

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE TECNOLOGIA
MESTRADO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

ANÁLISE DO MODELO DE GESTÃO IMPLANTADO NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL - CAPS II OESTE DE 1995 A 2005, SITUADO NO DISTRITO
SANITÁRIO OESTE DO MUNICÍPIO DE NATAL/RN, À LUZ DA CO-GESTÃO.

por

JAIDÊ DE BARROS DIAS

PSICÓLOGA, UFRN, 1991

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA AO PROGRAMA DE ENGENHARIA DA PRODUÇÃO
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE COMO PARTE DOS
REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE

MESTRE EM CIÊNCIAS EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

DEZEMBRO, 2007

©2007 **JAIDÊ DE BARROS DIAS**
TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

O autor aqui designado concede ao Programa de Engenharia da Produção da Universidade Federal do Rio Grande do Norte permissão para reproduzir, distribuir, comunicar ao público, em papel ou meio eletrônico, esta obra, no todo ou em parte, nos termos da Lei.

Assinatura do Autor _____

APROVADA POR:

Prof.^a Françoise Dominique Valery, Dr.^a – Orientadora, Presidente

Prof. Dr. Miguel Eduardo Moreno Añes, Dr. – Membro Examinador

Prof.^a Lúcia Cristina dos Santos Rosa, Dr.^a – Examinadora Externa (UFPI)

MEMBRO DA SOCIEDADE:

Psicóloga Maria Elizabete Freitas – Consultora da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Divisão de Serviços Técnicos

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede

Dias, Jaidê de Barros.

Análise do modelo de gestão implantado no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II OESTE de 1995 a 2005, situado no distrito sanitário Oeste do município de Natal/RN, à luz da Co-gestão / Jaidê de Barros Dias. – Natal, RN, 2007.

220 f.

Orientadora: Françoise Dominique Valery.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Tecnologia. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção.

1. Co-gestão – Reforma Psiquiátrica – Dissertação. 2. Reforma psiquiátrica – Dissertação. 3. Subjetividade – Dissertação. 4. Transdisciplinaridade – Dissertação. 5. CAPS II Oeste (Natal, RN). I. Andrade Neto, Cícero Onofre de. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 658(043.3)

Resumo da Dissertação apresentada à UFRN/PEP como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Ciências d Engenharia de Produção.

ANÁLISE DO MODELO DE GESTÃO IMPLANTADO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS II OESTE DE 1995 A 2005, SITUADO NO DISTRITO SANITÁRIO OESTE DO MUNICÍPIO DE NATAL/RN, À LUZ DA CO-GESTÃO.

JAIDÊ DE BARROS DIAS

Dezembro 2007

Orientadora: Françoise Dominique Valery

Curso: Mestrado em Ciência em Engenharia de Produção

Esta dissertação tem como objeto a práxis de co-gestão do serviço de saúde CAPS II OESTE de Natal/RN, onde trabalhadores de saúde, usuários e familiares conseguiram materializar diretrizes e princípios da reforma psiquiátrica brasileira em possibilidades reais e concretas de construção de subjetividades, ao passo que se transformavam as relações sociais num cotidiano. O caminho escolhido para registro foi a partir dos depoimentos e contribuições daqueles que significaram seu feito. Resgatar esta história a partir das representações sociais da maioria dos seus construtores foi uma tarefa instigante, delicada e recompensadora, enfatizando a memória viva, reconstruída numa linha do tempo que não poderia ser encontrada em simples acervos documentais. Principalmente, por saber que a rotina daquele serviço era intensa e teve como característica a mobilidade singular própria de um processo em criação e por isso nem sempre sua dinâmica permitia adequados registros. Em vista disto ocorreu, concomitantemente, a pesquisa de campo e a bibliográfica que permitiu o levantamento detalhado dos marcos que antecederam e motivaram a prática aqui retratada. A releitura de conceitos numa interface com os depoimentos dos entrevistados possibilitou a verificação de que o modelo de saúde mental preconizado pela reforma psiquiátrica fora compreendida. Uma vez percebido a presença das crenças e valores das pessoas na energia motivadora para o avanço da reforma, passou-se a buscar subsídios teóricos de ordem administrativa para compreender de que forma se deu tal construção e com que singularidade foi impressa. O caminho teórico e práxis aqui percorrida permitiram analisar como se deu tal processo de produção de subjetividades e de coletivos que ao se organizarem capacitaram-se para análise e intervenção, inclusive em situações de crise. Revelou-se, portanto, que a ética e multidisciplinaridade, o sentido humanitário, a co-responsabilização, a co-produção e a horizontalidade gerencial foram os fatores fundamentais para disseminação de um protagonismo transformador. Pode-se assim concluir que a co-gestão daquele coletivo se deu numa tecelagem transdisciplinar.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Co-gestão. Subjetividade - Transdisciplinar. CAPS II Oeste Natal/RN.

Abstract of Master Thesis presented to UFRN/PEP as fulfillment of requirements to the degree of Master of Science in Production Engineering.

ANALYSIS OF THE MODEL OF MANAGEMENT IMPLANTED IN THE CENTER FOR PSYCHO-SOCIAL CARE (CAPS II OESTE) FROM 1995 TO 2005, SITUATED IN THE WEST SANITARY DISTRICT IN THE CITY OF NATAL/RN, TO THE LIGHT OF THE CO-MANAGEMENT.

JAIDÊ DE BARROS DIAS

December / 2007

Thesis Supervisor: Françoise Dominique Valery

Program: Master of Science in Production Engineering

This dissertation has as aim the praxis of co-management of the health service of *CAPS II OESTE* of Natal-RN, where health workers, family members got to materialize guidelines and principles of psychiatric Brazilian reform in real possibilities of subjectivity construction, whereas they changed social relations in daily life. The path chosen to record was from testimonials and contributions of those who meant their done. Redeeming this story from social representations of the majority of their builders was an instigating, delicate and rewarding task, emphasizing the living memory, rebuilt in a line of time which could not be found in simple documentary collections. Mainly, by knowing that service routine was intense and had as characteristic the singular mobility itself from a creation process and therefore not always its dynamic allowed adequate records. At the same time, from this occurred the field and bibliographic research which allowed the detailed information from the prior milestones and motivated to the practice here reported. The rereading of concepts in an interface with the reports of the interviewees enabled the verification that the model of mental health advocated by psychiatric reform was understood. Once noticed the presence of the beliefs and values of people in motivating energy for the progress of reform, it has gone to fetch theoretical subsidies of administrative order to understand how they saw this building and that uniqueness has been printed. The theoretical way and praxis have tracked here has allowed to analyze how occurred such a process of production and subjectivity and collectives that when organize enabled themselves for analysis and intervention, including in crisis situations. Therefore, it was revealed that ethical and multi-disciplinarity, the humanitarian sense, the co-responsibility, co-production and horizontal management were the key factors for spread from a changing protagonist. One can thus conclude that co-management from that collective has been multi-disciplinary weaving a cross.

Key-words: Psychiatric Reform- Co-management-Subjectivity - Transdisciplinar - CAPS II OEST Natal-RN.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| Capítulo 1 Introdução..... | 1 |
| Capítulo 2 Considerações Históricas sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira..... | 12 |
| 2.1 Antecedentes | 13 |
| 2.2 Rumo à Reforma Psiquiátrica Brasileira..... | 18 |
| 2.3 CAPS Instituídos..... | 23 |
| Capítulo 3 Sujeitos Transformadores da Atenção as Pessoas com Transtornos Mentais..... | 28 |
| 3.1 As Contribuições Internacionais aos Ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira..... | 30 |
| 3.2 Os Aportes dos Médicos Psiquiatras e Psicanalistas Brasileiros | 35 |
| 3.3 A Geração das Associações de Usuários, Familiares e Amigos das Pessoas com Transtornos Mentais..... | 41 |
| Capítulo 4 Perspectivas Natalense Rumo a Reforma Psiquiátrica Brasileira..... | 44 |
| 4.1 CAPS II Oeste – Universo de Estudo | 52 |
| Capítulo 5 A Caminho de uma Nova Cultura Organizacional..... | 69 |
| 5.1 Cultura Organizacional | 70 |
| 5.2 A Aprendizagem Organizacional..... | 78 |
| 5.3 O Poder nas Organizações | 84 |
| 5.4 Psicanálise Organizacional e Psicodinâmica | 86 |
| 5.4.1 Mecanismos de Defesa Estudados por Elhot Jaques e W.R.Bion referente às Interações entre Grupos nas Organizações..... | 88 |
| 5.4.2. A Burocracia como Mecanismo de Defesa..... | 89 |
| 5.4.3 O “Metamodelo” Transformacional de Gestão de Pessoas e a Psicodinâmica Organizacional | 90 |
| 5.5 Participação nas Organizações..... | 92 |
| 5.5.1 Participação Direta e Indireta..... | 96 |
| 5.5.2. Participação Direta - A Gerência Participativa | 97 |
| 5.5.3 Participação Indireta – A Co-Gestão | 99 |
| 5.6 Na Perspectiva de uma Racionalidade Gerencial Diferente..... | 108 |
| 5.6.1 Co-Gestão de Coletivos: Co-Produção de Sujeitos e de Coletivos | 108 |
| 5.6.2 Democratização Institucional e Co-Gestão de Coletivos Organizados | |

| | |
|--|------------|
| para a Produção | 127 |
| 5.6.3 Apoio Coletivo Organizado: a Capacidade de Análise e de Intervenção..... | 142 |
| Capítulo 6 Análises dos Resultados..... | 147 |
| 6.1 Estratégias de Saúde e as Diretrizes e Princípios das Reformas, Sanitária e Psiquiátrica, Brasileiras | 148 |
| 6.2 A Objetividade e Capacidade de Realização da Equipe Multidisciplinar com vistas à Transdisciplinariedade..... | 172 |
| 6.3 Resolutividade Atribuída à Qualificação do Projeto | 183 |
| Capítulo 7 Considerações finais e Recomendações | 198 |
| Referências Bibliográficas | 210 |
| Anexos..... | 220 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1-1 Princípios do SUS..... | 4 |
| Figura 5-1 Idéias Centrais de Metamodelo | 91 |
| Figura 5-2 Multidisciplinariedade da Equipe | 128 |
| Figura 5-3 Ações Desenvolvidas do CAPS II Oeste em maio/julho 2007..... | 129 |
| Figura 5-4 Alternativas para Constituição de Espaços Coletivos..... | 136 |
| Figura 5-5 Planos Produzidos pelos Conselhos, Colegiados e Unidades de Produção..... | 139 |
| | |
| Figura 6-1 Atuação no Cotidiano do CAPS | 149 |
| Figura 6-2 Quanto à Participação Ativa no Planejamento das Ações de Saúde Desenvolvidas no CAPS..... | 151 |
| Figura 6-3 Quanto à Participação Ativa na Execução das Ações de Saúde Desenvolvidas no CAPS..... | 152 |
| Figura 6-4 Quanto à Participação Ativa nas Avaliações dos Resultados no Processo de Produção de Saúde..... | 152 |
| Figura 6-5 Assembléias, com Participação de Trabalhadores de Saúde, Usuários e Familiares Realizadas Mensalmente no CAPS Oeste | 155 |
| Figura 6-6 Tela Produzida nas Oficinas de Pintura na CAPS Oeste..... | 156 |
| Figura 6-7 Apresentação do Coral “Musicalmente” Composto por Usuários e Trabalhadores de Saúde | 157 |
| Figura 6-8 Momento de Combinados que Antecedeu uma das Saídas para a Apresentação do Coral | 158 |
| Figura 6-9 Trabalhadores de Saúde, Usuários e Familiar Participando de Evento Promovido pela Secretaria de Transporte “Sua Cidade Sem Carro” | 163 |
| Figura 6-10 Usuários na UFRN para Participar de Discussões sobre o Processo de Tratamento em Aula do Curso de Psicologia | 164 |
| Figura 6-11 Formação Profissional dos Entrevistados..... | 165 |
| Figura 6-12 Caracterização da População Entrevistadas..... | 166 |
| Figura 6-13 Nível de Acessibilidade do Serviço na Garantia de Ingresso e do Cuidado.. | 170 |
| Figura 6-14. Conhecimento da Equipe de Trabalho em Termos da Promoção e Proteção da Saúde e Reabilitação Psicossocial das Pessoas com Transtornos Mentais Severos e Persistentes | 173 |

| | |
|---|-----|
| Figura 6-15 Compromisso da Equipe em Busca de Autonomia na Elaboração de Metas | 176 |
| Figura 6-16 Compromisso da Equipe na Participação Ativa nas Tomadas de Decisão nos Aspectos Gerenciais e no Processo de Produção de Saúde | 177 |
| Figura 6-17 Aplicabilidade da Competência da Técnica e Experiência de Trabalho na Atenção a Saúde..... | 178 |
| Figura 6-18. Iniciativas para Envolver os Usuários e Familiares em Discussões Esclarecedoras sobre os Princípios SUS, da Reforma Psiquiátrica Brasileira e dos Direitos Sociais | 180 |
| Figura 6-19 Mudanças Perceptíveis nos Usuários a Partir do Tratamento CAPS II Oeste | 184 |
| Figura 6-20 Mudanças Perceptíveis nos Familiares a Partir do Acompanhamento dos Usuários no CAPS II Oeste..... | 186 |
| Figura 6-21 Nível de Consciência Construído no Usuário em Relação a Sua Autonomia | 188 |
| Figura 6-22 Capacidade dos Usuários de Fazer Escolhas para Participarem dos Grupos, Oficinas, Assembléias, Passeios, Eventos e Apresentações na Comunidade..... | 190 |
| Figura 6-23 Comprometimento do Usuário e Familiar Quanto ao Projeto Terapêutico Coletivo do CAPS II Oeste | 193 |
| Figura 6-24 Capacidade de Interface entre Profissional, Usuário e Familiar para Lidar com Situações de Crises na Operacionalização do Cuidado | 194 |
| Figura 6-25 Nível de Resolutividade do CAPS II Oeste em Relação ao Alcance da Promoção e Proteção da Saúde e da Reabilitação Psicossocial da População Assistida | 196 |

LISTA DE SÍMBOLOS OU NOMENCLATURA

AFDM - Associação de Familiares de Doentes Mentais.
ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria.
APA - Associação Psicanalítica Argentina.
ASUSSAM-MG - Associação dos usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais.
ASSUME-MG - Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de João Minlevade.
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas.
CONASEMS - Encontro do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.
CPP II - Centro Psiquiátrico Pedro II.
CCAD - Casa da Criança e Adolescente Deficiente.
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.
CEJM - Centro de Estudos Juliano Moreira.
CJM - Colônia Juliano Moreira.
CMS - Conselho Municipal de Saúde.
II CESM – Conferência Estadual de Saúde Mental.
I CMSM – Conferência Municipal de Saúde Mental.
I CNDH – Caravana Nacional de Direitos Humanos.
II CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental.
II CNTSM - Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental.
CNS – Conferência Nacional de Saúde.
CPP II - Centro Psiquiátrico Pedro II.
DCN - Diário do Congresso Nacional.
DINSAN - Divisão Nacional de Saúde Mental.
DO - Desenvolvimento Organizacional.
EAESP – Escola Estadual de Administração de São Paulo.
EBAP – Escola Brasileira de Administração Pública.
EUA – Estados Unidos das Américas.
FBH - Federação Brasileira de Hospitais.
FGV – Fundação Getulio Vargas.

HUOL – Hospital Universitário Onofre Lopes.
IBP - Instituto Brasileiro de Psicanálise.
IPA - Associação Psicanalítica Internacional.
LBHM - Liga Brasileira de Higiene Mental.
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental.
MEC - Ministério de Educação e Cultura.
MNLA – Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social.
MS - Ministério da Saúde
TEM - Ministério do Trabalho e Emprego.
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial.
OMS – Organização Mundial de Saúde.
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde.
PAD - Programa de Apoio a Desospitalização.
PISAM - Plano Integrado de Saúde Mental.
PNASHP/Psiquiatria - Programa de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria.
PUC - Pontifícia Universidade Católica.
PROJETO TAMTAM - Projeto cultural e artístico de usuários de saúde mental/RJ.
REME - Movimento de Renovação Médica.
RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira.
PSF – Programa de Saúde na Família.
RENILA – Rede Internúcleos.
SBP - Sociedade Brasileira de Psicanálise.
SBPRJ - Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro.
SBPSP - Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo.
SESAP/RN – Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte.
SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica.
SMS/NATAL – Secretaria Municipal de Saúde de Natal.
SNDM - Serviço Nacional de Doenças Mentais.
SRTs – Serviços de Residências Terapêuticas
SOSINTRA – Associação de Familiares.
SPPA - Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre.
SPRJ - Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro.

SUS - Sistema Único de Saúde.

TO – Terapia Ocupacional.

UBS - Unidades Básicas de Saúde.

UFRN – Universidade federal do Rio Grande do Norte.

UNI – Projeto UNI-NATAL, União Nacional Integrada.

UPHG – Urgência Psiquiátrica em Hospital Geral

UTAD - Unidade de Tratamento de Álcool e outras Drogas.

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Capítulo 1

Introdução

Na era da informação, o mundo apresenta-se como um cenário em que as mudanças se sucedem com extrema rapidez, provocando impactos e também sendo surpreendentes. As de ordem econômica, tecnológica, social, cultural, legal, política, demográfica e ecológica, inclusive, constituem fatores que atuam de forma conjugada e sistêmica, favorecendo a criação de espaços dinâmicos, geradores de resultados tanto imagináveis como imprevisíveis, o que leva as organizações a vivenciarem fortes incertezas.

Nesse cenário, gerenciar pessoas tem sido algo imprescindível, por tratar-se de gerir idéias, saberes, talentos, interesses, parcerias, colaboração, divergências e diversidade. Acreditando, porém, serem as pessoas que geram as mudanças e fazem a diferença, questiona-se: Qual o caminho a seguir? Será a partir do gerenciamento *de* pessoas ou *com* pessoas? Ou ainda: Deve-se gerenciar pessoas ou projetos? Gestar projetos individuais ou projetos coletivos?

Hoje, a mudança de conceitos faz-se pertinente. Na prática gerencial, por exemplo, impõe-se pensar qual a lógica que norteia as ações. A prioridade voltada para as pessoas expressa uma crença de que são elas que entendem dos produtos ou serviços e dos clientes. São elas que sabem como criar, desenvolver, produzir e melhorar aqueles, bem como atender e encantar a estes.

Sendo assim, as pessoas passaram a ser vistas como elementos-chave para o sucesso da organização, e a estratégia para tal inclui um tipo de abordagem que assegure que elas possam vir a atender, de forma mais adequada, à missão da organização.

Um dos elementos dessa estratégia diz respeito à maneira como a organização denomina as pessoas que nela trabalham, o que vai revelar o papel e o valor atribuídos a elas.

Um outro elemento refere-se ao relacionamento entre as pessoas e a organização, o qual, muitas vezes, é considerado antagônico e, conseqüentemente, conflitivo e competitivo, com objetivos incompatíveis.

Com relação a este elemento, a história revela, porém, que as práticas para a resolução de divergências do tipo “um ganha e outro perde” mostram-se, ainda, limitadas e míopes, uma vez que a compreensão de que as pessoas precisam ser canalizadas para que, a partir de esforços pessoais, alcancem seus objetivos e os da organização implica a adoção de uma nova lógica, da qual decorram ingredientes básicos, como: negociação, participação e sinergia de esforços.

A ampliação dessa concepção das pessoas como parceiras é, inclusive, estratégico, visto privilegiar o compartilhamento, respeitando as potencialidades e peculiaridades, de forma a possibilitar que cada um contribuía satisfatoriamente para garantir a manutenção da organização, no que diz respeito à obtenção de retornos positivos.

Sendo assim, uma visão integrada de parcerias passa a ser fundamental para a organização de coletivos, pois as pessoas deixam de ser consideradas como recursos produtivos, passando a produzir saberes de forma coletiva, dinâmica e criativa e tornando-se capazes de planejar, tomar decisões e avaliar os meios que as necessidades sociais produziram.

Uma vez que as equipes poderão trazer benefícios tanto para a organização como para seus membros, o ambiente de trabalho deverá estar dotado de forma a atender a um e a outro, no que diz respeito à satisfação das perspectivas tanto das pessoas como do trabalho.

Para isso, no desenvolvimento de equipes de trabalho, fazem-se necessários passos que possam favorecer inter-relações, o que vai viabilizar a conclusão de tarefas e um bom desempenho das pessoas, bem como o aperfeiçoamento destas ao longo do processo.

A metodologia adotada nesse tipo de estratégia prevê que as equipes sejam constituídas no cotidiano do ambiente de trabalho, por profissionais com habilidades diversas, que se complementam. Estes, entretanto, só passam a exercer realmente o papel de equipe quando atingem propósitos comuns pelos quais se consideram coletivamente responsáveis e quando, mesmo ante dificuldades, percebem a ocorrência de um processo colaborativo.

O “trabalho em equipe”, portanto, é considerado hoje um ingrediente fundamental e condição maior para que qualquer organização consiga realizar sua missão.

Equipes de trabalho são compostas por profissionais de diferentes áreas – técnicos especialistas - que garantem múltiplos saberes e assim a efetiva possibilidade de funcionamentos e abordagem multidisciplinar, mediante todo o processo de produção – elaboração, execução e avaliação - nos ambientes de trabalho, o que, por sua vez, exige uma integralidade nas ações.

Uma das questões discutidas diz respeito às diferenças de fundo entre os conceitos de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. A idéia de integração e de totalidade que perpassa esses conceitos apresenta referenciais teórico-filosóficos diferentes e inconciliáveis, segundo Pires (1998).

A multidisciplinaridade, por exemplo, esgota-se nas tentativas de trabalho conjunto entre saberes, em que cada categoria profissional trata de temas comuns sob sua própria ótica, articulando, através de bibliografias, técnicas e procedimentos de avaliação (ALMEIDA FILHO, 1997).

Quanto à interdisciplinaridade, sua conceituação surgiu na década de 60 do século XX, a partir de movimentos revolucionários de vários segmentos sociais que buscavam nas suas práticas profissionais uma unidade do saber, enfatizando a necessidade de se transcender e atravessar o conhecimento fragmentado.

Assim, passou-se a promover a superação da ênfase dada à especialização, bem como a da desarticulação teoria e prática, como alternativa à disciplinaridade. No segmento da saúde, especificamente nas pertinentes discussões da saúde pública, percebe-se que as discussões acerca da interdisciplinaridade têm inspiração na crítica à organização social capitalista, à divisão social do trabalho e à busca da formação integral do gênero humano.

Convém ressaltar que a integração teoria e prática, de que trata a interdisciplinaridade, refere-se à formação integral. Com relação à especificação da equipe de trabalho em instituições de saúde pública, tem sido uma prática a atuação de técnicos especialistas que formam equipes multidisciplinares na perspectiva interdisciplinar e transdisciplinar, com critérios preconizados pelo SUS, por tratar-se de um sistema de nível único e objetivos múltiplos.

O SUS é o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. As leis que o definem e regulamentam são a Constituição Federal, nos artigos de 196 a 200; a Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/90; e a Lei

Complementar, nº 8.142/90, as quais conferem a esse Serviço Único de Saúde os seguintes princípios e diretrizes:

Figura 1-1

Princípios do SUS

| PRINCÍPIOS DO SUS | DESCRIÇÃO |
|---------------------------------------|--|
| Universalidade | Acesso aos serviços em todos os níveis, para todos |
| Integridade | Conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individual e coletivo, em todos os níveis. |
| Equidade | Distribuição de ações ou serviços à população, de acordo com as suas necessidades. |
| Descentralização | Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; |
| Preservação da autonomia dos usuários | Defesa da integridade física e moral dos usuários |
| Igualdade na assistência à saúde | A assistência sem preconceitos ou privilégios |
| Direito à informação | Informação sobre sua saúde, sobre o potencial dos serviços, sua disponibilidade de utilização |
| Utilização da Epidemiologia | Estabelecimento de prioridade, alocação de recursos e orientação programática |
| Intersetorialidade | Integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico |
| Resolutividade | Capacidade de resolução dos problemas de saúde |
| Racionalidade | Organização dos serviços, de modo a evitar duplicidade; |
| Participação na comunidade | Usuários como parte ativa nas decisões das prioridades. |

Particularizando as equipes compostas por trabalhadores de saúde mental, com perspectiva de atuarem na reabilitação psicossocial, segundo Pitta (2001), ressalta-se que estas constituem-se de um conjunto de programas e serviços que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas mentais severos e persistentes, a partir dos princípios do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica, que reivindica os direitos do doente mental, sua cidadania. Assim, a “dimensão dominante da reforma deixa de ser técnico-administrativa, para constituir-se em enigma teórico. Um imprevisível político” (DELGADO, 1992, p.29).

Tais equipes de trabalho têm desenvolvido suas funções técnicas específicas, ao mesmo tempo que vão se constituindo como uma estrutura conceitual que tem envolvido pessoas e equipes de trabalho para desenvolverem estratégias eticamente responsáveis, no que se refere à adoção de uma postura acolhedora para com as demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

Para a OMS, a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários. Pitta (2001) argumenta que se trata de uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados com pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habitual, que necessitam de cuidados igualmente complexos e delicados.

O compromisso ético em garantir aos portadores de transtornos mentais uma assistência de qualidade, baseada em pressupostos como a singularidade, o direito à saúde e vida digna, tem impulsionado projetos inovadores, rompendo com o modelo de reclusão. Entre esses projetos, encontram-se os CAPSs (Centros de Atenção Psicossocial), experiências em construção, atualmente espalhadas por todo o país, que se constituem em serviços inovadores, garantindo um espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com a loucura, o sofrimento psíquico, a experiência diversa, bem como para a construção de novos conceitos, de novas formas de vida e de inventos de vida e saúde.

Nesse contexto histórico, insere-se o CAPS II OESTE, inaugurado em 14 de julho de 1995. Foi o segundo serviço substitutivo em saúde mental implantado pela SMS na cidade de Natal. Teve como meta implementar os princípios da Reforma Psiquiátrica, alicerçando suas práticas no respeito às singularidades e à defesa da vida. Esse serviço focalizou, nos pressupostos da Reabilitação Psicossocial, o eixo institucional norteador de suas intervenções, não sendo entendido como um conjunto de técnicas, mas como uma estratégia ética que garantisse o exercício da cidadania das pessoas com transtornos mentais, possibilitando, assim, o direito à vida.

Diante de tais considerações, este estudo objetiva analisar o modelo de gestão implantado no referido Centro, cujo gerenciamento local, respaldado pela equipe multidisciplinar, pelos usuários e pelos familiares, constituiu-se uma condição indispensável para fomentar uma mudança de paradigma no tratamento da doença mental, que passou a centrar-se no cuidado, respeitando-se, prioritariamente, os direitos de cidadania do sujeito. Uma outra mudança disse respeito à substituição da concepção tradicional do domínio e aprimoramento da técnica, pela da reabilitação do olhar do profissional e dos familiares como cuidadores voltados para a qualidade de vida do usuário. Esse tipo de mudança de concepção teve implicações quanto à organização do trabalho, uma vez esta devia garantir o protagonismo de profissionais, usuários e familiares como

fator imprescindível para a efetivação do projeto em saúde mental, na perspectiva das diretrizes e princípios do SUS e especificamente da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB).

Dessa forma, foi viabilizada a construção de relações horizontalizadas, a partir da interdisciplinaridade da equipe, numa perspectiva de atuação transdisciplinar, à luz de um modelo de gestão que possibilitasse o compartilhamento nas discussões e decisões, assim como a co-responsabilidade, como forma de viabilizar a reabilitação psicossocial dos usuários de saúde mental, promovendo e protegendo a saúde, na busca de consolidar mudanças na qualidade de vida destes, mediante uma competente atenção psiquiátrica.

Convém ressaltar que o tema em estudo tem despertado interesse na autora, desde sua inclusão na equipe CAPS II OESTE, em julho de 1999. Foi a partir de uma constatação diária de fazer saúde de uma forma diferente, ampliada, com mais consciência do papel profissional que esta se sentiu motivada pelo exercício cotidiano e crescente da co-responsabilização.

A possibilidade de atravessar os saberes/fazereres foi considerado desafiador por aqueles que fizeram a trajetória dos 10 (dez) anos do CAPS do distrito oeste do Município de Natal. Estes, materializando o cuidado, seguiram em defesa da pessoa com transtorno mental, garantindo-lhe o lugar de um sujeito de direito, permitindo, assim a construção de novos saberes em equipe.

Constitui-se objetivo geral desta Dissertação analisar o modelo de gestão implantado no CAPS II OESTE, a partir da sua inauguração em 1995 até dezembro de 2005.

Dentre os objetivos específicos:

- a) Resgatar a história do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II OESTE -, como uma estratégia de saúde mental norteada pelos princípios e diretrizes das reformas sanitária e psiquiátrica brasileiras;
- b) Identificar o nível de comprometimento da equipe interdisciplinar com a implantação do projeto de saúde mental, na ótica da Reforma Psiquiátrica Brasileira e à luz da co-gestão;
- c) Verificar a capacidade de resolutividade dos serviços prestados pelo CAPS II OESTE a partir da percepção de trabalhadores de saúde mental e usuários que participaram, no período entre 1995 a 2005, da sua construção.

Operacionalizar, todavia, esta proposta de trabalho significa reconhecer que o caminho da interdisciplinaridade não é a negação da existência das disciplinas, mas a possibilidade de ruptura com a rigidez dos compartimentos em que estas, de forma isolada, se encontram nos currículos escolares (PIRES, 1998), assim como nas práxis profissionais. Buscou-se neste estudo atender aos objetivos aqui descritos a partir da análise da experiência vivida no CAPS II OESTE.

A escolha do tema significou consolidar algumas idéias que já vinham sendo construídas no exercício diário do trabalho no Centro em questão e também a possibilidade de encontrar respostas para o questionamento do porquê da escolha para ali se trabalhar. Um motivo forte para essa escolha decorreu do questionamento feito pelo co-orientador deste trabalho, com relação a qual perspectiva a autora iria adotar na análise da experiência. A definição de proceder à análise sob a luz da co-gestão possibilitou a busca de subsídios teóricos que pudessem definir aquela experiência, considerando a história da sua construção a partir de concepções co-ordenadas e co-responsabilizadas.

Nesse sentido, é importante explicitar a construção da base referencial, apresentada nos capítulos 4 e 5. A fundamentação teórica deste estudo abrange desde proposições de um modelo de políticas públicas propostas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, para consolidar uma atenção diferente à saúde mental das pessoas com transtorno mental, até à definição de um modelo de gerenciamento que viabilizasse a consecução daquele projeto, a partir da interface feita entre as concepções teóricas dialogadas e a práxis expostas nos depoimentos.

Quanto às perspectivas metodológicas, é válido ressaltar que a pesquisa bibliográfica tem peso de igual valor à pesquisa de campo realizada. De natureza descritiva, aquele tipo de pesquisa teve como finalidade o estudo da construção do CAPS II OESTE e sua especificidade, a partir de uma avaliação *ex-post*, que teve como base informações derivadas da implantação e implementação do projeto de saúde mental, segundo a percepção de profissionais e usuários daquele serviço, desde o momento da sua inauguração em 14 de julho de 1995 até dezembro de 2005.

Torna-se importante destacar ainda que o corte temporal dos 10 (dez) primeiros anos para referenciar este estudo se deve ao fato de este ser um período que compreendeu a inauguração desse serviço até à saída da coordenação e de parte da equipe que o constituiu nos parâmetros da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram os seguintes: elaboração, teste, revisão e aplicação de um roteiro de entrevistas pessoais (Anexo 1 e 2), com perguntas mistas, aplicado pela própria pesquisadora junto a 27 (vinte e sete) profissionais e 03 (três) usuários (Anexo 3). Os sujeitos foram escolhidos com base no critério do tempo mínimo de 2 (dois) anos de permanência no CAPS II OESTE, a fim de assegurar maior profundidade quanto ao conhecimento da realidade estudada. A representatividade de 03 (três) entrevistas realizadas com usuários deveu-se à participação ativa desse segmento no processo de construção do modelo de gestão objeto deste estudo. Todas as entrevistas foram realizadas entre maio e julho de 2007, sendo o teor destas transcrito na íntegra para posterior análise.

Quanto ao método utilizado para análise e interpretação dos dados, partiu-se do pressuposto baseado em Morin, que aponta o método como estratégia e não como programa, compreendendo que “o método não precede a experiência, método emerge durante a experiência e se apresenta ao final, talvez para uma nova viagem” (MORIN, 2003:20). A proposta de trabalho ora apresentada caracteriza-se como uma pesquisa com abordagens qualitativa e quantitativa, sendo tal escolha ancorada nas idéias de Minayo e GómeZ (2003 p. 137), quando estes afirmam que:

Esse duplo quantitativo-qualitativo que não se iguala, que não deve ser usado indistintamente, mas de forma adequada, pode se tornar ‘uno’ na explicação e compreensão de temas que ao mesmo tempo devem ser analisados em sua magnitude e em sua significância.

Esses estudiosos compreendem por magnitude os dados relacionados à percepção da extensão dos problemas, sendo, portanto, construídos a partir de experiências estatísticas ou modelos matemáticos. No que tange à significância, esta se estabelece a partir da intensividade do fenômeno e do aprofundamento da compreensão dos grupos, a partir dos seus valores, crenças, opiniões, atitudes e práticas, dentre outras.

Concorda-se com Minayo e GómeZ (2003 p.136), quando estes alertam que “nenhum método pode se arrogar à pretensão de responder sozinho às questões que a realidade social coloca”. Nesse sentido, deve-se buscar a noção de interdisciplinaridade, na qual uma ou mais disciplinas podem ser utilizadas para refletir sobre as questões, sem, todavia, esquecer de levar em consideração os aspectos metodológicos no âmbito dessas disciplinas.

A interpretação quantitativa se dá, no decorrer de todo corpo do trabalho, a partir da análise dos dados condensados sob forma de gráficos. Já a interpretação qualitativa parte da análise do discurso estabelecida por categorias de análise significativas, no sentido de responder às questões definidas no planejamento da pesquisa, a partir da leitura do material transcrito das entrevistas.

Os resultados apresentados neste estudo decorrem das análises quantitativas e qualitativas que se sucedem ao longo deste trabalho, aprofundando a compreensão das percepções dos trabalhadores de saúde do CAPS II OESTE. Estes, ao mesmo tempo que classificavam suas respostas na aplicação dos formulários, expressavam juízo de valor em seus depoimentos pessoais, o que enriqueceu a formulação da conclusão deste trabalho.

Faz-se necessário considerar, porém, os limites advindos do estudo definido neste trabalho quanto à generalização dos resultados alcançados. Nos estudos de caso, os resultados são válidos só para o caso que se estuda, não se podendo generalizar os resultados atingidos. Mas, para Triviños (1987 p.111), o valor do estudo de caso está exatamente por poder “fornecer conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada que os resultados atingidos podem permitir e formular hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas”.

Nessa perspectiva de ampliação de conhecimentos, dar seqüência a este estudo, a partir da compreensão da especificidade do CAPS II OESTE, passa ser uma proposta interessante. Verificar quais foram as características de funcionalidade, qual o modelo de gerenciamento adotado, quais os níveis de comprometimento e responsabilização dos profissionais, usuários e familiares, como foi possível viabilizar os resultados alcançados pela implementação deste projeto, é um processo instigante e que merece continuidade. Os capítulos seguintes tanto nortearão a compreensão dessas questões de pesquisa, como possibilitarão o surgimento de idéias que visem à continuidade deste estudo.

Nesses capítulos, pretende-se transmitir ao leitor uma visão sobre os alicerces teóricos que fundamentam o presente estudo, bem como apresentar a problemática em que o esforço aqui desenvolvido se insere e delimitar a contribuição, no sentido de dar continuidade aos estudos sobre modelos de gestão que garantem o protagonismo de profissionais, usuários e familiares, numa perspectiva de gestão compartilhada, como fator imprescindível à efetivação do projeto em saúde mental, nas perspectivas do SUS e especificamente da RPB.

Para atingir as metas acima, necessita-se galgar algumas etapas cujo roteiro é o seguinte:

No capítulo 2, são feitas algumas considerações históricas sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira, sob a ótica de alguns autores que realizaram e realizam o movimento da Reforma, a partir da elaboração de seus pensamentos nas respectivas obras, como: Amarante (1992; 1996; 1998; 2002); Barros (1994); Bezerra (1992); Delgado (1992); Pitta (1996); Rosa (2003); Saraceno (2001); Venâncio (1990; 2002) e outros, a serem citados no transcorrer desse capítulo - incansáveis militantes, que, como muitos espalhados em âmbito nacional, continuam escrevendo, analisando, enfim, contribuindo para o avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Acredita-se que tais considerações históricas nortearão o leitor, no que se refere aos avanços e retrocessos que antecederam a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

No capítulo 3 são ressaltados os sujeitos responsáveis pela mudança da atenção à saúde das pessoas com transtornos mentais, que, com seus questionamentos e práxis, contribuíram para a concretização dos ideais da Reforma Psiquiátrica. Tanto nas contribuições internacionais como nas nacionais são enfatizadas algumas idéias e postura crítica, por parte de profissionais médicos psiquiatras e psicanalistas que deram origem ao movimento de reorganização dos serviços e práticas de saúde mental. Por fim, é evidenciado o fundamental papel de construção da cidadania exercida pelas entidades associativas que hoje constituem o movimento da luta antimanicomial.

O capítulo 4 apresenta de forma detalhada os avanços, retrocessos e perspectivas rumo à reforma psiquiátrica natalense. No decorrer desse capítulo é apresentada uma breve panorâmica dos caminhos trilhados pelo movimento reformista no município de Natal, com o propósito de caracterizar momentos fundamentais que provocaram transformações significativas na assistência à saúde mental, na realidade local. Ao final, caracteriza-se a experiência de dez anos de constituição do CAPS II OESTE, que é o objeto de estudo deste trabalho. É importante informar que tal elaboração se deu a partir dos dados coletados nas entrevistas realizadas.

Em seguida, no capítulo 5, é apresentado um resumo dos enfoques teóricos pós-contingências: a cultura organizacional, a aprendizagem organizacional, o poder nas organizações e a psicanálise organizacional e psicodinâmica, a partir da visão de Prestes Motta (1979; 1981; 1982; 1992; 2001; 2005), que formam a base conceitual principal do

presente trabalho. Nesse mesmo capítulo, são abordadas as formas de gerência participativa, inclusive a co-gestão, numa tentativa de responder a um questionamento pertinente: É possível a co-participação nas decisões de uma organização, num contexto de sistema capitalista, em que vivemos, e assim devolver ao ser humano o controle sobre si mesmo, sobre seu destino, uma vez que as relações de trabalho permanecem inalteradas, com o trabalho conservando a sua condição de mercadoria?

Para embasar teoricamente o presente trabalho, visitaremos as obras de autores também nacionais, como: Mendonça (1987) e Prestes Motta (2005), com um relato detalhado sobre tais obras. Também compõe a base essencial desse estudo o método da roda, que será então sumarizada: um método para análise e co-gestão de coletivos, formulado por Campos (1992; 2000). Esta proposta constitui o pilar central de nossas reflexões.

As análises dos resultados constituem o capítulo 6 e estão embasadas em categorias como: estratégias de saúde e as diretrizes e princípios das reformas, sanitária e psiquiátrica, brasileiras; objetividade e capacidade de realização da equipe multidisciplinar, com vistas à transdisciplinaridade; e resolutividade atribuída à qualificação do projeto. Tais categorias de análise, norteadoras da compreensão dos objetivos desta pesquisa, foram sedimentadas nas percepções dos entrevistados.

Nas considerações finais, no capítulo 7, é anunciado o modelo de gestão implantado no CAPS II OESTE e as habilidades e competências que foram desenvolvidas no processo. São apresentados também as repercussões e limites constituintes do modelo de co-gestão e suas perspectivas de manutenção, assim como as perspectivas rumo a Reforma Psiquiátrica Brasileira, tanto em âmbito nacional quanto local.

No capítulo 8, encontram-se as referências bibliográficas classificadas em *utilizadas* e *pesquisadas*.

Considerações Históricas sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira caracteriza-se numa dinâmica de avanços e retrocessos, necessários ou não, mas que, certamente, contribuíram para fortalecer o processo de transformação no campo da saúde mental e da Psiquiatria Brasileira.

Desinstitucionalizar é a grande proposta, tratando-se de um exercício teórico-prático que convoca todos os saberes e fazeres, inclusive e principalmente os das pessoas com transtorno mental e de seus familiares, constituindo-se, portanto, uma questão de cunho ético que transpassa ações terapêutico-assistenciais. Todavia, como as evidências históricas por si falam, é um processo técnico, administrativo, jurídico, político e ético que tem encaminhado a Sociedade para escolhas, responsáveis ou não, ao ocupar-se dessa matéria. Esteja onde estiver, qualquer que seja a instância governamental, cargo, exercício profissional ou laço familiar, ou seja, do lugar que ocupe, todos têm responsabilidades ao lidar com os seus diferentes, aqui especificamente a pessoa com transtorno mental, por ser uma pessoa com direitos que se encontra em desvantagem social.

A seguir, na perspectiva de construir um breve histórico que subsidiará a compreensão dos avanços e retrocessos percorridos pela saúde mental nas diversas estratégias adotadas na realidade brasileira, e aqui, especificamente, no propósito de compreender a estratégia assumida pelo CAPS II Oeste, serão apresentados, neste trabalho, os marcos fundamentais que incitaram e moldaram a Reforma Psiquiátrica até hoje.

Nesse contexto, pretende-se refletir sobre a complexidade que envolve o tema da loucura e compreender quais e quantos são os interesses que se encontram no bojo dos

processos técnico, administrativo, jurídico e político, nas diversas instâncias governamentais ou não, que tecem a reforma psiquiátrica de hoje, tanto em nível local como nacional.

2.1 Antecedentes

Amarante (1998) afirma que, entre os anos de 1978 a 1980, teve início o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, destacando o papel fundamental do MTSM, que se desdobrou nas suas diversas formas de expressão, a saber: os núcleos estaduais de saúde mental do CEBES; as comissões de saúde mental dos sindicatos dos médicos; o REME; a rede de alternativas à Psiquiatria; e a Sociedade de Psicossíntese; que envolveram-se com a formulação das políticas de saúde mental no Brasil. Ressalta ainda o referido autor a contribuição da ABP, da FBH, da Indústria Farmacêutica e das Universidades, que tiveram uma atuação importante, ora legitimando, ora instigando a formulação das políticas de saúde mental.

A partir de todo esse trajeto, começam então a surgir propostas de reformulação do sistema assistencial, consolidando-se o pensamento crítico com relação ao saber psiquiátrico.

Vale enfatizar também que a construção desse pensamento crítico no Brasil já havia começado, mesmo com uma performance ambivalente, nas iniciativas advindas dos governos de então. No período compreendido entre 1974 e 1976, por exemplo, foram efetivadas bolsas de saúde mental para alunos do Curso Integrado em Saúde Mental, tornando-se este um dispositivo importante na formação de pessoal, com a ideologia voltada para o desenvolvimento de serviço público e de práticas institucionais em saúde mental, bem como na formação de quadros técnicos para as unidades hospitalares da DINSAM.

Outra iniciativa ocorrida em 1977 foi a apresentação das diretrizes programáticas que lançou o Plano Integrado de Saúde Mental – PISAM –, visando à qualificação de médicos generalistas e auxiliares para o atendimento dos distúrbios psiquiátricos em serviços básicos de saúde, por iniciativa do então MS, na sexta CNS. Portanto, tais procedimentos já apresentavam, ainda que tímidas, iniciativas para uma política de saúde mental de caráter preventivo no território nacional.

Vale enfatizar, no entanto, que, apesar de ter sido relativamente implantado, o PISAM não provocou impacto na atenção aos problemas de saúde mental, por não ter oferecido respostas, por exemplo, para a questão dos egressos da rede hospitalar, nem atenção aos usuários avaliados como cronicizados (AMARANTE, 1998). Por isso, tal Programa terminou por sofrer desgastes, evidenciando a fragilidade da proposta, que se distanciava dos interesses daqueles que eram comprometidos com a Psiquiatria Biológica, oriundos tanto da Iniciativa Privada quanto de segmentos do próprio Ministério da Saúde, que “constituía o poder de atração do modelo hospitalocêntrico” (DELGADO, 1992, p.47). Diga-se de passagem que tal Programa permanece até hoje como entrave para o avanço da reforma no campo da saúde mental.

Delgado (1992) enfatiza antecedentes históricos da RPB que se deu entre a década de 60 e 70, quais sejam, as *comunidades terapêuticas*. Apresenta o autor que, na ocasião do debate convocado pela OAB, denominado por *De Olho na Constituinte*, já se expressava a preocupação referente a esse tipo de comunidade, num contexto de “historiar as angústias e ambigüidades dos trabalhadores em saúde mental em relação ao tema dos direitos humanos da pessoa com transtorno mental” (p.47), demarcando a redemocratização que se iniciava.

