sociedade.

O descaso histórico das políticas públicas e da sociedade com a saúde mental, sempre estiveram presentes na cultura manicomial de exclusão, inclusive física e territorial, em função da localização das instituições de assistência, sempre em locais periféricos que dificultam o acesso dos usuários e pela falta de investimentos nesses serviços, em todos os seus aspectos.

Nesse sentido, observa-se referência dos profissionais sobre esses significantes culturais e concretos da exclusão. Há apontamentos sobre a aparência ruim do local, sobre as precariedades do prédio e sua manutenção, que denotavam um aspecto de abandono, e com o desinteresse dos gestores. É sinalizado ainda, que até recentemente, a população se referia à unidade de saúde mental do município como sendo um hospital psiquiátrico.

Esse cenário real e simbólico tende a reforçar a idealização dos serviços privados em detrimento dos públicos, entendidos como depositários da loucura, associados à pobreza, à gravidade e complexidade das problemáticas psíquicas e sociais, ao abandono e a desvalorização profissional de seus técnicos.

A sensação de impacto com o “lugar da loucura” e com a história manicomial da instituição, apesar de ter antecedido o CAPS, ainda impregna o imaginário, a história profissional e as relações de trabalho dos técnicos com a saúde mental e com a instituição atual.

No entanto o medo e o repúdio inicial à saúde mental, na visão dos entrevistados, aconteceu por desconhecimento, por projeções e identificações negativas, construídas

sócio-culturalmente e também em função de experiências pessoais. Mas o contato com o trabalho e com os usuários possibilitou, por meio do conhecimento e dos vínculos, desmistificar os medos e as rejeições e produzir identificações capazes de gerar gratificação.

Constata-se que poucos entrevistados têm uma concepção de saúde mental que reconhece as multideterminações psicodinâmicas da constituição do indivíduo e do sofrimento psíquico, considerando-o como fenômeno histórico, social e inerente à convivência grupal. Estes profissionais apontam para a importância da livre circulação e independência dos sujeitos, assim como da sua inclusão e atuação no espaço social. Afirmam ainda a necessidade desses sujeitos serem desvinculados de diagnósticos e de imposições de tratamentos.

A mudança dessa percepção foi fundamental para superar a associação da doença mental com a periculosidade e o isolamento, presente no imaginário social e responsável pelo medo e rejeição dos familiares, da sociedade e inclusive dos técnicos. Para esses profissionais, a superação do medo e a proximidade com os usuários permitiu construir uma nova concepção sobre o sofrimento psíquico, respaldando práticas mais inclusivas e possibilitando uma nova perspectiva para o indivíduo que sofre.

Por sua vez, considerando a dimensão sócio-cultural como uma das mais estratégicas da reforma psiquiátrica, a luta antimanicomial tem visado transformar as relações entre a loucura e a cultura, e com isso propiciar condições de dignidade da vida humana, considerando o pleno direito da cidadania, através do acesso ao trabalho, ao lazer, a saúde, a educação e a cultura, e do respeito ao indivíduo pelas suas escolhas e com incentivo as suas produções.

Para tanto são necessárias transformações igualmente profundas nas estruturas econômicas, sociais e políticas da sociedade, tornando-se compatíveis com os valores de justiça, solidariedade, igualdade e liberdade, mas principalmente mudanças nas concepções e no lugar técnico/teórico/assistencial da loucura.

Nesse sentido observa-se que para a maioria dos profissionais aparece, direta ou indiretamente à escolha e ao exercício profissional, o desejo e a preocupação com a condição do cuidado e da assistência ao indivíduo. O cuidado na área da saúde é entendido

como possibilidade de ver e ouvir um sujeito, considerando sua história de vida pessoal, inserida em suas condições sociais, econômicas e culturais, num dado momento ou lugar.

De maneira geral, a relação de cuidados surge para os técnicos com o sentido de demonstrar atenção, dedicação, envolvimento com o outro e com seu sofrimento. Sinalizam também a percepção de que a atitude de cuidar desencadeia preocupação e responsabilidade com a pessoa cuidada.

Para os técnicos cuja formação específica pressupõe um enfoque orgânico, os cuidados se relacionam num primeiro momento, à assistência e a atenção com o físico, e assumem um caráter de tratar e curar. Relatam, no entanto, que suas vivências institucionais cotidianas possibilitaram reflexões acerca do determinismo dessas ações pelo modelo médico tradicional e também a percepção que este modelo não contempla os cuidados na atenção oferecida, esperados no campo da saúde mental. O desejo inicial de cuidar e interagir com o outro é ressignificado através da ampliação do sentido de cuidado e passa a orientar a construção do papel profissional, no campo da saúde mental e no novo modelo de atenção.

Em alguns casos nota-se que o cuidado, no sentido de dedicação e envolvimento, sem técnica ou conceito que o respalde, pode até denotar carinho e atenção, mas acaba assumindo um caráter de assistencialismo. Esse aspecto iatrogênico também pode ser percebido nos casos em que o cuidado se torna excessivo, gerando perda de autonomia e dependência institucional dos sujeitos, que passam a ser considerados incapazes para suprir suas necessidades.

A relação de cuidado enquanto determinante da escolha profissional, não aparece diretamente relacionada aos profissionais que exercem funções administrativas, até por esta relação não estar vinculada, a priori, a formação, ao exercício profissional cotidiano e as funções de atribuição. Mas percebe-se que ela acaba se impondo como condição fundamental para qualquer profissional inserido numa equipe de saúde mental, pois é condição inerente do cotidiano institucional.

Apenas no discurso médico a condição do cuidado não é determinante da escolha profissional. Nota-se que ela está relacionada à identificação, tanto com as pessoas afetivamente relevantes da sua infância, como também em função da valorização financeira e social atrelada a figura do médico. Ao relatar sobre o papel do psiquiatra e de suas

práticas no CAPS, denota teoricamente uma certa consideração do sofrimento psíquico como multideterminado e uma tentativa de construção de sentidos que não se pautem apenas pelo orgânico. Porém no contato com o indivíduo, essa relação de cuidado acaba sendo definida por um enfoque organicista e intermediada apenas pela medicação e pela supressão de sintomas.

Ao avaliar o exercício profissional da sua categoria, inclusive considerando as críticas e desvalorizações da psiquiatria, dentro da própria classe médica e do processo histórico, suas reflexões também se restringem à avaliação da eficácia medicamentosa. Considera que o papel do psiquiatra foi alvo de críticas no processo da reforma na saúde mental, em função da pouca eficácia medicamentosa da época, que além de não conter os indivíduos, tinham muitos efeitos colaterais. Salienta os progressos da farmacologia que possibilitaram descobertas medicamentosas com uma melhor eficácia das ações bioquímicas, o que inclusive no seu entendimento, é o que possibilitou as desinternações e a própria atenção psicossocial.

Apesar do mesmo tecer críticas sobre a psiquiatria estar distante da escuta clínica e dos cuidados na relação estabelecida com a atenção em saúde mental, sua visão parece não contemplar o cuidado no sentido que se pretende considerá-lo.

Pois cuidar é ter uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento com o outro. É estabelecer uma relação com a condição humana em sua complexidade e através dessa intervenção poder constituir-se projetos definidos pela diversidade, pelo encontro de subjetividades e pela potencialização da vida.

Portanto o cuidado deve ser a essência do trabalho cotidiano das equipes nos CAPS, pois é considerado uma dimensão da vida humana e condição inerente da proposta psicossocial. Entende-se que a ausência do cuidado gera a indiferença e a morte e são aspectos comuns do modelo manicomial.

Nesse sentido é importante considerar a formação profissional que receberam esses trabalhadores para atuar na Saúde Mental.

A grande maioria dos entrevistados estabelece uma relação de trabalho com a instituição relativamente longa, com uma média de tempo de doze anos e, portanto tendo como vínculo inicial de atuação, o Ambulatório de Saúde mental e por experiência técnica, as práticas do modelo preventivo comunitário, especializado e departamentalizado em

níveis de atenção. Esses profissionais inclusive vivenciaram o processo de mudanças institucionais no programa de saúde mental e foram coparticipantes da implantação do CAPS.

Para esses trabalhadores a formação profissional aparece como alvo de críticas em função de não ter proporcionado um conhecimento suficiente para embasar as ações de saúde e de saúde mental coletiva. Afirmam que a graduação, na época, os preparou para um atendimento privado, com enfoque dual, não considerando uma visão do grupal e do social. E apontam como imprescindível para a atuação profissional e para as atualizações técnicas a participação em Congressos, em cursos específicos de capacitações em psicoterapias, individuais e grupais, em técnicas para abordagem dos dependentes químicos e especializações na área de saúde mental, visando minimizar os déficits da graduação.

A busca por um investimento teórico e uma capacitação acontece também com o objetivo de referendar a identidade e o papel profissional. Porém sinalizam que esses investimentos, quando acontecem, é após muita insistência e procura por subsídios e que acabam sendo feitos por iniciativa e financiamento particulares. E que muitas vezes, o investimento e o desenvolvimento profissional realizado, não são condizentes necessariamente com a qualificação esperada para subsidiar as ações de saúde mental e saúde coletiva no serviço público.

De maneira geral, afirmam que o referencial teórico utilizado na formação específica e na experiência prática e profissional se baseou exclusivamente no exercício do modelo privado, de atendimento em consultório. E é essa prática e experiências que são transpostas inicialmente para o atendimento público.

Os indicativos sobre os referenciais teóricos que embasam as concepções teórico-conceitual e técnico-assistencial dos profissionais estão norteados pelo modelo preventivo-comunitário, pela psiquiatria clínica e pela psicanálise. Em alguns casos observa-se que os profissionais não tinham claro o referencial teórico utilizado para subsidiar suas ações na atenção em saúde mental.

Porém, independente da formação, do investimento pessoal e da clareza ou não sobre o referencial teórico, é comum a sensação de desconhecimento e de despreparo no encontro desses técnicos, com o trabalho e com a instituição pública.



Ao ocupar um lugar na saúde mental, afirmam não existir uma capacitação prévia, nem treinamentos específicos que considerem a formação original e as diversidades e complexidades das funções desempenhadas na instituição; nem mesmo contratações que priorizem profissionais com um perfil adequado para o serviço.

Sem formação e visão das práticas, conceitos e propostas da atenção psicossocial, a construção desse conhecimento, na ocasião da implantação do CAPS, ocorre para os profissionais de diversas maneiras. Nota-se que com frequência, esse processo se deu por meio das angústias cotidianas, do ensaio e erro e das trocas com os parceiros da equipe. O conhecimento e a experiência através do fazer cotidiano também foram possibilitados através das trocas com os próprios usuários da instituição.

Em alguns casos é apontado que para construir um papel profissional, condizente a uma proposta e as práticas psicossociais, é necessário passar pela desconstrução do papel específico, baseado no campo médico e no cuidado técnico restrito ao físico. E que essa vivência é geradora de ambivalência e angústia, em função da dificuldade inicial de se desfazer de um aprendizado e de uma identidade profissional construída.

É comum também nas falas dos técnicos, a sensação de distanciamento entre a teoria e a técnica e a dificuldade de lidar no cotidiano com essa dualidade. Para tanto sugerem estudos, parcerias e trocas de experiências, com os órgãos formadores, com os trabalhadores e com outros serviços implantados. Já outros profissionais, referem que a lacuna teórico-técnica precisa ser avaliada, mensurada empiricamente e transformar-se em ciência. Remetendo novamente à universidade a responsabilização, não só da formação, mas das atualizações e da criação de mecanismos e metodologias que possibilitem a capacitação e a avaliação dos serviços implantados.

Ao fazer referências aos projetos e políticas públicas de saúde mental do município, os profissionais afirmam não haver investimentos e capacitações dos gestores nessa área que possa instrumentalizar o trabalho dos técnicos, nem uma formação focada e específica na saúde coletiva, que possibilite um entendimento melhor da proposta psicossocial e propicie a melhoria da qualidade de atendimento.

A única referência de investimento público é a da supervisão institucional, financiada pelo ministério e considerada pelos profissionais como espaço de atualização, de reflexão, de troca e de amplitude de conhecimento. Essa experiência e esse aprendizado são

percebidos como fundamental para os técnicos se sentirem, seguros, confiantes e poderem reavaliar as suas práticas, e com isso efetuarem possíveis mudanças no programa.

As poucas referências às políticas estadual e federal, na área de saúde mental, se dão com ênfase ao evidenciar uma conotação positiva de intenção, mas sinalizam para as barreiras e diferenças geográficas que dificultam na prática a efetivação dos projetos. A distância imposta pela hierarquia de poder, pelas realidades específicas de cada município e pela burocracia dos processos, são apontados como responsáveis pela inacessibilidade aos projetos e às verbas disponíveis.

Em função da percepção de falta de compromisso e parceria das políticas públicas com a saúde mental, a relação de alternância do poder público é vivenciada como uma transição de descontinuidade dos projetos, tornando-se desmobilizadora e desestabilizadora para o coordenador, para os profissionais e para a instituição.

Essa descontinuidade ocorre muitas vezes em função do desconhecimento dos novos gestores sobre o funcionamento dos serviços, seus propósitos, projetos e dificuldades. É sinalizado que na falta dessa parceria e do entendimento dos gestores sobre a proposta psicossocial, essa relação entre a instituição e a secretaria precisa se estabelecer através da compreensão, aceitação e tentativa de colaboração, do coordenador e da equipe, visando à superação dos limites e do desconhecimento, salientando a importância desse projeto de trabalho e do compromisso conjunto nesse investimento.