O referido autor, naquele momento, destacou que, ao negar a crescente privatização como obstáculo vivido na época, a então experiência das comunidades terapêuticas foi absorvida por manicômios privados, mediante interesses mercadológicos ou não, e que, mesmo não tendo exercido peso sobre o então modelo vigente, não se pode destacar em tal experiência a influência ideológica exercida. Vale ressaltar que até hoje, inclusive na realidade local, tais idéias sustentam algumas iniciativas que se apresentam com uma retórica libertária, transformadora, humana e não disciplinar, mas que, ao serem analisadas criticamente, não passam de iniciativas segregadoras que sustentam os moldes asilar.

No entanto, os questionamentos ao saber médico relativo ao transtorno mental se

fortaleceram a partir da criação do MTSM, na ocasião da crise da DINSAM¹. Esse momento histórico, além de ter demarcado o nascimento do MTSM, provocou repercussão nacional, o que permitiu a constatação de escândalos pela forma como o Estado vinha administrando a assistência às pessoas com transtorno mental, levando a Sociedade Brasileira a mostrar-se perplexa com a violência com que as instituições públicas tratavam seus cidadãos enfermos e sem recursos (AMARANTE, 1998).

Nesse contexto, as violências das instituições psiquiátricas passaram a ser preocupação nacional, bastante divulgada e debatida na imprensa, nas entidades da Sociedade Civil, nos núcleos estaduais organizados e em diversos estados brasileiros. Esse contexto foi delimitado por três eventos políticos importantes nos estados de Santa Catarina, Minas Gerais e São Paulo².

Tal período foi demarcado ainda com a criação de associações de familiares e usuários como, por exemplo, a Associação Franco Basaglia (SP) e a SOSINTRA (RJ), tendo assim dado início à idéia de que o transtorno mental é uma questão de cidadania, portanto da responsabilidade de todos. Segundo Delgado (1992), foram associados ao processo da Reforma movimentos associativos de classe, principalmente dos médicos que predominavam no cenário político, nos anos de 1978 e 1979.

Apesar de visível a crítica à mercantilização da loucura e ao obstáculo representado pelo modelo hospitalocêntrico, esse período de fundação da RPB caracterizou-se pela reivindicação corporativa: condições de trabalho, dignidade e autonomia profissionais, ampliação dos recursos humanos, criação de equipes multidisciplinares etc. Identificava-se a hegemonia da rede privada como obstáculo principal, e o investimento no setor público como o alvo a ser perseguido. Era preciso substituir o setor privado, com suas fraudes e uso instrumental do louco como cheque ao portador etc., mas não se criticava claramente o modelo baseado na internação. A não ser para dizer que deveria haver predomínio (quantitativo) do ambulatório (DELGADO, 1992, p. 50).

O referido movimento dos trabalhadores pela RPB se constituiu de forma

¹ CRISE DA DINSAM - caracterizado pelo movimento de denúncias, reivindicações e crítica deflagrado no Rio de Janeiro onde profissionais dos quatro hospitais da DINSAM do MS – CPP II; Hospital Pinel; CJM; e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho – deflagraram uma greve, em abril de 1978, seguida de demissão de 260 profissionais e estagiários.

² Três eventos políticos delimitam os contornos desse momento de inflexão da luta pela reforma: o Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em agosto/setembro em Camboriú/SC, em 1978; o I Congresso Brasileiro de Trabalhadores de Saúde Mental em São Paulo, em janeiro de 1979, cujo tema debatido - uma nova identidade profissional - demarcou o papel então assumido pelos trabalhadores de saúde mental: o de denunciar a prática dominante e procurar fazer valer os seus direitos; e o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, promovido em torno da denúncia da violência manicomial e da presença de Franco Basaglia, em novembro de 1979.

heterogênea, com contradições significativas, definindo-se pela não-institucionalização do movimento, que fez parte de uma estratégia proposital de resistência à institucionalização, tendo assim assumido na sua trajetória a meta da “desinstitucionalização” do saber e da prática psiquiátrica como projeto de transformação.

Com a constituição do CEBES e do REME, embasadas tanto na necessidade de discussão e organização das políticas de saúde, como na necessidade de se discutirem as práticas das categorias dos profissionais da saúde, foi consolidada uma participação política efetiva, o que as tornou conhecidas na conjuntura política como espaço de organização e produção do pensamento crítico em saúde. Isto possibilitou a estruturação das bases políticas das reformas, sanitária e psiquiátrica, brasileiras. Desta forma, o MTSM, originado em parte pelo CEBE e pelo REME, assumiu um papel relevante ao denunciar na época o Governo Militar, principalmente quanto ao sistema nacional de assistência psiquiátrica, com acusações de torturas, corrupções e fraudes.

É principalmente a partir desta organização que são sistematizadas as primeiras denúncias de violências, de ausências de recursos, de negligências, de psiquiatrização do social, de utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social e a mobilização por projetos alternativos ao modelo asilar dominante. É neste momento que começa a se constituir um pensamento crítico sobre a natureza e a função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas. Neste período, passam a merecer importâncias as obras de Foucault, Goffman, Bastide, Castel, Szasz, Basaglia, Llich, dentre outros, inclusive no campo da filosofia, sociologia, antropologia e ciências políticas, muitos dos quais vindo ao Brasil para participação em eventos começam a chegar até nós os relatos da experiência de Gorizia, da Psiquiatria Democrática (lideradas por Basaglia) e da Rede Alternativas à Psiquiatria, fundada em Bruxelas, em janeiro de 1975 (AMARANTE, 1998).

Em vista disso, apesar da RPB ter sido fruto de um longo processo iniciado na década de 70 e efetivado com o surgimento do MTSM, outras manifestações antecederam e marcaram presença, por terem refletido sobre a percepção da loucura em suas épocas, chegando a apontar resistências através de projetos que visavam a mudanças institucionais e das práticas da Psiquiatria. Em meados do séc. XIX, tanto na França como no Brasil, houve, por exemplo, a criação dos primeiros asilos psiquiátricos. Na França, o primeiro desse tipo de asilo foi por iniciativa de Pinel, na década de 1820. No Brasil, o funcionamento asilar foi demarcado pelo surgimento do Hospício “Pedro II”, no Rio de Janeiro, criado por Decreto Imperial de 1841 e inaugurado em 1852.

Teixeira (1989) argumenta que, no caso da França, tais iniciativas foram

respaldadas no projeto liberal-burguês instaurado com a Revolução Francesa, valendo-se mais intensamente da contribuição dos médicos para a formulação e implantação de uma política assistencial pública que respondesse à problemática da exclusão e inclusão social de diferentes segmentos da população. No Brasil, a difusão da experiência francesa se deu também com a criação do referido tipo de asilo, igualmente por Decreto Imperial, expressão do regime monárquico centralizador, gerado a partir de um consenso de elites, contando, inclusive, com a instituição religiosa como aliada, fatos estes que, segundo Venâncio (2003), limitou, inicialmente, a ascensão da classe médica na experiência da Psiquiatria Brasileira.

A técnica aos moldes de Pinel estabeleceu a doença como problema moral e inaugurou um tratamento na mesma ordem, pela organização do espaço asilar, opondo-se a uma relação terapêutica e valendo-se dos diversos tipos de alienados existentes. Assim foi postulado o isolamento como fundamental para a execução de regulamentos internos e para a adoção de métodos de observação à sucessão de sintomas, com vistas a descrevê-los. A obra de Pinel, estruturada à luz de uma tecnologia de saber e de intervenção sobre a loucura e o hospital, representa o primeiro passo histórico para a medicalização do hospital, transformando-o em instituição médica, e para a apropriação da loucura pelo discurso e prática médica.

No entanto, no contexto da Revolução Francesa, com o lema *Liberdade, Igualdade e Fraternidade*, a tecnologia de Pinel veio sugerir uma possível solução para a condição civil e política dos alienados, que, embora não pudessem gozar igualmente dos direitos de cidadania, não poderiam ser excluídos. Então, os alienistas defendiam o espaço do asilo como espaço da cura da Razão e da Liberdade, acreditando na possibilidade de alteração da condição do alienado. A perspectiva da Revolução Francesa repercutiu para o Mundo Ocidental e fez com que tais princípios alienistas fossem adotados tornando o asilo psiquiátrico imperativo para todos aqueles considerados loucos, despossuídos da razão, delirantes, alucinados. A história, porém, denuncia que, mesmo tendo passado a significar o lugar da libertação dos alienados, o asilo transformou-se no maior e mais violento espaço da exclusão e sonegação da cidadania civil e política, portanto, da mortificação das subjetividades.

2.2 Rumor à Reforma Psiquiátrica Brasileira

A partir da década de 1980, vivenciou-se o movimento pró-reforma sanitária, que contribuiu para o segundo momento da RPB, apesar de caracterizado por um traço institucionalizante. Esse movimento se incorporou ao aparelho do Estado, numa ocupação dos espaços públicos de poder e de tomada de decisão, como forma de introduzir mudanças no sistema de saúde. Por outro lado, tal movimento também significou uma tática, pelo fato de o próprio Estado ter absorvido o pensamento crítico, tanto com o objetivo de alcançar legitimidade como de reparar os problemas agravados pelas políticas de saúde então adotadas, as quais, segundo avaliação de Amarante (1998), eram privatizantes e elitistas.

Esse momento também recebeu influências das diretrizes da OPAS, que deu ênfase aos planos de medicina comunitária e preventiva, destacando os princípios de universalidade, regionalidade, participação comunitária, integralidade e equidade. No entanto, mesmo tendo o referido movimento aberto passagem para a reflexão dos pensamentos críticos em saúde (sobre a medicina como aparelho ideológico, o questionamento da neutralidade das ciências, as determinações sociais das doenças e a validação das práticas de saúde não oficial), ficaram registros de iniciativas partindo do princípio de que a ciência médica e a administração resolveriam os problemas evidenciados pela coletividade.

Assim, o movimento da reforma sanitária brasileira tomou vulto pela adoção de uma tática de ocupação dos espaços públicos, mediante as vivências dos movimentos sociais que apontavam para a construção de um projeto popular e democrático no então período da Nova República. Tal movimento confundiu-se com o do Estado naquela época, quando a redemocratização brasileira se efetivava, tendo sido formalmente concluída em 1985 e descrita como um processo de abertura e de participação popular nas questões do Estado. A etapa final desse processo de transição se deu com a eleição de Tancredo Neves, um líder oposicionista moderado, para a Presidência da República.

Nesse contexto, por iniciativa oficial do DINSAM, ocorreu em 1986, de 17 a 21 de março a oitava CNS, em Brasília, com a participação de entidades e representações da Sociedade Civil, espaço antes resguardado apenas aos tecnocratas e empresariado de

interesse na saúde.

A partir de então a expressão **reforma sanitária** tornou-se o lema nacional, adotado por vários segmentos da Sociedade como um instrumento tático de mobilização social, com vistas a uma reestruturação do Setor da Saúde. Passou-se a tratar, então, de temas gerais da Política Nacional de Saúde, como financiamento, modelo de gestão, participação comunitária, decidindo-se ainda pela organização de conferências temáticas, dentre as quais a de saúde mental (AMARANTE, 1998).

Paralelamente às iniciativas oficiais em favor da **reforma sanitária**, segundo Amarante (1998), ocorreram vários encontros de coordenadores de saúde mental, em 1985, e de outros participantes do MTSM, em pontos estratégicos da administração pública, que estimulavam iniciativas de organização de conferências municipais e estaduais em todo território nacional, o que originou a I CNSM, em junho de 1987, sem a participação da DINSAM.

Tais iniciativas demarcaram rupturas e conflitos, dentre os quais, o fim da trajetória sanitarista –, por ter sido esta entendida, na ocasião do Congresso, como uma trajetória institucional de estratégias que pretendia continuar fazendo reformas, sem trabalhar o tema principal proposto pela reforma psiquiátrica: a desconstrução do paradigma psiquiátrico e, conseqüentemente, a reconstrução de novas formas de atenção e cuidados, ao criar possibilidades de novas formas de produção e reprodução de subjetividades.

Assim, é dado início a outra trajetória então denominada **desinstitucionalização ou desconstrução** – que traz consigo o propósito de criar novas formas de lidar com as questões de saúde mental, sabendo ser possível transcender os modelos preestabelecidos pela instituição médica, movendo-se em direção às pessoas e às comunidades. De forma mais específica, o movimento pela reforma psiquiátrica manteve-se voltado para a questão da transformação do ato de saúde, do papel normatizador das instituições e, portanto, da desinstitucionalização como desconstrução.

Ainda em dezembro de 1987, na mesma perspectiva - de desconstrução do modelo da psiquiatria tradicional, asilar -, ocorreu o II CNTSM, em Bauru, onde foi instituído o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. A partir de então surge uma nova e fundamental estratégia, com a ampliação do MTSM, no sentido de ultrapassar sua natureza exclusivamente técnico-científica, tornando-se um movimento social pelas transformações no campo da saúde mental, que aponta para a necessidade do envolvimento da Sociedade

na discussão e encaminhamento das questões relacionadas ao transtorno mental e à assistência psiquiátrica. Da mesma forma, inúmeras entidades da Sociedade Civil passaram a incluir o tema em seus debates e pautas de atuação.

Nesse contexto, evoluíam as discussões e o Projeto de Lei nº 3.657/89, que legitimava a construção de um novo projeto de saúde mental. No auge desses debates, teve-se como marco prático da reforma psiquiátrica o **surgimento do CAPS “Dr. Luiz Cerqueira”, em São Paulo**, logo após veio a **criação do NAPS, em Santos, e do Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul, no Rio Grande do Sul**. Assim, a estratégia de transformação do sistema de saúde mental encontrava nova tática no cotidiano dessas instituições, com uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico.

Por sua vez, o NAPS de Santos foi criado em 1989, a partir da intervenção feita, pela Prefeitura de Santos, na Casa de Saúde “Anchieta” (um hospício privado que contava com mais de 500 internos). Tal intervenção foi possibilitada pelo processo de municipalização do Sistema de Saúde, que deu início ao fechamento do hospício e à substituição do modelo assistencial, com a criação de: CAPS (funcionando 24 horas, atendendo a casos de crise psiquiátrica e/ou social relacionada ao estado mental, inclusive com leitos de suporte para as situações mais graves); Projetos Culturais e Artísticos (como exemplo o Projeto TAMTAM); Lares Abrigados para ex-internos ou para novos pacientes que não tinham casa ou condições de moradia; e Cooperativa com condições de trabalho para as populações carentes, com ou sem problema especificamente psiquiátrico (AMARANTE, 1998).

Amarante (1998) ressalta ainda que, na ocasião do II CNTSM, foi lançada à idéia de se instituir o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, que, desde então, vem sendo comemorada, anualmente, no dia 18 de maio. A partir daí, o **Movimento de Luta Antimanicomial**, formado por vários atores sociais - os usuários, familiares, trabalhadores, artistas e intelectuais – sinalizou para a necessidade de estratégias políticas de ação mais ampla, estabelecendo diálogo com a população sobre a loucura e seus aspectos, com o intuito de reconstruir as relações entre as pessoas com transtornos mentais e a Sociedade.

No campo legislativo, a mobilização da Sociedade Civil, aliada à Sociedade

Política, fez tramitar no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3.657/89³. Segundo Amarante (1998) esse Projeto foi uma estratégia eficaz que suscitou urgência na discussão em torno da assistência à saúde mental no País, porque estabeleceu a possibilidade do fim do modelo manicomial.

A compreensão da história como um processo de luta e de construção, diferentemente do entendimento da ABP, levou à aprovação do referido Projeto, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, tornando-se Lei, sob o nº 10.216, em abril de 2001⁴. Tal movimento/aprovação se deu amparado numa compreensão progressista de assistência, por tratar-se de um dispositivo utilizado pela sociedade organizada, na busca da reforma psiquiátrica, e se consolidou, uma vez que promovia o processo de discussão sobre o transtorno mental e as instituições psiquiátricas.

O movimento da Luta Antimanicomial foi influenciado pelo modelo de transformação italiano, com Franco Basaglia⁵. Este assumia uma posição crítica com relação à Psiquiatria Clássica e Hospitalar, por partir do princípio do isolamento, ou seja, da internação como modelo de tratamento, sendo, portanto, excludente e repressora. Aquele movimento apontava para a desinstitucionalização como premissa fundamental na reorganização dos serviços e nas práticas de saúde mental. A questão norteadora, portanto, não era a modernização das instituições, mas a criação de novos espaços, com outras abordagens.

Em 1992, realizou-se a II CNSM, contando com a participação de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, quando foram discutidas questões como a municipalização da assistência e a cidadania das pessoas com transtornos mentais, ratificando a crítica ao modelo hospitalocêntrico, no enfoque ético, técnico e político. O movimento tomou corpo em todo o território nacional, mesmo convivendo com entraves,

³ Projeto de Lei nº. 3.657/89, do deputado federal Paulo Delgado, que discorre sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais (Hospitais-Dia, NAPS e CAPS, Lares Protegidos). Este projeto discutiu questões referentes à cidadania, loucura e reforma psiquiátrica: o modelo de cuidado e a cidadania do louco.

⁴ Projeto de Lei nº. 3.657/89 que deu forma à Lei n. 10.216 - dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e proíbe, em território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos e a contratação pelo serviço público de leitos e unidades particulares deste tipo; estabelece que os tratamentos devem ser realizados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental e, como finalidade primordial, procure-se a inclusão social do doente mental em seu meio. A internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Portanto, relaciona os direitos dos portadores de doença mental, reforçando a inclusão social do sujeito e regulamentando uma nova política de assistência psiquiátrica no País.

⁵ Franco Basaglia, médico psiquiatra, precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiana conhecida como “Psiquiatria Democrática”. Criticou a postura tradicional da cultura médica, por entender que transformava o indivíduo e seu corpo em meros objetos de intervenção clínica.

principalmente os de ordem política.

Segundo Delgado (1992), os anos entre 1987 e 1992 demarcaram o período pós-constituinte e de reconstrução democrática, cujas inquietações foram evidenciadas através do Projeto de Lei Antimanicomial e das legislações municipais e estaduais, a exemplo da aprovação, em 07 de agosto de 1992, no RS, da Lei da Reforma Psiquiátrica e da proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, a qual recebeu alteração. Na Região Nordeste, no CE, PE e RN, segundo Rosa (2006), as aprovações das leis na perspectiva da Reforma Psiquiátrica ocorreram em anos posteriores⁶.

De várias formas, os anos que se sucederam, em termos do caminho da Reforma mencionada, foram demarcados por inúmeros desafios que evidenciaram graves problemas, relacionados às políticas de saúde mental e à luta pelos direitos humanos, a saber: em junho de 2000, foi realizada, pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados⁷, a I CNDH, que visitou clínicas e hospitais psiquiátricos em vários estados brasileiros, onde foram registradas, ante a perplexidade e o horror, as súplicas de pessoas encontradas nos labirintos das instituições, ali depositadas para a experiência de um sofrimento vivenciado longe do olhar do mundo, submetidas a uma realidade segregadora e alienante de asilamento.

Em dezembro de 2001, foi realizada a III CNSM, que, em seu Relatório Final, reafirmou as conquistas das conferências anteriores, bem como a aprovação da Lei nº 10.216/01 (Anexo 4) e das portarias do MS que regulam a assistência em saúde mental no Brasil. Assim, foi consolidada a estratégia de serviços comunitários (CAPS), como equipamentos prioritários de organização da atenção em saúde mental.

O compromisso ético em garantir às pessoas com transtornos mentais uma

⁶ No CE, em 29 de julho de 1993, com Lei Estadual nº. 12.151, que dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua disposição por outros recursos assistenciais, foi regulamentada a internação psiquiátrica. O mesmo se dá em PE, com a Lei nº. 11.064/1994, que defende o interesse dos cidadãos portadores de transtornos psíquicos; e no RN, em 04 de janeiro de 1995, com a Lei Estadual nº 6.758, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, sendo, portanto, a 3ª da Região.

⁷ Marcos Rolim iniciou seus trabalhos em Direitos Humanos como membro da Anistia Internacional. Eleito Deputado Estadual pelo Partido dos Trabalhadores e reeleito para um segundo mandato, ele desenvolveu um intenso trabalho em Direitos Humanos que alcançou reconhecimento internacional; presidiu a Comissão de Cidadania e Direitos Humanos da Assembléia Legislativa por seis anos, pautando um conjunto de temas a respeito do destino de pessoas excluídas e marginalizadas. Tal Comissão transformou-se em uma das principais referências do trabalho parlamentar em direitos humanos, no Brasil. Esse Deputado concebeu e editou por quatro anos sucessivos o mais abrangente relatório em direitos humanos do Brasil, intitulado “Relatório Azul – Garantias e Violações dos Direitos Humanos no Rio Grande do Sul”, além de várias outras publicações.

assistência de qualidade, baseada em pressupostos como a singularidade, o direito à saúde e vida digna tem impulsionado projetos inovadores, rompendo com o modelo de reclusão. Entre esses projetos encontram-se, em diversas experiências, os CAPS, espalhados por todo o País e que se constituem em serviços inovadores, à medida que garantem espaços de produção de novas práticas sociais para se lidar com o transtorno mental, com a construção de novos conceitos e de novas formas de vida e saúde.

Dessa maneira, os serviços abertos surgiram em contraponto às instituições fechadas, tendo como objetivos romper com a tendência segregadora da ideologia manicomial; manter os usuários o menor tempo possível na instituição; estimular a permanência destes no núcleo familiar e social; e viabilizar um projeto de vida compatível com as potencialidades de cada indivíduo. Por esse modelo, passa a ser de responsabilidade dos dirigentes públicos a utilização de instrumentos de gestão que permitam a redução do número de leitos e o fechamento dos hospitais psiquiátricos, de forma gradual, pactuada e planejada. Para tal, lançou-se mão do PNASH/Psiquiatria, que existe desde a década de 90, mas que só apresentou maior impulso no ano de 2002, devido a uma série de normalizações do MS que instituíram mecanismos eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos, a partir dos grandes hospitais.

2.3 CAPS Instituídos

No decorrer dessa trajetória de desinstitucionalização - um processo pleno de desconstrução de concepções e atitudes, -, várias discussões foram e continuam sendo travadas sobre alguns problemas referentes ao fato de alguns serviços, mesmo externos ou abertos, não conseguirem assumir efetivamente a característica não manicomial, cabendo assim a manutenção de pesquisas sobre a estrutura dos serviços em geral e das ações dos profissionais frente à assistência às pessoas com transtornos mentais, com vistas a

diagnosticar resquícios manicomiais.

No sentido da regulamentação e reorganização institucional de novas práticas, foi publicada a Portaria de nº 336/GM, de fevereiro de 2002 (Anexo 5), que estabelece a distinção entre os CAPS, classificando-os segundo sua complexidade e abrangência. Assim, esses Centros de Atenção Psicossocial são definidos como serviços estratégicos de substituição ao Hospital Psiquiátrico. A seguir, artigos que definem os critérios classificatórios dos serviços substitutivos:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Mais recentemente, em 2003, o MS criou o Programa **De Volta Para Casa**⁸ que faz parte do processo da Reforma, agenda obrigatória de redução progressiva dos leitos psiquiátricos e que consiste em uma estratégia para estimular a assistência extra-hospitalar, assim como qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar – CAPS, SRTs, UPHG

⁸ Programa **De Volta Para Casa** - traz em seu bojo propósitos como: contribuir efetivamente para o processo de inserção social, à medida que incentiva a programação de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados; facilitar o convívio social; capacidade de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania do paciente. Mas, para isso faz-se necessária a garantia de que a pessoa esteja de alta hospitalar e morando em um sistema residencial – ou na modalidade de residência terapêutica, ou com suas famílias, ou ainda outra forma alternativa de moradia – além de estar sendo acompanhada permanentemente por uma equipe de serviço de saúde mental encarregada de prover, garantir e apoiar a integração ao ambiente familiar e social.

– e incluir as ações de saúde mental na atenção básica à saúde da família.

Trata-se de um Programa que tanto anuncia a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, como redireciona o modelo assistencial em saúde mental, determinando que os pacientes com longo tempo hospitalizado, que caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objetos de uma política de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. A regulamentação desse Programa se deu sob a forma da Lei nº 10.708/03, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial – pagamento mensal do auxílio para pacientes com transtornos mentais egressos de internações.

A Saúde Mental Infanto-Juvenil também tem sido objeto de preocupação do MS, que, em 2004, instalou um Fórum Nacional, como espaço de debate coletivo que objetiva dar viabilidade e resolutividade a questões referentes ao campo da saúde mental de crianças e jovens.

Na ocasião do Congresso Brasileiro de CAPS, em 2004, que reuniu duas mil pessoas em São Paulo, o Prof. Paul Singer proferiu uma palestra sobre a Economia Solidária, o que permitiu perceberem-se as aproximações e pressupostos comuns entre esta proposta e a da Reforma Psiquiátrica, tendo gerado expectativas de uma cooperação das duas políticas e servido para revigorar o debate sobre dispositivos como: Centros de Convivência e Produção Cultural, que, por sua vez, vem aprofundar e potencializar a agenda obrigatória da substituição do modelo hospitalocêntrico.

Tais discussões tiveram desdobramentos, o que gerou a Portaria Interministerial nº. 353, de 7 de março de 2005, que instituiu o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e a **Economia Solidária**. Dessa forma, numa ação conjunta, o MS e o Ministério do Trabalho e Emprego, na representação de suas Secretarias, passaram a construir a política nacional de fortalecimento da economia solidária e da autogestão⁹, tratando-se, assim, da mais recente estratégia do Governo Federal para a reabilitação psicossocial de pessoas que sofrem de transtornos mentais, extensiva àqueles que sofrem de transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas, para a sua Inclusão Social pelo Trabalho.

⁹ Ação conjunta o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Emprego – Suas atribuições são de estimularem a criação, a manutenção e a ampliação de oportunidades de trabalho e renda, por meio de empreendimentos autogestionados, organizados de forma coletiva e participativa, bem como colaborar com outros órgãos de governo em programas de desenvolvimento e combate ao desemprego e à pobreza; Considerar também as diretrizes da política nacional de saúde mental, que busca construir um efetivo lugar social para os portadores de transtornos mentais, por intermédio de ações que ampliem sua autonomia e melhore as condições concretas de vida; Considerar ainda as diretrizes gerais de ambas as políticas, Economia Solidária e Reforma Psiquiátrica, que têm como eixos a solidariedade, a inclusão social e a geração de alternativas concretas para melhorar as condições reais da existência de segmentos menos favorecidos.

Como se pode ver, no caminho rumo à Reforma Psiquiátrica, a fundamental importância das ações concretas, realizadas a duras penas, está sendo desenhada e redesenhada por aqueles que, no lugar em que estejam, se apropriam das possibilidades que vislumbrem a criação de uma vida com dignidade que proporcione saúde mental, fazendo, assim, a reforma no cotidiano. É inegável que esta ocorre em todo o território nacional e tem tido como referencial, para sua concretização, os marcos, não só os práticos já anunciados, mas também os teóricos, como, por exemplo, a Declaração de Caracas, em 1990, as Conferências de Saúde Mental, bem como as leis e portarias que subsidiam tais práticas no cotidiano.

No sentido de levar a Reforma adiante, o Brasil foi sede, em novembro de 2005, da Conferência de comemoração dos 15 anos da Declaração de Caracas¹⁰. Após 15 anos dessa Declaração, é fundamental refletir-se sobre os resultados e os fracassos do passado, como uma forma de celebrar este marco histórico e criar estratégias que permitam aumentar a capacidade de implementação das reformas, sem perder de vista os princípios de Caracas.

Em vista disto, na perspectiva de continuidade da luta antimanicomial, mesmo mediante os entraves vividos em várias experiências, em âmbito nacional, estadual e municipal, o espírito reformista perdura e tem realizado significativos encontros para debates com o fim de provocar grande mobilização de diversos atores sociais envolvidos com a causa, como: usuários, familiares e trabalhadores dos serviços substitutivos, docentes e pesquisadores da área, como por exemplo, o I Encontro Nacional de Saúde Mental, em Belo Horizonte/MG, de 13 a 16 de julho de 2006, que discutiu o tema **A Reforma Psiquiátrica que Queremos: Por uma Clínica Antimanicomial**, com a proposta de ampliar as discussões de temas e conceitos pertinentes a uma clínica antimanicomial; discutir a operacionalização desse tipo de clínica nos serviços substitutivos, bem como as políticas públicas que assegurem a todos os cidadãos o acesso a ela e a esses serviços, além de, prioritariamente, discutir sobre o trabalhador como protagonista desse novo modelo de clínica.

Por último, no período de 28 de junho a 1º de julho de 2007, foi oportunizado outro momento de troca e discussões no II Encontro da Rede Nacional Internúcleos da Luta

¹⁰ Conferência de comemoração dos 15 anos da Declaração de Caracas – No próprio evento foram anunciadas as razões que justificaram a escolha pelo Brasil para sediar tal discussão – Tal razão está legitimada desde 2003, onde o Ministério da Saúde já conseguiu reduzir a oferta de leitos psiquiátricos em 6.821 vagas e implantou 691 CAPS e 357 SRPs em todo o Brasil. Além de ter criado o Programa De Volta Pra Casa com o propósito de ajudar no processo de ressocialização psicossocial de pessoas com transtornos mentais.

Antimanicomial, realizado em Goiânia, com o propósito de uma avaliação da Política de Saúde Mental nos últimos quatro anos – quando foram discutidos temas do tipo: a perspectiva atual, ante a preocupação pela estagnação das Políticas Públicas em todos os estados brasileiros, na fase da implantação dos CAPS II; a não extinção efetiva do modelo hospitalocêntrico, mesmo onde foi criado o CAPS III; o não-revertimento da verba destinada ao sistema tradicional para o modelo substitutivo, mesmo quando são extintos os leitos; além da preocupação com o fato de muitos CAPS acabarem reproduzindo uma postura manicomial em seu dia-a-dia de atendimento. Constituiu ainda o referido Encontro um espaço de denúncias quanto à continuidade de violências e até morte em sistemas manicomiais, assim como quanto a iniciativas que visam punir e silenciar militantes nos estados e municípios brasileiros, conforme relatório (Anexo 6).

Numa perspectiva de continuidade, a concepção do fazer a reforma no local onde as pessoas circulem é fundamental. Para isso, faz-se necessário lembrar que já faz 20 anos de inumeráveis conquistas obtidas através de mudanças significativas nos patamares da assistência à saúde mental, orientadas pela luta por uma sociedade sem manicômios.

A manutenção da certeza de se fazer um caminho permitiu a ampliação das parcerias e, agora, vinte anos depois, o Conselho Federal de Psicologia, a Universidade Estadual Paulista, a Prefeitura Municipal de Bauru e o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, com o apoio da RENILA, do MNLA, do SESC e de Universidades de Bauru, promoveram o Encontro Nacional “ 20 anos por uma Sociedade sem Manicômios”, que foi realizado no período de 06 a 09 de dezembro 2007, no mesmo local do Congresso de 1987 – Bauru. Esse Encontro teve como objetivo promover amplos e profundos debates e organizar narrativas históricas, além de um momento de encontro, reflexão, comemoração e confraternização em torno do tema, organizado pelos eixos:

- Loucura e Cultura;
- Narrativas Históricas na Construção de uma Sociedade sem Manicômios;
- A luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica; e
- Outro Mundo é Possível.

Em vista disso, nesse processo de transformação da saúde mental em âmbito nacional, faz-se importante aqui ressaltar o desdobramento dessa luta em movimento também em âmbito local, onde se encontra inserido o CAPS II OESTE, objeto deste

estudo. Esse Centro de Assistência Psicossocial foi o segundo serviço de saúde mental implantado na capital da cidade de Natal/RN, em 14 de julho de 1995, estando subordinado hierarquicamente à Coordenação de Saúde Mental da SMS, pasta da Prefeitura de Natal.

O referido serviço teve como meta de implementação guiar-se pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, alicerçando suas práticas no respeito às singularidades e à defesa da vida. Tal serviço focalizou, nos pressupostos da reabilitação psicossocial, o eixo institucional norteador de suas intervenções, não entendido como um conjunto de técnicas, mas como uma estratégia ética que garantisse o exercício da cidadania das pessoas com transtornos mentais e assim permitisse o direito à vida. Vivencia-se hoje, em âmbito local, um momento delicado.

Capítulo 3

Sujeitos Transformadores da Atenção às Pessoas com Transtornos Mentais

São aqui enfatizados alguns dos atores e suas fundamentais contribuições à RPB. Fazendo-se uma reforma no seu próprio cotidiano, foi sendo possível tecer-se um movimento de projeto de vida pessoal e/ou profissional. Assim, os atores da reforma agenciaram e continuam agenciando a transformação da atenção às pessoas com transtorno mental, criando novas possibilidades de relações sociais, efetivadas nos diversos cenários institucionais e sociais, numa luta em prol do efetivo exercício de cidadania e de responsabilidade ética e social, “introduzindo novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos” (AMARANTE, 1995).

Enfim, a RPB continua sendo constituída por pessoas que, de alguma forma,

conseguem reconhecer a dívida social, histórica, com todos aqueles que passaram pela condição humana de longa segregação e clausura nos manicômios, além de serem pessoas sensíveis a uma problemática que envolve a todos.

O trajeto feito pelo MTSM tem conferido a essas pessoas o *status* de uma força que tem conseguido mover, transmutar e assim exercer um papel fundamental de fazer acontecer a reformulação no cotidiano, a partir de um exercício regular e sistemático de reflexão e crítica à prática psiquiátrica. Esta vem se delineando desde a conceituação, divulgação, mobilização e implantação das práticas transformadoras, com propostas técnicas e práxis de uma política em saúde mental que tem se materializado nas criações e construções diárias nos dispositivos de atenção a saúde mental proliferado em todo território nacional.

Diante desse esforço, retratado no trajeto de 20 anos da RPB, vale salientar os registros atualizados do Relatório de Gestão 2003-2006, do MS/Coordenação de Saúde Mental, que apontam a existência de 1011 (mil e onze) serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico o que levou à redução gradativa do número de leitos psiquiátricos; apontando ainda que, no período de 2003 a 2006, observou-se a ocorrência de migração de leitos psiquiátricos de hospitais de maior porte para hospitais de menor porte, sem a abertura de novos leitos nem de novos hospitais.

As formulações críticas sobre o modelo psiquiátrico até chegar à construção de um modelo substitutivo ao sistema manicomial foram ferramentas de peso para identificar a origem dos pressupostos conceituais que contribuíram para a constituição do pensamento crítico do MTSM, que se encontra presente nas correntes transformadoras de repercussão internacional e na teoria/prática de alguns médicos psiquiatras e/ou psicanalistas brasileiros, como:

3.1 As Contribuições Internacionais aos Ideais da RPB

Primeiro, serão apresentadas as correntes de pensamento de âmbito internacional que influenciaram os ideais da RPB:

A Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones - Segundo Amarante, (1998) essa comunidade tem na sua origem a reforma sanitária inglesa, que foi marcada por um trabalho que instituiu uma nova relação entre o hospital psiquiátrico e a Sociedade, ao demonstrar a possibilidade de alguns doentes mentais serem tratados fora do manicômio. A estrutura social da Comunidade Terapêutica trabalha com o termo utilizado por Maxwell Jones “aprendizagem ao vivo”, que é definida por este da seguinte forma:

(...) colocado em posição onde possa, com o auxílio de outros, aprender novos meios de superar as dificuldades e relacionar-se positivamente com pessoas que o podem auxiliar. Nesse sentido, uma comunidade terapêutica representa um exercício ao vivo (...)

(...) constituída de equipe, paciente e seus parentes está envolvida em diferentes graus no tratamento e na administração. Até que ponto isto é praticável ou desejável depende, naturalmente, de muitas coisas como, por exemplo, da atitude do líder ou de outro membro da equipe, dos tipos de pacientes e das sanções estabelecidas pela autoridade superior. A ênfase na comunicação livre entre equipe e grupos de pacientes e nas atitudes permissivas que encorajam a expressão de sentimentos, implica numa organização social democrática, igualitária e não numa organização social hierárquica (...)

(...)o único líder de equipe vai sendo gradualmente substituído por um grupo de líderes que representam diversas disciplinas profissionais. Estes, em vista do diálogo entre eles mesmos e com o seu “departamento”, começam a funcionar como uma equipe. Esta mudança de poder e autoridade, no sentido de uma estrutura social mais horizontal... , favorece maior identificação da equipe com a instituição e seus objetivos (, ..) Amarante (1998, apud MAXWELL JONES, 1972, p.23).

Em relação ao projeto da Comunidade Terapêutica, Rotelli (1994, p.150) critica-o, por não ter conseguido trabalhar a exclusão, uma vez que ficou reduzido ao espaço asilar: “A experiência inglesa foi importante em termos de modificações dentro dos hospitais, mas ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e que, portanto, ela não poderia ir além do mesmo.”

Segundo Delgado (1992), a experiência da Comunidade Terapêutica sofreu

manipulação ao ser absorvida pela privatização crescente dos manicômios, no final dos anos 60 e início dos anos 70. Essa experiência não exerceu, todavia, impacto sobre o modelo existente, embora não se possa descartar a sua influência como ideologia visível em experiências da Reforma, em anos posteriores.

Sua adoção deveu-se a uma proposta de trabalho que enfatizava um exercício ao vivo a partir de uma estrutura social que priorizava uma aprendizagem no cotidiano.

A Psicoterapia Institucional de Tosquelles, assim denominada por Daumezon e Koechlin em 1952, em referência ao trabalho iniciado por François Tosquelles, no Hospital “Saint-Alban”, na França, que, com sólida orientação marxista e os apoios da *intelligenza* e da Resistência Francesa, passou a ser palco privilegiado de denúncias e lutas contra o caráter segregador e totalizante da Psiquiatria.

Com o princípio da “terapêutica ativa” de Herman Simon, preconizado por Tosquelles, o movimento tinha por objetivo o resgate do potencial terapêutico do hospital psiquiátrico, considerando, porém, que as próprias instituições tinham características doentias e que deviam ser tratadas. Tal movimento alimenta-se, assim do exercício permanente de questionamento da instituição psiquiátrica, enquanto espaço de segregação, da crítica ao poder do médico e da verticalidade das relações intra-institucionais (AMARANTE, 1998).

Birman (1992) faz, no entanto, uma crítica com relação ao caráter pedagógico dirigido para a sociabilidade tanto no projeto da Comunidade Terapêutica, quanto no da Psicoterapia Institucional, que, num registro discursivo e num contexto grupal, pretendem a regulação da loucura pelo controle do discurso e dos atos dos pacientes em situação de internação.

A Psiquiatria de Setor de Bonnafé, por sua vez, apresenta-se como um movimento de contestação à Psiquiatria Asilar de um grupo de psiquiatras considerados progressistas, que, no Pós-Guerra, entram em contato com os manicômios franceses e reivindicam sua imediata transformação. Amarante (1998) cita Fleming (1976, p.54) para explicar esse projeto da Psiquiatria de Setor, a saber:

(...) projeto que pretende fazer desempenhar a psiquiatria uma vocação terapêutica, o que segundo os seus defensores não se consegue no interior de uma estrutura hospitalar alienante. Daí a idéia de levar a psiquiatria à população, evitando ao máximo a segregação e o isolamento do doente, sujeito de uma relação patológica familiar, escolar, profissional, etc.(...).

“o paciente será tratado dentro do seu próprio meio social e com o seu meio, e a

passagem pelo hospital não será mais do que uma etapa transitória do tratamento”.

Rotelli (1994) critica a Psiquiatria de Setor afirmando que tal experiência não foi além do hospital psiquiátrico, porque o conciliava com setores externos e não provocava nenhuma transformação cultural em relação à Psiquiatria.

A Psiquiatria Preventivista de Caplan - Segundo Amarante (1998), tal projeto, na versão contemporânea, nasce nos Estados Unidos, propondo-se a intervir nas causas dos transtornos mentais. Almeja a prevenção e a promoção da saúde mental. Nesse sentido, o projeto de Psiquiatria Preventiva apresentado por Kennedy, então Presidente dos Estados Unidos, demarca o preventivismo para além das fronteiras do Estado Americano, através das organizações sanitárias internacionais (OPAS/OMS), incluindo, também, América Latina.

A partir de Caplan, definindo crise e conceituando as diferenças entre transtorno mental e distúrbio emocional, instaurou-se uma crença de que os transtornos mentais poderiam ser prevenidas ou detectadas precocemente. Assim, o referido projeto leva a que se identifiquem pessoas potencialmente doentes, candidatos à enfermidade e suscetíveis ao mal, levando a uma busca nas ruas e nas casas, para conhecer os hábitos e identificar vícios, ancestralidades e constitucionalidades das pessoas.

Vale ressaltar que as propostas inspiradas no preventivismo instauraram modelos assistenciais a partir de princípios da desinstitucionalização, que se tornam diretrizes da maioria das iniciativas, planos, projetos e propostas oficiais, ou alternativas. A *desinstitucionalização* é uma expressão dos EUA, para designar o conjunto de medidas de desospitalização.

Desde então, as formas de organização de serviços psiquiátricos são apresentadas com o objetivo de desinstitucionalizar a assistência psiquiátrica, que objetiva trabalhar a independência do paciente em relação à instituição, possibilitando o resgate de elos comunitários, familiares, sociais e culturais que evitam a cronificação causada pela hospitalização, contrapondo-se assim ao processo de alienação e exclusão social do indivíduo. Ao mesmo tempo, a proposta de *despsiquiatrização* remete as decisões e atitudes terapêuticas a outros profissionais, a modalidades assistenciais não-psiquiátricas, ao atendimento por equipes multidisciplinares ou, ainda, com a redefinição dos papéis profissionais de categorias, ao Serviço Social, Enfermagem, TO, Psicologia, apoio

administrativo, etc. (AMARANTE, 1998).

Neste sentido, Costa (1981) critica esse projeto de reforma preventivista nos EUA, ressaltando que os programas de massificação das medidas preventivas, comunitárias e pedagógicas em saúde mental acarretaram aumento da demanda ambulatoria e extra-hospitalar, naquela realidade, sem que significasse a transferência dos egressos para os então serviços intermediários, não contribuindo, assim, para evitar a retroalimentação do modelo asilar.

A Antipsiquiatria de Laing e Cooper - Segundo Amarante (1998), esse projeto surgiu na década de 60, na Inglaterra, em meio aos movimentos *underground* da contracultura (psicodelismo, misticismo, pacifismo, movimento *hippie*), com um grupo de psiquiatras com experiências em Psiquiatria Clínica e Psicanálise, os quais tinham como consenso a inadequação do saber e das práticas psiquiátricas no trato com a loucura, mais especificamente com a esquizofrenia. Aqui é formulada a primeira crítica radical ao saber médico-psiquiátrico, no sentido de desautorizá-lo a considerar a esquizofrenia uma doença, um objeto dentro dos parâmetros científicos.

Birma (1994, p. 239) reflete:

Como se constitui a enfermidade mental na nossa experiência social? Como se valida a sua exclusão social? Qual o lugar que ocupa a instituição psiquiátrica neste processo? São questões que passaram a se colocar como centrais. O que até então era considerado óbvio passou a ser objeto de dúvidas e inquietações, deslocando-se a interpretação desses fenômenos para o pólo de uma produção social e institucional da loucura como enfermidade mental.

Cooper é influenciado por Alan Watts, (filósofo americano). Especialista em religiões orientais, compreende a ciência como uma explicação ideológica da verdade. Instituiu um modelo denominado de *racionalismo analítico*, que busca investigar a realidade humana pela técnica de interação-afetiva entre o observador e o observado. Atua sobre a micropolítica (relações pessoais, do corpo, da psique, relações familiares), por entender que a Academia e a educação burguesa dificultam a síntese dos níveis *micro* e macropolíticos. Seu projeto é uma estratégia de transformação da realidade social e de eliminação da estrutura familiar, dos grupos comunitários e dos locais de acolhimento dos pacientes.

Por sua vez, Laing compreende a loucura como um fato social e político, uma

expressão de libertação de um desequilíbrio familiar, o que lhe confere a compreensão de não ser uma patologia, conseqüentemente, não ser o louco um objeto passível de tratamento e, sim, uma vítima da alienação. Para ele, a salvação da humanidade compreende um empreendimento de desalienação universal, ou seja, uma revolução interior, uma transformação do homem isoladamente. Critica a Psiquiatria, a ordem social e familiar, considerando-os geradores da loucura. Embasado em tais conceitos a Antipsiquiatria busca um diálogo entre razão e loucura, enxergando esta entre os homens, nas relações que se instituem. Critica a nosografia e denuncia a cronificação das instituições asilarem.

O método terapêutico da Antipsiquiatria não prevê tratamento químico ou físico, valorizando antes a análise do discurso, o qual não deve ser podado. Tal método valoriza também o acompanhamento ao louco pelo grupo, seja através de métodos de investigação, seja através da não repressão da crise, psicodramatizada ou auxiliada com recursos de regressão (AMARANTE, 1998).

Percebe-se, portanto, que os pressupostos que embasaram a Antipsiquiatria são contrários à racionalidade médica como também ao quadro epistemológico, até então considerados. Esse método contribuiu para a transformação prático-teórica do conceito de desinstitucionalização como desconstrução dos aparatos científicos da Psiquiatria Clássica.

A Psiquiatria na “Tradição Basagliana” - Amarante (1998) apresenta o modelo referendado a partir da experiência basagliana e da Psiquiatria Democrática italiana.