Nesse sentido, o projeto de construção de um serviço de atenção psicossocial exige um reposicionamento da instituição, da proposta terapêutica e dos técnicos, por meio das ações desempenhadas pela equipe. Para tanto é importante observarmos como se dá a organização, as relações e o significado do trabalho para esses profissionais.

Através da sublimação é possível deslocar componentes libidinais para o trabalho e para os relacionamentos profissionais, transferindo-lhes um valor indispensável e necessário para a preservação e a justificativa das relações sociais. Sendo assim, o que vai determinar a relação de desejo, gratificação e motivação nas relações profissionais é a organização do trabalho.

Nas relações de trabalho a dimensão organizacional determina a divisão das tarefas e as relações de produção, denominada relação social, que são articuladas com a relação singular coletiva. Na relação homem /trabalho é importante considerar que os

indivíduos possuem uma história pessoal, com aspirações, motivações e necessidades psicológicas, próprias e únicas, e que estabelece vias de descarga preferenciais, de acordo com a sua personalidade e de forma diferente dos outros indivíduos. Nesse aspecto é fundamental observar quais elementos permeiam a relação que os profissionais estabelecem com a instituição e a proposta psicossocial.

De maneira geral, os profissionais referem que a relação pessoal com o trabalho é vivenciada por meio da identificação, desejo, disponibilidade e conseqüentemente gratificação e realização pessoal. Nota-se que alguns técnicos vinculam a gratificação pessoal à possibilidade de haver espaço nas relações institucionais, para os sujeitos/trabalhadores, permitindo a realização do desejo individual e da autovalorização.

A sensação de gratificação e valorização também está relacionada com o resultado da relação de cuidado e assistência ao outro, manifestada pela gratidão dos usuários. A relação de cuidado tem por objetivo um desejo, singular e social, e quando os efeitos da ação desempenhada geram resultados positivos, possibilitando a melhora dos usuários, o profissional relata um sentimento recompensador dos seus investimentos libidinais.

Percebe-se que a gratificação pode ocorrer por meio da tentativa de adequação entre o registro diacrônico-subjetivo e o registro sincrônico-social, permitindo que o trabalho prescrito e o real se aproximem e ressignifiquem as pulsões infantis. Nesse sentido observa-se que um profissional cita a relação que ele estabelece com a economia da libido, referindo não fazer economia de investimento em suas ações e que ao colocar toda a carga (psíquica) no seu trabalho, se sente muito satisfeito.

O prazer, em termos econômicos, se torna possível na medida em que possibilita uma descarga psíquica proveniente dos estímulos internos e externos, gerando uma diminuição da carga psíquica do trabalho e o transformando em um instrumento de prazer e equilíbrio.

No entanto, alguns profissionais apontam uma ambivalência na condição de se gratificarem em função da percepção de críticas referentes à qualidade e ao desempenho profissional. Sinalizam também uma insatisfação decorrente das sobrecargas cotidianas, do acúmulo de funções e do desencontro entre o trabalho desejado e o real. Esses elementos são responsáveis pela sensação de impotência e estagnação, comprometendo a motivação, a gratificação e o vínculo com o trabalho.

A diminuição da descarga psíquica do trabalho torna-se uma ameaça para essa relação enquanto fonte de prazer. O trabalho quando não é investido libidinalmente deixa de produzir sentidos e significados, gera desprazer, compromete a qualidade das ações e pode desencadear rupturas.

Porém a ambivalência nas relações de trabalho sinaliza que essa é uma zona de tensões e conflitos, de forças e interesses antagônicos, inerentes as relações sociais e profissionais e necessárias como propulsoras de mudanças. No entanto, se a ambivalência estiver excessivamente intensificada pode produzir um comprometimento das relações e ações, tanto do trabalho, quanto no trabalhador.

Já a sublimação exercida na ação coletiva do trabalho é responsável por propiciar o reconhecimento do indivíduo pelos pares sociais e profissionais. Sendo assim, o reconhecimento social torna-se uma recompensa pelo abandono do desejo individual, ocorrido por meio da sublimação, e possibilita a conquista da identidade e da saúde mental do trabalhador.

A luta contra o sofrimento dos efeitos produzidos nas relações de trabalho e a busca por gratificação podem se dar de forma individual ou coletiva. Nota-se que as relações grupais estabelecidas pela equipe propiciam um certo nível de troca, de gratificação e reconhecimento, em função da diluição de poder das relações hierárquicas que se colocam mais horizontalizadas.

Aparece a percepção de que o reconhecimento é fruto de uma interação do pessoal com o profissional e deste com as relações de trabalho, tanto institucional quanto com os técnicos, e que por isso esta é uma relação dinâmica e antagônica, onde o reconhecimento e a gratificação precisam ser conquistados cotidianamente. Inclusive demonstram um desejo de serem reconhecidos na equipe, por seus recursos e funções multiprofissionais e não apenas pelos específicos da sua formação.

Para alguns o reconhecimento junto aos pares nem sempre é percebido como satisfatório. Ele é ambivalente, se alterna e depende da situação vivenciada na instituição. O dinamismo e os conflitos cotidianos institucionais, no encontro com as práticas individuais e coletivas da equipe, produzem situações de antagonismos e cobranças, gerando desencontros e dificuldades no processo de reconhecimento..

Portanto, aptidão, motivação, criação e reconhecimento profissional são condições fundamentais para a gratificação da função psíquica do indivíduo nas relações com o trabalho. Na ausência dessas condições o trabalho torna-se insalubre e insatisfatório e se opõe a livre atividade do aparelho psíquico, impedindo um funcionamento articulado dialeticamente com o conteúdo da tarefa e tornando-se gerador de sofrimento.

A ausência de reconhecimento profissional foi apontada como geradora de angústia e desmotivação, mas também sinalizou a falta de identificação grupal e a falta de sentimento de pertença, inclusive por uma sensação desse profissional de não reconhecimento da existência do grupo enquanto equipe.

As relações grupais podem ser vivenciadas como antagônicas. Alguns sentem estar diluídos no grupo e essa indiferenciação grupal não possibilita o reconhecimento e os esforços individuais. Para outros as parcerias e o reconhecimento no trabalho potencializam o indivíduo e permitem um investimento de energia psíquica geradora de prazer e gratificação.

A percepção sobre o reconhecimento social é tida como parcial e relativa. Para alguns o reconhecimento social passa pela interferência do grau de especialização e status adquirido pelo profissional.

Para outros ele se dá em função da percepção de que a unidade e os técnicos, apesar dos poucos recursos e investimentos, se esforçam para fazer da melhor maneira e conseguem produzir bons resultados. O reconhecimento social pode também existir, não pela valorização e reconhecimento da qualidade das ações, mas pela percepção da dificuldade e em consideração a uma sobrecarga no exercício profissional. Esses aspectos sinalizam uma contradição e incoerência na articulação da relação social e da relação singular – coletiva, ameaçando o enfrentamento criativo do sofrimento e da obtenção de prazer.

Aparece também um reconhecimento condicional e vinculado à ausência de problemas e dificuldades na unidade. Esse tipo de reconhecimento é sentido como ambíguo e iatrogênico, porque desconsidera as condições de sobrecarga e desvios dos objetivos do serviço. A preocupação com o “produto” - resultado das ações, desconsidera os meios - as condições de trabalho e o indivíduo, caracterizando o modo capitalista de produção.

Para a grande maioria dos profissionais, a sensação de falta de reconhecimento social aparece relacionada aos gestores e as políticas públicas, em função do não investimento em capacitações, em materiais e em reposição profissional e salarial. Mas principalmente pela sensação de abandono e desvalorização, em função de não serem vistos e considerados como sujeitos e trabalhadores, que se esforçam e se sobrecarregam para desempenhar o seu papel profissional.

É sinalizada a percepção de que existe uma diferença de interesse e investimento por parte das distintas gestões administrativas na saúde mental, mas que quase sempre essa área não é foco de prioridades das políticas públicas de modo geral.

O reconhecimento financeiro é considerado como inexistente por quase todos os profissionais. Esse fator gera frustrações e desânimos, e acaba embasando as justificativas de falta de motivação, desejo e investimentos profissionais nos serviços de saúde mental. Referem que isso se torna um impedimento para o crescimento pessoal e profissional, sendo responsável pela acomodação e desvalorização dos profissionais dos serviços públicos.

Aparece no relato dos indivíduos, inclusive a afirmação do sentimento de desvalorização profissional atrelado ao sentimento de vergonha. Este segundo GAULEJAC (2001), está nas relações sociais e no psiquismo dos sujeitos, e tem sua origem na confrontação do sujeito com o mundo social, sendo gerado por meio da identidade negativa atribuída a eles. A vergonha surge em relação à percepção do indivíduo sobre o valor atribuído a seu trabalho e pela falta de identificação com a profissão.

Nesse sentido o reconhecimento financeiro nas relações de trabalho é apontado pelos profissionais como imprescindível para a obtenção de prazer, de reconhecimento, de crescimento e de motivação.

A única exceção que afirma ter reconhecimento social no aspecto financeiro é o profissional médico. Com a implantação dos CAPS e em função da escassez de profissionais na região, os psiquiatras tiveram seus salários valorizados, tanto em relação aos outros técnicos da equipe, como em relação à própria classe médica. As diferenças hierárquicas, das ações e da valorização financeira, geram divergências e dificuldades entre os profissionais e na identificação grupal da equipe.

Considerando que o sofrimento é o ponto central da relação psíquica entre o homem e o trabalho e, portanto impossível de ser eliminado, por meio da sublimação o prazer no trabalho torna-se um produto derivado do sofrimento, de sua transformação criativa e de sua elaboração satisfatória. Isso ocorre desde que as relações de trabalho propiciem aos indivíduos criatividade, reconhecimento, identidade e liberdade no exercício profissional.

A noção de liberdade no exercício profissional não deve ser confundida com o descompromisso. Entende-se por liberdade a condição que se opõe, ao comando autoritário e restritivo que visa à exploração da força de trabalho e substitui a liberdade e a escolha do trabalhador pela imposição do chefe, desapropriando o indivíduo de seu desejo, de sua competência e da livre organização do trabalho.

A liberdade é a condição para que uma equipe possa ser mais autônoma, ter mais iniciativa e resolutividade. Estar integrada e investida numa proposta e num mesmo objetivo, por meio de relações mais horizontalizadas, possibilitando uma co-gestão e co-responsabilização pelo gerenciamento da assistência em saúde mental.

Foi apontado pela maioria dos profissionais o reconhecimento de liberdade e autonomia presentes nas relações com a equipe, a chefia e a instituição. Referem que a liberdade está vinculada a existência de satisfação produzida nas relações de trabalho, na avaliação de qualidade dos seus resultados, e na proximidade que sentem com o seu desejo e a condição de realizá-lo. E que nesse sentido avaliam ter, poder de negociação, de troca e flexibilidade para exercer o papel profissional.

A liberdade pode significar autonomia, gratificação e fortalecimento do sujeito que se apropria de seu desejo, de sua competência e da livre organização de seu trabalho. Porém nas relações que implicam hierarquia e poder, no caso entre o gestor e o coordenador, a sensação de liberdade no “comando” institucional não aparece como reconhecimento, potência, respeito e autonomia. Esta assume uma conotação de desinteresse, ausência de parcerias, cobrança e abandono por parte do gestor.

O único profissional que refere não sentir liberdade atualmente no seu exercício profissional, incoerentemente é o que relata ter gratificação social e financeira, poder hierárquico em relação às ações e decisões da equipe e ao status social. Infere-se que sua percepção é consequência da cobrança, tanto por produção de atendimento, em função do

excesso de demanda, quanto da amplitude de cuidados na atenção psicossocial, mas principalmente devido ao isolamento em relação aos colegas de equipe.

O sofrimento aparece para os profissionais relacionado à sobrecarga de trabalho, a impotência e ao comprometimento da eficácia de suas ações. A equipe desfalcada de profissionais atua cotidianamente com uma sobrecarga de ações e atuações, decorrentes das demandas diversas e da duplicidade dos programas. Esse contexto institucional e assistencial gera cansaço, impotência, desvalorização e auto-responsabilização. Ao avaliar negativamente os resultados das ações e dos cuidados produzidos pela equipe e pela unidade, surgem as angústias, as culpas e as cobranças por um melhor desempenho e por práticas psicossociais.

Nesse sentido, os profissionais apontam a dificuldade para uma mesma equipe de trabalho dar conta de dois programas ao mesmo tempo, em função da existência de propostas de orientações, demandas e necessidades diferentes. Essa situação aponta para um descompasso entre o trabalho desejado e idealizado (ações psicossociais) e o trabalho possível e real (ações e cuidados sem continuidade). A desintegração entre o desejo e a realidade torna-se responsável pela sensação de frustração e sofrimento.

O desconhecimento e o despreparo para o exercício profissional, bem como a falta de capacitações para viabilizar o trabalho, também foram apontadas como geradoras de angústia. São sinalizadas a sensação de solidão e ineficácia na realização de ações individuais e a percepção de que resultados efetivos dependem de uma ação grupal.