A tradição iniciada por Franco Basaglia trata-se de uma prática crítica da Psiquiatria Tradicional, que teve início em 1961, no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, com a promoção de uma ruptura dos paradigmas clínicos e psiquiátricos que o sustentavam. Tal prática foi continuada pelo movimento da Psiquiatria Democrática italiana, que afirmava a urgência de revisão das relações, a partir das quais o saber médico fundara sua prática.

Tal tradição trouxe a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da Sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença. Em vista disso, foi um movimento político que promoveu discussões nas organizações das relações econômicas e sociais, atribuindo aos movimentos sociais um lugar de destaque como atores sociais concretos e com poder legítimo para confrontar com cenários institucionais até então vigentes.

Na opinião de Barros (1994, p.53), tratou-se de um movimento de autocrítica:

(...) começou-se a perceber que colocar a doença mental entre parênteses não seria suficiente; seria necessário, também, mudar radicalmente o processo que reduz a problemática da loucura em doença mental. Os italianos postulavam a necessidade de um processo em que a loucura pudesse ser redimensionada não para fazer sua apologia, mas para criar condições que permitissem que esse momento de sofrimento existencial e social se modificasse.

Portanto, nesse contexto, fica clara a compreensão de que a destitucionalização significa entender instituição no sentido dinâmico e complexo das práticas e saberes que produzem determinadas forças de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos (VENANCIO, 1990).

Fazendo um paralelo com a proposta do movimento da Antipsiquiatria, que contribuiu para a transformação prático-teórica do conceito de desinstitucionalização como desconstrução dos aparatos científicos da Psiquiatria Clássica, compreende-se que foi a Psiquiatria na tradição basgliana que conseguiu efetivamente “responsabilizar-se pelos portadores de transtornos mentais, num trabalho de desinstitucionalização direcionado para reconstruir as pessoas como atores sociais” (ROSA, 2006).

3.2 Os Aportes dos Médicos Psiquiatras e Psicanalistas Brasileiros

Em seguida, será apresentada a teoria/prática de alguns médicos psiquiatras brasileiros:

Ulysses Pernambucano de Melo Sobrinho - foi protagonista de mudanças significativas no modelo hospitalocêntrico, no âmbito do Serviço Público, no estado de Pernambuco, à medida que, enquanto Diretor, implementou melhorias nos serviços e ampliação das atividades do então Hospital da Tamarineira, em 1924 (hoje, denominado de *Complexo “Ulysses Pernambucano”*).

Ulysses criou serviços abertos; estimulou o trabalho em equipe multiprofissional; criou o serviço de visitantes; dinamizou o atendimento ambulatorial; estimulou as sistematizações de práticas cientificamente fundamentadas, veiculadas através de revistas específicas em Recife; criou a Divisão de Assistência a Psicopatas, da qual foi também Diretor; e criou o Serviço de Higiene Mental.

ROSA (2006) ressalta suas experiências inovadoras no Serviço Público e Rocha (1979), ao destacar os autores brasileiros que fundaram a Psiquiatria Social, lembra Ulysses Pernambucano como o precursor. Cerqueira (1984, p.29), por sua vez, enfatiza que Ulysses Pernambucano implantou, em 1931, o Serviço Aberto - uma forma de evitar a internação psiquiátrica, que retirava os direitos civis das pessoas -, abriu o primeiro Ambulatório de Psiquiatria do Brasil e organizou a primeira equipe multiprofissional e uma “(...) ação comunitária extra-hospitalar”.

Luiz da Rocha Cerqueira - considerado como um dos pioneiros na luta antimanicomial, dentre outras contribuições, teve destaque nas orientações para os programas de Psiquiatria Comunitária e na co-autoria do Manual de Assistência Psiquiátrica do antigo INPS, em 1973 (AMARANTE, 1998). Psiquiatra alagoano teve sua formação médica e psiquiátrica no Recife, na década de 30. Inconformado com o que via, lutou em períodos de grande dificuldade política e produziu textos que abriram caminho para o atual pensamento a respeito da Saúde Mental. Ao mesmo tempo que criticava o mercantilismo na área da Saúde, com textos políticos, mostrava, com minuciosas pesquisas, por exemplo, os dados relativos a gastos com internações psiquiátricas, com o sistema ambulatorial e com o auxílio doença.

Cerqueira pensou a formação de profissionais de saúde mental, as prioridades do atendimento, a Terapia Ocupacional, as Emergências Psiquiátricas, a Psiquiatria no Hospital Geral, dentre muitos outros temas. Pinto (2004) destaca que Luiz Cerqueira foi um dos primeiros profissionais de Saúde Mental que conceituou, propôs e tentou colocar em prática algo diverso da Psiquiatria Organicista: uma prática social em saúde mental. Destaca ainda, seus escritos no artigo “Raízes e Tendências da Psiquiatria Social no Brasil”, de 1978, republicado no seu livro de coletânea “Psiquiatria Social – Problemas Brasileiros de Saúde Mental”, de 1984, onde seu mestre Ulysses Pernambucano é citado como “(...) um psiquiatra com alma de sanitarista, descompromissado com o modelo médico-privado-curativo exclusivo”.

Em termos de análise do que estava ocorrendo na organização da assistência à Saúde Mental no País, Pinto (2004) apresenta registros no texto de 1978, onde Cerqueira apontou que os poderes dominantes ainda tentavam esconder a privatização da assistência, isto é, o que chamou de “indústria da loucura”, fazendo referência, inclusive, ao gasto com internações psiquiátricas, quando “(...) já podíamos ter um funcionamento harmonioso, em moldes de vasos comunicantes, todo um sistema hospitalar conjugado com um extra-hospitalar” (CERQUEIRA, 1984, p. 32).

Assim como em outro artigo - Resistências às Práticas Comunitárias - apresentado no V Congresso Mundial de Psiquiatria, no México, em 1971, Luiz Cerqueira destacou “(...) o caráter individualista da profissão médica ainda hoje é ensinado aos psiquiatras, ensejando uma série de racionalizações, para postergar o advento das socioterapias” (CERQUEIRA, 1984, p. 106). Analisou ele ainda outras resistências, “(...) como a de certos sanitaristas, esmagados com as endemias, a se recusarem, de modo geral, a admitir saúde mental em suas preocupações” e, “(...) a mais grave das resistências “(...) a generalizada dificuldade dos psiquiatras em considerar saúde mental como um problema de saúde pública” (CERQUEIRA, 1984, p. 107)”.

Nise Magalhães da Silveira psiquiatra, alagoana de Maceió (AL), nascida em 15.02.1906, era filha única de um professor de Matemática e uma pianista, ligados à elite intelectual e política do Estado. Em 1921, em Salvador (BA), iniciou o curso de Medicina. Ao formar-se, apresentou como tese de conclusão um ensaio sobre a criminalidade da Mulher no Brasil, publicado em 1926, na Imprensa Oficial sob o título “Ensaio sobre a criminalidade das mulheres na Bahia”.

Nise foi aprovada no concurso público, no Rio de Janeiro, em 1933, para médica psiquiatra da antiga Assistência a Psicopatas e Profilaxia. Sua vivência como psiquiatra e moradora do hospital para alienados na Praia Vermelha, segundo Bezerra (1995), demarcou o início da luta contra a Psiquiatria. Após a Intentona Comunista de 1935, foi presa pela ditadura de Getúlio Vargas, tendo sido libertada em 1937. Nos sete anos seguintes, ela passou em exílio em terras brasileiras. Em 1944, retomou suas atividades como psiquiatra no Centro Psiquiátrico Nacional (CPN), em Engenho de Dentro/RJ, onde constatou que a Psiquiatria que praticava nos anos 30 não mais existia em meados dos anos 40, assustando-se, inclusive, com a onda de violência associada a alguns métodos de tratamento das doenças mentais (eletrochoque, o coma insulínico e a lobotomia).

Segundo Dias (2003), ela resolveu não seguir nessa mesma direção, tendo optado pelo tratamento ocupacional como um método terapêutico não agressivo. A introdução da terapêutica ocupacional no CPN deu-se em 1944, no então Hospital “Pedro II” (HP).

De acordo com Bezerra (1995), os trabalhos que reconstróem a trajetória de vida de Nise da Silveira apontam para a importância desse momento, que demarcou o início da sua querela com a Psiquiatria Tradicional, ao colocar-se contra os métodos de tratamento mais utilizados pela Psiquiatria Brasileira naquele momento, que, segundo sua visão, eram de ênfase extremamente organicista, em que as explicações acerca das causas dos transtornos mentais e de comportamentos resultariam de distúrbios biológicos e endócrinos, desconsiderando as explicações psicogênicas ou deixando-as em um lugar secundário. Essas explicações, de base cartesiana, é que justificariam o uso do eletrochoque, do coma insulínico, das psicocirurgias e das quimioterapias.

Segundo Dias (2003), ao assumir a direção da STO do CPN, Nise introduziu um novo método de tratamento e compreensão da esquizofrenia, através das atividades de expressão livre. A inovação terapêutica ali introduzida foi destacada por Bezerra (1995, p. 158) como um mundo totalmente ignorado pelos médicos.

A originalidade de Nise da Silveira foi justamente propor uma nova visão sobre a atividade artística dos alienados, por meio de uma síntese das concepções psicanalíticas, das idéias junguianas e da ocupação terapêutica. No entanto, a terapêutica ocupacional, naquele momento, pouco interessava à Psiquiatria Brasileira, sendo considerada uma prática periférica aos métodos mais disseminados e utilizados. O mesmo acontecia com a arte dos alienados, chamada de “arte psicopatológica”, pela Psiquiatria (DIAS, 2003).

Segundo Dias (2003), Nise encontrou o apoio que precisava junto ao meio artístico, especificamente nas artes plásticas, o que entusiasmou mediante a constatação de que louco podia fazer arte. A repercussão das primeiras exposições da STO fomentou o interesse de artistas e críticos de arte pela arte dos alienados de Engenho de Dentro.

A Arte ocupou o lugar, primeiramente destinado à Ciência, de incentivar e respaldar a expressão artística dos alienados de Engenho de Dentro, o que foi decisivo para que os ateliês de pintura e modelagem da STO se transformassem no Museu de Imagens do Inconsciente, em 1952. Tal foi à contribuição de Nise da Silveira na construção da proposta reformista na Psiquiatria Brasileira.

Oswaldo Santos, psiquiatra e psicanalista, pioneiro da Comunidade Terapêutica no Brasil - abordagem da Psiquiatria que tenta fazer o paciente participar de seu tratamento,

em vez de mantê-lo sedado - fez uma revolução em sua seção no Pedro II, quando lá chegou, em 1967: resolveu cumprir um horário fixo, em vez de medicar os pacientes e ir embora; tirou os doentes da medicação pesada; e os fez participar de reuniões em que se falava de tudo, em que se pintava e cantava, e em que se distribuíam tarefas para cuidar da Enfermaria.

Oswaldo encontrou muita resistência para implantar suas idéias, baseadas na comunidade terapêutica que conheceu em Londres, mas conseguiu e foi um pioneiro da luta contra a chamada *Psiquiatria Carcerária*, aquela que mantém o doente preso ao hospital. O psiquiatra preparou uma equipe que, ao longo dos anos, somou mais de 300 profissionais, entre médicos, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas. Oswaldo Santos é lembrado por ter proporcionado aos doentes mentais uma perspectiva que eles não tinham: a de ter alta e se reintegrar à família e à sociedade.

Em 1969, os pacientes do psiquiatra e psicanalista Oswaldo dos Santos assistiram à chegada do homem à Lua pela TV, na seção Olavo Rocha do CPP II, no Engenho de Dentro. E decidiram que queriam ir à Lua. O médico incentivou a discussão e durante dias debateram juntos como se daria a aventura. Os próprios internos chegaram à conclusão de que isto não seria possível. O médico sugeriu então que se tentasse uma outra aventura, que se pudesse realizar. Os doentes de novo pensaram e decidiram: queriam dar uma volta no quarteirão.

E conseguiram. Pela primeira vez naquele instituto, doentes mentais saíram à rua, num passeio que, aos poucos, foi ganhando distância: a praias, a parques. (Oswaldo dos Santos, aos 67 anos “O Globo”, de 23 de janeiro de 2000).

Hélio Pellegrino - Com a matéria intitulada de **Os Barões da Psicanálise**, publicada no Jornal do Brasil de 23 de setembro de 1980, Hélio Pellegrino, Eduardo Mascarenha e Wilsom Chibabi, psiquiatras, psicanalistas e membros da SBPRJ, criticaram publicamente as sociedades ligadas à IPA. No final da década de 70 e início dos anos 1980, na realidade brasileira ocorreram vários processos de alta intensidade política que repercutiram nas sociedades psicanalíticas. Várias crises foram demarcadas a partir de questionamentos à Psicanálise no Brasil - considerada por um grupo significativo de profissionais como uma prática elitista que não considerava a realidade brasileira em seu conjunto; representada por um saber importado e cujas instituições reproduziam, em suas estruturas, características da sociedade brasileira, como o desnível e o privilégio entre seus

membros (PONTE, 1999).

Uma das conseqüências desse processo foi o início das clínicas sociais de Psicanálise, sendo que a primeira, no Brasil, foi fundada por Hélio Pellegrino e Catarina Kemper, em 1973. Esse tipo de clínica, destinado à população que não podia arcar com os custos regulares de consultórios particulares, posteriormente foi sendo adotado pela maioria das sociedades psicanalistas.

Nessa perspectiva, a Psicanálise apresenta uma função social por aumentar seu potencial de aplicabilidade, à medida que possibilita entenderem-se determinados processos psíquicos ou as relações entre as pessoas ou, ainda, a formação de coletivos. Com esta possibilidade, quanto ao uso da Psicanálise, Hélio Pellegrino não se deixou engessar pela teoria e colocou-se a serviço da humanidade – em seu texto **Pacto Édipo, Pacto Social**, escrito em 1987 -, fazendo uma leitura psicanalítica de fenômenos sociais complexos. Articulou questões clínicas com questões sociais adequando a clínica ao contexto histórico- social-político, o que possibilitou uma extensão da teoria psicanalítica aplicada à Antropologia e à Sociologia, o que denominou de Antropologia Psicanalítica. Ao fazer análise sobre alguns problemas decorrentes do Capitalismo no Brasil, sustentou-se na Teoria da Constituição do Sujeito, fundamentada no Complexo de Édipo e na Teoria da Castração, propostos por Freud. Com esta leitura, Pellegrino se propôs possibilitar a compreensão do crescente surto de violência e delinqüência que dilacera até hoje o tecido social brasileiro, nas grandes cidades (FARIAS, 2006).

Mediante essa panorâmica que caracteriza as influências internacionais na realidade nacional, em termos do movimento da Reforma Psiquiátrica, compreende-se a composição heterogênea, dotada de contradições significativas que originaram o MTSM. No entanto, como movimento social, faz-se importante observar sua coesão e relativa eficiência em reunir e operacionalizar pautas comuns.

A partir do exposto, o movimento reformista teve na sua constituição antiga integrantes do movimento sanitário participantes dos governos estaduais ou federais (Ministérios da Saúde e da Previdência), e de outros como: sindicalistas, membros de associações profissionais, associações de familiares e ex-psiquiatrizados. A aglutinação do MTSM, que incorporou pautas da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria, pôde significar uma importante revitalização do movimento, a partir da década de 1987, como já apresentado. Mesmo que, inicialmente, o MTSM tenha sido marcado por certa

radicalidade, que provocou afastamentos de associações científicas e profissionais, uma vez reorganizado nas realidades de cada estado brasileiro (às vezes com designações diversas), passou a compartilhar de um mecanismo de deliberação nacional, que foi reunindo pautas de luta daqueles setores mais críticos da área acadêmica e profissional. É tanto que, nos últimos anos, tem sido possível observar no Brasil uma série de conquistas importantes no que diz respeito aos desafios de uma verdadeira reforma psiquiátrica.

Levados pelos interesses de trabalhadores em saúde mental, usuários e familiares que lograram constituir um instigante movimento social, os movimentos de luta antimanicomial, em sucessivos encontros e através de lutas concretas em cada estado brasileiro, em inúmeros fóruns e entidades representativas, foram sendo construídos com a preocupação de desconstruir o antigo modelo asilar e fundar alternativas de tratamentos que fossem resolutivas e humanistas. Dessa forma, um novo olhar sobre a loucura passava a ser compartilhado com a Sociedade, contrastando antigos preconceitos, de forma alegre e libertária.

3.3 A Geração das Associações de Usuários, Familiares e Amigos das Pessoas com Transtornos Mentais.

Amarante (1998), citando Lougon e Andrade (1993), se refere a alguns movimentos familiares internacionais, que antecederam as Associações de Usuários e Familiares, no contexto da construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como, por exemplo, reações de familiares nos EUA ao responderem à política de desinstitucionalização, entendida como uma devolução às famílias dos cuidados para com seus doentes. Outros movimentos referem-se à reação de familiares às teorias sociogenéticas, que sugeriram ser a causa da esquizofrenia o padrão de relacionamento intra-familiar inadequado, propostas pelo modelo da Antipsiquiatria de Laing e Cooper e, na Itália, com resistências a partir do entendimento

da desospitalização.

Tais reações de familiares são compreendidas por Amarante (1998) como incitadas por correntes conservadoras da Psiquiatria, tanto advindas de Universidades quanto de empresários de clínicas psiquiátricas. Têm-se registros, aqui no Brasil, da criação da AFDM, em 1991, no Rio de Janeiro, que surgiu a partir da pressão de empresários de clínicas psiquiátricas particulares ligadas à FBH, mediante a ameaça representada pelo Projeto de Lei de Paulo Delgado - nº. 3.657/89, que alegava às famílias dos pacientes internos que o movimento de desinstitucionalização ia impedir a internação e conseqüentemente deixaria a pessoa com transtorno mental sem assistência.

Até hoje, a Associação de Familiares – SOSINTRA -, criada no Rio de Janeiro em 1979, posteriormente denominada de “Entidade de Familiares Problematizados e Simpatizantes” dá exemplo de um movimento social que nasceu da constatação da insuficiência da assistência pública e da busca de soluções na participação dos familiares dos próprios doentes mentais e de pessoas que simpatizavam com a causa.

Nessa lógica de iniciativa, faz-se importante compreender que a utilização do termo *problematizado* revela o papel social de tal entidade – o de definir a pessoa com transtorno mental como um portador de uma doença como outra, passível de estigmatização, mas, contra a qual, se deve lutar. Entende que, para tal, necessita-se de espaços para exercitar a solidariedade e a cidadania, à medida que: estimula e busca nas comissões e conselhos de comunidade uma possibilidade de escuta e interlocução; promove debates com técnicos, representantes da comunidade e estimula a adesão de usuários; além de abrir espaços em instituições de cuidado e passar a ter uma atividade regular de discussão com familiares, técnicos e usuários. Tal entidade se firmou no cenário das Políticas Públicas a partir dos eventos estaduais preparatórios e da participação com delegados na I CNSM, em junho de 1987 (AMARANTE, 1992).

Outras associações de usuários e familiares continuam sendo criadas desde a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, de Paulo Delgado, no Congresso Nacional, quando mobilizou iniciativas em todo o território nacional, gerando discussões significativas na sociedade em geral, inclusive no interior das entidades de assistência psiquiátrica. Hoje têm-se registros de inúmeras entidades criadas em todo o País que acreditam na luta pela Reforma Psiquiátrica e que vêm mais além da proposição de novos serviços para a assistência às pessoas com transtorno mental, além de crerem que a RPB

pressupõe uma mudança radical na abordagem e tratamento desse tipo de sofrimento. Mas, para tal alcance, muito precisa ser feito, haja vista conviver-se ainda com a existência de uma média de 45.000 leitos psiquiátricos no Brasil, o que confirma a continuada exclusão social da pessoa com sofrimento mental, um dos graves problemas sociais e culturais que continua assolando a realidade brasileira.

Os movimentos associativos antimanicomiais existentes no país apontam que poucas são as discussões em torno da prática de trabalhadores neste novo modelo, e que dá-se ainda a continuidade de atos de violências nos sistemas manicomiais, além do grave problema quanto a falhas de comunicação e trocas de informações dentro da rede antimanicomial.

Na ocasião do II Encontro da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial, em 28 de junho do corrente ano, várias entidades assinaram uma carta ao Presidente da República do Brasil¹¹ (Anexo 7), como instrumento tanto de agradecimento pela iniciativa governamental de criar o Programa “De Volta Pra Casa”, quanto de reivindicação de benefícios sociais que não anulem direitos de cidadania, a exemplo de interdições para terem acesso a esse tipo de benefício. Na referida carta, foi reafirmada ainda a expectativa na aceleração do processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos, reforçado com denúncias de continuidade de mortes nos sistemas manicomiais. Outrossim, foram solicitados ainda mais recursos para a criação da Rede Substitutiva de Saúde Mental e Cooperativa Social e, sobretudo, a garantia de tratamento justo e humano dos serviços abertos e comunitários.

Na realidade local, foi enfim instituída, em 2006, em Natal/RN, a Associação de Usuários, Familiares, Amigos e Trabalhadores dos serviços de saúde mental – PLURAL -, como exemplo de continuidade da luta contra o desrespeito para com a cidadania das pessoas com transtornos mentais. Essa Associação foi fruto de várias e sucessivas

¹¹ Na ocasião do II Encontro da Rede Nacional internúcleos da Luta Antimanicomial, várias entidades, descritas abaixo, assinaram uma carta ao Presidente da República do Brasil - Tal documento foi assinado por entidades antimanicomiais atuantes, em 1º de julho de 2007, a saber: Associação “Chico Inácio” – AM; ASUSSAM-MG; ASSUME-MG; Associação “Loucos por Você” – Ipatinga-MG; Associação “Verde Esperança” – BH-MG; Fórum Mineiro de Saúde Mental – MG; Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental do Estado de Goiás – GO; Fórum Goiano de Saúde Mental – GO; Fórum Cearense da Luta Antimanicomial – CE; Fórum Gaúcho de Saúde Mental – RS; Instituto “Damião Ximenes” – CE; Movimento dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental da Bahia – BA; Núcleo de Estudos pela Superação do Manicômio – BA; Movimento Pró-Saúde Mental do Distrito Federal – DF; Núcleo Estadual de Saúde Mental – AL; Núcleo Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial – RN; Núcleo Libertando Subjetividades – PE; Núcleo “Por Uma Sociedade Sem Manicômio” – SP; Núcleo da Luta Antimanicomial da Paraíba – PB; Núcleo Antimanicomial do Pará – PA.

discussões e veio a acontecer exatamente num momento crítico, do panorama local, em que ocorriam alguns afastamentos, por parte da SMS, de trabalhadores de saúde mental do CAPS II OESTE, engajados no movimento da Reforma Psiquiátrica no sistema de saúde da cidade de Natal.

Momento difícil, porém rico, no percurso da Reforma Psiquiátrica, em Natal, principalmente por ter sido efetivado com a participação de usuários, familiares e trabalhadores dos serviços substitutivos, presentes nas plenárias do CMS, da Comissão de Saúde e Direitos Humanos da Câmara Municipal de Natal e do Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental, num movimento em reação aos referidos afastamentos por iniciativa da atual gestão municipal.

Em vista disso, os movimentos associativos ora apresentados têm papel fundamental na luta antimanicomial e no resgate dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais.

Capítulo 4

Perspectivas Natalenses Rumo à Reforma Psiquiátrica Brasileira

O Rio Grande do Norte foi o primeiro estado nordestino a criar um NAPS na capital, no distrito sanitário leste de Natal, em 1994. embora ROSA (2006, p.91) pontue que esse estado foi, na realidade, o segundo do Nordeste a criar esse tipo de Núcleo, por ter sido no interior do CE, em Iguatu, no ano de 1991, a criação do primeiro NAPS.

Em Natal/RN, o período de 1993 a 1995 foi considerado como o primeiro momento de implantação de dispositivos de atenção comunitária em saúde mental, compreendido como principal estratégia de implementação da Reforma Psiquiátrica, em substituição ao sistema manicomial vigente, como poderá ser visualizado no Anexo 08.

Os marcos expostos no quadro denominado de “História da Saúde Mental em Natal” (Anexo 8) significaram as principais estratégias de implementação do movimento reformista na cidade de Natal/RN, por ter conseguido ”deslocar o lócus histórico da assistência do hospital psiquiátrico para serviços comunitários. Além de ter implementado ações de cidadania por implantar um novo processo de trabalho, fundamentada na equipe multidisciplinar e no paradigma da reabilitação social” (ROSA, 2006, p.96).

As estratégias citadas no Anexo foram materializadas às custas da vontade política e da sintonizada interlocução entre trabalhadores que abraçavam e abraçam até hoje a causa da saúde mental, juntamente com aqueles que se encontravam à frente das Secretarias de Saúde Municipal e Estadual e o Ministério da Saúde via Coordenações de Saúde Mental Nacional, que, “após a realização da I Conferência Municipal de Saúde Mental em 1992 geraram a primeira proposta de assistência à saúde mental, orientada pelos pressupostos reformista” (ROSA, 2006, p.95), denominada na época de “*Proposta de Reorientação da Atenção em Saúde Mental no Município de Natal*” (E. 27).

Para que o leitor perceba o quê e o quanto foi escrito na história da Reforma Psiquiátrica Natalense, faz-se necessário proceder tal releitura, contando com os depoimentos colhidos nas entrevistas para a construção desta Dissertação, a saber:

Na década de 80, mais precisamente em 1986, com o advento da 8º CNS, demarcou-se, historicamente, a luta pela saúde coletiva no País, resultando na criação do SUS, norteado por diretrizes e princípios de universalidade, integralidade, descentralização e participação popular, equidade, preservação da autonomia dos usuários, igualdade na assistência à saúde, direito à informação, utilização da epidemiologia, intersetorialidade, racionalidade e resolutividade. Neste sentido, a municipalização da saúde foi a estratégia priorizada para ser cumprida, acontecendo, assim, como desdobramento à criação, nesse mesmo ano, da Secretaria de Saúde no Município de Natal.

Na década de 90, especificamente em 1992, realizou-se em Natal/RN a I CMSM e a II CESM do RN, que deram continuidade ao processo de luta em busca do resgate efetivo do direito a uma vida digna para as pessoas com transtorno mental, que culminou na

realização da II CNSM. A Reforma Psiquiátrica foi aprovada e propôs a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por uma rede de serviços diversificada de atenção à saúde mental.

Nesse contexto, Natal passou a discutir um projeto de implantação de dispositivos de atenção à Saúde Mental, como: ambulatórios de Saúde Mental; hospital dia/noite; NAPS; CAPS; centros de convivência e cooperativas; lares abrigados; emergências; urgências; leitos e enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, *“a partir dos profissionais de saúde e sociedade civil organizada, com o apoio da administração municipal através da SMS”* (E. 27).

Em termos de capacitação de trabalhadores de saúde, com o propósito de qualificar a interlocução multiprofissional e promover a inserção dos profissionais na saúde pública, foram articulados, numa ação conjunta entre MS, UFRN, SESAP/RN, SMS/NATAL, os Cursos de Especialização em Saúde Pública e em Saúde Mental. Este realizou-se com carga horária de 700 h, no período de agosto de 1992 a 1993, com um corpo discente formado na sua maioria por psicólogos, assistentes sociais e poucos psiquiatras vinculados às Secretarias de Saúde, que se submeteram ao processo de seleção e formaram uma turma de especialistas em saúde mental. O corpo docente então constituído era de professores da UFRN, que, de alguma forma, estavam envolvidos com a causa da saúde mental, e por atores da Reforma Psiquiátrica do cenário nacional, como: Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado e Dra. Ana Maria Fernandes Pitta, dentre outros.

O período entre 1993 e 1995, em Natal, foi considerado como o momento de implantação de dispositivos de atenção comunitária em saúde mental, que, inclusive, contou com o reforço da aprovação da Lei Estadual nº. 6.758/95, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Esse período foi compreendido como principal estratégia de implementação da Reforma Psiquiátrica, em substituição ao sistema manicomial vigente, conforme aprovação na II CNSM.

A criação de equipes multidisciplinares permitiu a evolução de discussões para as implantações dos NAPS, CAPS e Unidades de referências de álcool e drogas. Tais equipes foram assessoradas por atores da reforma psiquiátrica que se encontravam vivenciando experiências de implantação dos serviços substitutivos em Santos/SP, São Paulo/SP e Rio Grande do Sul, além de realizações de oficinas para organização dos serviços promovidas pela SMS, via coordenação de saúde mental (E. 27).

Os anos entre 1996 e 1998 foram marcados pela intensidade de acontecimentos em

âmbito local, em busca da efetivação da Reforma Psiquiátrica, o que mobilizou discussões mais amplas sobre as possibilidades de avanço do movimento reformista em Natal, com repercussão nacional. Tais acontecimentos, a seguir mencionados, foram de grande peso na história da saúde mental natalense: O trabalho realizado com os auditores do Estado para levantamento de perfil de usuários dos 03 hospitais psiquiátricos da cidade de Natal – PAD e o PNASH/Psiquiatria; A vinda da caravana do MS para auditoria nos serviços psiquiátricos do Município; A SMS com a gestão plena, o que intensificou as discussões, inclusive na mídia local, sobre a RPB; O seminário que fomentou discussões sobre a saúde mental e hospitais gerais, o que gerou a criação de leitos psiquiátricos no HUOL; Cursos de Capacitação em Saúde Mental para médicos da Rede de Saúde, que enfocou: A atenção à criança e adolescentes; A clínica da psicose e o uso racional de medicação; As discussões sobre uma equipe mínima de saúde mental no PSF; A realização do encontro do CONASEMS, sediado em Natal, com a participação de 150 pessoas; A realização de assessorias e capacitação de álcool e drogas; A realização de oficinas nos NAPS sobre os Direitos Civis dos Usuários; As diminuições de internações em sistemas manicômios e o Levantamento da demanda dos usuários. *“Todo esse movimento, por um lado foi visto como um momento de muitos conflitos, mas por outro Natal/RN alcançou visibilidade a nível Nacional” (E.27).*

Um período de efervescência, entre os anos de 1999 e 2001, demarcado por inúmeras realizações que possibilitaram uma ampliação a partir da materialização das diretrizes e princípios fundamentais da Reforma Psiquiátrica, como a integralidade e a intersetorialidade, à medida que a SMS, via coordenação de saúde mental, conseguia estabelecer a interlocução multiprofissional e intersetorial. Precisamente, em 1999, ocorreu mudança na Coordenação de Saúde Mental – passagem da coordenação de Elizabete Freitas, psicóloga, até então coordenadora desse Setor da SMS, para Maristela Pinheiro, assistente social, membro da equipe da Coordenação de Saúde Mental desde a sua criação.

A partir de então, Elizabete Freitas assumiu a função de assessoramento e supervisão, inicialmente do NAPS Oeste e CAPS Leste e Norte de álcool e outras drogas, fato que levou a uma intensificação das reuniões e supervisões dessas equipes, cuja conseqüência foi um maior amadurecimento e comprometimento a partir do trabalho de equipe. A atuação de Freitas possibilitou ainda uma intensificação das intervenções com os familiares dos usuários nos serviços, o que favoreceu a ampliação da participação destes em todos os eventos.

Ainda nesse período, foram ampliados os trabalhos de inclusão a partir do estabelecimento de parcerias com a Casa dos Ofícios, que resultou no oferecimento de cursos de capacitação para as pessoas com transtornos mentais, usuárias dos serviços de saúde mental. A integralidade das ações tomou forma na realização, em 2000, de oficinas preparatórias para a construção do projeto denominado de “Lokomotiva”. A partir da escolha do nome do projeto, numa interface entre trabalhadores, usuários e familiares dos serviços de saúde mental existentes em Natal, foi criado o núcleo de produção de pintura de camisetas e telas, o que viabilizou a realização de oficinas interativas, e a participação e comercialização dos produtos em feiras de artes locais e nas feiras “Brasil Mostra Brasil”, em Natal/RN e João Pessoa/PB, bem como na própria Loja do “Lokomotiva”, localizada no NAPS Leste, Rua Trairi, 526, Petrópolis.

Como desdobramento da locomoção e interface possibilitada pelo Projeto “Lokomotiva”, foi realizado o 1º carnaval de rua do Distrito Oeste, denominado de “Carnamente”, idealizado pelo NAPS Oeste, que envolveu outras entidades daquele Distrito, como: Unidades de Saúde, Centro Comunitário “Marly Sarney” e ainda a participação dos NAPS e CAPS do Distrito Leste. Tal iniciativa motivou maiores mobilizações que culminaram na inclusão do Bloco do Lokomotiva na agenda oficial para abertura do Carnaval de Natal, o que aconteceu em 2001 e 2002, como resultado de várias reuniões e oficinas, que possibilitaram a ampliação da integralidade e intersetorialidade na mobilização em prol do Carnaval do Lokomotiva.

Ainda caracterizando momentos de efervescência da Reforma Psiquiátrica em Natal, tiveram papel fundamental no resgate da cidadania das pessoas com transtornos mentais as realizações das ações de saúde, como os fóruns distritais, com oficinas de sensibilização e debates sobre saúde mental e direitos humanos, com a participação das unidades de saúde dos distritos sanitários, em 2000; e as realizações do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental Norte e Nordeste, que contou com a participação dos estados do Piauí, Ceará, Paraíba e Pernambuco e participação do Conselho Federal de Psicologia.

Neste evento, além de terem sido identificado as situações e problemas específicos dos estados envolvidos, bem como os recursos existentes e os instrumentos necessários para a sua superação, ficou patenteada a aplicação de uma estratégia política que possibilitou trocas e reconhecimento/legitimidade ao processo da Reforma Psiquiátrica, em curso, da cidade de Natal (ROSA, 2006, p.98). Tais iniciativas merecem destaque por

transcenderem as intervenções terapêuticas no interior dos serviços substitutivos, à medida que conseguiam priorizar a dissensão política na efetiva busca dos direitos humanos como prática política, como conquista histórica e como processo participativo e organizado.

Tal evento ocorreu na Câmara Municipal de Natal, levando à criação do Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental, em novembro de 2000, o que deu suporte para o Projeto de Lei nº 80/2001, que obrigava o gestor municipal a dinamizar as mudanças postuladas pela Reforma Psiquiátrica. Como resultado, teve-se a aprovação da Lei nº. 5.281/2001 (Anexo 9). Tal dispositivo legal foi indispensável para o avanço da Reforma em âmbito local, possibilitando as seguintes iniciativas: as discussões entre SMS e UFRN, que serviram para que fosse estabelecido parceria para a realização de estágios curriculares nos serviços de saúde mental; as pré-conferências distritais, II CMSM e III CESM, com envolvimento das UBS, Serviços Substitutivos e Hospitais psiquiátricos, além de outras entidades afins, o que culminou na participação efetiva de trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares, como delegados, na III CNSM, em Brasília, em 2001.

Em 2002, o Lokomotiva, com o slogan “VAMOS CAIR NA FOLIA” colocou nas ruas todos aqueles que acreditavam ser possível a inclusão social das pessoas com transtornos mentais (E.27). Também houve, ainda nesse mesmo ano, sob a então Coordenação de Saúde Mental da SMS a realização do Encontro Nacional dos Serviços de Referência da Rede de Serviços de Saúde Mental, no Hotel “Praia Mar”, em Ponta Negra/Natal, com a participação efetiva de trabalhadores, usuários e familiares em oficinas, composição de mesas e apresentação de trabalhos. Foram ainda realizadas oficinas distritais para debate de Saúde Mental, no PSF, com assessoria de Gustavo Couto, então assessor do Ministério da Saúde, além do III Encontro da Região Nordeste da Luta Antimanicomial, em Caicó/RN, ao qual se fez presente significativo número de trabalhadores, usuários e familiares dos serviços de saúde mental de Natal. Também ocorreu nesse ano o redimensionamento das modalidades, a redefinição de conceitos e os refinanciamentos dos serviços de saúde mental, através da Portaria Ministerial nº 336/2002, o que provocou, nas equipes, discussões acaloradas em favor de uma maior compreensão das novas propostas, incluindo usuários e familiares no entendimento do significado da mudança de nomenclatura de NAPS para CAPS, mediante capacidade de atendimento dos serviços

Entretanto, além do movimento constante e contínuo, peculiar à caminhada rumo à Reforma Psiquiátrica Brasileira, o ano de 2002 foi demarcado pelo enfrentamento de

dificuldades administrativas nos serviços de saúde mental, com vistas a manter o que até então se tinha conseguido, ante a mudança da administração municipal e do Secretário de Saúde da SMS.

Como exemplo vivo da amortização do ritmo do movimento reformista vivido nos anos anteriores na realidade da cidade de Natal, teve-se o caso do médico e vereador Aluísio Machado, que propôs outro Projeto de Lei nº. 100/2002, alterando de forma substancial as prioridades da lei anterior e garantindo, na forma da lei, que a assistência ao usuário dos serviços de saúde mental ainda se utilizasse de clínicas e hospitais especializados. Tal estado de coisa evidencia as dificuldades enfrentadas para a efetivação do proposto nos moldes da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Forças políticas opositoras emanadas de interesses manicomialistas forçavam, também no cenário local, a adoção de dois tipos de modalidades no trato da saúde mental.

No período de 2003 a 2005, os serviços substitutivos passaram a enfrentar um distanciamento e diferenças entre os serviços de saúde mental e as então Coordenações de Saúde Mental da SMS, fato que instaurou sérios conflitos. Em 2003, foi exonerada do cargo de Coordenadora de Saúde Mental a servidora pública Maristela Pinheiro e, conseqüentemente, toda a equipe que esteve à frente das ações referente à saúde mental na SMS, desde sua criação. Este foi um momento histórico demarcado também pelo fim do Projeto “Lokomotiva”. Com o descarrilamento desse Projeto, foi instaurada intensa crise nos serviços substitutivos aos sistemas manicomialistas, uma vez que ficou impossibilitada a mobilização necessária que gerava energia, ou seja, a mobilização que punha o Setor de Saúde Mental em pleno movimento.

No auge da crise institucional por solicitação dos serviços, Elizabete Freitas reiniciou as supervisões em outubro de 2003. Com isso, algumas iniciativas alcançaram vulto, numa tentativa de superação, como, por exemplo, a realização, em dezembro, pela SMS, do seminário de organização de serviços de saúde mental, quando se divulgou a criação do Fórum de Saúde Mental.

Em 2004, as representações desses serviços foram convidadas para participar de um carnaval no Clube “Albatroz”. Mas, não se contava mais com a energia gerada pelo “Lokomotiva”.

Nessa fase, houve a realização de um debate público na Assembléia Legislativa, promovido pelo Movimento da Luta Antimanicomial, com a participação dos psicólogos e

militantes Marcus Vinícius e Marcela Lucena, sobre direitos humanos e saúde mental. Ainda com o apoio do Ministério da Saúde, os Coordenadores dos CAPS AD Leste e Norte participaram do Congresso Brasileiro de CAPS AD, em Santo André/SP. Os Coordenadores dos CAPS II Leste e Oeste, por sua vez, participaram, nesse mesmo ano, do Congresso Brasileiro de CAPS, realizado em São Paulo, onde foi apresentado o tema “Equipe de Referência”, por Maria de Fátima Nascimento, então Coordenadora do CAPS II Oeste.

Continuando a caminhada “*sem deixar o barco afundar*” (expressão proferida por um usuário no seminário de comemoração dos 10 anos do CAPS II OESTE, em agosto de 2005) também foi realizado, em maio de 2005, o Seminário “Novos Arranjos Familiares – um diálogo transdisciplinar”, promovido pelo Instituto Potiguar de Direito Público e o Núcleo Psicanalítico do Rio Grande do Norte. Tratou-se de mais um esforço de promover a integralidade e intersetorialidade entre profissionais da Saúde, do Direito e outras áreas afins, para discutir a inclusão social pela família.

Nesse contexto, em 2005, houve mudança de coordenador de saúde mental da SMS, o que possibilitou a realização de reuniões sistemáticas das coordenações locais dos CAPS e de representatividade de trabalhadores junto à então Coordenação de Saúde Mental da SMS, que viabilizaram discussões sobre as dificuldades de funcionamento dos serviços. As questões a que essas discussões referiam-se estavam relacionadas à redução da equipe, devido à carência de recursos humanos, ao não-incentivo financeiro (pauta de reivindicação antiga), às instalações físicas inadequadas, à irregularidade no fornecimento de medicações específicas, à carência de ações integrativas entre os CAPS e demais serviços da rede de saúde local e ao distanciamento da Coordenação da SMS no diálogo e decisões junto aos serviços de saúde mental. Tais dificuldades foram percebidas pelo Fórum, como, por exemplo, problemas comuns aos serviços ali representados e os que se referiam a gestão.

A partir dessa interlocução, foi elaborado um documento reivindicatório apresentado à SMS, via Coordenação de Saúde Mental, com as dificuldades enfrentadas pelos serviços desse Setor, o que provocou desencontros de idéias e acirramento dos ânimos, tendo reforçado novo distanciamento e a inabilidade na resolução do conflito.

Ocorreram, entretanto, fatos pontuais e isolados, ou seja, sem a participação efetiva de toda a rede, tal como a inauguração do Serviço de Residência Terapêutica no Distrito Leste de Natal (para pessoas com transtornos mentais egressos do Hospital “João

Machado”, sem vínculos familiares).

Na ocasião da Conferência Comemorativa dos 15 anos da Declaração de Caracas, de 07 a 09 de novembro de 2005, quando foram refletidos tanto os alcances quanto os fracassos do passado referentes à Reforma Psiquiátrica, aqui especificando a realidade brasileira, estavam ocorrendo paralelamente, na realidade natalense, discussões em prol da manutenção do que havia sido até então conquistado em termos de estratégias de implementação das reformas.

No final de 2005 e início de 2006, ficou definido pela não-manutenção da interlocução entre os serviços de saúde mental e a Coordenação de Saúde Mental da SMS, inclusive a Rede de Saúde. A instauração do conflito foi inevitável ante o enfraquecimento, provocado estruturalmente. Assim, os serviços continuaram trabalhando pela sua sobrevivência, sem a devida articulação dos propósitos comuns entre a Rede de Saúde Mental e a da Saúde como um todo. Quase sem o aparato institucional devido, cada serviço continuou caminhando.

4.1 CAPS II Oeste – Universo de Estudo

Em 14 de julho de 1995, a SMS instituiu na cidade de Natal/RN, no Distrito Sanitário Oeste, o segundo serviço de saúde mental, o então denominado NAPS OESTE.

Mas, só a partir da II CNSM, em dezembro de 1992, quando foi aprovada a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que propôs a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por uma rede de serviços diversificados de atenção à saúde mental, através de: Unidade de Saúde, Hospital-Dia, Hospital-Noite, Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial, Centro de Convivência e Cooperativas, Lares Abrigados, Emergências, Urgências, Leitos e Enfermarias de Saúde Mental em Hospital Geral, é que tais iniciativas puderam ser configuradas.

Vale ressaltar, todavia, que a construção do desenho de uma rede de atenção à Saúde Mental do município de Natal/RN resultou de discussões em oficinas sistemáticas e contínuas que antecederam e que se desdobraram nos fóruns da I CMSM, em Natal, e da II CESM do RN, realizados em 1992, os quais antecederam a acima citada Conferência Nacional. Nesses eventos, os problemas e necessidades que caracterizaram as demandas e o mapeamento sanitário do Município foram identificados pelos profissionais de Saúde que compunham o quadro funcional da SMS. Tais problemas apontavam para a necessidade de discutir-se desde as questões relativas ao alto consumo de álcool e outras drogas até o uso abusivo de psicotrópicos, em algumas áreas de forma mais intensificada. Essas discussões foram se delineando e culminaram na possibilidade de criação de alguns serviços, inclusive do NAPS OESTE.

Para isso, contou-se com as idéias, a vontade, as sugestões e planos dos trabalhadores de saúde e da Sociedade Civil Organizada, mobilizados para dar continuidade ao processo de luta em busca do resgate dos direitos à vida, à dignidade e à liberdade das pessoas com transtornos mentais. Contou-se ainda com a disposição de alguns gestores públicos locais, para serem efetivadas algumas das propostas aprovadas nas conferências já referidas. Inicialmente, transcorreu a implantação do NAPS LESTE, em 1994.

No ano seguinte, deu-se a implantação do NAPS OESTE, que fez parte do desenho de uma rede de atenção que se destinava a atender à demanda específica do Distrito Oeste da cidade de Natal. Tão Núcleo instalou-se num momento favorável politicamente à Reforma Psiquiátrica, embora crítico, por mobilizar fortes resistências tanto em termos de concepções teóricas, como de valores sustentáculos da estrutura manicomial.

Paralelamente às discussões para a implantação desses serviços, outros investimentos foram feitos, no sentido de se vir a conhecer a realidade de outras cidades brasileiras que caminhavam rumo à consolidação da Reforma Psiquiátrica. Foram visitados os serviços oferecidos no Rio Grande do Sul, especificamente em Bagé, Novo Hamburgo, São Lourenço e Porto Alegre; em Curitiba/PA, Santos e São Paulo/SP. Nessas ocasiões, foram firmadas tanto trocas de conhecimento como possibilidades de parcerias, na forma de assessorias viabilizadas no decorrer da implementação do NAPS OESTE.