O sofrimento pode ser observado inclusive nos relatos que sinalizam a ausência de prazer e identificação no trabalho, gerados pela falta de retorno financeiro e de investimentos, ou em função das cobranças pessoais, de uma auto-avaliação negativa e pela falta de reconhecimento e de gratificação.

As angústias podem gerar desmotivação, impotência, questionamentos e incômodos, mas o reconhecimento do sofrimento como condição inerente às relações de trabalho, sinalizam uma tentativa de se buscar recursos, considerar limites e reorganizar-se em novas condições que permitam um reinvestimento de energia nas relações profissionais.

Apesar do sofrimento apontado pelos profissionais, este não aparece com um caráter patológico, imobilizador de ações e impeditivo na realização de desejos. A sensação



de permanência do desejo nas relações profissionais torna-se a possibilidade de aliviar a sobrecarga e a angústia resultantes do trabalho.

Portanto, o poder de negociação, o fortalecimento grupal, a potência e a autonomia para a realização de ações eficazes e condizentes com os objetivos desejados, permitem a obtenção de gratificação, reconhecimento e sentido no trabalho. Esses elementos possibilitam diminuir a distância entre o trabalho desejado e o real, aliando os desejos inconscientes e os objetivos de produção, permitindo a Ressonância Simbólica e transformando as condições cotidianas do exercício profissional e das práticas psicossociais, para que os mesmos possam gerar prazer e não sofrimento.

A análise do material sobre a escolha profissional, seus desencadeantes e as relações de trabalho, de modo geral, mostra que os trabalhadores que fizeram uma opção profissional baseada numa livre escolha, considerando sua constituição subjetiva, seu passado e sua história pessoal, suas aspirações, motivações e necessidades psicológicas próprias e únicas, demonstram uma tendência a uma maior integração, afinidade e motivações nas relações de trabalho, e a possibilidade de realização do desejo inconsciente que visa a busca de satisfação vinculada às experiências infantis.

A identificação e a realização do desejo na escolha profissional, no decorrer dessa análise, demonstram também, que apesar das dificuldades encontradas, sejam institucionais, políticas ou individuais, permitem aos trabalhadores uma sensação de satisfação pessoal, gratificação junto aos pares e a equipe, bem como de reconhecimento social.

Por outro lado os sujeitos que apontaram não ter claro sua escolha profissional e o seu desejo desencadeante, porque não sabiam o que queriam, optaram por um trabalho influenciado por outros determinantes ou foram impedidos por questões adversas, demonstraram maior insatisfação com a profissão, falta de reconhecimento, desmotivação e sofrimento nas relações de trabalho.

A implantação do CAPS implicou na mudança teórico-técnica e prática das ações desenvolvidas por esses profissionais, bem como no vínculo estabelecido com os usuários. Na proposta psicossocial, as concepções de objeto e dos meios de trabalho, relacionam-se às concepções de saúde–doença–cura e às formas de organização da assistência, de tratamento e prevenção.

Nesse contexto entende-se por sofrimento psíquico uma multideterminação de fatores bio-psico-sócio-cultural e para tanto, a construção de teorias e técnicas para embasar o novo modelo consideraram noções de cuidados, acolhimento, autonomia e a existência-sofrimento do sujeito em sua relação social. As ações de saúde mental devem objetivar o reposicionamento do sujeito, considerando como perspectiva a ética da singularizarão orientadas pelo desejo do indivíduo e também pela sua dimensão sociocultural. O sujeito é considerado como participante ativo de seu tratamento, e as intervenções devem visar muito mais o desenvolvimento de competências sociais do que a supressão de sintomas.

Sobre o entendimento do conceito psicossocial, que visa embasar a implantação do CAPS e as práticas assistenciais, os profissionais afirmam que a aproximação e a humanização com os usuários são fatores que facilitam o contato, permitem subjetivar um sujeito e favorecem sua melhora. Apontam a percepção da singularizarão como dimensão ética a ser considerada na definição do conceito. E que as ações de cuidado não se restringe mais a tratar a doença, mas se ampliam em uma noção dinâmica do indivíduo, considerando seus aspectos biopsicossociais e a necessidade da amplitude de suas possibilidades como sujeito que sofre.

Para os profissionais as ações psicossociais são vistas como possibilidade do sujeito de recuperar a capacidade de se posicionar ativamente frente aos seus conflitos e contradições e da retomada de seus direitos de cidadania, com o aumento do seu poder contratual, familiar e social. Consideram também como fundamental no processo de subjetivação dos sujeitos, a necessidade de desmedicalizá-los, de propiciar a horizontalização nas relações, minimizando o distanciamento técnico/paciente e de considerar a sua singularidade na definição e finalidade dos projetos terapêuticos.

Para alguns profissionais a definição do modo psicossocial se dá em comparação e oposição ao modelo manicomial, que segrega, aprisiona e desconsidera o indivíduo. E se define em alternância considerando o direito de liberdade, a subjetividade, a condição familiar e a reinserção social como possibilidade de recuperação da cidadania.

Nota-se que para alguns técnicos o sofrimento psíquico ainda é enquadrado como doença. A concepção se define por parâmetros de doença/cura do indivíduo e a assistência se restringe as ações psicoterápicas, a medicação e a figura do médico. O cuidado objetiva

o estado anterior ao adoecimento ou como medida apenas de contenção, de evitar uma piora e um novo surto.

Em outros casos o entendimento é que a proposta psicossocial teve como papel desencadeante os benefícios medicamentosos e a humanização conseguida por meio da desautorização das internações. A valorização da medicação e da figura do médico é vista inclusive como possibilitadora da atenção psicossocial, por permitir a supressão dos sintomas, a contenção do descontrole, da agressividade e da internação psiquiátrica. Esse discurso, consoante com o modelo psiquiátrico moderno, parece negar a instituição manicomial e o seu mandato de custódia, mas afirma o saber psiquiátrico sobre a doença e a importância da medicação. Parece haver um deslocamento de poder, de custódia sobre o indivíduo, pois se substitui a tutela judicial e o manicômio, pela medicalização do sofrimento humano e o tamponamento de sua subjetivação.

Apesar das concepções organicistas do sofrimento psíquico ainda determinarem as diretrizes de atuação de alguns técnicos na equipe do CAPS, para a maioria dos profissionais, a importância da reforma psiquiátrica e a eficácia da proposta psicossocial, enquanto paradigma de transformação das práticas e assistência em saúde mental é vista como inquestionável.

Na mudança de orientação dos modelos e da implantação do CAPS, a construção de conhecimentos através de recursos e orientações, que possibilitasse o entendimento da proposta e embasasse suas ações, é tido pelos profissionais como insuficiente. Afirmam que até existiram estudos, orientações e trocas com outros técnicos por meio de visitas a outros serviços implantados. A ausência de conhecimento inicial e a percepção de falta de investimento externo fizeram com que os profissionais contassem com recursos próprios, com a observação das experiências cotidianas, com as trocas entre a equipe, mas principalmente com a busca de estudos sistematizados e comprometidos com a efetivação das práticas psicossociais, como é o caso da supervisão institucional.