O desenho da rede de atenção proposto pela então Coordenação de Saúde Mental da SMS compreendia inicialmente a implantação de ambulatórios de atenção à Saúde

Mental na assistência básica, por compreender a necessidade de se reverter a lógica da hospitalização, segundo a qual, na época, a porta de entrada se dava via internação nos hospitais psiquiátricos.

Dificuldades advindas de questões técnicas, administrativas e políticas inviabilizaram, porém, a implantação dos ambulatorios. A falta de psiquiatras envolvidos com os ideais da Reforma proposta e resistências oferecidas pelas entidades de classe e de formação médica também dificultaram a difusão dos novos paradigmas para a Saúde Mental.

“Naquele momento foi proposto a construção de um NAPS como uma forma de se contrapor ao modelo vigente [...]. Mesmo sabendo que estaríamos começando “pelo telhado e não pelo alicerce”, mas era a estratégia que tínhamos para a partir daí tentar deflagrar um processo que pudesse mudar o modelo de atenção a saúde mental existente na cidade. A partir daí, passa a ser discutido uma proposta que se adequasse a nossa realidade [...]. Desde o início da elaboração da proposta foi acordado com os gestores municipal a construção de um NAPS por distrito sanitário. A princípio, o setor leste foi escolhido como ponto estratégico, pelo fácil acesso para população de todos os bairros devido à malha viária da cidade de Natal. [...] era o início, foi levado em consideração a importância de montar um serviço na região central que facilitaria o acesso a pessoas de outras regiões, mas já com a concepção que no momento que implantasse esse, continuaríamos a estruturar outros nos distritos oeste, norte e sul. Então foi montado o serviço no leste. A partir de então se optou pelo oeste, sendo que este foi implantado no Centro de Saúde da Cidade da Esperança por razão da existência de um ambulatório de psiquiatria coordenado pela psiquiatra Maria Luísa Tasso. Era um trabalho de um grupo que discutia a incidência do uso de Benzodiazepínicos, que era intenso na região. Então, pensou-se na Unidade Mista da Cidade da Esperança como possibilidade de implantação de um NAPS {...} com a possibilidade de uma atenção ambulatorial e que tivesse leitos de curta duração para atender casos de urgências psiquiátricas. Foi algo complicado e não contou-se com a disposição de médicos clínicos no atendimento das urgências nos plantões [...]”(E.25).

Nesse contexto, a SMS foi adquirindo competência e responsabilidade de gerenciamento e, com relação à atenção à Saúde Mental, já contava com um ano de experiência no Distrito Leste. Uma auditoria no período de 1995 a 1996 proporcionou discussões sistemáticas, ao realizar uma análise do perfil dos usuários que se encontravam internados nos hospitais psiquiátricos, fazendo um levantamento de suas origens e dos endereços dos familiares. Esse trabalho de auditoria se deu paralelamente ao processo de municipalização e ao avanço acerca da Saúde Mental.

Com a municipalização, a Unidade de Saúde Mista da Cidade da Esperança passou a ser gerenciada pela SMS, dando-se início à discussão junto às diversas equipes, inclusive com as de plantão, sobre a idéia de implantar leitos de curta duração para as urgências psiquiátricas. Tal processo demandava mais tempo para discussões, devido às dificuldades

encontradas em termos de divergentes concepções sobre a loucura e referenciais técnicos originados nas formações profissionais.

A decisão por parte do gestor municipal de inaugurar o NAPS OESTE foi rápida, embora ainda não se tivesse definido a equipe. Decidiu-se partir do núcleo coordenado pela psiquiatra Maria Luísa Tasso, que funcionava no Centro de Saúde da Cidade da Esperança. O Distrito Oeste tinha como característica uma população residente em bairros populares, com alta incidência do uso de benzodiazepínicos, variável que influenciou na avaliação de uma população que precisava de atenção também quanto à saúde mental.

Com a inauguração de mais um serviço de atenção à saúde mental, como estratégia substitutiva aos sistemas manicomiais, sentiu-se a necessidade de se rediscutirem conceitos acerca da saúde mental, o que provocou inquietações e mobilizou questões internas no núcleo existente, além das questões externas concernentes às resistências já citadas, que precisaram ser dirimidas.

Inicialmente, alguns acordos precisaram ser feitos em termos de espaços físicos, que seriam provisórios até se conseguir instalar-se em uma casa. O início foi demarcado por longas conversas com os profissionais que constituíam o trabalho anterior e pela recepção de outros profissionais do quadro funcional da SMS, encaminhados pelo Setor de RH. Outros foram convidados por já participarem das discussões sobre a Reforma Psiquiátrica e mostrarem-se interessados em compor a equipe. Somaram-se ainda a esses os recém-contratados por Concurso Público. Assim, foi formada uma equipe multidisciplinar, tanto com profissionais que já vinham de uma construção anterior e cultivavam as idéias da Reforma, como com outros com familiaridade em saúde pública e até mesmo recém-chegados no Serviço Público. Nesse início, a ênfase recaiu nas discussões sobre a proposta, à luz das diretrizes e princípios do SUS e da RPB, para composição e construção da equipe de trabalho.

A realização de oficinas, participações de seminários e de atos públicos foi fundamental para a construção tanto dos ideais da reforma proposta como para a formação de um cotidiano de acolhimento, naquele espaço, que garantisse a descaracterização das representações de ambiente hospitalar e do modelo médico. O lema era “*vamos dar um tom de casa, fazer uma decoração, dá um jeito de casa*” (E.27). Também em discussões diárias nas reuniões da equipe com a participação da Coordenação de Saúde Mental da SMS, foram se apresentando questionamentos, tais como: O que é um serviço como o NAPS? O

que significa loucura? O que significa possibilidades de reabilitação, de inclusão social, de trabalho em equipe?

Sucessivas assessorias foram prestadas, com vistas ao processo de implantação da Rede de Saúde Mental, entre o período de 1994 a 1998. Estas ocorreram com o apoio do MS, na participação de vários atores da Reforma Psiquiátrica em âmbito nacional, como: Renato de Renzo, William Valentini, Jairo Gutemberg, Miguel Caldas e Flávio Resmini. A contribuição de Heitor O'Dwyer de Macedo, por exemplo, foi em discussões de casos clínicos e aulas em cursos de atualização sobre a clínica das psicoses e clínica com criança e adolescente, tendo aquele especialista contribuído para a vinda de Claude Oliensvreins, Joyce MacDougall e Paulo Ceccarrelli¹². Essas parcerias foram viabilizadas pela Prefeitura Municipal de Natal. Assim, o NAPS OESTE foi sendo construído.

Durante o ano de 1995 e 1996, a preocupação primeira foi com a constituição e capacitação da equipe. Por esse motivo, alguns entraves precisaram ser superados, como, por exemplo, o quantitativo da equipe. Alguns profissionais não haviam sido efetivados por não terem sido disponibilizados por suas instituições de origem; outros nunca tinham trabalhado com saúde mental, mas desejavam continuar, enquanto outros estavam lá, mas não pretendiam permanecer. Foi, portanto, desafiador desenhar junto àquela equipe um cotidiano, uma rotina de serviço com uma equipe mínima.

No decorrer desse processo de construção, surgiram dificuldades significativas que, certamente, contribuíram para a construção da singularidade da equipe do NAPS OESTE, a saber:

- a não-identificação da Coordenação local com a proposta de uma clínica ampliada na atenção à Saúde Mental, o que exigiu a redefinição de alguns conceitos sobre a patologia, sobre os procedimentos clínicos, sobre o ser humano e seus direitos a cidadania;
- a não-familiaridade, por parte dos usuários, com o cuidado em equipe, por estes

¹² Assessorias: Miguel Caldas – psiquiatra, português, na época consultor do OPAS (anos 90), prestou assessoria aos gestores estaduais e municipais em Natal/RN; Flávio Resmini - psiquiatra, na época coordenador do serviço de saúde mental de São Lourenço/RS; Willians Valentini – psiquiatra, psicanalista, na época coordenador do Hospital “Candido Ferreira”, de Campinas/SP e consultor do MS e atual consultor da OPAS; Jairo Goldemberg – psiquiatra, psicanalista, criador e coordenador do primeiro CAPS do País, em Itaipava/SP e autor do livro Clínica das Psicoses; Renato Di Renzo – arte educador, artista plástico, diretor de teatro, educador, criador e coordenador do Projeto TAM TAM, rádio *tam tam*, projeto geração, dentre outros, em Santos/SP, contribuidor para criação do projeto LOKOMOTIVA em Natal/RN; Heitor O'Dyewr de Macedo - psicanalista, brasileiro radicado em Paris; Paulo Cecarelli - psicanalista, professor da PUC/MG; Joyce MacDougall- analista didata, supervisora do Instituto e Sociedade Psicoanalítica de Paris; Claude Olienvsteins – psiquiatra, psicanalista, na época diretor do Marmottan Clínica de Atenção Toxicomania.

terem como referência a relação individual com seu(a) médico(a) e vice-versa;

- a presença de profissionais com conhecimento em saúde mental, a partir da experiência de trabalho no Hospital Psiquiátrico “João Machado”, o que provocava discordâncias na equipe ante seus pontos de vista;
- a formação de um subgrupo com um número significativo de profissionais de Psicologia, o que assumiu o estereótipo do suposto saber e passou a definir modelos de intervenção a partir dos seus referenciais teóricos;
- a inexperiência de alguns profissionais em saúde pública e/ou saúde mental, o que favorecia a existência de seguidores daqueles que imaginavam deter o saber;
- pressões por parte de alguns psiquiatras e de algumas entidades de Psiquiatria, que não acreditavam e não queriam a efetivação da Reforma Psiquiátrica e que, por isso, conseguiam boicotar a criação de mecanismos técnicos e administrativos, desde o processo da municipalização até a compra de material, a priorização de recursos humanos e o planejamento financeiro e administrativo que favorecesse tal serviço;
- pressões por parte de alguns hospitais, inclusive conveniados, ante mudanças de gerenciamento dos recursos financeiros via SMS.

Todos esses aspectos levantados provocaram mudanças de cenários. A reformulação de conceitos teve o propósito de atravessar barreiras e de poder viabilizar a redefinição de uma atenção diferente. O clima tenso, conflitivo e competitivo que fora gerado pelo combate do poder de conhecimento levou a reações por parte de alguns profissionais que confrontavam as verdades postas *“lembrando que trilhavam um caminho ainda não percorrido [...] o que torna a teoria apenas uma referência às reflexões, e não uma verdade absoluta e inquestionável”*(E. 12).

Tudo isso, por um lado, foi enriquecedor, por ter exigido da equipe determinação, compromisso e criteriosidade nos procedimentos, o que contribuiu para a criação de vínculos e construção de referência no cuidado da equipe. Mas, por outro lado, tornou-se algo complexo de ser gerenciado, devido à intensificação da busca pelo serviço oferecido *(pelo NAPS da Cidade da Esperança, como era chamado)*, por parte de usuários egressos de hospitais psiquiátricos, com histórias de longas internações.

A mudança para uma casa, ainda que pequena, em 1996, significou sair da dependência da Unidade de Saúde. A passagem para a autonomia gerencial exigiu, porém

da equipe a definição de outros parâmetros. A redefinição da real necessidade de permanência daqueles usuários herdados do ambulatório da Unidade de Saúde exigiu também da equipe um redimensionamento do serviço, com vistas ao direcionamento do cuidado com pessoas portadoras de transtornos mentais severos e persistentes que necessitavam de trabalhar sua reabilitação e inclusão social.

A preocupação em estabelecer uma clínica pautada no resgate da pessoa com transtorno mental levou a equipe a restabelecer um cotidiano numa clínica que acolhesse o ser humano, pautando sua práxis nos princípios das reformas sanitária e psiquiátrica. Tal clínica se dava pela construção de um conjunto de estratégias terapêuticas que possibilitassem ao usuário, e à relação destes com a equipe, uma contratualidade terapêutica com *“acordos capazes de construir o processo de autonomia, de inclusão social, de ser sujeito, de ser cidadão pensante que deve ter suas opiniões e colocá-las por mais adversas que fossem”* (E27). Para tal, foi de fundamental importância para a equipe rediscutir seu gerenciamento, funcionalidade e objetivos, o que permitiu aguçar as divergências em conflito.

A complexidade da demanda mobilizou a implicação de toda a equipe, provocando crescimento. Ante as divergências que se encontravam dificultando a produção das ações de saúde, foi definido um processo de avaliação que culminou numa oficina para planejamento estratégico, com vistas à reorganização de serviços no segundo semestre de 1997. Para isto, a Coordenação de Saúde Mental firmou parceria com o Projeto UNI-NATAL¹³, que prestou assessoria através de oficinas, com subsídios teóricos e técnicos de planejamento estratégico. A partir de então, foi adotada a estratégia de oficinas sistemáticas, que foi provocando paulatinamente o redimensionamento do serviço, tendo como norte as necessidades apontadas no planejamento estratégico em consonância com as diretrizes e princípios da RPB.

Em tal processo, ocorreu a redefinição do significado do serviço, seu objetivo, o perfil dos usuários, os critérios gerenciais e o perfil do trabalhador de saúde mental, além dos dispositivos que garantissem funcionalidade. Foram pautas de discussão: a multidisciplinaridade e ética da equipe, o papel da interdisciplinaridade ao lidar com os conflitos da equipe, as questões inerentes à clínica da psicose e a necessidade de se lidar

¹³ Projeto UNI-NATAL – Projeto da UFRN, com objetivos de Ensino, Pesquisa e Extensão, implantado no Distrito Sanitário Oeste, com parcerias com a Pastoral da Criança e instituições voltadas para a assistência à criança e ao adolescente.

com as situações de crise. No bojo desse processo, houve definições quanto à permanência e saída de alguns membros da equipe, no sentido de garantir a funcionalidade desta.

Em 1997, ocorreu outro processo de mudança para uma segunda casa, ainda situada no bairro da Cidade da Esperança, o que contou com a participação de todos. O redimensionamento da dinâmica da casa foi possibilitando um trabalho mais delineado em termos de acolhimento, estratégias de inclusão social dos usuários e estratégias terapêuticas também junto às famílias.

O funcionamento da casa pautava-se pelo seguinte:

- **RESPONSÁVEL PELA CASA** - todos os trabalhadores de Saúde deviam estar implicados no funcionamento do serviço;
- **REUNIÃO DE PASSAGEM** – a forma encontrada para se preservar a continuidade da dinâmica diária, dado a casa funcionar pela manhã e pela tarde, com especificidades profissionais distintas. A intenção era não fragmentar a equipe, nem a rotina da casa.
- **O TÉCNICO (trabalhador de Saúde) REFERÊNCIA** - uma maneira de garantir maior proximidade ao usuário, tanto no que diz respeito ao conhecimento de suas limitações e problemas quanto em relação a estimulá-lo a superá-los.
- **SUPERVISÃO INSTITUCIONAL** – um espaço para se pensar a clínica, de modo a que o pensamento viesse a ser elaborado num exercício de reflexão da dinâmica do serviço, a partir do atravessamento dos saberes, das interseções e encontros vivenciados pela equipe.
- **OFICINAS TERAPÊUTICAS** - forma de mediar um diálogo e sustentar uma convivência, num esforço cotidiano de um tratamento que suscitasse acontecimentos, expressão e criação de uma forma coletiva.
- **GRUPOS OPERATIVOS, TERAPÊUTICOS, DE FAMÍLIA e ASSEMBLÉIA** - uma concepção de que tudo é feito, o mais possível, em situações de grupo, o que minimizaria o problema social decorrente do fato de as pessoas portadoras de transtornos psíquicos sofrerem de exclusão e de poucos relacionamentos pessoais.

Quanto à definição da gerência do NAPS OESTE, primeiramente esta foi delegada a uma profissional médica responsável pelo trabalho anterior. Na passagem para a primeira casa, no bairro da Cidade da Esperança, com o processo de construção do novo espaço, surgiram discordâncias, difíceis de ser dirimidas. Nesse momento, deu-se um processo de

escolha por eleição e a direção dos trabalhos ficou com uma profissional de Psicologia que integrava a equipe.

A sistemática das oficinas, privilegiando o foco da construção coletiva, viabilizou a continuidade do trabalho de revisão da dinâmica da casa, o que culminou na redefinição do perfil da Coordenação local. Com isso, foi desencadeado um segundo processo de eleição, a partir da definição de um perfil gerencial que permitisse um gerenciamento em equipe. Foi escolhida nesse processo uma profissional de Serviço Social, que passou a coordenar os trabalhos no período de 1998 ao início de 2006. *“Vale ressaltar que esse cargo sempre assustou intensamente os demais membros da equipe”*(E.12), pois o(a) Coordenador(a) passou a ser responsável por representar as idéias da equipe.

Nesse momento, a equipe se defrontou com o desafio de se reconhecer e se apropriar dos trabalhos de forma mais coletiva, acompanhando todo o processo de produção das ações de saúde oferecidas, desde o seu planejamento até sua execução e avaliação. Passou-se a valorizar mais os espaços coletivos, como estratégias de inclusão, tanto para os usuários e familiares quanto para a própria inclusão dos trabalhadores da Saúde que constituíam a equipe de trabalho. Deu-se, então, significativo crescimento da equipe, que se permitiu intensificar os trabalhos com as famílias e com a Comunidade.

Nesse processo também foi definido o papel da Coordenação de Saúde Mental em nível central, passando esta a exercer com mais clareza a função de acompanhar e subsidiar o alicerce, trabalhando os princípios da RPB, na perspectiva de uma construção coletiva e processual que estabelecesse um processo de desinstitucionalização contínua com arranjos administrativos e técnicos, com tecnologias que estabelecessem uma relação de horizontalidade, no sentido de criar uma lógica de atendimento e cuidados, no que diz respeito ao usuário, numa abordagem isolada, e também extensiva à rede de políticas públicas, com ações integrativas voltadas para uma consciência de construção coletiva da cidadania. Para tal construção, foi percebida a necessidade de se visualizar o perfil dos usuários como tarefa contínua da equipe, com o propósito de referenciar todo o trabalho de elaboração dos projetos terapêuticos individuais e coletivos, o que também possibilitou maior inserção do familiar no processo, com vistas ao processo de autonomia. Nesse momento, a família ocupou o lugar de preocupação primeira da equipe, no sentido de criar estratégias de acolhimento do seu sofrimento.

Houve em 1998 uma nova mudança de casa, desta vez para o chamado “galpão” situado no bairro Nazaré, do Distrito Oeste. Por ser um espaço comercial, sem divisórias, a nova casa provocou muitos questionamentos e inquietude. Foi um tempo marcado por assessoramento à equipe, com a participação de Renato de Renzo, Willians Valentini e Heitor O’Dwyer de Macedo. Só então esta decidiu enfrentar o desafio e tornar aquele espaço um espaço de vida, acolhimento, acontecimentos e criatividade. A demarcação dos espaços se deu, inclusive, de forma criativa, com móveis e com divisórias de madeira (confeccionada por um familiar), de modo a assegurar a privacidade dos espaços nos momentos das oficinas que ocorriam no salão. O mesmo se deu com relação às salas de atendimento e de grupo, de farmácia e enfermagem. Foi também pensado um ambiente para a copa e uma sala para a Coordenação/Secretaria, além de 03 banheiros.

Ante a dificuldade de se encontrar uma casa no Distrito Oeste que comportasse a dimensão que o serviço estava tomando, *“olhou-se para aquele espaço como um lugar onde a arte era possível. Foi um tempo que contribuiu para o NAPS OESTE ganhar tamanho e complexidade”* (E.27). A diversidade de ações de saúde oferecidas através das oficinas de arte (plástica, cênica, música, canto e dança), de saúde e beleza, de culinária, de escrita, de sucata, de social em ação, de atividade esportiva, de relaxamento e massagem, teve papel fundamental, principalmente aquelas que se deram fora do espaço físico do serviço, como, por exemplo, as atividades esportivas, as visitas, as apresentações e os passeios, além dos grupos, dos encontros com familiares, das assembléias e atividades concomitantes ou outras tais, como: feira da pechincha, festas natalinas, festas juninas com apresentação de quadrilhas, apresentação de peças teatrais e fóruns de discussões sobre a proposta de saúde mental, com a presença de representantes dos dispositivos sociais daquele distrito sanitário.

Trabalhava-se com a concepção de *“uma casa ampla, ventilada, acolhedora, que resgatasse aquele lugarzinho gostoso de se ir”* (E.26). O perfil econômico do Distrito Oeste não oferecia, porém, casas com tais características. Convém ressaltar que as limitações de ordem financeira, por parte da SMS, também dificultavam a aquisição de um imóvel com mais condições.

Entre 1999 e 2000, houve a intensificação das supervisões institucionais, que passaram a ser realizadas pela psicóloga e psicanalista Maria Elizabete Freitas. Antes tinham ocorrido algumas supervisões clínicas de forma pontual. Nesse período, a equipe foi

mais enfática ao exigir supervisões sistemáticas, assim como capacitações em termos da abordagem com a família.

Esse período também foi demarcado pelos convênios estabelecidos entre SMS e SESI - com a participação de usuários em cursos de capacitação profissional -, que antecederam à criação do Projeto *Lokomotiva*, o qual pôde nascer a partir da percepção de que os diferentes não tinham que ser tratados como iguais e sim serem respeitados nas suas diferenças. Contou-se nesse momento com assessorias externas com vistas à elaboração das idéias para esse Projeto. A escolha do nome e da logomarca, por exemplo, foi fruto de discussões entre usuários, trabalhadores da Saúde, familiares e amigos.

No início de 1999, houve a saída de Maria Elizabeth Freitas da Coordenação de Saúde Mental da SMS, que passou a se responsabilizar pela supervisão institucional do NAPS OESTE. Assumiu aquela Coordenação Maristela Gomes Pinheiro, assistente social.

O Projeto *Lokomotiva* alcançou significativa proporção até 2003, por ter conseguido estabelecer trocas concretas e significativas a partir de um processo interativo entre os usuários dos serviços de saúde mental, seus familiares, amigos e trabalhadores diversos, para a construção de uma compreensão social do processo de reabilitação e inclusão social.

“O Projeto Lokomotiva pode trazer a perspectiva e a possibilidade real e concreta de fazer circular na sociedade a singularidade e potencialidade do portador de transtorno mental materializada através da arte na expressão do canto no coral, da pintura na tela e camiseta, na circulação em feiras livres, em espaços como Brasil Mostra Brasil, na circulação na praia e cantando no projeto seis e meia. Então, o Projeto Lokomotiva transcendeu a institucionalidade da SMS e articulou diversos seguimentos sociais unificados pela arte, pela circulação na sociedade, pela construção do carnaval que foi maturando os parceiros, os serviços, os profissionais para constituir na sociedade uma percepção do que realmente venha ser um processo de reabilitação e inclusão social. O que significa resignificar o lugar da loucura? O que possibilita realmente o filho que saia de casa a vida toda para o hospício poder sair para subir no palco de um teatro e levar junto consigo a sua família que também nunca tinha pisado naquele teatro lindo? Qual é o lugar que essas pessoas ocupam na sua família quando voltam do palco? Penso, que o Projeto Lokomotiva dentro do processo histórico que vinha sendo constituído e construído socialmente abria espaço para essa sociedade trabalhar a questão do preconceito e visualizar que é possível circular a loucura nos espaços de convivência porque aparecia na televisão que aquele pessoal trabalha de portas abertas. [...]. Foi um processo construído para poder chegar a abrir o carnaval da cidade com 2000 pessoas. Um carnaval que pode a partir do mês de fevereiro chamar os alunos da CEFET, a partir do mês outubro chamar grupos de idosos, de jovens, da banda de pau e corda e configurar-se numa grande oficina de construção de mascaras durante os meses de outubro, novembro, dezembro e janeiro para poder abrir o carnaval da cidade com o convite: Embarque na folia, Entre no carnaval da Loko.Motiva e a cidade ter um carnaval aberto no bloco do Projeto Lokomotiva. Então, esta ação pode ser olhada e as pessoas comentavam que carnaval lindo. Foi resultado de processos que antecederam como, por exemplo, as discussões paritárias nos congressos e conferências de

saúde mental nas instancias municipal, estadual e nacional, as apresentações do coral, as viagens, os acolhimentos nos passeios, etc. A participação nesses espaços construía cidadania. Então, esse projeto trazia a perspectiva de um novo lugar da loucura nessa sociedade porque apontava para a construção da sociedade civil e do modelo da política de saúde mental proposta pela reforma psiquiátrica brasileira.”. (E.26).

Nesse período, ocorreu ainda outro importante evento de construção e articulação da sociedade enquanto configuração de pessoas em fóruns sociais de controle social: o Fórum de Saúde Mental e Direitos Humanos na Câmara Municipal de Natal.¹⁴

O NAPS OESTE desdobrou tal ação ao sediar fórum com o mesmo teor no Distrito Oeste, o qual envolveu representações dos diversos dispositivos sociais daquela comunidade, como: escolas, unidades de saúde, associações, estabelecimentos comerciais, usuários, familiares, vizinhos e trabalhadores de saúde mental, como ação estratégica para garantir a circulação livre dos portadores de saúde mental, ao permitir que aquela comunidade trabalhasse seus preconceitos a partir de tais discussões.

Em 2001, a equipe do NAPS OESTE, assim como a dos outros serviços de saúde mental até então existentes na cidade, viveu de forma intensa a aprovação do Projeto de Lei 3.657/89, do deputado Paulo Delgado, sob a forma de Lei Federal nº. 10.216/2001 e do Projeto de Lei nº 80/2001, do vereador Hermano Moraes, sob a forma de Lei Municipal nº. 5.281/2001, já citados. Dessa forma, ia-se transcorrendo a construção da Sociedade Civil e do modelo da política de saúde mental, a partir da garantia de uma participação efetiva impulsionada por discussões paritárias nas Pré-Conferências Distritais, com desdobramento na II CMSM e III CESM, o que levou ao alcance da inclusão de usuários como delegados que viajaram a Brasília para participarem da III CNSM, em dezembro de 2001.

Ainda nesse espaço de tempo, no bojo da movimentação que apontava para a garantia de uma circulação livre das pessoas com transtornos mentais, nos diversos espaços sociais, também foram provocadas instituições, tais como: OAB, Polícia Militar e Associações Comunitárias, em prol da construção dos registros civis e da cidadania daqueles. Concomitantemente, na dinâmica interna do NAPS OESTE, através de seus dispositivos, davam-se o enfrentamento e aprofundamento de temas como, por exemplo, lidar com situações de crise e o fundamental papel da família na construção desse suporte,

¹⁴ Contou com representações como: Coordenação de Direitos Humanos e suas outras entidades, Deputados Estaduais, Movimento Sindical, Representação da Luta Antimanicomial, na pessoa do psicólogo Marcos Vinícius, Deputado Marcos Rolim, Coordenador da caravana de direitos humanos, Representação de trabalhadores, de usuários e familiares, que tiveram importante papel, por instigarem o outro a pensar a liberdade das pessoas com transtorno mental.

além dos cuidados com a saúde bucal, das questões de DSTs/AIDS, num foco de atenção à saúde integrada, inclusive com discussões sobre o combate à dengue e outros problemas que estavam sendo discutidos nas ações comunitárias e nas assembléias do próprio serviço.

O ano de 2002 foi marcado por discussões internas e externas sobre a regulamentação e reorganização institucional de novas práticas publicadas pela Portaria de nº 336/GM, de fevereiro de 2002, já citada, que estabeleceu distinções entre os CAPS, classificando-os segundo sua complexidade e abrangência. Assim, esses Centros de Assistência Psicossocial são definidos como serviços estratégicos de substituição ao hospital psiquiátrico, obedecendo a critérios classificatórios de acordo com porte/complexidade e abrangência populacional, tendo o então NAPS OESTE passado a CAPS II OESTE, o que suscitou inúmeras discussões para a construção desse entendimento.

Tais idéias já estavam acontecendo na práxis do serviço, ante a necessidade de classificação dos usuários que faziam parte do programa, a partir das singularidades em termos da evolução da autonomia de cada um. De forma que alguns permaneciam na atenção diariamente, outros em dias intercalados e outros em atendimentos mensais. Esses acordos se deram devido à incapacidade de articulação da Rede de Saúde Básica para acolher tais demandas, o que estava provocando retorno dos usuários, inclusive em crise.

No ano de 2002, a equipe ampliada do CAPS II OESTE, com usuários, trabalhadores de saúde, familiares e comunidade, participava do Encontro Nacional dos Serviços de Referência da Rede de Serviços de Saúde Mental e de oficinas distritais no debate sobre saúde mental no PSF, tendo contado, para a realização desses eventos, com a assessoria de Gustavo Couto, do MS. No III Encontro da Região Nordeste da Luta Antimanicomial, que se realizou em Caicó/RN, houve significativa participação, inclusive, com a do cantor Lobão.

Mesmo frente a tamanho movimento, até agora citado, que deu vulto ao processo da desinstitucionalização, com essa articulação intensa de uma rede de apoio social, o CAPS II OESTE e outros serviços de saúde mental enfrentavam, nesse mesmo ano (2002), intensas dificuldades administrativas e lutavam pela manutenção do que até então se havia conseguido.

Convém ressaltar que estavam ocorrendo paralelamente mudanças no quadro da gestão municipal, que, ao não identificar-se com o modelo das políticas públicas de saúde

mental até então em ação, deu início a um processo de desarticulação que culminou, inclusive, com a destituição de Maristela Gomes Pinheiro do cargo de Coordenadora de Saúde Mental da SMS, em meados de 2003.

Instalou-se nesse momento um processo de crise que provocou grande impacto nas equipes, ante as mudanças percebidas como radicais, por não sintonizarem com a práxis de construção processual com gerenciamento, o mais possível, horizontalizado, concebido anteriormente como fundamental para a construção das diretrizes e princípios norteadores da RPB.

O processo de desarticulação trazia no seu bojo a não-continuidade das ações do Projeto *Lokomotiva*, a suspensão das supervisões institucionais então sistematizadas, irregularidade no fornecimento de medicamentos, retardo no fornecimento de material para oficinas, a não-manutenção das instalações do espaço físico da casa, a priorização burocrática instalada nos procedimentos administrativos entre o CAPS II OESTE, a gerência do distrito sanitário e o nível central da SMS, além do distanciamento da nova Coordenação de Saúde Mental, da SMS, em relação à equipe do CAPS II OESTE.

Contando com o trabalho incessante e consciente construído, que mobilizou a singularidade e potencialidade de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e comunidade, através dos dispositivos utilizados pela política de saúde mental outrora instalada, a equipe CAPS II OESTE decidiu por continuar, mesmo com grandes dificuldades, seguindo os princípios das reformas sanitárias e psiquiátricas como norteadoras das suas ações. No primeiro momento, a equipe exigiu a retomada das supervisões institucionais e deu continuidade a algumas iniciativas, como, por exemplo, a realização da Feira da Pechincha, envolvendo toda a comunidade do Distrito Oeste.

No segundo semestre do ano de 2004, transcorreu mais uma mudança de casa para o bairro de Lagoa Nova. A saída dos limites geográficos distritais do Oeste ocasionou desestímulo, por parte de alguns usuários e familiares, em dar continuidade ao tratamento, alegando dificuldades em termos de acessibilidade, devido à malha viária da cidade não favorecer tal bairro com pontos de transportes públicos próximos à localização da casa.

O espaço interno desta, todavia, aproximava-se daquele ideal de casa acima mencionado, embora, mesmo com as adaptações possíveis, ainda dificultasse a concomitância de algumas oficinas e a realização de ações que exigiam maior espaço físico, como, por exemplo, os espaços coletivos das assembléias, dos encontros de idéias e

de reuniões de família. Dificuldades administrativas também foram enfrentadas, conforme relato documentado (Anexo 10), mas não foram estas as que inviabilizaram o processo de continuidade.

Em 2005, o CAPS II OESTE passou pela experiência de acolher e promover a inclusão familiar de um usuário vindo de um processo de 30 anos de institucionalização em rede manicomial, na cidade de São Paulo. Contando com o subsídio do Programa *De Volta Para Casa*, foi possível viabilizar tal inclusão junto à sua família, que residia no bairro de Felipe Camarão, localizado no Distrito Oeste da cidade de Natal.

Outra experiência significativa foi a de assessorar, através de visitas semanais, a equipe do CCAD, no cuidado de crianças com comprometimento neurológico severo. Isto se deu a partir do acolhimento de uma adolescente de 16 anos que residia naquela Instituição.

Ainda na mesma linha de atuação, foram promovidas reuniões junto a equipes das Unidades de Saúde de Felipe Camarão e dos Guarapes, ambas situadas no Distrito Oeste, por demanda destas.

Outra experiência expressiva foi a inclusão dos familiares no fórum de discussão e decisão das assembléias, o que possibilitou maior apropriação daqueles nas questões da funcionalidade da casa, assim como maior implicação no projeto terapêutico singular e ao mesmo tempo coletivo, que contribuiu para a ampliação do processo de autonomia dos usuários.

Nesse contexto, subsidiada pelas supervisões clínicas, a equipe se defrontou com questões que envolviam a função e o significado do técnico de referência, como uma forma de garantir maior proximidade ao usuário, no que diz respeito ao conhecimento de suas limitações e, a partir disto, à necessidade de se estimulá-lo a superar as dificuldades surgidas no processo de cuidado.

A equipe, sentindo-se mais fortalecida e com maior capacidade de avaliação e intervenção, percebeu a necessidade de se avançar na idéia de a referência deixar de ser realizada por um técnico da casa e passar a ser exercida pela equipe, o que permitiu um maior conhecimento e comprometimento dos seus membros em debruçar-se sobre a história de vida e dinâmica de cada usuário, inclusive do seu núcleo familiar. Isto foi possível graças à práxis de discussões diárias, com foco nos casos e na dinâmica do serviço, além das contínuas reflexões nas supervisões sobre o processo de transferência na relação terapêutica. Faz-se necessário salientar que, respeitando-se as peculiaridades, todos

os profissionais que compunham a referida equipe empenhavam-se nesse processo, inclusive os psiquiatras.

Ainda no ano de 2005, no mês de agosto, a equipe CAPS II OESTE escolheu, em meio à crise institucional, comemorar seus 10 anos, promovendo uma semana de discussões e realizando vários eventos, tais como:

1º) - o Seminário de Saúde Mental e Direitos Humanos, na Associação Médica do RN, com a participação do até então Coordenador Geral de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, Sr. Pedro Gabriel; do Presidente do Conselho Estadual de Direitos Humanos e Cidadania do RN, Sr. Fábio Santos; do Ouvidor da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social, Sr. Marcos Dionísio; do Presidente da Comissão de Direitos Humanos da Câmara Municipal de Natal, Sr. Hermano Moraes; do Psiquiatra do CAPS II Oeste, Sr. Hilton Villas Boas; do Jornalista da INTER TV CABUGI, Sr. Geider Henrique.

2º) – *Vernissage* (produções artísticas dos usuários) e Apresentação do Coral Musicalmente (composto por usuários e trabalhadores de saúde mental), na Câmara Municipal de Natal. Tendo havido ainda uma sessão no plenário da Câmara, onde foram debatidas as condições de funcionamento dos serviços e depoimentos de usuários sobre seus alcances, a partir do cuidado no CAPS.

3º) – Peça Teatral (composta por usuários e trabalhadores de saúde mental) “UMA REALIDADE SOCIAL: QUEM TEM RAZÃO”, no Teatro Sandoval Wanderley.

Ainda durante o segundo semestre de 2005, a equipe firmou parceria com a instituição de ensino superior “Instituto Kennedy”, para a utilização do seu espaço físico, que serviu de palco para os ensaios da peça de teatro, assim como apresentação desta para a comunidade acadêmica daquela Instituição. Os investimentos para interlocução com a comunidade, através dos familiares que continuavam motivados para as saídas nas apresentações do coral e da peça teatral, significavam forte elemento de inclusão social.

Foi firmada ainda a parceria com o **Projeto “Lendo e Aprendendo”**, do Governo do Estado, na implementação de estratégias que resultaram não só na inclusão de usuários que assumiram a identidade de alunos, mas também na de uma usuária que assumiu o papel de professora, mediante aprovação por processo seletivo.

No final de 2005, a equipe avaliou o distanciamento da então Coordenação Central, em relação ao CAPS II OESTE. Junto aos outros serviços de saúde mental, foi configurado um Colegiado, que passou a realizar reuniões sistemáticas, com a participação da nova

Coordenação de Saúde Mental da SMS, objetivando discutir os entraves vividos nos serviços, em termos da não-continuidade da política de saúde mental, e conhecer qual a política que seria adotada por aquela gestão.

Esse processo permitiu o enfrentamento dos conflitos, que geraram vários debates, mas, diante da incapacidade de administrar e solucionar tais conflitos, a então Coordenação deu prosseguimento ao processo desarticulatório da política de saúde mental norteadora da funcionalidade e da estrutura gerencial do CAPS II OESTE, destituindo do cargo de coordenação a assistente social Maria de Fátima Nascimento, em março de 2006. Esse procedimento administrativo foi percebido como radical, por ter desrespeitado a história e a cultura construídas pelo CAPS II OESTE.

O primeiro semestre de 2006 foi marcado pela participação intensa dos usuários, seus familiares e trabalhadores de saúde mental, bem como pelo envolvimento de outros serviços de saúde mental, de movimentos sindicais, de entidades de direitos humanos, da Comissão de Saúde e Direitos Humanos da Câmara Municipal e da representação da Promotoria de Saúde, que participaram de discussões travadas com a gestão da SMS, em fóruns sociais de controles sociais, mediadas pelo CMS (Anexo 11). Nesses fóruns, foram produzidos alguns documentos reivindicatórios que subsidiaram as referidas discussões. (Anexos 12, 13). Essa configuração se deu a partir de procedimentos administrativos autoritários, por parte daquela gestão, que além de destituir, sem diálogo, a Coordenação, materializou uma intervenção, com a presença de cinco profissionais, entre eles psicólogos e assistentes sociais, sem a apresentação de critérios técnicos que indicassem tal necessidade.

O protagonismo dos usuários, familiares, trabalhadores de saúde e Sociedade Civil na representação das entidades citadas naqueles fóruns sociais só pôde acontecer por ter sido processada uma construção social e um modelo de saúde mental que antecederam aquele momento. Isto serviu como registro de denúncias, as quais expuseram tanto os preconceitos que permeavam os procedimentos administrativos adotados como os interesses políticos e pessoais que prevaleceram e determinaram as decisões daquela gestão.

A saída de seis trabalhadores de saúde do CAPS II OESTE não significou o término de uma concepção de se fazer uma reforma psiquiátrica digna que privilegiasse uma atenção à saúde mental e que libertasse as pessoas com transtornos mentais para que estas

pudessem aproximar-se cada vez mais da condição de virem a experimentar a cidadania.

Vale esclarecer que os 06 (seis) trabalhadores que saíram do referido serviço enfrentaram um processo de reivindicação difícil, porém importante, por ter oportunizado discussões que denunciaram a desarticulação que o CAPS II OESTE sofreu por parte da gestão municipal. Primeiramente, houve a destituição da então Coordenadora local, mediante a argumentação de não afinidade desta com a gestão municipal. Ante tal procedimento administrativo, essa profissional retornou à Secretaria de Saúde Estadual, seu órgão de origem.

Nesse processo, optaram por sair do serviço mais 02 (dois) trabalhadores - um psiquiatra e uma administradora -, por compreenderem que o serviço tornara-se impraticável, por estarem sendo desvirtuados os princípios norteadores da RPB. No mês de novembro de 2006, após 04 (quatro) meses dos primeiros afastamentos, mais 02 (dois) trabalhadores - uma psicóloga e um psiquiatra - foram retirados do serviço, mediante procedimento administrativo, por terem manifestado discordância com o procedimento da gestão municipal e por terem participado efetivamente dos fóruns de discussões, ante o processo de desarticulação do serviço, já citado anteriormente. Mais 01 (uma) trabalhadora - assistente social – posicionou-se e não aceitou negociar os princípios apontados pela RPB, tendo optado por solicitar sua transferência também para a Secretaria de Saúde Estadual, seu órgão de origem.

A Caminho de uma Nova Cultura Organizacional

É na perspectiva de compreender a prática realizada em equipe por trabalhadores de saúde, especificamente de saúde mental, na gestão do denominado “Centro de Atenção Psicossocial” – CAPS II OESTE -, que serão abordadas a seguir visões teóricas que oportunizarão tal entendimento de uma forma científica, quanto à estrutura e dinâmica do modelo de gestão e dos resultados que puderam ser alcançados pelo citado serviço de saúde. Trata-se de uma experiência elaborada no cotidiano, durante dez anos, quando foi trabalhado um processo de transformação das representações sociais sobre a loucura, que significou dez anos de compartilhamento de responsabilidades.

A seguir, será traçado um percurso teórico por enfoques pós-contingências, sob a ótica de alguns autores da ciência da Administração¹⁵.

¹⁵ Enfatizando principalmente as considerações do professor da FGV – EAESP e estudioso das teorias organizacionais, Prestes Motta, que, por sua vez, fora enaltecido pelo também professor Bresser – Pereira em um artigo “O sociólogo das organizações Fernando C. Prestes Motta”, pelas suas contribuições na construção do conhecimento científico, com autoria de artigos e livros sobre a teoria das organizações, e reconhecido pelos trabalhos que vem realizando na área da cultura brasileira e das organizações.

5.1 Cultura Organizacional

O conceito de **cultura organizacional** vem sendo trabalhado de duas formas.

Segundo Motta (2005, p. 300), alguns autores consideram que a entidade organizacional tem uma cultura que muda com o passar do tempo. Outros consideram que a organização é uma cultura, ou seja, a expressão cultural dos seus membros – esfera cultural e simbólica.

Para compreender a organização como um fenômeno cultural, Motta (2005) apresenta as idéias de Berger e Luckmann, teóricos da **corrente de análise do Interacionismo Simbólico**. Tal corrente, embora compreenda a Sociedade como uma realidade objetiva, a considera como uma realidade subjetiva, à medida que é construída pelos indivíduos.

Os autores citados argumentam sobre o fenômeno denominado de *reificação da realidade*, para explicar que o indivíduo percebe as organizações, as regras, as normas, ou seja, a Sociedade e o Mundo, como objetos, pelo fato de, ao nascer, ser apresentado a um mundo concreto. Discutem que esses elementos são artefatos culturais, confeccionados pelos próprios indivíduos que atuam como atores sociais, concluindo que a Sociedade não é um elemento pronto, por compreender os indivíduos como produtos e produtores dela mesma e que, nessa construção, constroem a si mesmos, numa relação dialética com o mundo social.

Sendo assim,, os indivíduos tornam-se **atores sociais** à medida que agem e transformam o mundo em que vivem a partir do processo de socialização. Este ocorre de duas formas: por internalização (incorporação dos padrões, regras, valores e papéis sociais predefinidos) e por externalização (expressão com base no que se acredita, influenciando e modificando o mundo).

O processo de socialização é compreendido como constando de duas fases: a primária e a secundária, sendo a primária, aquela em que o indivíduo se torna membro da sociedade a partir do contato com os seus significativos, que intermedeiam o mundo, apresentando-o como uma realidade objetiva, selecionada de acordo com o lugar que ocupa

segundo a estrutura social e suas peculiaridades. A secundária ocorre quando se convive com outros significativos além do ciclo familiar, como, por exemplo, escola e trabalho.

Assim, de acordo com as influências recebidas através do processo de socialização, incorporam-se certas expectativas de papéis futuros. A cultura (valores, crenças, gostos) e a identidade de cada indivíduo, portanto, não são elementos preexistentes, mas o que os outros crêem (seus significantes), mediante as expectativas de papéis futuros. Mesmo assim, não se pode desconsiderar a característica advinda da herança genética (MOTTA, 2005).

Nessa perspectiva teórica do Interacionismo Simbólico, corrente de análise que deriva da Fenomenologia, as influências recebidas a partir da primeira socialização constituem o núcleo central da personalidade, sendo, por isso, mais difíceis de serem mudadas. Já os elementos culturais incorporados através da socialização secundária são passíveis de mudança, por não constituírem a base da personalidade do indivíduo. Nesse sentido, a partir de outras experiências e, conseqüentemente, de aprendizados heurísticos, passa-se a questionar valores e hábitos antigos e incorporar outros.

Pode-se concluir, portanto, que o indivíduo é uma cultura, por tratar-se de um conjunto de padrões culturais que constituem a identidade e que, por sua vez, oferecem elementos básicos da personalidade. Entretanto, os papéis sociais, que são esquemas tipificados apreendidos nas relações interpessoais, servem de reguladores da interação, à medida que fornecem expectativas recíprocas.

Goffman (2003) afirma que, no cotidiano, os indivíduos enquanto atores sociais identificam o tipo de contexto social vivido na experiência atual, interpretam a situação e procuram em seu repertório qual o tipo de papel, código de conduta e linguagem é adequado ao cenário em questão, e agem em função desse referencial. No entanto, o mesmo autor faz referência à existência de padrões comuns que tornam possível a convivência de diferentes estratos da Sociedade, possibilitando a formação de um sistema social mais amplo.

Assim, dependendo do papel que representa, o indivíduo é levado a interiorizar certos modos específicos de conhecimentos e acumular certas informações, tanto em nível cognitivo como emocional, podendo, inclusive, chegar a incorporar tipos de emoções, condutas éticas, valores e normas características dos papéis que desempenha e que internalizou.

Por sua vez, os papéis desempenhados pelos atores sociais representam a ordem institucional, sendo somente por meio de tais representações no exercício dos papéis que a instituição se manifesta na experiência real.

A instituição, com o seu conjunto de ações programadas, é como o roteiro não escrito de uma peça de teatro. A direção da peça depende da execução reiterada dos seus papéis prescritos por atores vivos. Os atores encarnam os papéis e realizam o drama interpretando-o em uma dada cena. Nem a peça nem a instituição existem empiricamente fora desse contexto (BERGER, P; LUCKMANN, 1996, p.78).

Quanto à diversidade de grupos sociais existentes na Sociedade e em que grupos o indivíduo se compara, age ou se modifica, parte-se do conceito de **grupos de referência**, usado por Herbert Hyman desde a década de 40. Esse conceito refere-se a um conjunto de pessoas com opiniões e crenças significativas para a formação das opiniões e valores individuais. Tais grupos influenciam, a ponto de contribuírem para a construção dos objetivos pessoais e profissionais, guiando, assim, ações e originando comportamentos.

Por sua vez, os comportamentos e códigos de conduta internalizada – papéis sociais – serão associados a certo tipo de ator, dependendo de sua classe social, posição e *status*, além da idade, sexo, profissão, etc. Nesse processo, ocorre a formação dos conceitos de como cada ator deve se comportar, sendo assim definidas as expectativas de papel que o indivíduo incorpora, observando-se a diversidade em cada sociedade, caracterizando, também a não-racionalidade absoluta, ou seja, a **racionalidade limitada**, que padroniza o comportamento desejável e indesejável (MOTTA, 2005).

Na colocação descrita abaixo, encontra-se representada a influência do grupo de referência, na construção dos objetivos pessoais e profissionais, nos membros da equipe do CAPS II Oeste:

Muitas vezes, pela heterogeneidade da equipe e por ser um trabalho que sugeria os aspectos afetivos tornava-se um lugar difícil de estar como profissional e às vezes se fugia das discussões da equipe. Porém, era muito imbuída. Às vezes a equipe não era parceira e me sentia só. O crescimento era solitário no sentido de efeito (E. 12).

Nesse contexto, Motta (2005, p.322) define que a **diversidade cultural** significa “a existência de valores, hábitos, formas de pensamentos e práticas sociais diferentes validados em cada contexto social”.

Assim, mesmo a Sociedade tendo suas regras gerais expressas no seu ordenamento jurídico, cada grupo social também exerce o controle dos seus atores - discriminando-os e excluindo-os - ante o não-cumprimento de comportamentos institucionalizados por aquele grupo de referência, validado em seu contexto.

No início do CAPS Oeste a coordenação teve muita dificuldade por ter sido um período de muita confusão, desentendimentos gerados por posicionamentos divergentes, competição entre os profissionais mediante defesa de “verdades de cada formação acadêmica,, brigas em defesa da hegemonia do saber psicológico e psiquiátrico. O princípio da desinstitucionalização não estava claro, na época, para aqueles que se encontravam compondo a equipe e havia rejeição das idéias daqueles que vieram de uma experiência de trabalho do Hospital Psiquiátrico Dr. João Machado”.(E. 01)

O início do serviço foi uma época que houveram muita confusão e acentuada competitividade, a equipe era subdividida, psicólogos e os outros profissionais (E. 20).

Motta (2005) afirma, a partir dos conceitos de Grupos de Referência, Diversidade Cultural e Racionalidade Limitada, que cada indivíduo possui uma racionalidade própria que depende de sua idade, sexo, religião e inserção social, assim como da influência do seu grupo de referência. O autor compreende, assim, que existem diferentes razões igualmente válidas socialmente.

No entanto, tomando como referência os conceitos de Lógica de Ator, Racionalidade Limitada e “Liberdade” de Ação, Berger (1996:48) compreende os atores sociais a partir da sua possibilidade de poderem observar e criticar seus papéis sociais e perceberem a existência de outras formas de ações possíveis, podendo assim escolher outros papéis. Outras formas de ser e agir. Essa escolha, porém, é limitada pelo repertório de papéis disponíveis e pelos aspectos centrais, conscientes ou inconscientes, da personalidade formada no processo de socialização. Mesmo assim, apesar desses limites, é possível alguma “liberdade de escolha” (Prestes Motta 2005, p.322), que se expressa na escolha de alternativas, pelo indivíduo, a partir de seus valores e padrões culturais.

Na resposta dada pelo entrevistado quando indagado sobre como avaliava a sua atuação, vê-se que houve uma escolha a partir de valores profissionais, em termos da desinstitucionalização do usuário de saúde mental. *“Eu não caí lá de pára-quedas, minha inserção em saúde mental se deu desde a época da Faculdade com estágio na área e enquanto profissional tive aproximação na medicina comunitária...”*. (E. 21)

Para trabalhar o conceito de Racionalidade Limitada, Prestes Motta (2005, p.424) chama a atenção para a importância do processo de tomada de decisão, em que cada indivíduo tem uma forma de pensar que lhe é peculiar. Para explicar tal lógica individual, o referido autor expõe sobre a lógica de decisão de um indivíduo da seguinte forma:

Lógica do ator. – “cada indivíduo tem diferentes critérios que influenciam as decisões”, que por sua vez é influenciada pelo “efeito de posição – a decisão depende da posição que o ator social ocupa em um contexto de ação que condiciona seu acesso às informações” e pelo “efeito de disposição – a decisão depende das características de personalidade do ator social que fora construída na sua socialização.

Sendo assim, as decisões dependem de características individuais desenvolvidas na socialização, ressaltando-se, porém, a dependência das influências de questões do presente, ou seja, das condições e problemas atuais.

Mediante estas idéias, o conceito de Racionalidade Limitada enfatiza que o indivíduo tem limites ao tomar decisões. Tais limites ocorrem pelo acesso às informações, tanto no que concerne ao limite cognitivo no processamento destas, por parte de cada indivíduo, como pelo aspecto da quantidade e qualidade de informações de que dispõe naquela dada situação.

Segundo este raciocínio, podemos considerar que não há racionalidade superior e inquestionável, desde que se reconheça a relatividade do processo decisório, que depende de quem e em qual contexto se decide, conforme se pode perceber nos seguintes depoimentos: *“No inicio, devido à imaturidade da equipe tivemos muita dificuldade em relação à circulação de informações, mas no decorrer do processo de construção com a pratica das reuniões diárias possibilitou crescimento quanto ao nível de maturidade”*. (E.01). *“A circulação de informações se dava em fóruns específicos como, por exemplo, nas reuniões de passagens e nas supervisões a fim de trabalhar a responsabilização dos participantes, mas dependia muito da disponibilidade de cada um nesse processo”*. (E. 02).

Nesse contexto, a formação dos critérios de decisão do indivíduo é contingencial. Considerando a sua subjetividade, a situação e opções a ele oferecidas, destaca-se o caráter incerto e dinâmico do comportamento humano. Dessa forma, compreende-se que a mudança dos padrões culturais de uma sociedade ou organização ocorre devido ao fato de as ações humanas não se limitarem ao objetivo individual, no qual o indivíduo acredita fundamentar suas ações.

Vale ressaltar que a mudança ocorre também pela influência de elementos novos que vão além dos princípios e ideais que as pessoas imaginam basear suas ações.

Para Motta (2005), ver a organização como uma esfera cultural e simbólica, segundo a corrente de análise do Interacionismo Simbólico, implica em considerar que a organização é uma minissociedade composta de grupos e de atores sociais com valores e visões diferentes. Também considerar que ela dispõe de uma cultura própria, oficial, que a diferencia de outras, como, por exemplo, a equipe ora estudada que se disponibilizou a assumir e enfrentar os entraves de decisões eminentemente em equipe, como se vê a seguir: *“Tudo era levado para discussão em equipe, diariamente, e eram responsabilidades da mesma as decisões tomadas”*. (E. 08).

Faz-se necessário observar ainda que os atores sociais com suas peculiaridades compõem organizações que assumem algo de próprio, no cotidiano, na expressão de seus papéis. Em se tratando do desempenho de trabalhos similares, com a utilização dos mesmos vocabulários e submetidos às mesmas rotinas, horários, salários, estilo de chefia, há uma tendência de os atores sociais desenvolverem padrões de comportamentos, percepções e representações da realidade de forma parecida, construindo, assim, uma identidade social, desenvolvendo padrões culturais específicos, como, por exemplo, a possibilidade que teve a equipe CAPS II Oeste de ampliar, ao longo de sua trajetória, a concepção sobre a loucura e admitir a importância de se desenvolver uma atenção numa visão antimanicomial, como se verificou no seguinte depoimento:

Eu tinha pouco conhecimento, mas, me identifiquei com a proposta de um serviço que seria estratégico para reformar o tratamento psiquiátrico vigente com o objetivo de promover a inclusão social cuidando da saúde mental das pessoas com transtorno mental severo a partir do reconhecimento dos seus direitos de cidadania (E.07).

Motta (2005) aponta ainda que uma mesma organização pode vir a oferecer a alguns indivíduos a possibilidade de trabalharem em atividades que possam aprender a refletir, debater e desenvolver suas habilidades relacionais e políticas, que possibilitem a obtenção de reconhecimento social, afirmem a sua posição e proporcionem o sentimento de vencedor, enquanto a outros, podem oferecer trabalho em tarefas mecanizadas e alienantes, dificultando-lhes afirmar-se como indivíduos autônomos.

Quanto à possibilidade de uma proposta organizacional que possa desenvolver habilidades relacionais e políticas, observa-se, nos diálogos a seguir, a efetivação desses

aspectos, o que foi de extrema validade para uma nova proposta de saúde mental que precisava, na sua prática, materializar uma oposição a uma forma retrógrada de tratar a doença mental mesmo a considerada crônica.

Fui ao CAPS com a intenção de conhecer e ser posteriormente encaminhada à outra unidade de saúde. Passei a conhecer um trabalho numa proposta de equipe, um trabalho compartilhado. Senti-me incluída e aprendi a trabalhar e a valorizar o trabalho em equipe. Aprendi a ouvir, dialogar, concordar e discordar (E.08).

Aprendi muito sobre saúde mental, como lidar com pessoas com distúrbios, sobre a sintomatologia da patologia, sobre a farmacologia específica e as possíveis terapêuticas. Em relação à equipe foi um exercício de partilha interessante, mas tive muita dificuldade por está acostumada a um mundo competitivo e lá no CAPS o lema era desenvolver a competência grupal, habilidade de negociação e articulação e isso exigia muito de cada um. (E.10).

Em relação à constituição da cultura organizacional, tal poder é impresso pelos grupos que definem os padrões oficiais a serem seguidos e instituem os mecanismos de controle. No entanto, a existência de outros grupos que questionem e não reconheçam os padrões oficiais, que tentam impor seus valores e definições de realidade, leva essa corrente de análise a considerar a organização como uma arena política. O confronto de “verdades” se faz necessário, tanto por elevar os elementos que poderão ser “retificados” e percebidos pelos outros grupos como elementos objetivos da realidade, quanto por ocasionar que a cognição predominante seja questionada e assim surjam outros. Nestes termos, ocorre uma evolução a partir dessa dialética de poder, em que as regras estabelecidas estruturam os espaços de ações dos diversos grupos na organização, ao mesmo tempo que tais regras são frutos das interações entre os diversos grupos que representam o equilíbrio de poder numa dada organização e em um dado momento (MOTTA, 2005).

Nessa lógica de raciocínio, pode-se ver nos depoimentos abaixo a estruturação de um espaço de ações que indica a representação de certo poder construído na equipe CAPS II OESTE, o qual, por sua vez, aprendeu a ampliar o poder nas pessoas dos usuários e familiares, à medida que estes se conscientizavam dos seus direitos e deveres na prática social.

Tal espaço também indica a articulação da equipe no sentido de vir a transformar as representações sociais sobre conviver com as diferenças, oportunizando descobertas das dificuldades e possibilidades individuais e dos coletivos, no exercício do cuidado do espaço do outro e de si mesmo.

Uma proposta onde os usuários conseguem exercitar sua cidadania ao perceberem que apesar da sua patologia são vistos como pessoas de direitos. O CAPS colocava-se como uma casa de passagem, ou seja, onde estavam conhecendo sobre suas dificuldades e possibilidades (E.05).

Foi um avanço no sistema de saúde, modificou a forma de tratar a saúde mental em termos de um cuidado mais humanizado que vê a pessoa de uma forma completa a partir das suas possibilidades e direitos em detrimento da lógica hospitalocêntrica que priorizava a medicalização a partir do sintoma e da doença (E.10).

Não fazíamos só a nossa atividade profissional específica, do pessoal de apoio aos técnicos e a coordenadora todos nós fazíamos de tudo, também de acordo com nossas habilidades quanto as atividades referente à limpeza e arrumação da casa, nas oficinas e em outras atividades desenvolvidas no serviço (E. 18).

Portanto, a partir da compreensão da organização como fenômeno cultural da corrente de análise do Interacionismo Simbólico, a mudança dos padrões culturais de uma organização ocorre a partir da construção dos seus atores sociais, os quais, à medida que se constroem, também constroem a sociedade em que vivem.

5.2 A Aprendizagem Organizacional

Só agora, a partir dos primeiros anos do século XXI, é que as teorias das organizações têm conferido fundamental importância para a aprendizagem nos contextos organizacionais. Desde os anos 40, estudiosos já mostravam como a racionalização taylorista do trabalho prejudicava a aprendizagem e como limitava o desenvolvimento de habilidades dos indivíduos:

Nós nos surpreendemos que, ao observarmos o trabalho cotidiano na linha de montagem, encontramos inúmeros exemplos de fragmentação de tarefas e declínios da aprendizagem, mesmo considerando-se os diversos setores produtivos. Trata-se de uma política consciente de muitos gerentes, que agem assim com conhecimento de causa. Um deles, em uma grande fábrica inglesa de automóveis, nos disse: Nós tentamos reduzir as diversas habilidades e competências ao mínimo. Muitos pensam assim, sem formular o seu pensamento e agem desta maneira Motta (2005, p.332, apud FRIEDMANN, 1964).

Segundo Motta (2005), durante várias décadas, o modelo taylorista foi, todavia, visto como eficiente em diversos contextos organizacionais, partindo sempre de pressupostos de uma gestão de pessoas centrada em controles estritos aos indivíduos, priorizando procedimentos burocráticos, por meio de regras e normas rígidas, da fragmentação de tarefas e da padronização de atividades que implicava maior produtividade e eficiência do sistema.

Nesse contexto da racionalidade do trabalho, Meyer e Rowan (1991), citados por Motta (2005, p.332), mostraram as diferenças entre organização formal e informal, ou seja, entre o que deve ser e o que é realmente realizado nas práticas cotidianas nas organizações. Tais autores evidenciam nos seus estudos a existência de questionamentos pertinentes, ao longo dos anos, que surgiram nos seguintes termos: Por que as regras não são seguidas da forma como são elaboradas?

Na prática, existe o fenômeno *do decoupling* – separação entre as normas e a prática administrativa. Os indivíduos encontram espaços de ajuste às regras, seguindo-as somente em uma certa medida. Muitos procedimentos são assim ritualizados e cerimoniais – têm a sua função social na organização, mas não são seguidos ao pé-da-letra.

Pode-se compreender, assim, que os atores sociais nos contextos organizacionais procuram um mínimo de autonomia em relação ao seu trabalho, embora mostrem às vezes que o discurso não é incorporado à ação e que possuem rotinas defensivas que impedem a adoção de certos procedimentos na prática.

Desta forma, o surgimento de modelos com base na valorização da aprendizagem, embasados em valores como autonomia, flexibilidade e mudança, vai aos poucos levando a uma contraposição ao modelo taylorista, que, apesar de provocar uma evidente redução da autonomia da aprendizagem, ainda é adotado por muitos sistemas organizacionais, a partir das suas conveniências.

As “organizações em aprendizagem”, ao contrário das “organizações controladoras”, são baseadas em autonomia, estimulando o aprendizado em todos os níveis hierárquicos como parte do cotidiano dos atores sociais como afirma Motta (2005, p.343, *apud* SENGE 1994).

Nesse contexto, prevalece a idéia de que o pensamento sistêmico favorece o aprendizado e a mudança nos comportamentos e práticas sociais, a partir do fato das

organizações se considerarem sistemas compostos, interconectados e interdependentes. Motta defende, embasado em uma pedagogia do ideal educativo, que os indivíduos guiam as suas ações a partir de seus valores e normas, interiorizados em sua socialização. Assim, eles podem mudar o seu comportamento, à medida que mudam ou conservam em parte seus valores, a fim de solucionar suas contradições.

Em tal contexto, a aprendizagem significa mudança de comportamento, no que diz respeito ao indivíduo, que, em parte, muda seus valores na busca de reduzir o desconforto produzido por suas contradições internas, podendo assim incorporar nova informação, adotando ou não novas práticas.

Para tal, Festinger (1957), citado por Motta (2005), define o processo de aprendizagem segundo a teoria da dissonância cognitiva, a saber: "... processo cognitivo é todo conhecimento, opinião ou crença do indivíduo a respeito de si mesmo, de seu comportamento ou dos fatos relativos a um contexto de decisão". "... uma oposição entre várias cognições, encontrando-se em uma situação de impasse que provocaria uma sensação de desconforto psicológico ...".

No caso da aprendizagem em nível organizacional, Prestes Motta (2005) vem enfatizar a aprendizagem denominada de *circuito duplo*, por envolver tanto o processo de percepção como as possibilidades oferecidas pelo ambiente, que, por sua vez, provoca o desenvolvimento de mudanças das práticas, dos valores e dos pressupostos do sistema antigo. Assim, a aprendizagem nos processos produtivos e gerenciais tem lugar quando há questionamentos em relação à base de funcionamentos a partir de novas informações, possibilitando, assim, um redimensionamento do processo de produção, da tecnologia e, conseqüentemente, da organização.

Quanto aos processos cognitivos dos indivíduos, com as novas experiências e no contato com outras realidades, estes podem produzir questionamentos a partir dos próprios padrões cognitivos e dos valores, podendo levar o indivíduo a reformular seu comportamento, a ponto de vir a adotar, conscientemente ou não, novos padrões de referência.

Assim, Motta (2005) discute sobre a confirmação da teoria da dissonância cognitiva de Festinger, no sentido de que a aprendizagem de circuito duplo envolve novas experiências que podem gerar novos valores nos indivíduos, à medida que ocorre uma mudança identitária, ou seja, a adoção de novos valores e comportamentos pelo indivíduo.

Sendo assim, a aprendizagem é a racionalidade de novos critérios de decisão e solução de problemas que possibilita mudanças efetivas de atitudes internas e, conseqüentemente, mudanças de comportamento.

Vale ressaltar que, considerando esse aspecto, a aprendizagem também implica conflito em termos de ruptura com um sistema anterior e a consolidação de um novo sistema. Nesse sentido, a aprendizagem organizacional pode ser considerada como uma crise que será superada pela consolidação de um novo sistema social que compreende novas práticas, comportamentos, valores e hábitos. Assim, o paradigma da aprendizagem organizacional requer mudança na organização a partir do que já existe, mesmo que haja conflitos e rupturas. Dessa forma, o novo sistema incorpora elementos do sistema anterior.

Nesse contexto, as aprendizagens individuais e organizacionais envolvem o conceito de mudança “identitária” (MOTTA, 2005, p.347) e a superação de atitudes defensivas e resistências a mudança, requerendo tanto dos indivíduos como da organização a superação dos seus medos e suas rotinas defensivas, se quiserem realmente mudar o seu comportamento.

Por sua vez, a perspectiva psicodinâmica aplicada às organizações vem argumentar que, para promover aprendizagem de forma profunda em um contexto organizacional, faz-se necessário levar em conta alguns aspectos, como: “condições dos indivíduos para lidar com o estresse e a ansiedade provocados pelas situações de mudança e, quais seus recursos para superarem o medo e outras reações defensivas” (ENRIQUEZ et al., 1991, p.77).

Numa visão evolutiva, segundo Erikson (1972, p.83), mesmo havendo mudanças, conservam-se alguns elementos de base que garantem a coerência da personalidade. Nesses termos, a identidade é compreendida como “a percepção pelo individuo de que existe uma continuidade nos seus procedimentos internos, mas existem também diferenças em relação aos outros, o que vem caracterizar seu estilo individual”.

Sendo assim, nessa visão, a identidade não apresenta uma definição finalizada, tratando-se antes de um conceito dinâmico que resulta de intercessões estabelecidas nas relações envolvidas, nas experiências de sobrevivência, nos conflitos e questionamentos vivenciados no cotidiano. De fato, podem-se compreender, a partir dessa visão, os conflitos propulsores de angústias, vividas pelos profissionais precusores do então NAPS OESTE (nos dois primeiros anos), ante uma proposta em que a equipe era quem estava com a tarefa de criar uma nova identidade profissional, numa elaboração coletiva retratada nas seguintes

falas: “*A indefinição do lugar de cada profissional de forma pré-estabelecida gerou muita discórdia, desencontros de ideais, idéias e práticas numa disputa velada*”. (E. 20).

Compreende-se, então, que o núcleo básico de personalidade do indivíduo passa por transformação a partir da sua história de vida, a qual compreende também as lógicas incorporadas no processo de formação profissional.

Partindo de alguns comentários de profissionais nas entrevistas realizadas, dá para ter uma compreensão da dificuldade enfrentada por alguns profissionais de Psicologia e Psiquiatria que integraram a equipe inicial do então NAPS OESTE, na interlocução com outros profissionais, sobre o saber relativo às estruturas e dinâmicas psíquicas que foram historicamente apropriadas por essas formações acadêmicas. Por outro lado, as demais formações profissionais, numa postura de retração decorrente de insegurança por assumir que não conheciam, especificamente, sobre as patologias mentais, deixavam a critério do conhecimento da Psicologia o cuidado para com os usuários do CAPS II OESTE:

“Com o suporte da supervisão a equipe se sentia mais tranqüila por trabalhar as angustias geradas diante das dificuldades. Particularmente eu tinha muito medo de errar por não ter muito conhecimento da clínica da psicose”. (E. 04).

“Era interessante porque muitas vezes eu já tinha fechado diagnóstico e em outro contexto necessariamente não haveria diálogo com outros a respeito do caso, mas lá no CAPS os membros da equipe provocavam essa situação de está junto pensando as intervenções e projeto de casa usuário”. (E. 03).

“A equipe tinha pouco conhecimento, só os psicólogos sabiam abordar os usuários”. (E. 20).

Seguindo o mesmo raciocínio, a identidade das organizações é construída a partir da interação de indivíduos em grupo, na composição destas, que, em conjunto, buscam o sentido de sua ação (MORGAN, 1996).

A teoria da aprendizagem organizacional parte do princípio de que os grupos de indivíduos, no ato da sua interação, trocam informações e influenciam-se mutuamente, construindo-se, assim, em conjunto, o sentido de sua ação coletiva, embora, para tal entendam que os valores que compõem o núcleo identitário sejam continuamente questionados e reconstruídos.

Conclui Prestes Motta que as “organizações em aprendizagem” desenvolvem-se numa perspectiva de futuro, adotando atitudes favoráveis a mudança, visualizando

situações que possibilitem o desenvolvimento pessoal e organizacional (MOTTA, 2005, p.350).

Nessa perspectiva, a implementação de uma dinâmica de aprendizado requer um prévio diagnóstico do sistema social e a condição de se prever, no processo de mudança, uma estrutura de transição que ofereça aos atores sociais um espaço de reconstrução identitária individual e/ou coletiva. Trata-se de um trabalho complexo que requer o entendimento de que os indivíduos, para construir novas habilidades e formas de inserção a fim de adaptarem-se ao novo sistema, têm necessidade de utilizar os seus conhecimentos anteriores (MOTTA, 2005). Quando ocorre o contrário, são frequentes as conseqüências de incapacidade de reconstruir um novo universo de normas e novas interações. Instala-se, então, uma confusão mental e uma resistência ao novo, ante uma mudança radical na estrutura de poder e nas relações cotidianas de trabalho.

Segundo Senge (1990), citado por Motta (2005), para consolidar uma organização em aprendizagem, fazem-se necessários indivíduos autônomos que saibam questionar a própria ação, aprendendo com a experiência e reconstituindo o sentido de sua ação em uma nova situação. Nesse sentido, são imprescindíveis técnicas de gestão de pessoas que favoreçam a emancipação política dos indivíduos e o seu acesso a uma identidade autônoma, com racionalidade própria, capaz de atribuir sentido à experiência e adaptar-se a um mundo de mudanças rápidas e complexas.

Neste paradigma de mudança, existem alguns modelos de gestão de pessoas que pretendem estimular a reflexão e o aprendizado na organização. Para Motta (2005), é o **Modelo Político de Gestão de Pessoas** que mais se aproxima do modelo que produz autonomia e aprendizagem, por privilegiar a negociação política entre as diversas partes (com as diferentes culturas, valores, saberes e formas de decisões). Tal modelo possibilita a construção com base na confiança comum, o que permitirá a ação conjunta e a construção da coesão necessária ao funcionamento da organização. Para tal, é crucial o acesso à informação e uma cultura comum, a fim de tornar a comunicação possível, embora a diversidade seja advogada como fonte de inovação.

Pode-se, então, admitir que a diversidade cultural na organização passe a ser um valor de importância, que precisa ser contextualizada nos processos das organizações em aprendizagem.

No entanto, considerando as diversidades de pressupostos existentes diante do tema, faz-se necessário estar atento aos debates entre diferentes visões e valores que, mesmo demandando tempo, podem oferecer maior probabilidade de soluções mais complexas, que levem em consideração diversos elementos da realidade. Na verdade, quanto mais questionamentos, maiores alternativas e resultados baseados em decisão tomada após avaliações de diversas possibilidades de ação (Motta, 2005).

Nessa perspectiva de aprendizagem organizacional, vale ressaltar que a política de educação permanente do SUS compreende os serviços como espaços de aprendizagem que devem ser atendidos, pelos gestores e formadores, suas necessidades de planejamento e gestão, de forma a tornar sua estrutura e processo de trabalho adequados à nova realidade. Especial atenção é dada à formulação de novos pactos de trabalho, capazes de absorver as demandas de cuidado às pessoas e populações, o ensino e a produção do conhecimento nesses espaços e no conjunto da rede de atenção à saúde.

Sendo assim, a política de educação permanente do SUS trabalha fundamentalmente com a metodologia da problematização. Essa metodologia tem sido amplamente utilizada e difundida no Setor da Saúde, por priorizar a reflexão e a transformação da realidade social, sinalizando hipóteses de solução para os vários problemas levantados.

5.3 O Poder nas Organizações

A seguir, o poder é abordado como um fenômeno organizacional político.

As organizações podem ser vistas como uma arena política, complexa, onde os indivíduos buscam seus interesses particulares, por intermédio dos meios oferecidos pelas estruturas e regras burocráticas. Na busca de interesses individuais, os atores sociais devem organizar a cooperação entre si (MORGAN, 1996).

Motta (2005, p.363) discute sobre o poder nos sistemas organizacionais partindo da ação social e da política nas organizações. Compreende-o que, a partir de “ações estratégicas” (Habermas, [s.d]), os indivíduos percebem as oportunidades de ação, prevêm as conseqüências e os riscos de cada alternativa e assumem os riscos na execução da decisão.

A cooperação e o poder nas organizações são discutidos por Motta (2005), que parte da possibilidade de adoção de estratégias de cooperação, conforme o objetivo da organização de criar um sistema que consiga materializar os objetivos individuais dos seus atores sociais. Sendo as organizações, normalmente, contínuas e duradouras, elas possibilitam relações sociais que fazem emergir a cooperação entre os atores sociais, mesmo que estes busquem interesses específicos.

Nessa concepção, o que faz a cooperação ser possível nas organizações é o fato de os indivíduos em interação voltarem a se encontrar cotidianamente, a exemplo do dispositivo da reunião denominada de “passagem” na estrutura do CAPS II OESTE, como um permanente recurso provedor de diálogo. Veja-se o depoimento a seguir:

“Era prioridade da gerencia local a participação de todos os profissionais das reuniões de passagem, diariamente”. (E. 07)

“O modelo já definia reuniões diárias, denominado de reunião de passagem. O trabalho tinha como norte o ciclo de início, meio e fim e, com um objetivo de fazer circular as informações e os saberes, falava-se da dinâmica da casa e tomavam-se decisões”. (E. 01).

“As reuniões eram prioridades. Tínhamos garantido o momento de reflexão da equipe, um momento de troca de cada profissional de uma forma mais elaborada, era um momento de retro alimentação”. (E. 02).

Pode-se compreender que tal estratégia de cooperação parte do propósito de se maximizar ganhos, ou seja, um alcance da maturação da equipe na elaboração coletiva do então projeto.

Mediante o exposto, observa-se que a discussão sobre o poder nos sistemas organizacionais, a partir das relações sociais ali estabelecidas, através de estratégias de cooperação, de certa forma ignora os aspectos menos racionais das relações sociais, como, por exemplo, o afetivo e as reações defensivas. No entanto, Motta (2005) argumenta que estas permitem demonstrar que muitas formas de não-cooperação são possíveis e, dependendo do contexto, podem ser uma estratégia utilizável.

Essa visão pragmática de cultura compreende a organização como uma construção política que oferece aos seus atores sociais possibilidade de criar e recriar os objetivos pretendidos. Dessa forma, a mudança ocorre dependendo da negociação entre esses atores sociais, apresentando-se como um desafio político.

Trata-se, portanto, da instituição de uma forma de cooperação nas organizações, o que leva a um processo de negociação e gestão das partes que a constituem, em prol da criação de um novo sistema. Assim, implementada a cultura, esta permite que os valores individuais, diante do impacto e da pressão pela sobrevivência do grupo, sejam modificados diante das novas forças às quais o indivíduo é submetido, ao ingressar em um novo modelo de sistema social. No entanto, a cultura também pode ser compreendida como a capacidade de discernir sobre as possibilidades individuais e coletivas, para a realização das ações e a manutenção da visão escolhida, construindo, dessa forma, as interações sociais no sistema organizacional (MOTTA, 2005).

“No início havia uma tendência a intervenções mais individualizadas, mas a partir do momento em que a equipe compreendeu que precisava envolver mais os familiares e compromete-los no tratamento dos usuários passamos a intensificar a abordagem coletiva em reuniões quinzenais, oportunidade que os profissionais tiveram de conhecer e se aproximar das famílias e desmistificar a compreensão da família como empecilho e que eram culpados pelo estado e patologia do usuário. Tudo isso só veio ocorrer com a mudança da coordenação local que permitiu maior entrosamento, mais diálogo, ações melhor elaboradas de forma coletiva, onde se deu uma progressiva interface entre profissionais, familiares e usuários”. (E.10).

Nesse contexto, partindo do conceito de cultura e ação, predominante na análise do poder, compreendem-se as atitudes como inclinações para a ação, ou seja, as atitudes tomadas em relação às possibilidades de ganho futuro irão estruturar a ação presente dos indivíduos. Assim, a necessidade de sobrevivência de um novo sistema exerce pressão para que o indivíduo redefina, mesmo que parcialmente, suas expectativas, valores e prioridades. Novas possibilidades de ação e a pressão social podem, então, mudar valores e atitudes passadas, permitindo a aprendizagem de novas práticas sociais, como se pode perceber na fala do profissional, em relação à evolução do comprometimento da equipe CAPS OESTE, em busca da reabilitação psicossocial do cidadão com transtorno mental.

Motta (2005, p.374) reconhece que essas estruturas cognitivas e essa capacidade política podem ser exercidas e desenvolvidas sob pressão do sistema social e da luta pela sobrevivência deste. O referido autor enfatiza como características dessa realidade a

exposição contínua dos indivíduos, a pressão do grupo, a duração da experiência e a capacidade de aprendizado destes as quais contam nesse processo de desenvolvimento organizacional, na perspectiva de “organizações em aprendizagem”, que promoveriam a emancipação política dos indivíduos que a compõem.

5.4 Psicanálise Organizacional e Psicodinâmica

A psicodinâmica das organizações é desenvolvida a partir do trabalho dos pesquisadores do Instituto Tavistock de Londres. Trata-se de uma visão subjetiva da realidade e de uma análise da Sociedade que privilegia os mecanismos de regulação social. Tal estudo relaciona também os conceitos que embasam a referida análise com a visão do Interacionismo Simbólico de Berger e Luckmann (1996), visto na análise da Cultura Organizacional, e com a visão que associa a análise psicodinâmica com a análise do discurso e com as narrativas dos atores sociais de Motta (2001) e Freitas (2000).

Para compreender o paradigma psicodinâmico em relação à organização burocrática nas organizações, Motta (2005) apresenta alguns conceitos básicos utilizados por autores da Psicanálise Organizacional, a partir dos estudos psicanalíticos freudianos da estruturação do aparelho psíquico e dos mecanismos de defesa operados de forma inconsciente na elaboração da personalidade. Para tal, considera importante referir-se à relação existente entre a dinâmica do indivíduo e a de uma organização estabelecida nos ambientes de trabalho, que podem produzir resistências a mudanças e a outras reações.

Ao estabelecer paralelo entre a dinâmica individual e a organizacional, o referido autor argumenta que, possivelmente, quando o indivíduo perde o reconhecimento social, num dado contexto organizacional, relativo às suas habilidades e à importância do seu trabalho e dos seus conhecimentos, ocorre uma baixa na sua auto-estima e,

conseqüentemente, um aumento de insegurança e do nível de ansiedade, levando-o a lançar mão de mecanismos de defesa, como uma forma de proteção.

A psicodinâmica organizacional utiliza-se de alguns conceitos básicos da Psicanálise, referindo-se à composição do aparelho psíquico que introduz conceitos de id, ego e superego, para referir-se aos três sistemas da personalidade e assim compreender a dinâmica organizacional.

Para Kaës *et al.* (1991), o psicanalista Elliott Jaques deu importante contribuição no campo da psicodinâmica organizacional, a partir de experiências numa intervenção no campo industrial, ao ser consultado sobre conflitos do trabalho, no quadro de um projeto de pesquisa do Governo Trabalhista inglês. Elliot baseou-se nos estudos de Melanie Klein, que se centra no mundo psíquico dos adultos, a partir de suas raízes na infância – referindo-se à “ansiedade depressiva”, à angústia e ao medo da morte, como sofrimento presente na experiência de todo indivíduo desde a sua infância. O referido psicanalista estudou os sistemas sociais como forma de defesa contra a ansiedade depressiva e o medo e definiu as instituições de um ponto de vista socioanalítico, distinguindo as estruturas sociais dos mecanismos culturais das próprias instituições. Por estruturas sociais, ele entende o conjunto das funções desempenhadas por pessoas e a maneira pela qual as funções são distribuídas no interior da hierarquia organizacional. Por mecanismos culturais entende as normas, os tabus e os hábitos que estruturam uma determinada organização (KAËS *et al.*, 1991).

Nesse aspecto, o estudioso mencionado contribuiu para os estudos das mudanças de mecanismos culturais, ressaltando, principalmente, a relação entre as organizações e os mecanismos de defesa contra as angústias persecutórias e depressivas, além de mostrar que as organizações e estruturas sociais, ao oferecerem regras e um conjunto de valores aos indivíduos, permitem uma estruturação no seu cotidiano de forma segura, levando-os a encontrar um sentido em suas vidas. Elliot afirma também que tais regras estruturam o cotidiano, por evitar a espontaneidade e os conflitos. Assim, no caso de haver mudança nelas ou nos sistemas de valores, ocorrerá uma imediata desestruturação. Mesmo que essa mudança seja temporária, aumentará a ansiedade, a insegurança e o medo, diante da perda dos sistemas de referência. Dessa forma, o autor ressalta que serão ativados os mecanismos de defesa dos indivíduos em reação ao sentimento de angústia crescente, devido à mudança brusca em suas rotinas e representações mentais (MOTTA, 2005).

KAËS *et al.* (1991) afirmam que Jaques, nos seus estudos, não apenas descreveu o significado das estruturas sociais e dos mecanismos culturais nas organizações, mas ressaltou a importância particular que os indivíduos têm no interior das estruturas sociais nas quais as organizações se traduzem. A evidência disto se dá pelo fato de que as mudanças de mecanismos de defesa culturais, mesmo sendo visíveis, talvez, justamente porque mobilizam as angústias elaboradas pelo suposto básico conservação-mudança, não mudem praticamente nada na vida das organizações, se os indivíduos não mudarem. Um fenômeno desse gênero pode ser ilustrado pela permanência de uma categoria burocrática que não é modificada pelas mudanças estruturais das instituições.

5.4.1 Mecanismos de Defesa Estudados por Elliott Jaques e W. R. Bion, Referentes às Interações entre Grupos nas Organizações.

Jaques mostrou também em seus estudos que a organização é fonte de recursos, reconhecimento e recompensas, sendo, por isso, visualizada pelo indivíduo como uma “mãe provedora”, que lhe permite uma base de sobrevivência a partir de uma relação fundamental e inspiradora de sentimentos positivos relacionados à sua auto-estima e ao seu valor social.

E mais: a organização é também fonte de frustrações e ansiedades, ante as constantes ameaças veladas de retirada dos recursos significantes. Nesse sentido, inspira sentimentos negativos que acentuam medo e angústia no indivíduo, gerando confusão, uma vez que tais sentimentos podem reforçar tanto suas representações positivas, gerando prazer, quanto suas representações negativas, gerando medo e insegurança, levando-o a uma atuação inconsciente de mecanismos de defesa do ego, disponível nos anexos (MOTTA, 2005).

5.4.2 A Burocracia como Mecanismo de Defesa

A partir dos estudos de Melanie Klein e contribuições de Jaques, a Psicodinâmica Organizacional considera as regras burocráticas como um conjunto estruturado de defesas psicológicas, compreendendo que os indivíduos escondem-se atrás destas, procurando estruturar o seu tempo e as suas relações, a fim de evitar a espontaneidade e a pessoalidade na convivência com os outros indivíduos. As regras, como já foi afirmado, estruturam caminhos, além de estabelecerem formas de se comportar e trabalhar, ou seja, formas seguras já definidas previamente e aceitas por todos (MOTTA, 2005).

Nessa lógica de raciocínio, compreende-se a prática de muitos profissionais de saúde pautada em modelos de atenção hospitalocêntrica, com posturas terapêuticas isoladas, em vez de práticas clínicas mais amplas que permitissem uma abordagem clínica interdisciplinar e transdisciplinar, cujos saberes e fazeres confluíssem na busca de consistentes projetos terapêuticos individuais e coletivos, de forma dialogada.

Tal prática, convém registrar, é a que é preconizada no bojo da proposta do CAPS II OESTE, conforme é atestado na fala dos profissionais, nos depoimentos abaixo:

“No início do serviço a atenção era de forma assistencialista, com ações pontuais de acordo com o parâmetro que cada profissional tinha do seu exercício profissional, como por exemplo, os psicólogos realizavam atendimentos na maioria das vezes de forma individualizada, os enfermeiros eram mais voltados a dispensa e controle dosagem e orientação quanto a medicação prescritas pelo medico, e os médicos também centrados em atendimentos individuais. Portanto era uma prática apoiada em concepções antigas sobre a loucura. No decorrer de dez anos, a equipe ousou, amadureceu e ampliou seu entendimento sobre a pessoa humana e a patologia, a partir de uma prática clínica ampliada, aprendeu-se a estabelecer vínculos com a família e trabalhar sob a ótica dos direitos a cidadania da pessoa portadora de transtorno mental”. (E. 01).

“Era a especificidade do serviço, prestar uma atenção diária e sistemática a partir da demanda dos usuários, com vistas à preservação dos direitos universais de cidadania em defesa da vida do portador de doença mental.”. (E. 02).

“Desde o início do CAPS, o princípio de integralidade nas ações norteou as discussões na equipe. As assessorias que tivemos apontavam a integralidade das ações como fator estruturante”. (E. 26).

Convém ressaltar, porém, que a implementação de mudanças de forma brusca na organização, bem como a institucionalização de novos valores, podem trazer perturbações,

fazendo com que alguns não mais reconheçam o seu grupo social, uma vez que lhes foi atribuído um novo conjunto de habilidades e comportamento. A perda súbita desse reconhecimento muda radicalmente as representações e o conjunto que o indivíduo tem de si e do valor social de sua atividade, podendo gerar, inclusive, reações defensivas (DEJOURS, 1994).

5.4.3 O “Metamodelo” Transformacional de Gestão de Pessoas e a Psicodinâmica Organizacional.

Motta (2005, *apud* BRABET 1993) discute que o Metamodelo Transformacional de Gestão de Pessoas consiste em proposições amplas e críticas, que questionam modelos prescritos e trabalham com o conceito de transitoriedade e contingência.

Tal modelo aponta para o equilíbrio dinâmico entre dimensões variáveis, ou seja, entre paradoxos existentes simultaneamente em uma organização, que geram conflitos e necessitam de ser gerenciados, a saber: o aumento do nível de ansiedade e do medo nas organizações, provocado pelas mudanças das estruturas e regras, que alteram as formas dos indivíduos viverem e se relacionarem, direcionando estes para uma reorganização em suas representações mentais e afetivas, além de levá-los a procurar aprender novas formas de convivência e trabalho (MOTTA, 2005). Esse aumento de tensão na organização, todavia, certamente ativarás as reações defensivas do ego, fazendo aumentar conflitos, agressividades e problemas na dinâmica organizacional (CALDAS, 1999).

Por outro lado, as realidades construídas nos contextos sociais se dão a partir de percepções simplificadas dos atores sociais, os quais, ao tentarem atribuir sentido à sua experiência, representam os sistemas complexos em que estão inseridos em torno de suas percepções contraditórias, que, nesse momento, passam a orientar a sua ação.

Nesse contexto, Motta (2005) define que as teorias transformacionais, especificamente o Metamodelo Transformacional de Gestão de Pessoas, têm como particular característica reconhecer a ambivalência e a contradição interna, os aspectos

psíquicos, a complexidade dos processos de socialização, os fenômenos simbólicos e inconscientes, revividos na dinâmica das organizações.

Tais teorias valorizam uma contínua invenção e reinvenção, redefinindo novas formas de organização, de relações entre indivíduos, grupos e sociedade. Valorizam também os aspectos contingentes e propõem um conjunto de idéias, nas quais as especificidades e racionalidades serão correspondentes ao contexto estratégico, cultural e socioeconômico no qual a organização encontra-se inserida.

A seguir, as idéias centrais do Metamodelo:

Figura 5-1

Idéias Centrais do Metamodelo

| IDÉIAS CENTRAIS DO METAMODELO |
|---|
| A organização é construída por atores sociais, sendo considerada um sistema psicológico, político e histórico; |
| A organização apresenta convergências e divergências essenciais, fruto de uma dialética de evolução contínua, a ser gerida permanentemente; |
| Os atores são ao mesmo tempo racionais e irracionais, possuindo pulsões de vida e de morte (Eros – Thanatos); |
| As referências teóricas são múltiplas; |
| A postura metodológica é plural, adotando, entre outras, a análise crítica e discursiva, comparativa e histórica, pesquisa-ação; |
| Dá ênfase à diferença entre a eficiência econômica e a social, que geram conseqüências diversas; |
| O meio ambiente é socialmente construído; |
| Observa-se a valorização da diversidade cultural e dos aspectos éticos da decisão; |
| A mudança é simultaneamente central e local (ordem/desordem); |
| As decisões são contingentes, não existindo modelo ideal de comportamento e de estrutura organizacional |

Partindo-se de tais discussões, observa-se na proposta do referido Metamodelo uma pretensa mudança organizacional embasada por posturas mais éticas, à medida que se preocupa em promover uma efetiva comunicação, que articule as diversidades culturais na elaboração coletiva de projetos de gestão.

Nos depoimentos abaixo, os profissionais deixam claro uma efetiva articulação coletiva:

“A circulação das informações era garantida nas reuniões de equipe e tinha como ponto crucial o nível de comprometimento ético da equipe, tanto em relação às questões administrativas, como em relação a história de vida dos usuários”. (E. 12).

“Também foi um aspecto muito trabalhado na equipe e que houve crescimento na medida em que as pessoas se comprometiam tanto com o serviço como com os usuários”. (E.13).

“As reuniões de passagens e as supervisões garantiam a circulação da palavra e a circulação de informações tanto em relação à dinâmica do próprio serviço, como da SMS e a nível nacional”. (E. 15).

Outro aspecto que é válido salientar - e que se encontra contemplado nos depoimentos acima – é o propósito do Metamodelo Transformacional de Gestão de Pessoas de articular mudanças éticas, com a criação de espaços organizacionais que permitam aos atores sociais ajustarem-se às transformações contínuas e contribuir de forma válida com o processo de mudança.

Nessa ótica, os estudos psicodinâmicos mostram a necessidade humana por referências, até mesmo para interagir e viver em sociedade. Mostram também que, na resolução de problemas cotidianos, os indivíduos fazem adaptações, reinventam e inventam novas formas de fazer e saber, fazendo com que suas referências do passado se façam presentes e possam contribuir para um futuro melhor, mais humanizado, embasado em relações de confiança e respeito.

5.5 Participação na Organização

A participação constitui um dos mais importantes temas da prática e da teoria organizacional. A abordagem deste tema dar-se-á, principalmente, a partir da ótica de Mendonça (1987) e de Motta¹⁶ (2005).