A vivência dos dois modelos de assistência, Ambulatório e CAPS, por parte da maioria dos profissionais, nos permite observar as percepções existentes sobre suas diferenças.

O Ambulatório se define como uma unidade especializada, de atenção secundária, responsável por ações mais complexas, diversificadas e intensivas em saúde mental. As

críticas ao modelo ambulatorial ocorrem em função de suas ações serem centradas no especialista, na consulta e na medicação e não propiciarem uma atenção integral ao indivíduo.

Para alguns técnicos a implantação do CAPS foi fundamental para propiciar uma melhor assistência em saúde mental. Percebem uma melhora nos usuários, apesar de sua avaliação focar o maior controle medicamentoso como consequência, e por poder provocar um alívio familiar no distanciamento de contato com o usuário “doente”. Mas também pela possibilidade de ter mais contato e compreensão com os usuários.

Para alguns a mudança do modelo assistencial permitiu uma melhora no entendimento e desenvolvimento de ações para se lidar com a crise, para a efetiva necessidade de desinternação e para a valorização da presença familiar no tratamento e na recuperação do indivíduo. Aparece a percepção de que a proposta psicossocial é uma oposição a um modelo anterior, excludente e medicamentoso, e que propõe a desconstrução de práticas e concepções de saúde mental estratificadas em níveis de atenção.

Observa-se que alguns técnicos puderam assumir a existência de dúvidas sobre a diferença dos modelos, das suas propostas e amplitudes. Inicialmente refere que as ações se confundem no cotidiano, que parecem iguais em suas práticas, mas percebe que as propostas guardam diferenças cruciais na sua dimensão ética e ideológica.

Apesar de existir a percepção de melhoras na assistência prestada, com uma amplitude de ações e ganhos, tanto dos usuários, quanto dos técnicos, é sinalizada uma preocupação com a dependência dos usuários em relação ao serviço implantado, e indiretamente aparece a dificuldade da equipe com as práticas de reinserção social.

Sobre a implantação do novo programa e a diferença entre os modelos de assistência, observa-se que existe uma crítica ao oposicionismo dos modelos. Para esse profissional a imposição de um modelo contra outro é entendido como desnecessário. Na sua visão os conhecimentos deveriam ser somados, utilizando-se de todos os recursos e ferramentas existentes, inclusive a medicação e a internação. Nesse sentido, percebe-se que para esse profissional a proposta psicossocial ainda não é considerada como substitutiva ao modelo psiquiátrico.

Em função da estrutura ambulatorial também vigente no serviço e da presença de ações pautadas pelo modelo preventivo comunitário, o profissional afirma que o seu papel

na instituição e na equipe, não se pauta por ações e pela ética psicossocial, mas se limita à escuta dos sintomas, as consultas individuais e a prescrição medicamentosa. Justifica essa postura afirmando que as instituições e os gestores, ao contratar um psiquiatra, ainda esperam dele uma ação médica, pautada pelas consultas e pela prescrição medicamentosa.

Nos relatos de alguns profissionais aparece o entendimento que a coexistência dos programas, CAPS e Ambulatório, com a mesma equipe e o mesmo espaço físico, além da sobrecarga de trabalho gera uma indefinição de papéis e ações que impedem a consolidação da proposta psicossocial. Para tanto acreditam que é necessário, a separação concreta dos programas e a implantação de novos serviços, que visem inclusive o atendimento da crescente demanda de dependentes de substância psicoativas.

Outros discordam e entendem que para efetivar o modelo psicossocial não é preciso separar os programas, nem construir novos equipamentos de assistência, mas que é essencial a reconstrução das práticas, dos conceitos e das ações que referendam o trabalho. E para que isso aconteça é necessário ter um projeto de saúde mental que possa estruturar essa mudança.

Os profissionais apontam que o trabalho em equipe é fundamental para viabilizar as ações psicossociais e a proposta de mudança. E nas instituições, a proposta de se implantar equipes multiprofissionais e de se estabelecer relações horizontais, são valorizadas pela possibilidade de resgate de comprometimento e participação dos trabalhadores.

Porém a atração e a possibilidade de formar grupos é decorrente de um movimento contraditório e complexo que significa ao mesmo tempo uma opção pela indiferenciação grupal e uma saída da condição autocentrada da atualidade.

Nesse sentido, observa-se que para alguns profissionais as relações da equipe são pautadas pela desintegração e desinformação, e sentem não existir trocas ou parcerias que possam facilitar e colaborar com o trabalho. Essa percepção de falta de integração é apontada em função dos embates técnicos da equipe, existentes quando ocorrem discordâncias. Mas são sentidos como geradores de problemas e de inseguranças profissionais e acabam não permitindo o reconhecimento grupal e a sensação de “pertença”.

No entanto, a fala de alguns técnicos cita a percepção de embates, de diferenças de ideologias e de práticas de assistência, muitas vezes conflitiva, mas entende que a proposta

coletiva pode também possibilitar o reconhecimento da expressão de singularidade, de troca e não de fusão, em que a relação com o outro, ao considerar as diferenças e o confronto, permite a capacitação das potencialidades criativas do indivíduo e do grupo.

É apontada a importância dessa integração para o fortalecimento da equipe, que precisa se definir por um objetivo, se posicionar e se impor, principalmente em relação aos gestores. Para tanto, na visão dos profissionais, a reunião de equipe é valorizada como esse espaço de interlocução, de integração e definição de condutas e propostas coletivas. Porém é sinalizada a ausência de alguns profissionais nas reuniões de equipe, e isso é avaliado como acomodação, falta de interesse e compromisso dos profissionais, e de cobrança por parte do coordenador.

A relação da equipe é vista pela coordenação como ambivalente e em construção, e que os conflitos e contradições existentes não são desestabilizadores, mas condições propulsoras de mudanças e de possibilidades de configuração de grupo.

A construção do sistema de organização e gerenciamento tenta considerar a democratização das relações institucionais, através do poder compartilhado e de uma co-gestão dos trabalhadores, mas essa condição nem sempre é facilitada inclusive pela própria instabilidade da equipe.

A função multiprofissional é percebida pelos profissionais como condição que permite ultrapassar os limites das especialidades e se compor por meio da horizontalização nas relações de poder dentro da equipe e permitir um ganho e uma amplitude das funções específicas. Aparecem críticas e questionamentos sobre a delimitação das funções específicas, pois há o entendimento que ocorre quebra dos vínculos terapêuticos quando o trabalho se estrutura na departamentalização dos saberes.