¹⁶ Mendonça (1987) e de Prestes Motta (2005). Ambos são professores da EBAP e EAESP da FGV e autores de livros e artigos da Teoria das Administrações.

Com relação ao conceito de **participação**, Mendonça (1987) apresenta-o como uma variável que indica *o quê* e *como* alguém faz algo numa organização, ou seja, se aquele indivíduo é participante daquela ação coletiva organizada.

A participação é considerada um conceito central na área organizacional, por anunciar questões fundamentais relacionadas com a distribuição de poder, de autoridade, de propriedade, de trabalho, mecanismos de coordenação e integração e processo de tomada de decisão (MENDONÇA, 1987, p.21)

Em vista disso, na qualidade de estratégia social, a participação é uma tecnologia que possibilita a formulação de objetivos, tomada de decisões, resolução de problemas e mudanças organizacionais, por ser centrada especialmente em técnicas de grupo que incrementam a produtividade, o desempenho e a satisfação no trabalho. Nesse sentido, a participação passa a ser vista como uma abordagem gerencial, amparada na motivação, que proporciona a redução da alienação, aumenta o moral, assegura a eficiência e a produtividade, estimula a harmonia nas relações interpessoais e amplia a competência grupal.

Historicamente, o autor faz referência aos conteúdos ideológicos da idéia da participação, que se reportam às doutrinas sociais do século XIX, mas somente a partir da Segunda Guerra Mundial é que diversos países europeus estabeleceram-na, via legislativa ou contratual, nos conselhos das empresas. Ante as crescentes experiências, diversos atores, entre empregados, sindicatos, empresários, governos e intelectuais, têm adotado modelos participacionistas em países como a Grã-Bretanha, Suíça, Alemanha Ocidental, Argélia e Israel, assim como em países em desenvolvimento, como um elemento de participação popular preconizado pela Organização das Nações Unidas.

Nos meios acadêmicos, o tema da participação foi objeto de estudos e pesquisas desenvolvidos pelo Tavistock Institute¹⁷, numa dimensão social, o que significou um avanço em relação às abordagens psicológicas da tradição funcionalista americana.

Ainda numa caracterização histórica, ressalta o autor que, no Brasil, o tema *participação* tem sido referenciado pelos trabalhos dos professores Paulo Motta

¹⁷ Tavistock Institute, que introduziu a dimensão social, no sentido mais sociológico e menos psicológico na questão gerencial.

(EBAP/FGV), Tragtenberg e Venosa (EAESP/FGV), tanto no que se referem à questão da base filosófica, como nos estudos comparativos dos modelos de participação.

Há controvérsia no âmbito de disciplinas científicas, por ser um assunto que atravessa várias fronteiras, numa dimensão multidisciplinar, com temas *micro* e *macro*. A esse respeito, Dachler e Wilpert (1978), citados por Mendonça (1987), relacionam a participação aos tópicos que vão desde a motivação individual e habilidades, à liderança e dinâmica de grupo, fatores organizacionais e estruturas sociopolíticos e processos em cada sociedade e entre elas. Esses autores também dividem a participação em quatro categorias, descritas a seguir:

Visão Socialista – concepção política, originária da visão socialista da Sociedade, das relações sociais e das relações de produção, com fontes doutrinárias históricas nas idéias de Fourier, Proudhon e Marx. Tem como marco histórico a Comuna de Paris de 1871 - cuja questão principal, ao nível empresarial, é a superação do problema da alienação, introduzida a partir do Capitalismo, em prol da instauração de uma sociedade participacionista e autogestionária.

Teoria Democrática – preconiza a participação nas empresas a partir da incorporação de valores democráticos da Sociedade Civil. Tem como patronos: Rousseau, Stuart Mill e Tocqueville. Nos EUA, Pateman apresenta-se como a mais expressiva adepta dessa corrente, defendendo a prática democrática em todas as esferas pública e privada como vetor e elemento revitalizador da Democracia.

Relações e Desenvolvimento Humano – perspectiva que emerge do ambiente gerencial. Strauss e Rosenstein (1970) assinalam que essa corrente ignora o conflito de poder ou de classe, acreditando que a resolução de problemas se dá por meio de autêntica e confiante maneira de relacionar-se e da melhoria das condições de trabalho. Dachler e Wilpert (1978) destacam que os adeptos dessa corrente desenvolvem mecanismos de participação através da ênfase em arranjos organizacionais voltados para garantir o desenvolvimento dos indivíduos e dos grupos. (MENDONÇA, 1987)

Produtividade e Eficiência – prescreve uma instrumentalização da participação como uma tecnologia social à disposição da gerência, destinada a assegurar maior produtividade e eficiência, segundo Dachler e Wilpert (1978, *apud* MENDONÇA, 1987).

Para se compreender os fundamentos da participação, além das concepções acima, Mendonça (1987) apresenta argumentações, numa visão crítica, sobre a divisão de trabalho, a alienação, a integração e o conflito.

Em relação à **divisão de trabalho**, baseada nas idéias marxistas, ressalta o referido autor que a formação do Capitalismo operou uma descaracterização, transformando o homem em força de trabalho e mercadoria, em troca de sua sobrevivência, o que trouxe a idéia da cooperação como traço fundamental do trabalho associado.

Também argumenta o mesmo autor que a divisão capitalista do trabalho serve aos interesses do capital, à medida que garante um papel essencial no processo de produção - a do coordenador -, que, combinando os esforços separados dos seus operários, obtém um produto mercante. Portanto, é numa crítica ao Capitalismo e à sua correspondente forma de divisão de trabalho que o autor compreende a alienação do homem em relação ao seu trabalho, a si mesmo e aos outros.

Quanto à **alienação**, numa visão sociológica, Mendonça observa, nas relações industriais urbanas contemporâneas, o fenômeno da anomia, que se refere à ruptura do referencial cultural do homem. Por outro lado, apresenta a existência, atualmente, de fontes da alienação psicológica do homem nas relações de trabalho.

Nestes termos, tal análise ressalta a necessidade da participação, a partir do envolvimento da comunidade, no sentido de restaurar seus referenciais e o engajamento nas situações imediatas de trabalho. Mendonça (1987), contextualizando a participação, afirma que existem dois modelos teóricos inconciliáveis, pelos quais a vida organizacional pode ser explicada, tanto na visão funcionalista como na do conflito de interesse. Ambas têm exercido influências nas Ciências Sociais e nas Teorias das Organizações.

Em termos da Teoria Geral da Administração, a **integração** assume uma hegemonia conceitual, com base na influente Sociologia Americana, a partir do imperativismo funcional, que apresenta a integração como um dos imperativos de todo o sistema social que regula a coesão social.

À luz do referencial teórico que associou a metodologia sistêmica em voga no Brasil à preocupação estrutural-funcionalista, o conflito passou a ser explicado dentro das funções e papéis das organizações, por ser visto de forma disfuncional, anormal e patológico. Assim, no âmbito da organização, o método de administração dos **conflitos**

seria adotado sob a forma de participação do empregado nos interesses da empresa (MENDONÇA, 1987).

Tem-se ainda a Sociologia e, por extensão, a Teoria das Organizações, que reconhecem e incorporam o método científico dialético na vertente marxista original ou, mais recentemente, na existencialista. Dentre os fundamentos da visão da dinâmica organizacional, além da marxista, aparece como importante a teoria da coerção, que traz um olhar da fisiologia social para o conflito e passa a ver a organização como uma combinação de contradições (MENDONÇA, 1987).

Nesse contexto, muda-se a ótica da participação, que deixa de ser vista como instrumento de manipulação a serviço da hierarquia superior e passa a ser compreendida como um meio de antecipação e regulação dos conflitos de forças antagônicas existentes nas organizações, ou ainda como uma via de libertação do homem, com vistas a outra forma de gestão (MENDONÇA, 1987).

5.5.1 Participação Direta e Indireta.

A participação vista como um processo organizacional precisa de ter desdobramento em nível estrutural. Para compreendê-la na prática, estudiosos das teorias da administração classificam-na de duas formas: participação direta e indireta.

Motta (1981) classifica a participação direta como sendo dirigida à pessoa, individualmente, e a indireta, ao coletivo dos trabalhadores, desmembrando tal modalidade de participação em quatro espécies: a negociação coletiva; o comitê de empresa; a co-gestão e a autogestão.

5.5.2 Participação Direta: a Gerência Participativa

Define Mendonça (1987) que a participação direta se enquadra em diversas técnicas de psicologia organizacional, que vão desde a direção participativa ou gerência por objetivos até às técnicas de enriquecimento de cargo, as quais tiveram desenvolvimento e crescente aceitação nos Estados Unidos da América, na década de 50.

As razões que levam à aplicação da gerência participativa no contexto organizacional são as suas turbulências geradas pelos ambientes e a oferta de estímulos aos empregados, por propiciar o efetivo reconhecimento do indivíduo pelo grupo, satisfazendo-lhe as necessidades de autonomia, auto-realização e o relacionamento interpessoal.

Mendonça (1987) afirma que a visão participativa encontra-se amparada na experiência de Howthorne¹⁸, na qual, a participação nas decisões foi relacionada ao trabalho e significou um fator fundamental para o aumento da produtividade.

Embasadas também em teorias, como a de McGregor com a teoria X e Y, que vê os estilos gerenciais democráticos como únicas estruturas organizacionais flexíveis propícias à participação; a de Maslow, que se embasa na teoria da hierarquia de necessidades básicas; a de Argyris, que, contribuindo de uma forma crítica ao perceber o autoritarismo das propostas administrativas e a manipulação nas propostas humanísticas, evidencia que as contradições básicas entre as necessidades da empresa e as do indivíduo devem ser resolvidas mediante aumento da intensidade emocional e da proximidade pessoal; e, por fim, a de Likert, que contribuiu subsidiando o modelo gerencial com o desenvolvimento e aplicação de modelos de liderança, especificamente no caso da liderança participativa, ressaltando que, para a sua eficácia, fazem-se necessários o envolvimento e a participação de todos.

¹⁸ Experiência de Howthorne – Na década de 20, em uma fábrica da Western Electric Company de Howthorne, em Illinois, um grupo de mulheres foi submetido a um experimento para verificar o efeito sobre o desempenho de certas condições de trabalho. Essas mulheres foram selecionadas e colocadas em sala especial, sob orientação e observação de supervisores. Foi observado que, com cada variação das condições de trabalho, verificava-se aumento da produção. Ao serem trazidas de volta ao local original de trabalho sem as mesmas condições ótimas da experiência, foi observado que o desempenho aumentara em níveis mais elevados. Tal fato levou os pesquisadores a investigar que outros fatores estariam contribuindo para tal fenômeno. O experimento apontou para os fatores sociais, como: sentimento de reconhecimento, por terem sido escolhidas para o experimento inter-relacionamento e contatos sociais amistosos.

Nesse contexto, compreende-se que o pressuposto fundamental dessas visões é a identificação dos conflitos entre o indivíduo e a organização e a identificação de uma possível superação por meio de ações motivadoras. Convém ressaltar que a aplicação da gerência participativa dirige-se às pessoas, seja individualmente, seja como membro de um grupo, prescrevendo uma redução de absenteísmo, rotatividade e *turnover*, mediante satisfação proporcionada no bojo do processo.

Já em relação à eficácia desse tipo de gerência, a literatura americana relata experiências quanto ao aumento de produtividade, desempenho e satisfação no trabalho, sendo tido como eficaz por considerar a pessoa de uma forma mais humanizada e instalar um clima de obrigação social e reciprocidade que facilita e introduz coesão de equipe, proporcionando a emergência de talentos e de idéias (MENDONÇA, 1987).

Porém, Mendonça (1987) enfatiza que as práticas de Desenvolvimento Organizacional – DO-, que é uma variável da gerência participativa voltada para mudanças organizacionais, também recebem críticas por insistirem em trabalhar ao nível da percepção dos indivíduos, deixando de reconhecer componentes não-pessoais e, conseqüentemente, deixando de promover mudança na estrutura.

Assim, apesar de visões otimistas, verificam-se, na perspectiva da visão ideológica, várias rejeições às soluções participativas, considerando-as como variações sofisticadas do taylorismo.

Quanto à avaliação dessas soluções, Garcia (1975) denuncia a proposta de ajustamento do homem na organização. Motta (1981), por sua vez, aponta que tal tipo de gerência constitui mudanças meramente marginais no trabalho, pois raramente relaciona variáveis fundamentais deste.

No entanto, mesmo existindo visões teóricas menos pessimistas da gerência participativa, percebendo-a como um dispositivo que contribui para o amadurecimento do trabalhador, observa-se que esta só é classificada como uma forma de humanização do trabalho, à medida que cria condições operacionais de desalienação, ao nível do cotidiano. No contrário, trata-se somente de uma ferramenta de aperfeiçoamentos organizacional.

Mendonça (1987) define que as técnicas de participação, também denominadas de *participação na tarefa*, constituem uma forma de adequação da mão-de--obra aos interesses da dominação. Afirma ele que “é mais uma contradição do capitalismo no seu estágio atual, posto que, por um lado, humaniza e atende a reivindicação da mão-de-obra,

por outro, objetiva maximizar a extração de mais-valia do trabalho desta mesma mão de obra” (p.64). Mesmo assim, o autor apresenta ser possível a criação de condições psicológicas – via hábito – e políticas - via crescimento de demanda – para uma efetiva participação do trabalhador nas decisões do processo e do produto do seu trabalho, gerada pela gerência participativa. Argumenta que o grau e a extensão da participação, fixados unilateralmente pela gerência, sejam revistos, ampliados e expandidos.

Diante de tal contextualização, percebe-se que a questão é de conquista; acreditar que é possível. Uma organização, um serviço ou uma equipe, ao terem ciência de todas essas questões paradoxais e conflitantes, devem ter clareza com relação a que se destinam. Ter competência, vontade e uma dose de ousadia poderão construir um modo de gerenciamento confluyente do qual todos os envolvidos no processo de trabalho e do produto participem efetivamente, obtendo-se como resultado a desalienação do processo de trabalho.

5.5.3 Participação Indireta – a Co-Gestão

Dando continuidade à discussão sobre a participação nos contextos organizacionais, passa-se a focar a participação indireta, que compreende quatro tipos, a saber: negociação coletiva, comitê de empresa, co-gestão e autogestão. Aqui será dada uma atenção especial ao modelo de co-gestão, que vem sendo considerado como a forma mais avançada de participação nas empresas, além de acreditar que dará maior subsídio para a análise proposta do modelo de gestão implantado no CAPS II OESTE, sob a luz da co-gestão.

Segundo Mendonça (1987), ao se tentar compreender as causas que interferem nesses modos indiretos de participação e avaliar o impacto dessas causas no fenômeno organizacional, chega-se à evidência de que, em razão das atuais relações organizacionais e da interação com o meio ambiente, as organizações contemporâneas experimentam grandes

mudanças de funcionamento nas áreas de fixação de metas e objetivos, bem como nas de processo de tomada de decisão, de mecanismos de controle e de distribuição de poder.

Acrescenta o autor que o recorte organizacional não é um recorte descolado do ambiente. É uma concretização, no plano administrativo, que já se referiu ao modo organizacional medieval, pré-capitalista e capitalista artesanal, em que cada uma dessas fases retrata e reflete um modo próprio de organizar e administrar a produção, a distribuição e o consumo dos bens e serviços em uma dada sociedade.

Motta (1982) invoca o conceito marxista de cooperação e chama a atenção para as formas de cooperação como criadoras das funções administrativas nas organizações. Afirma ele que o discurso funcional é objetivo, próprio dos interesses dos dirigentes, instaurando, dessa forma, a primazia da heterogestão, isto é, a gestão do processo e do produto de trabalho por outrem.

Surgem, então, as chamadas “bases ambientais” para o desenvolvimento da participação, como informa Paulo Motta, as quais demarcam um novo tipo de relacionamento nas organizações.

Novo relacionamento social, superior/subordinado; mais acentuada agregação de interesses entre trabalhadores; a emergência de novas aspirações profissionais; desatualização mais rápida de estruturas estabelecidas; acentuação de mimetismos e pressões ideológicas associadas a uma revisão das formas institucionais de organização econômica. (MOTTA, 1981, p.27)

Nesse contexto, o conflito e a colaboração são as causas fundamentais do aparecimento dessas formas indiretas de participação.

Motta (1981) afirma ainda que o conflito distingue entre as bases conceituais da participação direta e da indireta. As formas diretas derivam-se de uma posição sobre a origem do conflito, a partir da personalidade ou percepção individual ou de pequeno grupo, ao passo que as formas indiretas encaram o conflito como preexistente no sistema social, sendo internalizado nas organizações.

Para a dinâmica e o funcionamento dos mecanismos de conflito/cooperação, Prestes Motta (1979) destaca que os interessados por esse equilíbrio são: a empresa, o Estado e os próprios sindicatos. Sobre a co-gestão, segundo Prestes Motta (1992), existem antecedentes

específicos situando-a num estágio evolutivo de progresso, nas relações de trabalho e de capital, na Alemanha.

Conforme o exposto acima, em termos de proposta e dinâmica, a co-gestão vai além da gerência participativa, posto que esta última limita e circunscreve a participação ao nível da tarefa, ao passo que a co-gestão (a exemplo da alemã) assegura efetivamente uma ingerência da mão-de-obra na gestão do processo de trabalho e, de certa forma leva o capital a compartilhar com a mesma mão-de-obra informações sobre decisões estratégicas da empresa. Segundo Faria (1985), a co-gestão possibilita um desmoronamento do modo de heterogestão.

Provoca uma efetiva derrocada da heterogestão. Tratava-se de uma direção de ofício que comanda a estratégia (política) da empresa nos planos técnicos (operacional), financeiros e comerciais (econômico), enquanto as remunerações (por categorias ou mesmo as individuais) e as promoções vão depender de uma instância eleita, controlada pelo pessoal (FARIA,1985, p. .05).

Nestes termos, faz-se necessário refletir sobre quais as perspectivas da co-gestão, haja vista alguns autores a perceberem como um aspecto positivo, ressaltando que o seu funcionamento se inspira nos princípios da harmonia e colaboração entre as classes, o que leva à introdução de um clima organizacional democrático e de redução do antagonismo na empresa, além de, ao instalar certa harmonia no ambiente, superestimar a coesão interna (FARIA, 1985).

Por outro lado, a co-gestão é alvo de críticas, como, por exemplo, quanto ao seu funcionamento, por ser este considerado um processo de escolha rigoroso e formalista.

Também se critica o desconhecimento desses mecanismos de representações por parte da maioria dos empregados, visto seu desinteresse nesse campo mais político, restringindo-se às imediatas necessidades de seguranças, recompensas e condições de trabalho. Quanto ao processo de decisão, num sistema de co-gestão, as críticas resultam em denúncias, que, nas situações-limites, prevalecem, em detrimento da vontade do acionista (MOTTA 1981).

Todavia, em termos da participação na organização, no campo do serviço público, a ênfase é dada ao controle social, como dispositivo de efetiva participação popular, compreendida essa participação, por Gavronski (2003), como a soberania do povo em ação, numa expressão concreta e efetiva do exercício do poder político. Tal dispositivo assumiu

gradativamente um papel estratégico fundamental para a garantia dos direitos humanos, a partir da participação popular nos debates, contribuindo assim no processo de institucionalização do SUS.

Gavronski (2003) historia o processo de construção e o lugar que ocupa hoje o controle social nas decisões dos serviços da administração pública. Brevemente, pode-se verificar os passos da construção da participação da comunidade como diretriz do SUS, que se deu após a Segunda Guerra Mundial, quando a participação popular nos serviços teve relevante crescimento.

Em 1948, os Estados que compunham a ONU, como oposição aos abusos cometidos pelos então Regimes Totalitários, ao perceberem a incompatibilidade desses tipos de Regime com a proteção e efetivação dos direitos humanos fundamentais, puseram em destaque os benefícios da Democracia, em prol da participação popular no controle dos serviços. Assim, foi proclamada, pela ONU, em assembléia geral, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, tendo sido anunciado que “todo homem tem o direito de tomar parte do governo do seu país diretamente ou por intermédio de representantes livremente escolhidos” (art.21, item I).

Todavia, no Brasil, só em 1988, fez-se constar na Constituição Federal o Estado Democrático de Direito (art. 1º, *caput*) e que “todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente” (parágrafo único do art. 1º). A participação popular, dessa maneira, tem como premissa servir de instrumento para adequar a atuação do Estado às necessidades da população.

No texto constitucional, encontram-se assegurados os dispositivos sociais de “gestão democrática quadripartite da seguridade social” (art. 194), “participação da comunidade como diretriz do SUS” (art.198 III) e “participação da população na formulação das políticas e no controle das ações de assistências social em todos os níveis” (art. 204 II). O dispositivo em forma de lei 8.142/90, que disciplinou os Conselhos de Saúde foi um dos desdobramentos das conclusões da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que foi reforçado pela Emenda Constitucional nº. 29, em 13 de setembro de 2000 e assegurou sua instituição com o repasse de verbas federais, o caráter deliberativo às suas decisões, conferindo-lhe *status* constitucional pela forma democrático-participativo da comunidade, como diretriz institucional do SUS.

Com a institucionalização do SUS, o processo de trabalho no Setor Público e a relação serviço e funcionário passaram a ser norteados pela referida diretriz, que constituiu o SUS. O controle e a estrutura burocrática centralizada, com linha de comando decrescente e comunicação vertical do modelo anterior, contrastavam com a nova proposta de controle social do SUS. A forma democrático-participativa da comunidade materializou-se a partir de fixação de metas de forma descentralizada, que transpassaram os planos federais, estaduais e municipais de saúde e possibilitaram a coordenação e decisão participativa através das Conferências e Conselhos de Saúde. A implementação da comunicação em rede com interfaces reguladas pelas comissões de intergestores e a autonomia dos serviços contribuem para a garantia do estabelecimento de prioridades municipais e a programação dos serviços, além do autocontrole das práticas em saúde nos Conselhos de Saúde locais.

Em vista disto, a então organização do trabalho assistencialista, motivada por um modo de trabalho compartimentalizado em departamentos estanques, separado por atividades e pagamento por resultados, modifica-se, a partir das orientações do SUS, que veio privilegiar a cooperação entre os subsistemas de saúde. O MS passou a definir prioridades nos serviços de saúde, como: o trabalho em equipe multidisciplinar, procedimentos flexíveis, fluxos horizontais de informação e trabalho focado em resultados, com base em critérios epidemiológicos e na noção de território, valorizando dessa forma a produção qualitativa das ações de saúde dirigidas às problemáticas específicas.

Dessa forma, a programação da produção em saúde passou a considerar as necessidades e recursos locais, disponibilizando os serviços mais adequados à comunidade, tendo como principal alvo de avaliação os impactos das ações de saúde produzidas pelas unidades de serviços e não pela quantidade destas.

Quanto ao aspecto valorização do trabalhador, a ênfase passou para os programas de qualificação, a partir da adoção de políticas de desenvolvimento contínuo dos recursos humanos, com propostas de educação permanente, considerada como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação em saúde, além da institucionalização dos Planos de Cargos e Carreiras dos municípios. Com a proposta de incentivos à participação nos problemas locais, faz-se crescente a responsabilidade dos serviços de saúde, no processo de transformação das práticas profissionais e das estratégias de organização da atenção à saúde.

O relacionamento inter-setorial também passa por transformação, a partir dessa visão do SUS como um sistema único composto por subsistemas municipais de saúde, que, com a viabilidade da interação, possibilita o funcionamento do modelo como um todo, hierarquizado, evitando sobreposição e fragmentação dos serviços.

Assim, a proposta do SUS de exercer um papel ativo na reorientação das estratégias e nos modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva provocou, e continua provocando, repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender, com vistas à organização dos serviços, na perspectiva de se estabelecer um trabalho articulado entre todos os componentes do processo. A qualificação e humanização da atenção à saúde aos usuários do sistema, convém ressaltar, contribuem para fortalecer a equidade e a consolidação do SUS.

A construção da gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde tem como norte a atenção integral como acolhida, a responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde e a participação popular com características de formulação política deliberativa sobre o Setor. Tal política agrega atores diversos na implementação de uma ação mais efetiva e transformadora dos processos educativos, tanto no âmbito governamental quanto no não-governamental.

Especificando, a gestão das relações no trabalho, nesse processo de gestão descentralizada, compreende a superação dos velhos modelos de gerenciamento de recursos humanos, de forma normativa, burocrática e estática, pela gestão participativa, colegiada e pactuada com trabalhadores e seus representantes, tanto nos aspectos individuais, como nos coletivos. Esse tipo de gestão compreende também a negociação para o enfrentamento adequado dos conflitos de trabalho e a gestão integrada das relações de trabalho.

Como o trabalho desenvolvido na área da saúde se constitui em uma prática pedagógica com ações que influenciam na produção de significados, essa produção pode servir tanto para a promoção da dominação e perpetuação de uma situação desfavorável para a maioria da população quanto para proporcionar a aquisição de uma consciência crítica que possibilite lutar-se por uma sociedade diferente. Para a concretização desta última, é necessário que se entenda que a educação vai além da mera aquisição de hábitos e conhecimentos, sendo preciso, inclusive, estabelecer uma relação das conseqüências desses hábitos e conhecimentos com a vida cotidiana. Faz-se necessária, então a passagem do senso comum para uma forma de pensamento mais

articulada, indispensável para a promoção de mudanças, o que poderá possibilitar transformação social.

Todavia, como a gestão do trabalho no SUS é parte da gestão do trabalho na Administração Pública - diferentemente da prática da Administração Privada, regida pela visão de mercado inerente ao sistema econômico capitalista que determina a relação capital-trabalho -, aquela Administração (a Pública), em geral relacionada com o contexto político e econômico, termina por repercutir no campo do trabalho, muitas vezes, numa cultura patrimonial e clientelista.

Nesse contexto, deve-se destacar que a Reforma Sanitária Brasileira está pautada numa proposta de mudança de paradigmas e, por conseguinte, na construção social de novas práticas sanitárias. Nesse sentido, vem-se dando nos serviços públicos de saúde uma evolução no conceito de saúde, que passou a ser expressão de qualidade de vida.

Assim, com a adoção desse novo paradigma da “produção social da saúde”(MENDES, 1996), pode-se romper com a setorialização da realidade e perceber o estado de saúde como um produto social. Segundo Ferreira (2000), esse novo paradigma, além de dar conta de um estado de saúde em permanente transformação, inscreve-o como expressão da qualidade de vida dos cidadãos.

No entanto, para a adoção de tal paradigma, exige-se dos governantes um outro modelo de gestão com novas capacidades gerenciais, que permitam a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo serviço público aos cidadãos.

E esse modelo de gestão foi contemplado na trajetória da Reforma Sanitária Brasileira com a criação do SUS.

Com a institucionalização das diretrizes e princípios desse Sistema Único de Saúde, define-se, assim, a gestão do trabalho na Administração Pública em três eixos:

1 – a mudança no modelo de Estado, que passa de modelo provedor para regulador;

2 – a reestruturação produtiva, que traz novas formas de relação de trabalho;

3 – a incorporação tecnológica, que introduz novas práticas e novos processos de trabalho, para fazer frente às novas demandas, na busca de um modelo de Estado Gerencial, que teve início nos anos de 1990, em um processo de reforma administrativa, institucionalizada por meio da Emenda Constitucional nº. 19, de julho de 1998, com propostas prioritárias de flexibilização, frustrando a possibilidade de adoção de emprego público como forma alternativa de contratação no Setor Público.

Pode-se observar, mediante depoimento abaixo, que, o processo organizacional do CAPS II OESTE, contextualizado em uma administração pública, contou com variáveis significativas, como: a permanência da equipe por um período de 10 (dez) anos, a disposição de profissionais de saúde envolvidos com o tema Saúde Mental, o contexto político favorável às discussões sobre a forma de tratamento nos hospitais psiquiátricos e o envolvimento e a mobilização de familiares e usuários em defesa de formas de cuidados mais humanizados.

“No início do serviço já havia preocupação com a participação representativa. A partir da noção de participação paritária nos congressos, conferências e encontros havia muito incentivo para envolvimento das três instancias: gestão, trabalhadores, usuários e familiares” (E. 09).

Nesse contexto, observa-se que, na equipe CAPS II Oeste, ocorreu um processo de superação da cultura de um serviço público descomprometido com o aspecto público. A permanência da equipe por um longo período coloca em evidência que aquele serviço sofreu poucas ingerências políticas e que a estabilidade funcional foi compreendida como estratégia de expressão de comprometimento num exercício de cidadania, ao salvaguardar o princípio de democracia-participativa no cuidado das pessoas com transtorno mental, ao mesmo tempo que pode denunciar com sua prática o uso indevido do serviço público.

A partir de 1992, com a I CMS e a II CES do RN, a exemplo das ocorrências nacionais, houve maior mobilização entre profissionais, usuários e familiares, que deram continuidade ao processo de luta em busca do resgate efetivo do direito à vida, à dignidade e à liberdade das pessoas com transtornos mentais. Então, à medida que se encontravam motivados pelas diretrizes propostas para a Reforma Psiquiátrica, na perspectiva de implantação de serviços no modelo antimanicomial, aprovadas tais diretrizes na II Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 1992 e contando com a abertura institucional da SMS/Natal, naquele contexto, além de acreditarem na proposta de somar esforços com a Sociedade Civil Organizada, em busca do resgate da cidadania e da dignidade das pessoas com transtorno mental, bem como discutir a concepção de loucura, se dispuseram a traduzi-la nas ações concretas que foram sendo definidas no cotidiano, numa constituição e amadurecimento da equipe.

Mendonça (1987) enfatiza que a co-gestão é resultado de um lento processo de maturidade nas relações capital e trabalho. Motta (1982, p.74), por sua vez, define que

A oposição que a co-gestão encontrou e encontra entre empregadores alemães parece já ser indício de que, se ela funciona no capitalismo avançado como uma forma de reprodução do poder do capital, ela também representa uma conquista não desprezível da classe trabalhadora.

Mediante o conteúdo exposto sobre gerência participativa e co-gestão, optou-se por compreender mais profundamente como se deu a construção do CAPS II OESTE, a partir da sua equipe de trabalho. A construção de uma Equipe que se deu, particularmente, por uma composição de uma multiplicidade de profissionais da Área da Saúde Mental, que adotou como modalidade de gestão o compartilhamento entre todos os envolvidos.

Assim, sob a ótica dos princípios da co-gestão, tem-se a pretensão de analisar as variáveis influenciadoras dessa construção em equipe, que se acredita ter ido além de uma mera estruturação de equipe multidisciplinar, investindo na construção de um projeto de saúde mental que, a partir de princípios e diretrizes das reformas, sanitária e psiquiátrica, brasileiras, fez acontecer seu objeto.

Tal construção partiu de um grupo de trabalhadores, em um determinado contexto político-social, cujos funcionários vinculados à SMS/NATAL e à SESAP/RN se organizaram numa proposta de equipe, definindo, assim, seus objetivos, objeto e processo de trabalho. No transcorrer de um período entre junho de 1995 a dezembro de 2005, tal grupo foi se construindo e reconstruindo cotidianamente. Também aprenderam não só a se incluírem no cenário local e nacional, por fazerem um diferente e amplo exercício clínico em termo psicossocial, mas a incluir os usuários e familiares que compunham o projeto, num efetivo exercício de cidadania.

Nesse sentido, entende-se que se tratou de uma modalidade de co-gestão, por ter sido desenvolvida com o envolvimento e participação efetiva dos segmentos que representavam o projeto, a saber: gestão, trabalhadores e usuários; além da sua práxis de co-gerência e co-responsabilidade, na articulação de direitos de cidadania, no processo de produção da saúde de pessoas com problemas mentais; e, sobretudo, pela sua forma de fazer/saber, que ampliou o poder de gerenciamento, tendo assegurado dispositivos efetivos, promotores de interfaces necessárias para proceder à co-gestão do processo de trabalho, na circulação das informações e nas tomadas de decisões estratégicas do CAPS II OESTE.

Todavia, tratou-se uma forma de co-gestão de equipe tecida numa perspectiva transdisciplinar, que envolveu trabalhadores, usuários, familiares, gestores e comunidade, os quais co-produziram a si próprios enquanto sujeitos e coletivos.

5.6 Na Perspectiva de uma Racionalidade Gerencial Diferente

Com a intenção de se pensar a organização CAPS II OESTE à luz dos pressupostos da co-gestão de coletivos, passar-se-á a discutir questões como, por exemplo, uma forma de fazer o trabalho que cria e que não oprima ou somente reproduza. Um trabalho que, mesmo constituído com método estabelecido, precise de recriação e apropriação crítica, na construção da produção de compromissos e de novos padrões de subjetividades.

A seguir foram selecionados alguns aspectos percebidos como fundamentais para a compreensão da proposta do Método da Roda ou Paidéia, que teve como precursor Campos¹⁹(2000).

5.6.1 Co-Gestão de Coletivos: Co-Produção de Sujeitos e de Coletivos

Conceituando a Produção e o Método da Roda, inicialmente faz-se fundamental compreender que este se propõe a realizar uma costura entre uma perspectiva crítica (anti-Taylor) e outra de reconstrução dos modos de se fazer política, gestão e construção de sujeitos. Nestes termos, é pertinente questionar a que se destina a Co-Gestão de Coletivos Organizados para a Produção. Seria uma nova racionalidade gerencial?

Na perspectiva de provocar reflexões sobre este método, considerado não só como subsídio para se analisar o modelo de gestão implementado no CAPS II OESTE, mas também como uma proposta possível para a construção e reconstrução de equipe

¹⁹ Gastão Wagner de Sousa Campos, médico sanitário, professor de Saúde Pública na Unicamp e escritor, tendo publicado os seguintes livros: Os médicos e a saúde pública; Reforma da reforma: repensando a saúde; A saúde pública e a defesa da vida. Romances: Equívoco, Calidoscópico e Tomar a terra de assalto. Dirigente e analista de instituições de saúde.

multidisciplinar, com vistas à transdisciplinaridade, faz-se necessário analisar alguns aspectos a seguir.

O Método da Roda filia-se às escolas filosóficas que sustentam a existência de relação dialética entre o Pensar e o Agir, entre o homem e o mundo e entre os próprios homens. Criador e criatura todo tempo imbricados. Uma Co-Produção, que pretende combinar Política, Gestão e Planejamento com Psicologia, Pedagogia, Psicanálise e Análise Institucional.

Segundo Campos (2000), no campo das práticas sociais, foi na Psicologia e na Pedagogia que mais amplamente escolas aplicaram perspectivas dialéticas em seu fazer cotidiano. Em Freud (1967), identifica-se uma recusa em optar por qualquer dos pólos responsáveis pela fragmentação contraditória dos sujeitos, e a opção por trabalhar numa perspectiva dinâmica. A Psicanálise deu, assim, uma importante contribuição a uma teoria dialética sobre a construção de sujeitos.

No entanto, não se pode ser indiferente ao Construtivismo Social, corrente de pensamento que também contribuiu para a dialética do sujeito e do objeto, do indivíduo e do social, consistindo num movimento amplo que vê o conhecimento como resultado da relação dialética entre as “atividades interpessoais” (VIGOSTKI 1991, p.35) e as intrapessoais. De Vigostki, no início do séc. XX, a Paulo Freire, com a sua “pedagogia da libertação”, numerosos autores elaboraram o denominado *Construtivismo Sócio-Histórico*, com concepções defendidas na constituição do Método da Roda, que parte da hipótese de uma possível reconstrução das pessoas, em virtude da interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si. Nesse sentido, pode-se afirmar que ninguém é, em princípio, somente objeto ou somente sujeito, embora acrescente-se que a eventual dominância de uma ou de outra dessas condições virá a ser resultado de uma produção psíquica e social concreta (CAMPOS, 2000).

Mesmo reconhecendo a tendência histórica em que as instituições oprimem a dimensão singular de cada sujeito ou os interesses dos grupos, Campos argumenta que, para uma visão de mundo dialética, as práticas sociais – a clínica, a gestão e a política – poderiam produzir matrizes configuradas entre controle social e autonomia. Nestes termos, no Método da Roda, tenta-se tornar possível a análise e o redesenho desses meandros, apresentando os seguintes questionamentos, a saber:

Seria possível uma organização social que produzisse liberdade e autonomia e não, principalmente, controle e dominação?

Que regras de convivência institucional poderiam ser inventadas e experimentadas para combinar dialeticamente atendimento das necessidades sociais com a produção de liberdade para os indivíduos? (CAMPOS, 2000, p.65)

Vale ressaltar que o Método da Roda ou Método Paidéia consiste em um dispositivo crítico à Racionalidade Gerencial Hegemônica, propondo-se a uma reconstrução operacional dos modos, para se poder fazer a co-gestão de instituições e, conseqüentemente, a constituição de sujeitos com a capacidade de análise e de intervenção.

Tal Método compreende o sujeito como um ser biológico que tem uma subjetividade complexa e é participante de relações sociais que alteram seus desejos, interesses e necessidades, embora, por outro lado, seja dotado de certo grau de autonomia para realizar esses desejos, interesses e necessidades, mediante processos de negociações e lutas internas, numa perspectiva inconsciente, pois, mesmo encontrando-se imerso na história e na sociedade, nem por isso esse sujeito está despossuído de uma subjetividade singular e de uma capacidade para reagir ao seu contexto.

O Método da Roda compreende ainda o Coletivo Organizado para a Produção como uma constituição com a finalidade de transcender cada um dos sujeitos que o integram. Nestes termos, trata-se de uma rede de relações tecida entre os sujeitos que o compõem e o contexto. Essa visão parte do pressuposto que tanto o sujeito quanto o coletivo organizado para a produção são seres em constante construção.

Neste sentido, escrever a história do CAPS II OESTE significa uma produção a várias mãos, posto que este se deu na prática, na construção de uma história viva, cuja origem se deu através de pessoas embuídas de sensibilidade, de profissionalismo, de compromisso ético ou não e, em alguns casos, de conhecimento técnico e/ou experiências, de idealismo, de ousadia e covardia. Enfim, pessoas em potencial capazes de cuidar de outrem, à medida que se permitiram cuidar principalmente de si, na perspectiva de uma constante e permanente construção, com fins de tornarem-se sujeitos e coletivo capazes de produzir dignidade humana.

Para os planos de co-produção do sujeito e do coletivo, ou seja, os modos de ser e de agir, bem como os modos de se constituírem sujeitos e coletivos – grupos, equipes e famílias –, existe uma classificação por regiões, segundo Campos (2000, p.69), a saber:

- Uma região de forças imanentes ao sujeito, em três planos internos a ele: o da Estrutura Biológica; o do Desejo e e do Interesse;
- Uma região de contato do interno com o externo, onde se conformam e são expressas sínteses entre o sujeito e o seu contexto, em planos em que ocorrem a formação de compromisso, a constituição e a gestão de contratos e projetos;
- Uma região de forças de incidência do externo sobre o interno, em que os planos das necessidades sociais e o das instituições conformam modos de ser para o sujeito.

Entende-se, assim, que a subjetividade, a cultura, a ideologia e a práxis concreta de sujeitos e coletivos resultam da influência e da combinação variada dessas múltiplas regiões, o que faz com que o sujeito exista e transite entre regiões conscientes e inconscientes e seja pressionado por forças internas e por influências externas introjetadas, mesmo quando se apóia em si mesmo para projetar sua vontade sobre o mundo.

Segundo Campos (2000), tomando-se sujeitos ou coletivos como referência, pode-se agrupar essas três regiões existenciais. A dimensão interna do sujeito, que compreende os determinantes biológicos, a do Desejo e a do Interesse em uma frequência em que a interferência do social seria crescente. Assim, o determinismo biológico, o desejo e o interesse passam a compor uma região de forças imanentes ao sujeito que indicam seu potencial e que agem com relativa independência das circunstâncias.

Já as necessidades sociais e institucionais compõem uma região em que forças agem de fora sobre o sujeito, aparecendo, então, como constrangimentos estranhos e externos a ele, sobre os quais os sujeitos teriam influências pequenas ou somente a médio ou longo prazo. Tal plano é produzido mais pelo social do que pelo sujeito ou pelo grupo.

A formação de compromisso, a elaboração e gestão de contratos e de projetos criam uma região intermediária, um espaço de mediação entre forças imanentes ao sujeito e outras produzidas externamente a ele. Trata-se de uma região em que há possibilidades de se reconstruir a dominância das necessidades sociais e dos fatos instituídos, bem como de se recomporem imposições internas. Um espaço em aberto, em jogo entre distintas possibilidades, um lugar de composição do poder, um espaço em que a instituição do novo é possível, uma região em que o novo resulta da multiplicidade de sínteses que o sujeito produz, mediante a influência e pressão de todas essas regiões. Enfim, espaços em que a

práxis concreta dos sujeitos, o agir interpessoal, a política ou a gestão propiciam relativo grau de autonomia.

No início deste estudo, um questionamento inquietava. Será que o CAPS II OESTE exerceu a sua função de contribuir para o desenvolvimento de um certo grau de autonomia necessária à inserção social de pessoas que, historicamente, foram relegadas ao papel passivo de conformar-se com o instituído que lhes era apresentado? Será que se destinou e se consolidou como uma estratégia para uma construção de vida? Estas questões foram e continuam sendo pertinentes, mesmo quando se sabe que a avaliação tem sido positiva, como por exemplo, a de um usuário que, ao ser indagado sobre o significado do CAPS, respondeu com propriedade *“É uma casa de passagem para a vida”*(U).

É importante compreender, por um lado, que a formação de compromisso indica uma resultante das relações entre o atendimento do desejo do indivíduo e da necessidade social, as quais ocorrem de forma inconsciente ou com pequeno grau de interferência deliberada do sujeito. Por outro, também saber que a gestão de contratos e de projetos implica a intervenção deliberada do sujeito nessas relações, numa tentativa de administrar as polaridades. Sendo assim, o sujeito nem é senhor absoluto desses movimentos, nem se submete totalmente a eles, sem elimina, tampouco, sua dependência desses planos.

Campos (2000) considera que a produção de valores de uso justifica a existência de um coletivo organizado no atendimento às necessidades, como, por exemplo, o serviço prestado por uma unidade de saúde àquelas pessoas que buscam tal atenção. Estas são percebidas como agentes externos, por influenciarem o grupo para a produção em função delas, o que, ao mesmo tempo, as torna, de uma forma direta ou indireta, intervenientes no processo de produção e, portanto, na gestão. Contudo, reflete o autor, que o fato de não haver limite preciso entre externo e interno não invalida o reconhecimento dos limites entre produtores (trabalhadores) e potenciais beneficiários dos bens ou serviços produzidos.

Nessa lógica de raciocínio, podemos compreender a gestão de coletivos, especificamente na experiência do CAPS II OESTE, em que foram incorporados os “usuários e seus familiares”, embora não com o mesmo sentido e proporção dos trabalhadores, posto que, além dos papéis serem definidos nas representatividades destes e daqueles, além da pessoa da Coordenação, ocorria também a demarcação dos fóruns de discussões, onde circulavam informações e se davam as tomadas de decisões, como, por exemplo: nas assembléias de usuários e familiares, nas reuniões de família, de equipe, e do

Conselho Gestor do CAPS II OESTE, além de outros fóruns externos ao serviço, como: Conferências de Saúde, Encontros do Movimento da Luta Antimanicomial, Plenárias do Conselho Municipal de Saúde – CMS -, Comissões de Direitos Humanos e Cidadania na Câmara Municipal de Natal e a Associação de Usuários, Familiares, Amigos e Trabalhadores de Saúde dos Serviços de Saúde Mental – PLURAL -, etc.

Para Campos (2000), no entanto, mesmo que um coletivo organizado justifique sua existência na produção de valores de uso para as pessoas externas ao grupo, que, por sua vez, se beneficiem, observa-se que os desejos e interesses dos membros desse coletivo não necessariamente se materializam nos valores de uso produzidos. Potencialmente, os produtos ou serviços prestados podem funcionar como um meio para permitir que desejos e interesses dos agentes da produção sejam atendidos.

(...) a assistência à saúde é potencialmente um valor de uso para os pacientes. O desejo e interesses dos profissionais centram-se, em geral, em sua própria sobrevivência e realização pessoal. Que poderiam, mas não necessariamente, coincidir com a cura dos enfermos. Não morrer, aliviar o sofrimento, reabilitar-se, costuma ser desejos e interesses dos pacientes. Para os profissionais de saúde são necessidades sociais a serem atendidas para que se realizem e se justifiquem como trabalhadores da saúde (CAMPOS, 2000, p.72).

Nesse sentido, uma organização requer a formação de compromisso entre a produção de valores de uso, para atender às necessidades sociais, e o interesse e desejo dos trabalhadores, o que, por sua vez, servirá de elo entre estes. Portanto, os Coletivos organizados servem à produção e aos planos existenciais.

Segundo Campos (2000), no Taylorismo, a sobrevivência é a liga principal, enquanto nos modos de co-gestão a possibilidade de ampliar a realização pessoal exige outros componentes como a gestão de contratos, em que os trabalhadores tenham mais autonomia para interferir nos resultados tanto do trabalho quanto da organização. Assim, a organização de coletivos resulta da adesão a valores instituídos e transformados em estruturas, arranjos e normas, como resultante da formação de compromisso ou da gestão de contratos entre os membros e destes com segmentos da Sociedade.