Nesse sentido, a maioria dos profissionais acredita que a implantação do CAPS trouxe muitos avanços para a assistência de saúde mental do município, pois entendem que o modelo anterior causava uma desassistência aos usuários.

O CAPS como representante estratégico da proposta substitutiva ao modelo psiquiátrico tradicional é norteado pela lógica de rede e território e visa articular as instancias de cuidados em saúde mental do município e propiciar escuta e acolhimento do usuário, considerando a dimensão subjetiva dos sintomas, com uma compreensão mais

abrangente das causas e conseqüências do adoecer psíquico, possibilitando uma reinserção social.

Os profissionais percebem que a implantação do CAPS contribuiu para que a instituição e os técnicos produzam ações mais resolutivas em termos de atenção psicossocial e que apesar das dificuldades existe uma melhora na qualidade da assistência prestada. Para alguns técnicos a proposta psicossocial significou um avanço por ultrapassar o conceito de sofrimento psíquico como doença e ampliar a assistência além do foco medicamentoso e da psicoterapia individualizada, possibilitando a concepção de clínica ampliada, de cuidado e responsabilização e por considerar a dimensão subjetiva e singular do sujeito que sofre. Para outros os avanços da proposta psicossocial e da implantação do CAPS são avaliados em função da redução no número de internações psiquiátricas realizadas pela unidade.

No entendimento de alguns profissionais o facilitador da implantação da proposta psicossocial e de seus possíveis avanços ocorre em função do desejo de quem tem compromisso com as novas práticas.

As dificuldades apontadas pelos profissionais para a efetiva implantação da proposta psicossocial, de forma geral, relacionam-se à falta de investimento em recursos humanos, em manutenção dos serviços, em capacitações e em comprometimento das políticas públicas. Também é percebida pela forma de organização do serviço e pela indefinição das ações e objetivos, que se confundem e não avançam, em função da coexistência programas, CAPS e Ambulatório.

Na visão de alguns profissionais a dificuldade de implantação e de efetivação de mudanças se deve a acomodação, a falta de investimento e a morosidade, dos serviços e dos profissionais, que acabam sendo consumidos pelos desgastes e sofrimentos existentes nas relações de trabalho.

Na percepção dos profissionais existe um distanciamento entre, os conceitos teóricos e suas propostas, e a prática das ações do CAPS. Esse desencontro entre o desejado e o real é apontado como uma reflexão de que ainda é necessário muito investimento, técnico e político, para a transformação das ações condizentes aos objetivos da proposta psicossocial.

Outra dificuldade apontada pelos profissionais é a de conseguir estabelecer ações terapêuticas com a finalidade de produzir reabilitação e inclusão social, e de articular esse desejo a outras instâncias e recursos. Essa dificuldade aparece atrelada a preocupação com uma possível institucionalização das ações do CAPS.

Observa-se que os profissionais também destacam a dificuldade de se estabelecer parcerias e práticas integradas, segundo a noção de rede e a lógica de uma atenção territorializada. Afirmam haver um desconhecimento e uma desintegração com a rede de assistência de saúde do município, que se baseia na estratificação de níveis de atenção. Esse processo de mudança, visando a adesão dos serviços em rede e a integralidade das ações territoriais, começa a ser construído, mas acredita-se que a sua efetivação ainda demore.

Apesar das dificuldades apontadas a equipe é percebida como atuante e comprometida com o desenvolvimento de ações psicossociais, mas se coloca como impotente, principalmente em função de sua redução, para produzir mudanças efetivas nas práticas assistenciais.

De maneira geral, os profissionais não acreditam atuar como técnicos dentro da concepção e da proposta psicossocial. Consideram que a equipe e a unidade conseguem até realizar ações psicossociais, mas que em função de várias dificuldades, a proposta psicossocial não está completamente implantada.

Acredita-se que os gestores, os usuários e a rede de atenção em saúde estão desinformados quanto aos alcances da proposta psicossocial, e que a efetivação da mudança de concepção e modelo de atenção faz parte de um processo, ainda em construção. E que esse processo de construção da atenção psicossocial não deve se limitar à unidade do CAPS, mas estar inserido numa rede de assistência que englobe a saúde como um todo. Para tanto é necessário considerar um projeto de saúde mental para o município, elaborado através de um conjunto de interesses, compromissos e investimentos, das políticas públicas, dos gestores locais e dos trabalhadores, e que possa incluir a participação dos usuários e da população.

Considera-se que como processo, existem movimentos antagônicos provenientes de forças ambivalentes e contrárias, sinalizando a zona de conflitos inerentes aos processos sociais e, portanto é necessário a manutenção do desejo como força propulsora de



mudanças e a persistência como meio de evitar a fragilidade e o abandono do objetivo Inicial.

Em síntese, realizar esse trabalho significou rever e ampliar entendimentos e avaliações sobre as dificuldades existentes na implantação da proposta psicossocial no município. Foi possível perceber que esta mudança não depende só do desejo de alguns, ou que se inviabiliza pela resistência de outros, nem tampouco é responsabilidade apenas dos trabalhadores, por mais importante que seja o seu papel e necessário rever a formação e as práticas assistenciais cotidianas. Considerá-lo como um amplo processo de mudança, é complexo, trabalhoso e difícil, porém possível se acreditarmos no desejo e na motivação que nos impele a realização de nossos sonhos, pessoais e profissionais, por uma vida mais prazerosa em uma sociedade mais digna.

Acredito na necessidade de elaboração de um projeto de saúde mental para o município e na continuidade de investimentos, no CAPS e na saúde como um todo, para um melhor entendimento, capacitação e possibilidade de reorganização da rede de serviços, visando à realização e a integração de ações psicossociais nas unidades de saúde e no território. É importante também rever estratégias e criar mecanismos no território, que viabilizem a reinserção social dos usuários. Porém, esse desafio e essas novas questões requerem um maior aprofundamento e permanecem como indicativos para outros trabalhos.

## Referências

AMARANTE, P. **O homem e a serpente** – outras histórias para loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. 141 p.

\_\_\_\_\_. Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S (org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 163-85.

\_\_\_\_\_. GIOVANELLA, L. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e Saúde Mental. In: AMARANTE, P. (org.) **Psiquiatria Social e reforma psiquiátrica**. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998, p. 113-48.

\_\_\_\_\_. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I., SCARCELLI, I. R., COSTA, E. S. (org.). **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999, p. 47-52.

\_\_\_\_\_. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In AMARANTE, P. (coord) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial** Rio de Janeiro: Nau, 2003, p.45-65.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2007, 116p.

BIRMAN, J. **Estilo e modernidade em psicanálise**. São Paulo; Ed. 34,1997.

BLEGER, J. **Temas em Psicologia: entrevista e grupo**. Tradução. Rita Maria M. de Moraes. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

BOFF, L. Natureza do cuidado. In: \_\_\_\_\_. **Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999, p. 89-106.