A produção em equipe exige, assim, certo grau de organização, ou seja, de formação de compromisso, necessitando para tal de autonomia, posto que requer uma constante e permanente reorganização de arranjos e normas, que precisam ser geridas com certa liberdade.

Num artigo denominado “Avanços e desafios de uma prática transdisciplinar no CAPS II OESTE em Natal/RN”, Dias (2005, p.04) afirma que:

A equipe do CAPS II Oeste vem trabalhando, confrontando as divisões convencionais das especialidades e o modelo tradicional de gestão em saúde, democratizando e horizontalizando as relações de poder existente, criando novas práticas profissionais em uma clínica ampliada, onde a análise, a atenção e a escuta recai sobre todos os seus membros numa vivência coletiva e compartilhada, numa coordenação com vistas a uma finalidade comum, como estratégia para construção da vida daqueles que encontram-se em situação de desigualdade por terem sido historicamente relegados ao papel passivo.

Guattari (1985, p.79) denominou como “transversalidade” e Lourau (1995:37) como “segmentação ou pluralidade dos grupos” a essa variedade de linhas de forças que incidem em uma instituição. Campos (2000), nessa discussão, enfatiza a ocorrência da tensão dialética entre controle e autonomia, identificando a possibilidade de processos específicos e singulares dos grupos e sujeitos.

A partir desse contexto, tomar uma racionalidade como absoluta seria negar a possibilidade de mudança, além de significar o desconhecimento das contradições que operam entre os valores dominantes e a prática de sujeitos concretos. Sendo assim, é possível deduzir-se que a práxis singular de sujeitos e coletivos, ainda que fundada em desejos e interesses, cria múltiplas possibilidades que alteram modos de produção hegemônicos. Dessa forma, um conjunto de valores dominante não consegue controlar o sentido e o significado da produção de verdades, de subjetividades ou de relações sociais.

Campos (2000) apresenta como grupo-sujeito ou um sujeito com autonomia aquele que consegue trafegar entre as instâncias das necessidades sociais e sua dimensão interna, sem se submeter absolutamente a nenhuma delas, ou seja, a sua autonomia encontra-se na capacidade de se expressar e de agir influenciando e considerando todas essas categorias, compondo-as em distintas soluções e valendo-se de um método dialético que medeia forças internas com imposição externas.

Quanto às questões referentes ao desejo, ao interesse e à necessidade social e das instituições, para a Psicanálise, o desejo manifesta-se mesmo contra a vontade consciente do sujeito ou contra as conveniências sociais (FREUD, 1969; LACAN, 1998; DOLTO, 1998), não demandando projetos nem meios racionais para induzir o sujeito à ação. Ele transcende limites sociais, referências históricas e ignora as circunstâncias, embora o sujeito esteja obrigado a reconhecê-los, para lidar, da melhor maneira, caso contrário irá

sofrer as conseqüências por desconhecê-los. Ainda que não seja admitido como resultante apenas de processos internos, mas também por processos intersubjetivos, vale ressaltar que, uma vez constituído como desejo, este tende a operar como força pulsional, tendente a se repetir seguindo certo grau de autonomia, ainda que possa ser alterado (reprimido, desviado, deslocado sublimado) pelo sujeito (DELEUZE & GUATTARI, 1976); (MOURA 1995).

Assim, o desejo é expresso com autonomia em relação ao mundo externo, tratando-se da manifestação mais particular do sujeito.

Já o interesse, para a Psicanálise, indica um compromisso maior com o real, ou seja, o atendimento a este depende da capacidade do sujeito para lidar com dados de realidade (Laplanche & Pontalis, 1986). Nesse sentido, há possibilidade de contraposição de um em relação ao outro, ou seja, há uma relativa liberdade do sujeito na realização de um dos dois desses elementos.

Dessa forma, as instituições – o Estado, a Família, a Medicina, o CAPS II OESTE – e as necessidades sociais tendem a parecer ao sujeito com o peso de um determinante. Segundo Campos (2000), isso ocorre mesmo que tenham sido produzidos por movimentos que envolveram luta de sujeitos concretos contra o então estabelecido ou instituído. Na maioria das vezes, percebe-se que as instituições priorizam o controle da autonomia, buscando reforçar os aspectos objetivos do sujeito, muitas vezes em detrimento dos aspectos subjetivos. Tal manobra torna-se possível pelo fato de subtrair cotas de poder da maioria para concentrá-lo em alguns sujeitos ou em instâncias abstratas, como a tradição, regras, a moral, leis, etc. Cabe aqui exemplificar a hegemonia do saber “psi” (Psicologia e Psiquiatria) sobre os demais profissionais, em relação ao conhecimento sobre a loucura, no contexto do cuidado em equipe multidisciplinar no CAPS II OESTE, como foi apontado nas falas de alguns entrevistados que viveram os dois primeiros anos da implantação deste serviço, a saber:

“No início do CAPS Oeste a coordenação teve muita dificuldade por ter sido um período de muita confusão, desentendimentos gerados por posicionamentos divergentes, competição entre os profissionais mediante defesa de “verdades de cada formação acadêmica”, brigas em defesa da hegemonia do saber psi. O princípio da desinstitucionalização não estava claro, na época, para aqueles que se encontravam compondo a equipe e havia rejeição das idéias daqueles que vieram de uma experiência de trabalho do Hospital Psiquiátrico”. (E.01).

“Hoje, certamente seria diferente, mas nos primeiros anos do CAPS Oeste, época que participei da equipe, tinha muita insegurança por achar que só quem

sabia abordar o usuário eram os profissionais psi. Fui aprendendo a partir da possibilidade do trabalho em equipe”. (E.16).

Trata-se de mecanismos que asseguram a organização dominante, no seu próprio modo de ser, obrigando os outros segmentos a renunciarem a seu potencial.

No entanto, diz Campos (2000), os sujeitos desenvolvem ações no seu cotidiano para superar relações normativas instituídas por meio de suas práticas sociais, chegando a ultrapassar os limites impostos que condicionam e constroem, seguindo a especificidade de cada situação.

Já nos modos da co-gestão, na construção de novos compromissos, na definição de contratos e elaboração de projetos, os sujeitos ou coletivos apostam na possibilidade da criação de situações singulares. Assim, distinguindo-se da tradição e do estrito desejo e interesse do sujeito, recortam-se as manifestações concretas dos desejos e interesses, o que possibilita a reconstrução destes e não a sua interdição ou bloqueio.

No depoimento abaixo, podem-se perceber iniciativas que foram tomadas pela equipe do CAPS II OESTE, no sentido de superar os entraves iniciais em termos de redefinição das ações.

“No início havia uma tendência a intervenções mais individualizadas, mas a partir do momento em que a equipe compreendeu que precisava envolver mais os familiares e comprometê-los no tratamento dos usuários passamos a intensificar a abordagem coletiva em reuniões quinzenais, oportunidade que os profissionais tiveram de conhecer e se aproximar das famílias e desmistificar a compreensão que a família só atrapalhava e que eram culpados pelo estado e patologia do usuário. Tudo isso só veio ocorrer com a mudança da coordenação local que permitiu maior entrosamento, mais diálogo, ações melhor elaboradas de forma coletiva, onde se deu uma progressiva interface entre profissionais, familiares e usuários”. (E.11).

Certamente, nas práticas organizacionais, existem mecanismos conscientes e inconscientes em que o sujeito altera desejos e interesses ou necessidades sociais, postergando-os para o futuro, com vistas a alcançar algum benefício secundário.

Nesses mecanismos de postergação e troca, os sujeitos participam com maior ou menor autonomia de decisão em relação uns aos outros, que também impõem limites ou negociações. No entanto, é em momentos resultantes de crises que os sujeitos ou o grupo

interessam-se por modificar estruturas ou contratos realizados no passado, que, por sua vez, encontram-se fazendo parte do seu contexto, geralmente cristalizados.

Nesse aspecto, é coerente ilustrar a proposta dos CAPS, como uma possibilidade de transformar o paradigma das práticas em saúde mental, a partir do respaldo dos pressupostos da Reforma Sanitária, que viabilizaram as práticas da Reforma Psiquiátrica, tendo como base o princípio da descentralização do poder, numa proposta de horizontalização dessas relações, tanto em nível dos trabalhadores, quanto destes com os usuários, permitindo-lhes o direito de gerir seus recursos e demandas. Tal participação ocorrerá tanto via conselhos de fiscalização como co-gestão no âmbito dos sistemas de saúde e das unidades institucionais. A este respeito, Amarante (1995, p.53) destaca que “A forma da organização institucional no modo psicossocial deve variar radicalmente em relação à anterior. Seu organograma proposto de forma horizontal, significa que o anterior fluxo do ápice para a base terá que ser subvertido”.

Logo, em se tratando de um serviço substitutivo que se instala numa proposta psicossocial e não asilar, tem-se como forma organizacional a inclusão dos trabalhadores na gerência do processo e destes com os usuários e familiares, além da formação de outras parcerias necessárias para o avanço das propostas da Reforma Psiquiátrica. Seus fundamentos, como se pode ver no depoimento acima exposto, foram instrumentalizados por meio de diversas, constantes e contínuas assembléias de usuários, familiares e trabalhadores, na experiência do CAPS II OESTE.

Fazendo uma breve retrospectiva histórica, Rosa (2002) destaca ser de responsabilidade do alienismo, na Sociedade Moderna/Burguesa, a construção teórica sobre a relação entre o portador de transtorno mental e a família. Esclarece a autora que, nesta perspectiva, a visão construída pautava-se, por um lado, pela concepção de uma família que carecia de proteção ante o alienado perigoso que podia subvertê-la, justificando assim uma prática de prevenção moral que apontasse para a necessidade do afastamento da pessoa com transtorno mental, submetendo-a a uma psiquiatrização.

Por outro lado, nesse tipo de perspectiva, a família é responsabilizada pela etiologia da alienação, visão esta reforçada pelas interpretações psicanalíticas, que contribuem, para tal, colocando a família no lugar de agente patológico e patologizante, cabendo à Psicanálise definir uma família conjugal padrão e centrar a intervenção na questão do Complexo de Édipo, naquela Sociedade Moderna/Burguesa.

A ação psiquiátrica, por sua vez, não só tendia a culpabilizar os pais pelas inadequações do comportamento da criança, interferindo na regulação das relações familiares, mas também estabelecer a internação, em estrutura asilar, da pessoa com transtorno mental, para tratamento/cura/reparação, conferindo-lhe assim o *status* de doente, o que justificou a apropriação deste pelo modelo médico, restando à família apenas o restrito papel de identificar, encaminhar, visitar e informar sobre a história da doença.

A Antipsiquiatria Americana, por exemplo, contribuiu para esse estado de coisa, concebendo a família como cúmplice do processo de psiquiatrização, na busca de aliviar-se, ou livrar-se, da pessoa doente, retirando-o do meio familiar. A Antipsiquiatria Inglesa, por sua vez, também contribuiu nesse processo de hospitalização, com a compreensão de que a relação médico e doente seria mais estreita. Já a perspectiva basagliana não culpa a família pela origem do transtorno mental, mas entende que a questão a ser confrontada é a reprodução social das pessoas com transtorno mental e sua reinscrição na família e no mundo, entendendo que, para isso, o caminho é a partilha do encargo de cuidar entre a família e os serviços de saúde mental (ROSA, 2002).

Contemporaneamente, Rosa (2002) ressalta que a inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental institui, legitimando conseqüentemente, um compromisso institucional, que contribui para ressignificar a relação desse tipo de paciente com a Sociedade.

Por tratar-se, porém, de um processo, a relação da família com a pessoa doente ainda se diversifica em termos do quadro psiquiátrico, acrescenta Rosa (2003, p 259; 262):

Em relação ao portador de doença mental cujo quadro psiquiátrico desenvolve-se dentro dos padrões comportamentais socialmente aceitáveis, a família tende a reintegrá-lo sem grandes dificuldades no cotidiano, porém, com cobranças e julgamento também nos termos habituais da sociedade. A relação da família com o enfermo psicótico tende então a ser mais dramática, pois os sintomas são mais intensos e ameaçadores à segurança do grupo.

Em vista disso, o grupo familiar que tem no seu seio uma pessoa com transtorno mental revela dificuldades quanto ao processo de inclusão desta, custando a admitir o transtorno naquelas pessoas que se mantêm lúcidas, preferindo atribuir-lhes preguiça até falta de caráter, confundindo assim disposições físicas com disposições de ordem moral (ROSA, 2003). Quanto à dificuldade em lidar com aqueles que apresentam uma sintomatologia mais intensa, que exigem uma maior capacidade de enfrentamento e

superação, esta termina por favorecer uma freqüente internação e assim intensa psiquiatrização.

Neste aspecto, a redefinição dessa relação entre a família e a pessoa com transtorno mental é parte primordial da proposta dos serviços substitutivos sob o norte da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Todavia, Rosa (2003, p. 269) ressalta que tudo depende do “tipo de abordagem do serviço ao ser explicitado numa pedagogia organizacional que permita o acolhimento do sofrimento da família“. A influência poderá ser positiva ou negativa, o que garantirá ou não a interação entre família e o usuário. Depoimentos de profissionais do CAPS II OESTE encontram-se fundamentados em tal preocupação:

“Quanto mais a equipe conseguia acolher o sofrimento da família mais cresciam as mudanças de forma surpreendente”. (E. 07).

“A mudança percebida em maior freqüência eram iniciativas de inclusão do usuário no meio familiar que ia ocorrendo a partir da evolução da autonomia do usuário”. (E.18).

“No início havia certa rivalidade entre profissional e familiar com um alto nível de culpabilidade. Na medida em que participavam da dinâmica do serviço e do tratamento do usuário as famílias aproximavam-se possibilitando uma maior interface nos três segmentos, o que permitiu maiores mudanças”. (E.05).

Percebe-se então, na visão dos entrevistados, que, no CAPS II OESTE, foi possível a criação de espaços de cuidados que aproximaram familiares e usuários, em busca da reestruturação ou estruturação da auto-estima e ampliação da autonomia, a partir da inclusão das pessoas com transtorno mental, que passaram a sentir-se pertencendo a uma família.

Agora, em se tratando das práticas profissionais, há instituições em que o sujeito goza de liberdade para incluir-se ou não, embora, ainda que haja escolha, a adoção de uma nova instituição passe a pesar sobre os sujeitos, obrigando-os a um comportamento serial e padronizado, ou ainda, tornando-os obrigados a adotar posturas distantes das práticas profissionais vividas anteriormente.

“No início do serviço, a atenção era de forma assistencialista, apoiada em conceitos e práticas antigas sobre a loucura. No decorrer dos dez anos, a equipe amadureceu e ampliou sua concepção de loucura, passando para uma prática clínica ampliada, com o estabelecimento de vínculos com a família e trabalhar sob a ótica dos direitos à cidadania da pessoa portadora de transtorno mental”.(E. 01).

Nesse sentido, ao adotar-se uma instituição, adota-se também suas prerrogativas e imposições. Mas, segundo afirma Campos (2000, p. 68), como “toda instituição é passível de modificação”, resta ao sujeito instituído a possibilidade de construir graus de autonomia, co-gerindo os seus rumos.

Na proposta de redimensionamento do cuidado da pessoa com transtorno mental para a família e sua possibilidade de sociabilidade, Rosa (2002, p.160) destaca que:

“A inovação dessa abordagem decorre dos deslocamentos que promove da sintomatologia e do diagnóstico para as repercussões do transtorno mental sobre as relações sociais e para a subjetividade dos familiares, mobilizando recursos, criando novas redes de sociabilidades a partir da vivência comum, inventando novas referências em saúde mental e novos laços com os serviços, que são ressignificados. Descentra o olhar sobre e a partir da família para outros territórios e assim abre novas possibilidades de acolhimento, reconstrução e criação de novas relações sociais, novos sentidos, novas representações, novas formas de ser e estar no mundo, e como protagonista no processo de produção de serviços assistencial públicos, de forma integrada, e de ação junto à política de saúde mental. Nesse sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsáveis no provimento de cuidado do portador de transtorno mental”.

Quanto ao desenvolvimento da capacidade de análise e de intervenção, necessita-se para tal não só da construção de objetivos claros e coerentes, mas de investimento e da vontade. Campos (2000) argumenta que a construção de projeto e da co-gestão demanda concentração o mais racional possível. Diz ainda que essa construção depende da capacidade de análise, de exame cuidadoso de aspectos racionais e irracionais e de elementos internos e externos, necessários para orientar a práxis e que visem ao fim almejado.

Tal processo exige dos sujeitos momentos em que não só os seus próprios desejos, interesses e necessidades venham a ser considerados, mas também os daqueles a quem se objetiva atrair ou combater, como podemos perceber nos depoimentos seguintes, ante a pergunta sobre se havia no gerenciamento do CAPS II OESTE encorajamento à participação democrática:

“Havia muito encorajamento, mas quando começaram as cobranças de horários de chegada e saída do serviço, frequência nas reuniões, cobranças quanto ao comprometimento da equipe de uma forma autoritária, eu me frustrei”. (E. 13).

“Havia total encorajamento. A questão era que nem sempre estávamos preparados para lidar com os nossos deveres e os direitos dos outros”. (E.15).

Nesse contexto, compor um projeto ou co-gestionar um coletivo implica produzir sentido para a ação, como também considerar os meios materiais e subjetivos que se fazem necessários ao desafio. Assim, quando o sujeito elabora a análise e age segundo projetos ou co-gestão, isto leva-o a reconhecer os limites e restrições impostas pelo contexto, obrigando-o ainda a prover meios que possibilitem a passagem do desejado e necessitado a condições exequíveis.

Vejam-se a seguir depoimentos em relação à objetivação e capacidade de realização da equipe técnica do CAPS II OESTE:

“Tinha total envolvimento e assim adquiri muita experiência e aprendi a criar e fomos criando juntos. Avaliávamos tanto em equipe como com os usuários, só assim conseguíamos fazer os ajustes nos recursos que tínhamos e verificar a continuidade ou não das ações. Como por exemplo, tínhamos uma oficina denominada de Social em Ação e para sua realização precisávamos de vales-transportes para todos os usuários envolvidos poderem se deslocar para outros espaços, assim como a oficina de jardinagem que precisava de um local amplo para tal finalidade e material adequado”. (E.13)

“Foi algo muito difícil no início. Foi evoluindo no cotidiano o nível de compromisso profissional e espírito de grupo que culminou no amadurecimento da equipe. Foi um longo caminho que permitiu passar de ações inicialmente compartimentalizadas para ações integralizadas”. (E.13).

Diante do exposto acima, convém ressaltar que o realismo e o pragmatismo são condições indispensáveis para o planejamento, execução e avaliação do projeto, o que não invalida valorizar o desejo ou interesse dos trabalhadores.

Mesmo avaliando que se trata de um exercício difícil - o de reconstruir desejos e interesses em coletivos - Campos (2000) critica a Racionalidade Gerencial tanto da Administração Científica quanto dos Métodos de Planejamento que operam no plano do instituído, supondo que desejos e interesses dos trabalhadores atrapalhariam a gestão. Expõe o autor que o Método da Roda propõe-se a lidar exatamente com as expressões de subjetividade e do agir dos sujeitos. Para tal, faz-se necessária a garantia de espaços que permita a construção de novas redes sociais, como apontam os depoimentos abaixo, em relação aos espaços de supervisão de equipe no Projeto CAPS II OESTE:

“Espaço de troca que tanto servia de orientação como norteava as avaliações, era bastante esclarecedora e possibilitava trabalhar as dificuldades. Provocava auto-avaliação a partir de questões pessoais e de trabalho”. (E.08).

“Um espaço de troca de fundamental importância por possibilitar a fala de cada um da equipe, apesar de ser um momento muito difícil, a subjetividade de cada um sempre foi preservada”. (E.14).

Pode-se definir, portanto, que a Co-gestão implica um processo de passagem, de sofrimento, de combate e de reconhecer, tomando parte nela, a co-produção de sujeitos e coletivos, a partir da vida cotidiana. Assim, o trabalho em equipe como *setting* pedagógico e terapêutico vem a ser o cerne da pedagogia do Método Paidéia, como afirma Campos (2000, p.79):

Lidar (co-administrar), constantemente e simultaneamente, ainda que com ênfases distintas, com os planos e regiões de expressão da subjetividade e do agir dos sujeitos. Na verdade, é o reconhecimento de que a co-gestão é tributária tanto da produção de subjetividade e de suas manifestações, quanto do modo de educar e conformar sujeitos e, do modo de funcionamento das sociedades e de suas relações de poder.

Tal proposta aponta para a possibilidade de todas essas dimensões convergirem para a produção de valores, racionalidades e práxis das pessoas com transtorno mental, dos familiares, dos amigos, da equipe de trabalhadores e de todos os envolvidos com a causa. Além de reconhecer que os desejos e interesses estarão na base da construção da vontade, a partir da instituição da racionalidade, dos valores, dos acordos e compromissos assumidos pelas equipes de trabalho, que passam a controlar os mesmos desejos e interesses em um sentido diferente do original, chegando a alterar o sentido da vontade.

Nesse aspecto, a capacidade da equipe do CAPS II OESTE em controlar anseios e transformá-los na vontade coletiva, em direção ao alcance do seu propósito de trabalhar a inclusão dos usuários, pode ser vista no movimento de vida promovido pela oficina de coral, conforme relato:

“Tomando o Coral Renascer como exemplo, nas saídas para apresentação era um movimento intenso tanto para os usuários, como para os familiares e profissionais. Aquele momento, aquele movimento era estruturante, por permitir trabalhar as dificuldades e descobrir possibilidades”. (E.02).

“O exercício da integralidade das ações tinha como ponto de partida o projeto terapêutico dos usuários”. (E.15).

No Método da Roda, Campos (2000) afirma ainda ser possível a co-produção de **objeto de investimento**, ou seja, do desejo do sujeito e de objetivos que, articulados, atendam a interesses e necessidades de mais de um sujeito. Tanto do ponto de vista terapêutico quanto do institucional, pode-se investir na co-produção de objetos de investimentos e de objetivos que aumentem a realização pessoal, o grau de autonomia e de liberdade dos sujeitos, bem como assegurem eficiência e eficácia da produção de **valores de uso** - que atendam à necessidade daqueles que venham a usar o serviço prestado.

De fato, ao envolver os sujeitos com esse tipo de produção, busca-se uma intervenção na dialética desejo/necessidades, pois, mesmo valorizando-se o desejo, procura-se dirigi-lo para um diálogo com as necessidades sociais, com vistas a instituir processos de construção de objetivos articulados a essas duas instâncias, ainda que com certa independência.

Como exemplo de confluência entre o desejo dos sujeitos e as necessidades sociais, verifica-se, nas expressões abaixo, a importância dada à realização de atividades externas, por ocasião do acompanhamento de usuários, em que os profissionais buscam junto a estes construir autonomia, por acreditarem que, para isso, é preciso se confrontar com as dificuldades e descobrir possibilidades, estabelecendo trocas em diversos espaços sociais.

“Ajuda na socialização do portador de sofrimento psíquico por serem estigmatizados e o fato de circularem em locais que outras pessoas freqüentam influencia na sua estruturação por diminuir o estigma, aumentando sua auto-estima”. (E.10).

“No processo de reabilitação psicossocial do usuário, as saídas possibilitavam maior conhecimento das suas possibilidades. Ampliava ainda a visão do profissional em termos da pessoa do usuário”. (E.13).

Na práxis da equipe de trabalho, tem-se como exemplo o percurso feito pela equipe interdisciplinar do CAPS II OESTE. Durante seu momento de implantação o processo de articulação dos objetivos e a materialização destes no desenvolvimento das ações influenciam a construção de objetos de investimento, paralelamente à construção da vontade dos profissionais de envolverem-se ou não com as tarefas. Segundo Campos (2000), todo esse processo pode ocorrer com certa consciência, podendo o sujeito gerenciá-lo em parte, ou ser por ele comandado.

Para a Psicanálise, o objeto de investimento pode ser produzido tanto a partir de um percurso “narcísico” - auto-referência -, quanto a partir de um percurso social - heteroreferência (Lourau, 1995:83), (Kaës, 1997, p.52).

Já o Método da Roda nega essa dicotomia, ao afirmar que o envolvimento com as tarefas resulta, sempre, de uma mescla variada desses dois percursos possíveis, mesmo que haja a predominância de uma linha interna ou externa na determinação da construção do objeto de investimento.

Segundo Freud (1976), o amadurecimento do sujeito está ligado à sua capacidade de investir em objetos externos (fase genital do desenvolvimento psíquico). Se, por um lado, a fixação em si mesmo provoca distúrbios psíquicos, por outro, a eliminação da capacidade de investimento é indicadora de alienação.

“Por ter vivenciado os transtornos iniciais na estruturação do CAPS onde tivemos sérios problemas em relação à equipe e em relação à postura de coordenação. Já tínhamos vivenciado duas coordenações e então a terceira foi escolhida pela equipe. Houve acentuada mudança em termos de envolvimento de equipe, fomos muito mais incluídos. No entanto, com a mudança de postura antes aberta e depois com atitudes autoritária como, por exemplo, na cobrança de horários e da participação nas reuniões de passagem, me frustrei, fiquei desestimulada e preferi sair do serviço”. (E. 13).

Contudo, observa-se na prática em equipe que nem sempre o “fazer” acompanha-se da vontade induzida pela ligação a algum objeto de investimento composto de maneira dialética. É comum se fazer por “obrigação” e, nesses casos, fala-se em práxis alienada, com baixo investimento libidinal e com pequeno grau de vontade de fazer. A subordinação do sujeito ao instituído ou às necessidades bloqueia a vontade e, neste caso, os compromissos, contratos e projetos são construídos de maneira estranha ao sujeito.

O bloqueio da vontade não produz, no entanto, necessariamente, imobilidade. Talvez produza impotência, podendo induzir ao agir burocrático e à práxis alienada. Daí compreender-se que a dominação, de uma perspectiva funcional, venha sendo possível, mesmo estrangulando os interesses e desejos dos sujeitos e cortando-lhes a possibilidade de investimento em objetos e objetivos. A necessidade e as regras sociais os mantêm funcionando. Todavia, é próprio do sujeito a capacidade de desenvolver mecanismos de defesa que operam em nível inconsciente ou consciente para o surgimento de projetos de mudanças a partir das situações incômodas.

Nesse processo, pode ocorrer ainda a desconexão entre vontade e saber ou a vontade de não saber. Tanto o sujeito como os coletivos podem agir de modo inconsciente, automático e irrefletido. A razão depende tanto da paixão como da distância do sujeito dos seus desejos e interesses.

A partir do desejado, encontra-se vontade e sentido para se questionar o instituído. Nessa lógica, buscar autonomia para a elaboração das metas imprime a importância que o projeto de saúde mental tinha para os que constituíram o CAPS II OESTE durante os dez anos de ação. *“Era uma equipe que brigava pelo que acreditavam, todos demonstravam interesse e levavam os usuários muito a sério”*. (E.17).

Assim, quando apoiados em instituições, os projetos são possíveis de proteger-se do império categórico do desejo e do interesse. Abre-se espaço para trabalhá-los segundo outras ordens de realização, como o desvio ou deslocamento de interesses e desejos, caracterizando o mecanismo de sublimação, que se dá quando o sujeito ou grupo modifica a energia do desejo, tornando-o assim um processo vital para construção do objeto.

Portanto, a possibilidade da criação de vínculos depende tanto do sujeito quanto do meio social, podendo o compromisso resultar da co-gestão de interesses ou ser resultado de dominação.

A seguir, mediante depoimentos de profissionais, percebe-se o estabelecimento de vínculos entre os profissionais que representam a idéia do projeto e os usuários e familiares que buscam ser acolhidos nos seus sofrimentos, os quais, numa articulação de co-gestão, efetivam a co-responsabilização pelo cuidado no CAPS II OESTE.

“O fato de ir conhecer a realidade e a dinâmica familiar do usuário promovia a confiança necessária para viabilizar o processo. A aproximação e as conversas fora do ambiente do CAPS no contexto de cada usuário muitas vezes provocavam o envolvimento de mais pessoas da família responsabilizando-os pelo cuidado”. (E.08).

“As atividades externas além de ser mais um espaço de conhecer e identificar a dinâmica do usuário possibilita o fortalecimento dos vínculos”. (E. 10).

Quanto à relação entre o sujeito e o coletivo, o Método da Roda, em princípio, não vê, nessa relação, oposição antagônica. Vê antes um coletivo democrático, uma horizontalidade potencial de relações, que implica a existência de espaços para a expressão e reconstrução dos interesses e desejos de seus membros, numa dialética relacional em que as diferenças de poder são provisórias, passíveis de crítica e de reconstrução.

Portanto, segundo o referido Método, a questão está na maneira de “administrar”, ou seja, no modo de pôr em prática as ações. Nessa lógica, é na prática que ocorre a composição de desejos e interesses de um grupo ou de um sujeito com desejos e interesses advindos de outros sujeitos ou grupos, dando-se assim a redefinição sob a forma de necessidades sociais e compromissos a serem atendidos; cristalizados em organizações/instituições e inscritos em projetos que os tornem factíveis (CAMPOS, 2000).

Logo, o desafio está em recompor interesses e desejos dos distintos agrupamentos, de forma que se construa uma sociabilidade solidária e democrática. Embora raramente, isto implique exigir de algum grupo completa renúncia dos seus desejos e interesses, certamente vai demandar uma diminuição do poder do bloco dominante, com conseqüente distribuição, seja de renda e benefícios, seja de saberes e fazeres, isto é, de competências e experiências resultantes do labor coletivo.

Veja-se diálogo de profissional a esse respeito:

“A supervisão de equipe provocava avaliações, promovia reflexões e integrava o conhecimento da equipe tanto em termos de visão teórica como nas ações cotidianas”.(E. 11).

“Foi um espaço muito útil para mim, pois aprendi a importância da escuta que era primordial para o andamento do serviço, além de ser um espaço de troca que facilitava se trabalhar as angústias falando de como cada um se sentia e o que estava percebendo”.(E.13).

Nesse contexto, a Co-gestão tem a potencialidade de criar momentos singulares, como, por exemplo, a articulada no CAPS II OESTE, através da garantia de espaços coletivos de discussões e decisões, a exemplo da denominada *reuniões de passagem*, avaliadas pelos profissionais como essenciais, à medida que *“garantia reflexões da equipe, por tratar-se de um momento de troca de uma forma mais elaborada, era um momento de retro alimentação”.* (E. 02).

A mudança raramente se inicia pelo dominante, pelo já estruturado. A tendência deste é a conservação e a repressão a movimentos de forma crítica. A expressão coletiva de contradições existentes nos ambientes de trabalho somente é possível mediante a criação de espaços mais autônomos. A nova sociabilidade desejada por um coletivo começa a ser construída dentro de seu próprio limite de governabilidade. Nesse sentido, o Método da Roda sugere a aplicação imediata de alguma forma de Co-Gestão, com a extensão possível e conveniente em cada contexto (CAMPOS, 2000).

5.6.2 Democratização Institucional e Co-Gestão de Coletivos Organizados para a Produção.

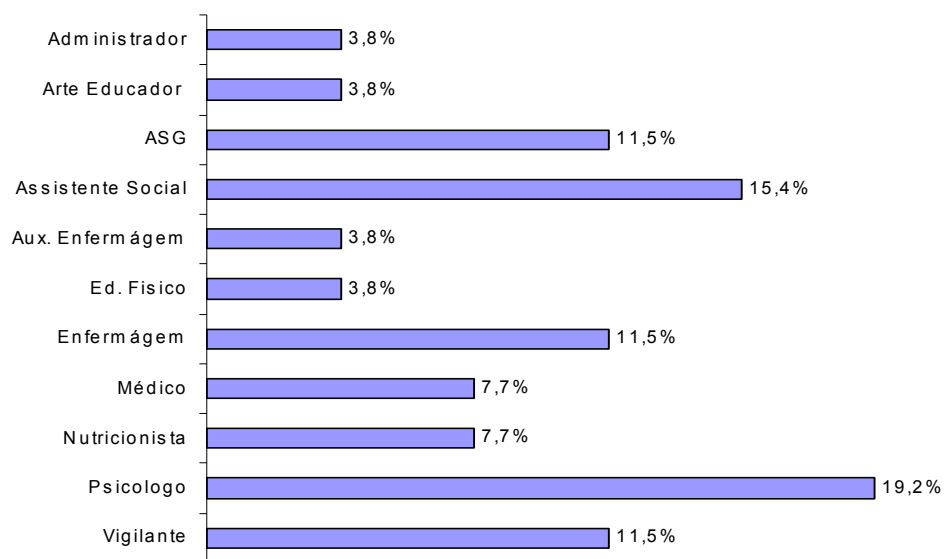
Segundo Campos (2000), é essencial, para a reconstrução do modo de governar instituições, o reconhecimento de que todo coletivo organizado para a produção cumpre um papel duplo, à medida que produz bens e serviços de interesse social, ou seja, que atenda às necessidades sociais e assegure a sobrevivência da própria organização e do conjunto de agentes que a compõem. Trata-se aqui de uma diretriz antitaylorista. Tal duplicidade de finalidades atua em sentidos que não necessariamente coincidem, podendo produzir divergências.

Como se vê, a produção de conflitos se dá pelo fato de os coletivos não serem homogêneos. Na verdade, o que mantém um coletivo organizado e funcionando é uma mescla composta por atendimento às necessidades sociais, sobrevivência da organização e das pessoas que a compõem. Mesmo assim, isto não ocorre numa sintonia, como por exemplo, entre a sobrevivência da organização e os interesses das pessoas, uma vez que essas forças tendem a operar com lógicas distintas em seus extremos.

Portanto, no método de gerir um coletivo, sugere-se uma revolução com grande potencial transformador, capaz de instituir outro padrão de relações humanas, de relação de poder e de relação entre papéis, admitindo-se, explicitamente, como uma diretriz com conseqüências operativas, que os Coletivos Organizados têm vários centros motores e mais de uma finalidade, portanto racionalidades diferentes, como uma lógica para produzir valores de uso e outra para assegurar a sobrevivência da organização e a própria realização profissional e pessoal das pessoas que a compõem.

Especificando a estratégia de saúde mental CAPS II OESTE, pode-se verificar que o seu principal recurso e potencial transformador encontra-se na heterogeneidade da equipe, conforme Figura 5-2 abaixo.

Figura 5-2 - Multidisciplinaridade da equipe



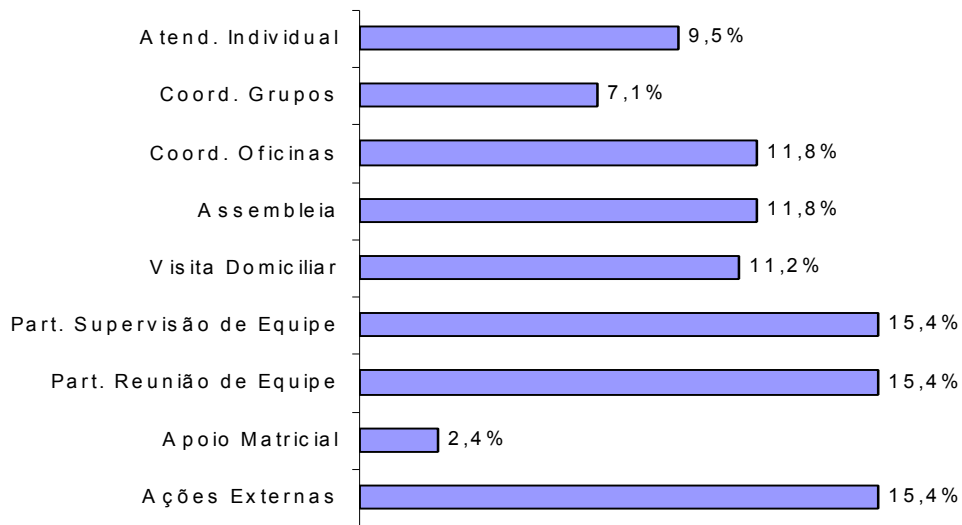
Fonte: Pesquisa realizada com profissionais do CAPS II OESTE em maio/julho de 2007

Tal aspecto foi apontado pelos entrevistados como uma ferramenta fundamental para a realização do projeto de transformar as representações sociais sobre a loucura, bem como suas formas de cuidado, a qual se deu a partir dos saberes e fazeres diversos advindos tanto das formações profissionais como da especificidade dos componentes da equipe, que materializaram suas forças e propósitos em práticas compromissadas com a promoção da saúde, à medida que iam contribuindo para a reconstrução e construção da auto-estima e conseqüentemente para a ampliação da autonomia do usuário desse serviço.

Para tal, os componentes da equipe precisaram conscientemente mesclar, na sua atuação, o atendimento às necessidades sociais, às da sobrevivência do serviço, como substitutivo aos sistemas manicomiais e às das pessoas que o constituíram, sedimentados numa multidisciplinaridade da equipe e da história diversa de vida dos usuários e familiares que fizeram parte do Projeto.

Confirmando o exposto, pode-se verificar, na Figura 5-3 abaixo, uma diversidade de ações que foram, planejadamente, articuladas e desenvolvidas, no decorrer dos dez anos do CAPS II OESTE, como veículo para a materialização do objeto almejado, acima contextualizado.

Gráfico 5-3 - Ações desenvolvidas no CAPS II Oeste



Fonte: Pesquisa realizada com profissionais do CAPS II OESTE em maio/julho de 2007

Em vista disso, a equipe contou com várias forças propulsoras, com uma variedade de propósitos, que, numa tecelagem de racionalidades, produziu durante dez anos valores de uso, assegurando a continuidade da organização a partir das diretrizes e princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A referida equipe assegurou também a realização profissional e pessoal daqueles que a compunham e, principalmente, a atenção obtida pelas pessoas que direta ou indiretamente se utilizaram dos serviços prestados por este centro de atenção à saúde mental, que é o CAPS II OESTE.

Porém, faz-se necessário ressaltar que, mesmo com o propósito de construir uma racionalidade gerencial de coletivos diferente, precisa-se reconhecer essa multiplicidade de lógicas e procurar lidar com a polarização de efeitos decorrentes. A duplicidade de finalidades, que atua em sentido, não necessariamente, coincidente e que pode produzir divergências, como, por exemplo, o exercício da co-gestão, também requer lidar com avaliações adversas originárias de racionalidades gerenciais hegemônicas.

No depoimento abaixo, pode-se observar que a equipe CAPS II OESTE passou a sofrer rechaço pela Coordenação, hierarquicamente superior, que, ante a não- identificação com a forma de fazer/saber construído, durante os referidos dez anos, passou a não reconhecer a Coordenação local no início de 2006, destituindo-a.

“Quanto à coordenação do CAPS II Oeste, não posso dizer que nunca vi algo parecido por já ter experimentado uma gestão participativa. Defendia com muita veemência suas idéias que levava-nos a acompanhá-la. Demonstrava certeza e isso nos dava retaguarda e nos fazia sentir que podíamos ousar e nos sentir

confortável, pois estávamos sendo acusados pelo nível central de irresponsabilidade, que não estávamos realizando uma assistência devida. Foi um gerenciamento firme em defesa dos princípios que norteiam a reforma psiquiátrica brasileira”. (E. 03).

A forma de fazer do Método da Roda propõe-se, portanto, a instituir uma nova racionalidade na Gestão de Coletivos, buscando considerar a multiplicidade de lógicas e procurando lidar com a polarização de efeitos decorrentes, reconhecendo, inclusive, que tal polaridade é inerente aos Coletivos Organizados para a produção e que a co-gestão objetiva potencializar essas diversas e variadas soluções para com as polaridades conflituosas, sempre tomando os trabalhadores como sujeitos sociais em processo permanente de constituição, mesmo quando ocorrerem momentos em que a maioria esteja cristalizada em posições defensivas e indefesa, resistente a funcionar como agentes de mudança.

Trata-se, portanto, de uma diretriz permanente e não apenas de uma técnica com sentido tático para estimular o envolvimento ou a produtividade entre os trabalhadores (CAMPOS, 2000).

Nesse sentido, pode-se compreender que, nas experiências de construção de sujeitos e coletivos, e aqui, especificamente, na experiência vivida no CAPS II OESTE, no período de 1995 a 2005, vale ressaltar o caráter de valorização do trabalho em saúde mental e do trabalhador, tanto no intuito de formar profissionais conscientes da sua responsabilidade social em contribuir para a construção de uma sociedade tolerante às diferenças existentes, por ela mesma gerada, quanto em relação a uma prática sedimentada no respeito à subjetividade humana.

Enfim, o pressuposto-chave desse método de investigação é sugerir um novo ordenamento organizacional que lide explicitamente com essa polaridade paradoxal, sem prometer que os seus reflexos serão resolvidos ou superados. Ao contrário, tratar de assegurar condições para que esses conflitos de interesses se manifestem e sejam enfrentados a partir da formação de compromissos e elaboração de contratos. Construir, assim, uma nova correlação de força que diminua as diferenças de poder entre os estames sociais e sugira estruturas – arranjos, dispositivos e normas – que consolidem situações mais equilibradas de poder de uma forma democrática, também nas instituições, sejam elas a família, o trabalho, etc.

Para tal, em termos do tema saúde mental, vale ressaltar a necessidade da criação de dispositivos para controle social, como, por exemplo, os fóruns de saúde mental e direitos

humanos; a associação de usuários, familiares e amigos das pessoas com transtornos mentais; e outros espaços que garantam a continuidade das discussões de forma permanente, como elemento de pressão e oposição às descomprometidas práticas de governantes que não se identificam com essa forma transversal de fazer saber a partir da distribuição de poder.

Faz-se necessário também a criação de dispositivos que atuem como provocador da desarticulação de concepções teóricas que se julgam detentoras do conhecimento absoluto sobre o ser humano e a patologia, bem como os que funcionem como articuladores de consciências, no propósito de desconstruir os muros internos que foram construídos ao longo das experiências pessoais e profissionais.

Então, com vistas a descentralizar a luta contra o domínio do modo instituído no hospício, a proposta estratégica de cuidar da saúde mental contou, na equipe CAPS II OESTE, com trabalhadores que apresentaram finalidades para seu trabalho e lançaram mão de princípios e diretrizes das reformas brasileiras, psiquiátrica e sanitária, como norteadores de ações integradas e da compreensão da saúde como direito a cidadania, ousando, assim, em busca do potencial presente no esforço humano, a partir do estabelecimento de relações de trabalho mais equilibradas, trabalhadas de forma democrática.

Em vista disso, seriam válidas iniciativas científicas com o objetivo de verificação da percepção de trabalhadores de saúde, que é o propósito deste trabalho, e da percepção das pessoas que usufruíram dos serviços prestados pelo CAPS II OESTE, considerando a dimensão dos avanços alcançados pelos usuários e familiares nas suas vidas.

A relevância aqui explicitada, em termos de uma produção científica de conhecimento, deve-se ao fato de que, na construção de conhecimentos através do senso comum, tais avanços já estão mais que comprovados. Para isto, basta se dispor a dialogar com essas pessoas que *“conseguiram fazer sua inserção social, articularam a reestruturação e estruturação da auto-estima e assim fizeram avanços importantes em termos da sua autonomia”* (E. 12).

Nesta perspectiva, pergunta-se: Que saúde o Hospício produz? Que alívio do sofrimento assegurou?

Com certeza as evidências históricas exaltam uma baixa eficácia terapêutica deste tipo de instituição, o qual é justificado por outros valores e por outras necessidades sociais que não as dos pacientes. As explicações para tal modelo pautam-se muito mais por

questões sociais e políticas do que pela clínica, mesmo havendo esforços para justificá-lo pelo discurso científico.

A gestão compartilhada ou co-gestão, de acordo com Campos (2000), trabalha com uma hipótese de que a produção e o atendimento às necessidades sociais dependem da produção simultânea de trabalhadores com interesses e necessidades diferentes. Os movimentos autoritários, que se justificam em nome do cumprimento de missões organizacionais de entidades públicas ou privadas, são frutos do pensamento neoliberal contemporâneo que leva ao auge discursos que negam a legitimidade do interesse dos trabalhadores.

Quanto à ambivalência existente entre os fins, mediante a articulação de interesses que permeiam as construções de coletivos, Campos (2000) diz que o diferencial da proposta da Co-Gestão é que esta explicita o antagonismo entre o objetivo primeiro de atender às necessidades sociais do público e o objetivo segundo de garantir a sobrevivência da instituição e o interesse dos seus agentes, e isso implica reconhecer tais divergências de interesses e torná-las explícitas para poder tratá-las em qualquer contexto.

Assim, analisar o objetivo primário leva ao pertinente questionamento: A que se destina cada organização? Seguindo tal raciocínio, pode-se definir que é analisando a produção de valor de uso que se pode esclarecer o sentido da existência para um coletivo organizado. Todavia, é almejando construir coletivamente, mediante uma inter-relação dialética entre agentes internos e externos, que os objetivos das instituições exercitam a democracia. Na experiência do CAPS II OESTE, a partir da percepção dos trabalhadores, a democracia era articulada nos diversos espaços.

“Nos fóruns coletivos como assembleias com usuários e profissionais, e familiares que foram incluídos posteriormente, como também as reuniões de família eram direcionadas a fim de privilegiar os princípios norteadores e a melhoria da qualidade de vida dos usuários”. (E.12).