BOURDIEU. P. Compreensão. BOURDIEU, P. Et al. Tradução. Matheus S. Soares Azevedo. A **miséria do mundo**. 4ª ed.. Petrópolis: Vozes, 1999, p. 693-732.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Assistência a saúde. **Portaria nº. 189** de 19 de novembro de 1991- que estabelece critérios para internações psiquiátricas em hospitais especializados e hospitais gerais; amplia os procedimentos terapêuticos e define a responsabilidade do gestor municipal. Brasília: MS/SAS, 1991, 4P.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº. 224 de 29 de janeiro de 1992- que estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar em Saúde Mental. In: conselho Regional de Psicologia-- 6ª. Região/ SP. **Trancar não é tratar** – liberdade: o melhor remédio. 2ª. ed. São Paulo: CRP/6ª 1997, p. 42-8.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº. 106** de 11 de fevereiro de 2000- que cria a modalidade de residências terapêuticas, destinadas a pacientes psiquiátricos com longa

permanência hospitalar. Brasília: Ministério da saúde, 2000 a. Disponível em: <http://www.saúde.gov.br/doc/Portarias/2000>.

BRASIL. Presidência da República. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. In: Conferencia Nacional de Saúde Mental (3.:2001:Brasília). **III Conferencia Nacional de Saúde Mental**: Caderno informativo. Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b, p. 58-62.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº. 336** de 19 de fevereiro de 2002- que estabelece as modalidades de serviços nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) definidas por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: <http://www.saúde.gov.br/doc/Portarias/2002>.

COSTA, J. F. **O vestígio e a aura**: Corpo e consumismo na moral do espetáculo. Col. A lei do desejo. Garamont-2004-R. J. Coord. Maria Alzira.

COSTA-ROSA, A., LUZIO, C. A; YASSUI, S. As conferências nacionais de Saúde Mental e as premissas do modo psicossocial. In: **Saúde em debate – Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, v. 25, n.58, maio/agosto/2001, p.12-25.

COSTA-ROSA, A. O modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.) **Ensaio** – subjetividade, Saúde Mental, sociedade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000, p. 141-69.

COSTA-ROSA, A; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial – rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (coord) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial** Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 13-44.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. In: **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. Vol. 14, nº. 54, abril, maio, junho, 1986.

\_\_\_\_\_. Uma nova visão do sofrimento humano nas Organizações, In: CHANLAT, J. F. (org.), **O indivíduo na organização – dimensões esquecidas**, São Paulo: Atlas, 1992, p.149-173.

\_\_\_\_\_. A Carga Psíquica do Trabalho, In: DEJOURS, C., ABDOUCHELI, E., JAYET, C., coordenação: BETIOL, M. I. S. **Psicodinâmica do Trabalho**, São Paulo: Atlas, 1994, p.21-32.

\_\_\_\_\_. Trabalho e Saúde Mental: da pesquisa à ação, In: \_\_\_\_\_, ABDOUCHELI, E., JAYET, C., coordenação: BETIOL, M. I. S. **Psicodinâmica do Trabalho** – Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho. São Paulo: Atlas, 1994, p.45-65.

\_\_\_\_\_. ABDOUCHÉLI, E., Desejo ou Motivação? A Interrogação Psicanalítica sobre o Trabalho, In: \_\_\_\_\_, ABDOUCHÉLI, E., JAYET, C., coordenação: BETIOL, M. I. S. **Psicodinâmica do Trabalho**, São Paulo: Atlas, 1994, p.33-43.

ENRIQUEZ, E. Vida Psíquica e Organização, In: MOTTA, F. C. P., FREITAS, M. E., (orgs.), **Vida Psíquica e Organização**, Rio de Janeiro: FGV, 2000 p.11-22.

\_\_\_\_\_. O indivíduo preso na armadilha da estrutura estratégica, In: MOTTA, F. C. P., FREITAS, M. E., (orgs.), **Vida Psíquica e Organização**, Rio de Janeiro: FGV, 2000 p.23-40.

FRANCISCO, I. C. **Psicologia Clínica: Saúde Mental pública** – um jeito de pensar o contexto atual do atendimento psicológico à Saúde Mental Pública de Assis – SP. Assis: 1990 (Monografia – Especialização – Universidade Estadual Paulista – Assis)

FREUD, S. **O mal-estar na civilização**.(1930), vol. XXI. Rio de Janeiro: ESB, Imago, 1969.

\_\_\_\_\_. **Totem e Tabu** (1913), vol. XIII. Rio de Janeiro: ESB, Imago1969.

GAULEJAC, V. Psicossociologia e sociologia clínica. In: ARAÚJO. J. N. G; CARRETEIRO, T. C. (Orgs.). **Cenários sociais e abordagem clínica**. São Paulo: Escuta, Belo Horizonte: Fumec, 2001. P35-47.

HASHIMOTO, F. **Vivências de perdas em uma empresa familiar**. Assis (SP), 2005. Tese de Livre Docência, Faculdade de Ciência e Letras de Assis, UNESP.

KODA, Y. M. A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: AMARANTE, P. (coord) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial** Rio de Janeiro: Nau, 2003, p.67-87.

LAPLANCHE, J., PONTALIS, J. B. **Vocabulário da psicanálise**. 9ª edição, São Paulo, MARTINS FONTES, 1986.

LUZIO, C. A. **Atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica**. Campinas, 2003. Tese de Doutorado. Universidade de Campinas. 387p.

MATHEUS, T. C., Individualismo e desejo contraditório na formação de grupos, In: MOTTA, F. C. P., FREITAS, M. E., (orgs.), **Vida Psíquica e Organização**, Rio de Janeiro: FGV, 2000 p.117-129.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, São Paulo: Hucitec, 1996, 269p.

PITTA, A. Reabilitação psicossocial no Brasil, Hoje? In: PITTA, A. (org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001, p.19-26.

ROTELLI, F. LEONARDIS, O. MAURI, D. Tradução de NICÁCIO, F. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 1990, p. 17-59.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a Passagem do Milênio. PITTA, A. (org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001, p.13-18.

SELIGMANN-SILVA, E. Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho: marcos de um percurso, In: DEJOURS, C., ABDOUCHELI, E., JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho**, São Paulo: Atlas, 1994, p.13-19.

YASUI, S. **A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico**. Assis, 1999. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual Paulista).

\_\_\_\_\_. **Rupturas e Encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro, 2006. Tese de doutorado. Escola nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.- Rio de Janeiro. 203p.

ZUSMAN, J. A. Mitos e Manicômios. In: **Cadernos do IPUB – Práticas Ampliadas em Saúde Mental: desafios e construções do cotidiano**. Vol 14, Rio de Janeiro: UFRJ.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)