Então, a metodologia de não tomar as finalidades das organizações como dadas, sempre, pela fala de alguma autoridade, representa a possibilidade de descobrir balanceamentos singulares entre o atendimento de necessidades sociais e o interesse dos agentes produtores. Enfim, construir no coletivo tanto os objetivos como o objeto e os meios de trabalho é o passo principal do processo de planejamento da Co-Gestão.

Portanto, inventar formas de Co-Gestão implica diminuir o poder executivo e o da cúpula dirigente, ampliando, em consequência, o poder dos trabalhadores e usuários dos serviços. Dessa forma, estes passam a ser os que potencialmente podem alterar a correlação de forças, ampliando as possibilidades de co-gestão de suas próprias vidas.

É objetivando a construção de obras que o Método da Roda supõe ainda a possibilidade de superar obstáculos estruturais, mediante a participação dos trabalhadores na construção da “totalidade” da organização, entre as dimensões da liberdade e da necessidade. Assim, a co-gestão amplia as possibilidades de trabalho prazeroso, na forma de elaboração conjunta das diretrizes, objetivos, objeto e métodos de trabalho; significando todo esse processo em obra coletiva.

Numa produção de obras de forma coletiva, afirma Campos (2000) que o trabalho penoso, certamente, não é eliminado, mas permite relações mais afetivas e prazerosas com este. Significa uma obra que, mesmo sendo coletiva, nela são resguardadas as singularidades. Enfim, todos co-participam, são co-autores da história da organização.

“Pelo viés da arte pude perceber no sistema CAPS e especificamente no Oeste valores como confiança, admiração e respeito pelo potencial das pessoas. Avalio que ele dá oportunidade ao usuário poder não se alienar, poder pensar e se colocar. Tive oportunidade de presenciar a diferença entre o louco do hospício e o louco do CAPS, este ultimo é um cidadão”. (E. 26).

Autores das teorias administrativas argumentam algumas ocorrências de aumento de fruição de prazer, quando é atenuada a predominância do trabalho mecânico, ou seja, quando o trabalhador participa de decisões e são instaurados espaços coletivos onde todos, ainda que com distintas proporções, podem integrar-se em processos criativos (MOTTA, 1987, *apud* MORGAN, 1996).

Campos (2000) afirma que o envolvimento dos trabalhadores com a construção de projetos e de processos de trabalho mobiliza paixões ao obrigá-los a encarar o “princípio da realidade” (LAPLANCHE & PONTALIS, 1992, p.368) e as incertezas do futuro, criando novas marcas sobre o mundo.

Nessa ótica, pode-se pensar quanto à satisfação do trabalhador em um contexto organizacional onde seja possível ser parte integrante da construção de subjetividades e onde se faça necessário lidar com a paixão que este mobiliza e com limites ordenadores necessários como parâmetros avaliativos, na perspectiva do que poderia, naquele dado

momento, ser maior promotor de elaborações artísticas, como nessa experiência revelada abaixo:

“A oficina de arte sempre foi um momento de expressão não necessariamente falada. Através dela tive a oportunidade de conhecer cada um dos usuários. Houve momentos que todos que estavam na casa encontravam-se participando da oficina. Hoje, questiono se não teria sido importantes delimitar mais quanto ao tempo e quantidade de pessoas participando, reflito hoje, se assim poderia ter desenvolvido maior elaboração. Mas, ao mesmo tempo penso que daquela forma de fazer garantiu que todos passassem pela arte...” (E. 26).

Para o Método da Roda, o conceito de obra funciona como uma ponte entre a obrigatoriedade da produção de valores de uso e os desejos e interesses dos trabalhadores. Tal Método inclui todo o processo de produção, desde a concepção e execução até os resultados, entendendo que um projeto não poderia ser avaliado somente pelos seus resultados, mas também pelos efeitos produzidos durante sua concepção e execução.

Assim, esse Método não pretende negar a importância de dimensões como as que implicam a satisfação dos trabalhadores, a partir da justa remuneração, ou a das carreiras. Também não desconhece as formas de controle ou de prestação de contas em sistemas de gestão. Afinal, o termo *co-gestão* indica a obrigatoriedade em se estabelecer compromissos com outros. Ressalta o referido Método a importância fundamental de se motivar o trabalhador também numa perspectiva de sua realização pessoal, estimulando-o e articulando condições objetivas em que a produção de obras seja possível.

Campos (2000) entende obra como o resultado de um trabalho, especificamente no que diz respeito à própria invenção de jeitos particulares para organizar o processo de trabalho que segue em um processo de início, meio e fim.

Gerir a si mesmo e o coletivo à sua volta é um investimento poderoso que possibilita à pessoa vir a ser dona do seu próprio destino. Ter vez e voz, no exercício de co-gestionar um coletivo, passa a ser terapêutico, à medida que promove novas formas de subjetividade, em que a pessoa com transtorno mental tem a possibilidade de recusar-se: ao assujeitamento e à perda de memória imposta pela frequência de internações, que intensificava a psiquiatrização; à massificação fabricada social e historicamente, que exclui e estigmatiza o diferente; e à aceitação social condicionada ao consumo e à medicalização do sofrimento (FOUCAULT, 1985), (ROSA, 2003).

Nesse sentido, vale ressaltar que a inclusão dos usuários e familiares no processo de produção das ações de saúde do CAPS II OESTE, em espaços como: grupos operativo e

terapêutico; oficinas diversas; espaço físico organizado; festas de época em espaços na comunidade; apresentações externas do coral e de peça teatral; organização e participação financeira nos passeios; visita a espaços culturais e participação de conferências, fóruns de direitos humanos e encontros do movimento da luta antimanicomial –, que compreendiam a dinâmica do serviço e, ainda, no exercício do poder materializado nas discussões e tomada de decisões nos espaços coletivos, como nas assembléias mensais, nas trocas de idéias, diariamente, no início de cada turno e nos encontros familiar quinzenais, permitiram àquelas pessoas constituírem novos padrões de subjetividade, à medida que construíam seus caminhos.

“No início do serviço havia uma tendência a intervenções mais individualizadas, mas a partir do momento em que a equipe compreendeu que precisava envolver mais os familiares e comprometê-los no tratamento dos usuários, passamos a intensificar a abordagem coletiva em reuniões quinzenais, o que oportunizou maior conhecimento com a aproximação das famílias, desmistificamos a idéia de que a família só atrapalhava o processo e que eram culpados pelo estado e patologia do usuário. Tudo isso só veio ocorrer com a mudança da coordenação local que permitiu maior entrosamento, mais diálogo e elaborações de forma coletiva, ocasionando progressiva interface entre profissionais, familiares e usuários, como elemento de resgate da cidadania”. (E.11).

“A circulação da palavra era garantida em todos os espaços da casa, especificamente, nas reuniões de equipe onde o trabalhador tinha como fundamental o nível de comprometimento ético da equipe, tanto em relação às questões administrativas, como em relação à história de vida dos usuários”. (E.12).

Nessa invenção e articulação de redes sociais, é tecida a auto-estima. Tal poder terapêutico é materializado ao tempo em que o sujeito e o grupo, ou seja, o individual e o coletivo, vão adquirindo maior capacidade de análise de si mesmos, bem como maior capacidade de intervenção na sua própria realidade, ampliando assim seus níveis de autonomia e responsabilização.

“A responsabilização pelo tratamento era grande, haja vista nos últimos anos não houve abandono de tratamento. Os usuários sentiam confiança na equipe. Fruto da co-responsabilidade”. (E.01)

“Responsabilização tanto em referência ao uso de suas medicações, como na não necessidade de internações em hospitais psiquiátricos, também nas mudanças de atitudes quanto a higiene pessoal e do ambiente, na busca da inserção no mercado de trabalho e no retorno aos estudos, enfim constatamos o quanto podem ser responsáveis pela sua própria inclusão, cada um, no seu tempo. Havia também aqueles que resistiam sair do lugar do louco incapaz”. (E.15).

Desta forma, o desafio se dá no salto que a gestão de coletivos permite passando do, tão-somente, objetivo de produzir bens ou serviços para a efetiva criação de espaços

pedagógicos e terapêuticos, ou seja, um lugar onde se produza aprendendo e, ao mesmo tempo, se construam subjetividades. Nesse sentido, trata-se de um esforço não só de democratizar as organizações, mas também de transformá-las em espaços onde ocorra o desenvolvimento da personalidade humana.

O sistema de Co-gestão é, portanto, o espaço coletivo, que pode tomar a forma de Equipe de Trabalho, Conselhos de Co-Gestão, Assembléias, Colegiados de Gestão, Reuniões e Unidades de Produção, como um arranjo organizacional para estimular a produção/construção de sujeitos e coletivo organizado. Um espaço concreto destinado à comunicação, à elaboração e à tomada de decisões.

O Método de Roda, ora compreendido, define cada modalidade de espaços coletivos com características que conformam sistemas de gestão compartilhada, a saber:

Figura 5-4

Alternativas para constituição de espaços coletivos

| MODALIDADE | CARACTERIZAÇÃO |
|---------------------------------------|--|
| Conselho de Co-Gestão | Caráter duradouro e estruturado, com arranjos de funcionamento regular, com normas previamente acordadas; Passível de mudanças conforme a dinâmica social; Exercício por convenção denominado de “controle social comunitário”, comandado por uma rede de conselhos com predominância de usuários, inclusão de representação de trabalhadores e governantes. |
| Colegiado de Gestão | Caráter duradouro e estruturado, com arranjos de funcionamento regular, com normas previamente acordadas; Passível de mudanças conforme a dinâmica social; Voltado à operacionalização interna das organizações por equipes de trabalhadores; Exercício por convenção, em que participam dirigentes, assessores, supervisores e trabalhadores |
| Dispositivos de Participação | Caráter episódico; Espaços agenciadores como assembléias entre usuários e trabalhadores, reuniões para discussões de casos, planejamento; Passível de mudanças, conforme a dinâmica social. |
| Diálogo e Tomada de Decisão Cotidiana | Encontros durante o transcurso do trabalho entre diretores e trabalhadores, trabalhadores entre si, equipe de trabalho e usuários, que constituam em espaços de análise, tomadas de decisão e implementação de tarefas; Também passível de mudanças conforme a dinâmica social. |

Fonte: CAMPOS, G.W. de Sousa. Democracia Institucional e co-gestão de coletivos organizados para a produção. In: Campos, G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 147.

Todavia, para que o sistema de co-gestão funcione, é indispensável, como indicador de autonomia, que sejam tomadas decisões e que apenas o contraditório, ou o novo, ou o desconhecido sejam levados para as instâncias coletivas. No caso específico do CAPS II OESTE, as reuniões de passagem, espaço exclusivo dos trabalhadores, e as assembléias de

usuários, familiares e trabalhadores eram as instâncias coletivas destinadas às discussões e tomadas de decisões.

O espaço coletivo é a instituição de um arranjo estrutural, uma *roda*, que almeja alcançar a superação da racionalidade gerencial hegemônica. Campos (2000) sugere a instituição de arranjos e estruturas que vá além da noção de controle social ou da administração hegemônica de trabalhadores, mas que efetive uma combinação autônoma, com o compromisso de produzir-se, provendo, paralelamente, os meios para tal

Alguns teóricos das teorias administrativas, como, por exemplo, Morgan (1996), questionam as visões que analisam como inúteis as reformas estruturais e passam a valorizar a cultura ou a imaginação como alavancas de mudanças.

Na linha de trabalho para a construção de espaços coletivos, Campos (2000), por exemplo, se baseia na teoria dialética que afirma a interdependência do intelectual/cultural/moral com o objetivado em estruturas de sujeitos. Defende este autor que a estrutura organizacional que também produz subjetividades pelas influências que exerce sobre o sujeito somente irá conseguir alterar suas próprias estruturas se isto se der a partir da subjetividade deste e das pressões do meio externo. Para tal, fazem-se necessárias mudanças tanto de ordem cultural, como nos arranjos estruturais produtores de dominação.

Sendo assim, somente trabalhando-se a cultura, a estrutura e as normas de funcionamento dos coletivos é que será gerada uma progressão de processos de libertação e desalienação.

“Na realidade do hospital psiquiátrico era simples não se comprometiam, já na realidade do serviço substitutivo a proposta era outra, usuários e familiares estranhavam e sentiam o impacto de serem envolvidos nas normas de funcionamento como por exemplo na garantia de normas de convivência, definição da rotina e dinâmica da casa e avaliações anuais dos resultados alcançados ”. (E.09).

“Usuários e familiares estavam juntos em todas as decisões em relação a sua contratualidade no CAPS, tudo isso era fruto de um trabalho que se repetia e aglutinava passos que levavam a acreditar no serviço como uma estratégia eficaz na promoção da saúde mental a partir do cuidado em conjunto”. (E. 10).

Nesse sentido, na Gestão Colegiada e nas Unidades de Produção, Campos (2000) afirma que o proposto é envolver todo o pessoal na construção de uma identidade, sentido e significado para o coletivo, criar fluxos de idéias, de debates, de negociações e de compromissos, que contribuam tanto para o sucesso da organização, como para o

desenvolvimento das pessoas e agrupamentos implicados com esta, além de procurar democratizar o poder e abrir espaços para que os coletivos organizados sejam as unidades constitutivas das organizações.

O autor continua o seu raciocínio definindo que *Colegiados* significa *Sujeitos Coletivos* em processo de desenvolvimento, submetidos a períodos de progressão e regressão. A Gestão Colegiada seria, assim, um espaço para se tratar dos paradoxos e ambigüidades inerentes à sua constituição, a saber: assegurar tanto a operacionalização da produção, de forma eficiente e eficaz, quanto a produção de grupos de trabalhadores aptos a participar de fato dos Sistemas de Co-Gestão.

A construção de coletivos nas organizações diz respeito à construção de unidades de produção. Falar de organização remete para a imagem de uma empresa, um serviço, uma rede ou sistema encarregado de realizar alguma atividade produtiva, ou ainda uma instituição com objetivos, métodos de governo e de trabalho bem definidos.

Já com relação à expressão *Coletivo Organizado para a Produção*, Campos (2000) indica referir-se esta a um agrupamento com limites mais imprecisos e com capacidade para co-gerenciar sua própria vida organizacional. Aliás, produzir-se como Coletivo exige um certo grau de organização e tempo. Assim, é praticamente impossível precisar-se quando um agrupamento se transformará em um Coletivo Organizado, uma vez que um Coletivo com capacidade de análise e de intervenção vai sempre estar se co-produzindo.

Campos (2000) avalia tanto as organizações, com seus objetivos de produzir valores de uso e de troca, quanto o Coletivo Organizado, que objetiva produzir-se como grupo sujeito, ambos máquinas sociais criadas para produzir. A diferença é que a produção de um Coletivo é dependente de um processo democrático, participativo, ou seja, o Coletivo deve contribuir para a produção de relações sociais em que haja liberdade, justiça e capacidade de estabelecer contratos com sujeitos internos e externos, ainda que mediante luta e negociação.

Nesse contexto, afirma Campos (2000, p. 155):

A Gestão Colegiada seria uma alternativa concreta para facilitar, em uma organização, a constituição de Coletivos Organizados. As Unidades de Produção seriam tanto arranjos propiciadores desse movimento, quanto produto de um esforço dessa natureza. Tais unidades seriam construídas segundo a lógica da produção simultânea de valores de uso e de Coletivos.

Nessa lógica, o CAPS II OESTE cabe nesta descrição, à medida que, durante seus primeiros dez anos, em vez de departamentos de médico, psicólogo ou enfermagem, etc., se constituiu numa unidade de produção de saúde mental que exercitou uma Gestão Colegiada por meio de diálogos e tomada de decisão cotidiana.

“O modelo já definia reuniões diárias, denominado de reunião de passagem. O trabalho tinha como norte o ciclo de início, meio e fim e, com um objetivo de fazer circular as informações e os saberes, falava-se da dinâmica da casa, tomava-se decisões, redifinia-se e definia-se normas de funcionamento”. (E.01).

A reorganização sugerida pelo Método da Roda, em termos do CAPS II OESTE, ocorreu a partir da equipe multidisciplinar, que passou a ocupar o lugar dos vários departamentos de serviços da estrutura organizacional hospitalar. O diferencial, numa estrutura de Centro de Atenção Psicossocial/Unidade de Produção, é que os especialistas passam a apoiar a Unidade segundo uma lógica horizontal, constituindo a elaboração desse desenho organizacional uma tarefa coletiva, que, ao produzir a organização, a modifica, conforme necessário.

Nesse tipo de reorganização, há um reconhecimento de que os Conselhos, os Colegiados e as Unidades de Produção são dependentes, produzindo, ao mesmo tempo, efeito em quatro planos, a saber:

Figura 5-5

Planos Produzidos pelos Conselhos, os Colegiados e as Unidades de Produção

| | |
|-----------------------|---|
| Plano Político-Social | funcionando como instâncias de deliberação política, espaços em que a disputa a construção de projetos, compromissos e contratos ocorrem no dia-a-dia, de automatismos e composições definidas previamente. |
| Plano Subjetivo | operando como espaço para análise, permitindo a emergência de novas visões tanto numa reconstrução da organização quanto do grupo e das pessoas. |
| Plano Pedagógico | contribuindo para a educação continuada, mediante inclusão de atividades educativas, discussões e leituras sobre o como fazer. |
| Plano Gerencial | comprometida com a operação concreta do cotidiano, sob a ótica da gestão de trabalho, de correção de problemas e de redefinição de rumos. |

FONTE: CAMPOS, G.W. de Sousa. Democracia Institucional e co-gestão de coletivos organizados para a produção. In: Campos, G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 147.

Numa dimensão política, trata-se de um espaço onde, explicitamente, se disputa o poder, com a idéia de poder compartilhado, em lugar de *ilhas* que, quanto mais concentradas e com mais autoritarismo e departamentalização, geram um poder exercido de

forma isolada. Trabalha-se numa perspectiva de organização de redes de poder co-geridos. Apesar de considerar a co-existência de certas hierarquias dominantes, faz-se necessário reconhecer que aqueles com menos poder podem inventar modos para fazer avançar os próprios projetos, desde que tenham habilidades para reconhecer a correlação de forças ou o princípio da realidade, para, a partir daí, articular os próprios interesses com os agrupamentos próximos e os diferentes, compondo blocos potentes para operar em contextos antes vistos como desfavoráveis.

Nessa perspectiva, a equipe CAPS II OESTE – colegiado constituído de representações da gestão, dos trabalhadores e dos usuários e familiares –, a partir dos fóruns de discussões coletivos, foi efetivada.

Na perspectiva pedagógica, a cidadania se constrói lutando-se por ela. Convém ressaltar que o sujeito, embora se constitua no processo de vida real, durante o processo de gestão compartilhada, ele se beneficia dos efeitos políticos, administrativos, pedagógicos e subjetivos deste último tipo de processo.

Sendo assim, um meio eficaz para assegurar-se uma Educação Continuada é a própria vivência dos trabalhadores nos órgãos de composição de equipes multidisciplinar. Segundo Paulo Freire (1979), aprende-se muito mais e mais profundamente quando o objeto de estudo coincide com objetos ligados à existência concreta. Nessa perspectiva, também se encontra o Projeto CAPS II OESTE.

“A meu ver é um projeto de bem estar e qualidade de vida em saúde mental, além de ser um projeto sócio-cultural onde a partir das artes cênica, canto, dança se resgata a vida nas expressões de sentimentos e significados de cada sujeito. É uma estratégia que conseguiu mobilizar vida, potencialidades existentes em pessoas e não em doenças”. (E.15).

Na função administrativa dos espaços coletivos, na proposta de Gestão Colegiada, são instituídas oficinas permanentes para gestão e modificação dos planos elaborados. Assim, parte da função de gerência, do controle e da cobrança, paralelamente à da confecção de acordos e contratos, bem como o estabelecimento de compromisso, são exercidos pelo Colegiado. Nessa perspectiva de gerenciamento, as reuniões de equipes e as assembléias se constituíram em “*pedra de toque*” (E. 03).

“Era algo da estrutura do serviço. Quando não ocorria havia muita cobrança por parte dos profissionais e provocava certa ansiedade. Particularmente

achava que era muita reunião, achava que tinha momentos de extrema necessidade. Mas, tinha uma singular importância por ser um momento de encontro entre a turma da manhã e da tarde, além de garantir um espaço de troca e decisões”. (E.09).

“Dali nós fortalecíamos e sentíamos o tom das coisas. O problema era que em algumas épocas estavam os mesmos. Lidávamos com perdas e isso causava sofrimento e necessidade de arranjar culpado e havia fuga daquele momento. Isso ocorria com todos”. (E.12).

Em tal contexto, o papel dos dirigentes em uma organização democrática é mais o de um coordenador do que o de um diretor ordenador. Um misto de racionalidade e capacidade de liderança, acrescida de uma capacidade de exercer certo grau de aglutinação e coesão. Isso porque é inevitável considerar a instalação de uma dialética de transferências entre equipe e dirigentes. Para o Método da Roda, cada Unidade de Produção deve contar com um dirigente coordenador (CAMPOS, 2000).

Em termos de responsabilidade e de espaço de criação, no sistema de Gestão Colegiada, a tendência é que o poder seja compartilhado a partir do diálogo entre os constituintes, embora espere-se, da parte dos dirigentes, inovação, dinamismo e liderança, além de interlocução com o conjunto de trabalhadores e com a instância superior, afirma Campos (2000). Cabe ainda contribuir para que os Colegiados e as Equipes considerem demandas, determinações e limitações advindas do externo e de outras instâncias da Organização.

Trazer as representações de distintos autores sociais interessados naquele serviço ou organização, como parecer de outras Unidades de Produção, de outros serviços, de usuários, da Sociedade e de instâncias governamentais é também uma extensão da função do Coordenador. Não podendo esquecer-se de lembrar as obrigações legais sobre direitos e deveres por parte de todos.

“Havia algumas resistências para não haver reuniões diariamente. A gerencia local enfrentava muitas dificuldades, mas era firme no seu papel. Chegou inclusive a ocorrer saídas de profissionais que não conseguiam se fazer presentes nos horários combinados”. (E.10).

“Eu me sentia muito cobrada pela equipe por não estar todos os dias no serviço, apesar de não poder negar que não deixavam de ter continuidade.” (E. 26).

Em vista disso, a Coordenação pode ser entendida como autoritária, ao lançar mão desse dispositivo de poder, mas, em ocasiões em que o poder é distribuído, a equipe assume os ônus e os bônus da cobrança das obrigações.

Especificamente, referindo-se ao CAPS II OESTE como um espaço coletivo, por ter tomado a forma de equipe interdisciplinar na perspectiva transdisciplinar, ou seja, por ter se constituído em um arranjo organizacional com fins de estimular a produção/construção de sujeitos e do próprio serviço, a partir da visualização dos projetos terapêutico individual dos usuários e coletivo, em termos de estratégia de serviço de saúde mental, tem-se o depoimento a seguir:

“A palavra circulava nos espaços coletivos no próprio serviço como nas trocas de idéias, nas reuniões de família, nas assembléias e nas reuniões do conselho gestor do CAPS ou em fóruns específicos de discussões como comissão de direitos humanos e cidadania da câmara municipal, em plenárias do conselho municipal de saúde, nos encontros do movimento da luta antimanicomial”. (E.02).

“Nos fóruns coletivos sempre preservávamos a garantia do direito de vez e voz dos usuários e familiares, como também de nós trabalhadores”. (E.11).

“Todas as ações do CAPS direta ou indiretamente eram provocadores de consciência”. (E.15).

O CAPS II OESTE é compreendido, portanto, como um espaço concreto destinado tanto à comunicação – escuta e circulação da palavra como expressão de desejos, interesses e realidades sobre a promoção e proteção da saúde de pessoas com transtorno mental severo e persistente – como à elaboração e tomada de decisões sobre o próprio destino do serviço, ou ainda a uma continuidade da luta em termos da proposta antimanicomial.

5.6.3 Apoio a Coletivo Organizado: A Capacidade de Análise e de Intervenção.

Para o Método da Roda, é fundamental uma Coordenação atenta à dimensão técnica do trabalho, tanto em termos de fundamentação teórica quanto do conhecimento das limitações do contexto. Mas também é primordial que a Coordenação tenha experiência prévia no campo de atuação da organização, especificamente, em se tratando do CAPS, ter conhecimento e sensibilidade quanto ao potencial humano e sobre a patologia, assim como conhecer a proposta de saúde mental originária da Reforma Psiquiátrica Brasileira, além de ser *“propensa a atividades em equipe e a dividir o poder ...”* (E. 12).

Tal insistência no conhecimento que o dirigente deve adquirir sobre a produção de valor de uso deve-se, segundo Campos (2000), às seguintes razões:

- Conhecer sobre a produção de valor de uso coincide com a finalidade básica da organização, como, por exemplo, a função pública de promover e proteger a saúde do cidadão, especificamente no CAPS, associa-se à contribuição na construção de direitos e na inserção social das pessoas com transtornos mentais.
- A experiência como Apoiador Institucional²⁰ tem indicado que o fator que mais auxilia os processos de desenvolvimento diz respeito à construção e ao desenho coletivo de modos para organizar a atenção em saúde. A relação entre Apoiador e Equipe é mediada por contratos.

Para a Psicanálise, na tradição da análise Institucional, recomenda-se a construção de contratos, estabelecendo expectativas, objetivos, regras, métodos de trabalho, etc. (Baremlitt, 1994), que nada mais é que os modos de se operar que combinem saber técnico com diretrizes políticas e éticas, e ainda a consideração das limitações conjunturais impostas por cada contexto.

No entanto, mesmo que a construção na(...construção na definição???) definição de contratos produza a crença de que as relações são móveis e que estas possam ser reelaboradas (É isso mesmo? A concordância está sendo com “relações”) (OK), os contratos só se estabelecem quando existem sujeitos com grau relativo de autonomia, ou seja, em relações desequilibradas não há contratos e sim imposições.

Mesmo com a construção de contratos entre Apoiador Institucional e Equipe, isto não garante um espaço de comunicação sem conflitos, posto que não elimina as diferenças de papéis, na maioria das vezes importantes, para o adequado funcionamento do coletivo. Assim, reconhece-se que há transferência e contratransferência entre Apoiador e Equipe.

Para a Psicanálise, o conceito de transferência “designa um processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de certo tipo de relação estabelecida” (LAPLANCHE & PONTALIS, 1992, p.514). Alguns analistas de grupo fazem adaptações para pensar a relação que se estabelece entre o terapeuta e o grupo (Osório *et al.*, 1986).

²⁰ Quem trabalha com o Método da Roda é denominado de Supervisor matricial ou de Apoiador Institucional – desempenha funções nas equipes, ajudando-as na gestão e organização de processos de trabalho

Na Co-Gestão, utiliza-se desse conceito para indicar que há fluxo de afetos, desejos, bloqueios e interdições, que cruzam os espaços coletivos sem que as pessoas envolvidas tenham consciência. No entanto, há afeto e emoções nas relações que se estabelecem entre os membros de uma equipe e seu Apoiador e vice-versa. Reconhecer a circulação desses afetos é considerar que as pessoas em co-gestão, ao se afetarem, geram incômodos, desafios, invejas, disputas, simpatias, mudanças e ódio entre si. Tal processo de produção de afetos, em que as pessoas os transferem ao outro, ao coletivo e ao resultado do trabalho, é uma característica estereotipada, que pode bloquear a co-gestão. Assim, reconhecer a existência desses processos de forma ética, com base no respeito, analisando-os, e intervir nos significados transferidos constituem um poderoso recurso de gestão (CAMPOS, 2000).

Nesse contexto, para implementar mudanças, vale ressaltar ainda que a equipe precisa apoiar-se em um sistema referencial que construa modelos que possibilitem quebrar a dureza dos paradigmas estabelecidos, como, por exemplo, o biomédico na Saúde, e possam fragilizar a indiferença da burocracia das normas, permitindo que a equipe construa e reconstrua modos de fazer, a partir de princípios e diretrizes mais éticos. No caso da equipe CAPS II OESTE, esta teve como norte os princípios e diretrizes do SUS e das reformas psiquiátrica e sanitária brasileiras.

“No sentido teórico todos nós conhecíamos os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica brasileira, só que o esquema que ainda funciona em nível das instâncias governamentais não favorece a exequibilidade de muitos desses princípios como, por exemplo, o de igualdade na assistência. Internamente, no CAPS conseguimos transformar em realidade alguns deles como, os princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, direito a informação e resolutividade; de uma forma razoável conseguimos fazer valer os princípios da preservação da autonomia do usuário, da intersectorialidade e da racionalidade. Utilizávamos pouca da epidemiologia e precisávamos intensificar muito mais o princípios da participação na comunidade. Quanto aos da reforma, o princípio da horizontalidade fizemos prevalecer de uma forma ótima no serviço o que em minha opinião acabou contribuindo para a equipe ser retirada pela atual gestão. De uma forma razoável, por uma total falta de articulação da rede de saúde, ainda conseguimos aplicar os princípios de hierarquização, inclusão social, e a intrasetorialidade e, conseguimos pouca desinstitucionalização”. (E. 01).

“Totalmente. Não só a coordenação como a maioria dos profissionais que compunha a equipe incorporaram e envolveram os usuários e familiares no conhecimento dos princípios da reforma psiquiátrica brasileira. Acredito que esta foi a razão do serviço ser muitas vezes boicotado no seu trajeto e inclusive da equipe ter sido retirada do CAPS pela a atual gestão”. (E.15).

Concluindo esta etapa do presente trabalho, cabe salientar que coube às Coordenações do CAPS II OESTE, no transcorrer dos seus primeiros dez anos, estimular

discussões, construir e reconstruir sobre o modo concreto de operar a equipe, que se delineou e amadureceu no processo de sua própria construção cotidiana, tendo em vista a consecução dos resultados almejados – o de promover e proteger a saúde e provocar a reabilitação psicossocial possível às pessoas ali assistidas; bem como a tarefa de viabilizar a mudança de visão do profissional/equipe, de simplesmente *técnicos* para *cuidadores* voltados para a qualidade de vida dos usuários; e os meios empregados para produzi-la.

“No início da implantação do serviço foi um tanto difícil devido os desencontros da equipe, foi um período de muita competição entre os saberes profissional o que gerava discriminações e insegurança nos procedimentos. Mas, conseguimos, enfrentando os desafios, construir uma boa equipe, responsável e comprometida, assim passamos a nos sentirmos mais incluídos. Na gestão da coordenação a qual elegemos por processo de escolha em equipe ocorreu maior inclusão tanto nas ações relacionadas a atenção ao usuário como nos procedimentos administrativos. Nesta ultima gestão sinto pouca inclusão”. (E.05).

“Conseguiram reduzir o número de internações sensivelmente, alguns voltaram a conviver socialmente a partir do retorno ao trabalho, à escola formal inclusive faculdade, alguns casaram, outros passaram em concursos públicos, Tem pessoas que não foram mais internados em seguimentos manicomial”. (E. 01).

Coube ainda ao gerenciamento do CAPS II OESTE – Coordenação e Equipe – cuidar dos padrões éticos, da responsabilização, da criação de compromissos e da autonomia dos trabalhadores, usuários e seus familiares; como também traduzir a série de atividades, já explicitada, com o objeto de trabalho, em relações humanizadas entre profissionais e usuários e familiares; e descentrar o foco da gestão, distanciando-a de gestão de tarefas ou procedimentos, para uma gestão de relações interpessoais, com os resultados advindos destas.

“A equipe difundiu, foi para rua, executou atividades de melhoria de qualidade de vida. Inclusive, orientamos durante um ano o Centro de Cuidado de Crianças e Adolescentes com Deficiência - CCAD onde realizamos supervisão aquela equipe a partir da proposta de apoio matricial, Nos colocamos ainda como suporte aos familiares dos usuários e a comunidade do bairro onde o CAPS estava inserido”. (E. 03).

Enfim, o Método de Co-Gestão pensa e repensa o papel da Direção, com base em uma organização democrática, com múltiplas dimensões, a saber: a de ser voltada para a gestão de modelos de atenção organizados em processos de trabalho que objetivem a produção de valores de uso; a de estar especialmente concentrada em administrar pessoas, numa perspectiva de construção de equipes, com autonomia e responsabilidade; a de dispor

de uma administração financeira centrada na sobrevivência da organização; e a que apresenta uma representação política nos sistemas públicos, governos e sociedade (CAMPOS, 2000).

“O projeto apesar das muitas dificuldades e entraves tem conseguido mostrar que é possível e pode contribuir com resultados tão positivos em termos de resolutividade para a população assistida. É um serviço que mostrou ser possível tratar do transtorno mental numa ótica além da patologia crônica que, efetivamente, precisa de cuidados contínuos e permanentes, mas, prioritariamente, numa ótica de resgate do potencial humano. Mas, que precisa de vontade política por parte dos governos para efetivar o projeto antimanicomial” (E. 08).

Portanto, a Co-Gestão é um organizador da vontade e do intelecto dos trabalhadores sob sua coordenação. Um gerente de relações, de inter-relações, de diálogos e de trocas.

“Foi uma gestão e tanto por ter provado que tinha clareza de gestão a partir da compreensão dos princípios e diretrizes do SUS e especificamente da reforma psiquiátrica, além do conhecimento de saúde pública. Tinha uma boa visão e postura democrática, além de clareza dos objetivos institucionais e vontade de buscar a melhor forma de fazer. Teve ainda capacidade técnica para saber intervir na equipe na medida em que os princípios não estavam sendo contemplados”. (E.02).

“Foi uma equipe que levou a sério a proposta a partir do profissionalismo, mas não teria ocorrido se não fossem trabalhadas as relações interpessoais a partir dos sociais da própria equipe. Era um trabalho intenso, exigia compromisso e disposição interna para lidar com as questões afetivas, acho que tudo isso levou a um estreitamento nas relações. Uma equipe ousada que buscou autonomia com responsabilidade e respeitabilidade”.(E.15).

Diante de tais considerações a respeito do Método da Roda (ou a Paidéia), conclui-se que este se trata de um método de apoio à co-gestão de processos complexos de produção, apoiando, simultaneamente, a elaboração e implementação de projetos e a construção de sujeitos e de coletivos organizados. Tal Método objetiva ampliar a capacidade de direção dos grupos, aumentando sua capacidade de analisar e de operar sobre o mundo e suas práxis. Para isso, trabalha com conceitos de capacidade de análise e de intervenção, que pode tanto ser auto-aplicável, quanto contar com dirigentes Apoiadores Institucionais, conforme conteúdo por ora exposto.

A clareza dos conceitos apresentados e especificamente trabalhados neste capítulo deveu-se à importante contribuição dos depoimentos, que se reportavam a situações concretas de aplicação desses conceitos.

Dessa forma, pretende-se elucidar as demais exposições que se seguem, permitindo ao leitor uma maior compreensão da análise dos resultados deste trabalho, assim como das conclusões a que se pode chegar.

Capítulo 6

Análises dos Resultados

Neste capítulo, são apresentadas as evidências que sustentam as afirmativas e deduções sobre qual o modelo de gestão que foi implantado no CAPS II OESTE e o seu desdobramento no comprometimento da equipe e na inclusão dos usuários e familiares no processo de construção dessa estratégia em saúde mental, com reproduções das falas dos trabalhadores de saúde mental entrevistados, em seus termos originais das percepções desse processo de construção, além do material em gráfico que foi gerado a partir dos questionários aplicados, que possibilitaram a apresentação da análise que tais instrumentos puderam proporcionar.

A seguir, é apresentada a análise dos resultados do presente trabalho intitulado *Análise do Modelo de Gestão Implantado no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II OESTE, no período de 1995 a 2005, no município de Natal/RN, à luz da Co-Gestão.*

Tal análise é subsidiada a partir do material teórico apresentado nos capítulos sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira e o Movimento da Luta Antimanicomial, e sobre

Enfoques Teóricos Pós-Contingências, Participação nas Organizações e Método de Análise e Co-Gestão de Coletivos.

A apresentação obedece a uma lógica com os seguintes itens: Estratégias de Saúde e as Diretrizes e Princípios das Reformas, Sanitária e Psiquiátrica, Brasileiras; A Objetividade e Capacidade de Realização da Equipe Multidisciplinar, com vistas à Transdisciplinaridade; e a Resolutividade Atribuída à Qualificação do Projeto.

6.1 Estratégias de Saúde e as Diretrizes e Princípios das Reformas, Sanitária e Psiquiátrica, Brasileiras.

Os princípios da Reforma Sanitária Brasileira foram, desde o início da implantação do CAPS II OESTE, os eixos norteadores da atenção à saúde desenvolvida no seu cotidiano. Conforme demonstração gráfica de número 03 abaixo, pode-se verificar que 38,5% dos entrevistados avaliaram como *boa* e 50%, como *muito boa* a atuação do CAPS II OESTE, em relação à *adoção de estratégia a partir da demanda dos usuários*.

Quanto ao princípio de *atuação diária na prestação dos serviços*, 29,9% dos entrevistados opinaram que o serviço teve *boa atuação* e 61,5%, *muito boa* atuação.

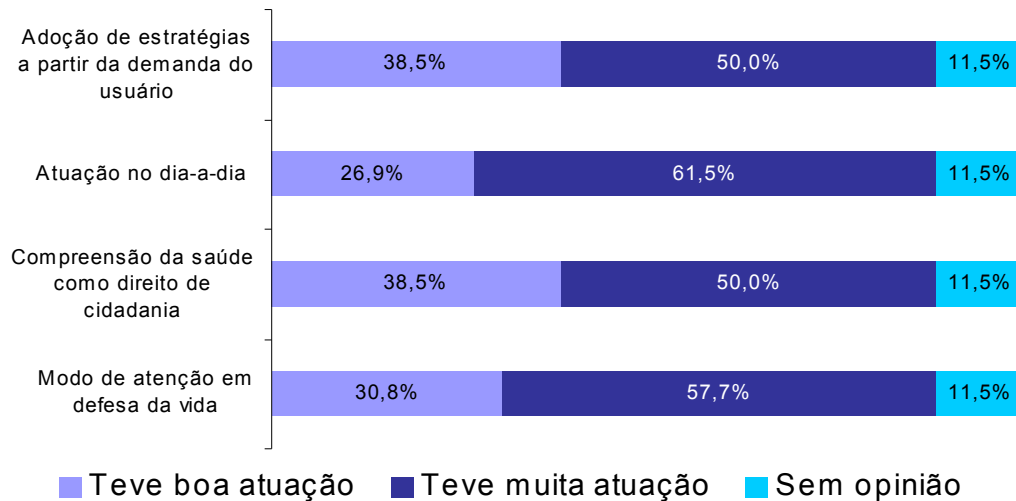
Já a atuação em relação ao princípio da *compreensão da saúde como direito de cidadania*, esta foi vista, por 38,5%, como *boa* e, por 60%, como *muito boa* .

O quarto princípio, o do *modo de atenção orientado em defesa da vida*, também foi avaliado como *boa atuação*, por 30,8%, enquanto 57,7% o avaliaram como *muito boa* atuação.

Assim, compreende-se que a equipe do CAPS II OESTE, serviço implantado no município de Natal/RN, aqui representado pelo contingente entrevistado – trabalhadores que o constituíram, na sua maioria, desde sua inauguração - percebe que a forma de atenção

no dia-a-dia daquele serviço foi a principal estratégia para o cotejo com o antigo modelo do Sistema Manicomial.

Figura 6-1 Atuação no Cotidiano do CAPS



FONTE: Pesquisa Realizada com Profissionais do CAPS II OESTE, em maio/julho de 2007.

Segundo Campos (1992), a agenda prioritária dos sujeitos sociais envolvidos na reforma dos Sistemas de Saúde é a capacidade do movimento sanitário de atuar no cotidiano dos serviços, na busca da configuração de um modelo de atenção que priorize a defesa da vida, que indique como indispensável a construção de um compromisso efetivo dos trabalhadores de saúde com o mundo das necessidades dos usuários e que opere uma nova gestão do cuidado em saúde.

Em vista disso, compreende-se que essa forma de operar a saúde passa pela organização de coletivos de trabalhadores comprometidos ético-politicamente com a defesa da vida tanto individual como coletiva, conforme se pode perceber nas expressões de alguns trabalhadores entrevistados, descritas abaixo:

“No início do serviço a atenção era assistencialista [...], apoiada em conceitos e práticas antigas sobre a loucura. No decorrer dos dois primeiros anos a equipe amadureceu e ampliou sua concepção de loucura, de uma prática clínica ampliada, aprendeu a estabelecer vínculos com a família e trabalhar sob a ótica dos direitos a cidadania da pessoa portadora de transtorno mental” (E.1)

“Era a especificidade do serviço, prestar uma atenção diária e sistemática a partir da demanda dos usuários com vistas à preservação dos direitos universais de cidadania em defesa da vida do portador de doença mental [...]” (E.2).

“O CAPS Oeste conseguia, a partir de discussões contínuas e [...], realizar uma atenção de qualidade as pessoas com transtorno mental, norteadas pelo

entendimento da equipe [...] sobre as reformas sanitária e psiquiátrica brasileiras” (E.5).

norteavam todas as ações do CAPS Oeste, inclusive quanto ao compromisso na atuação diária na prestação do serviço [...], inclusive dependendo da necessidade de algum usuário ultrapassávamos os limites do horário regular de funcionamento, e até atendíamos no domicílio e no final de semana” (E.11).

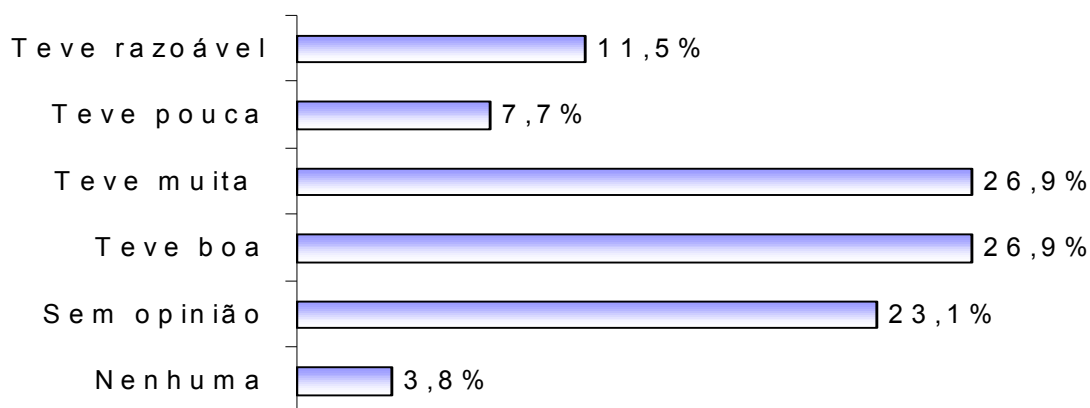
Entretanto, vale ressaltar que se tratou de uma proposta coletiva e que isto, diante do desafio de saber operar a gestão dos serviços de saúde e dos processos de trabalho em outra racionalidade gerencial em equipe, exigiu compartilhamento e, ao mesmo tempo, a compreensão de que esse movimento se dava de uma forma bastante heterogênea. Sabe-se, inclusive, que esse entendimento passa pelos limites pessoais e profissionais. Em vista disso, faz-se necessário considerar como relevantes percepções que divergem de outras como a descrita abaixo:

“Foi um início muito difícil, foi um caos [...] não tínhamos referência de um outro serviço, era tudo muito confuso e solto em termos da compreensão sobre a loucura e sobre os princípios norteadores para aquela nova proposta. Tudo acontecia em um espaço sem divisórias e privacidade, sem recursos, sem experiências, sem entendimentos entre os profissionais [...]” (E.20).

Assim, imbuído de suas responsabilidades, vivendo seus limites e descobrindo possibilidades, seguiu em frente o então NAPS OESTE (inaugurado em 14.07.1995), que se transformou em CAPS II OESTE (pela Portaria de nº 336/GM, de fevereiro de 2002). Este Centro de Atendimento Psicossocial ocupou um lugar estratégico, com uma equipe que, vinculada aos usuários e familiares, tanto de forma individual quanto coletiva, se propôs de forma comprometida – mesmo vivendo dificuldades ante sua heterogeneidade – a operar conhecimentos, numa perspectiva transversal na produção do saber.

Nas demonstrações gráficas abaixo, pode-se observar como se dava a operacionalização do cuidado no cotidiano do CAPS II OESTE. Um cuidado materializado na ação de cuidar e na sua organização, tendo assim marcada, na sua dimensão organizacional, a gestão coletiva do cuidado no exercício de criação de uma clínica antimanicomial, norteada por uma organização política de saúde a partir dos princípios do SUS e especificamente da RPB.

Figura 6-2 Quanto à Participação Ativa no Planejamento das Ações de Saúde Desenvolvidas no CAPS



FONTE: Pesquisa Realizada com Profissionais do CAPS II OESTE, em maio/julho de 2007.

Como numa forma de fazer saber, observa-se no Gráfico 6-2 que, apesar dos 53,8% dos entrevistados (equivalente ao somatório dos que disseram que a participação foi *muito boa* - 26,9% - e que foi *boa* - 26,9%), terem evidenciado *boa* e *muito boa* a participação no ato de planejar as ações de saúde desenvolvidas no cotidiano do CAPS II OESTE, 19,2% (equivalente ao somatório entre 11,5% que respondeu *razoável* e 7,7% que *teve pouca*), avaliaram como *pouca* e *razoável* as suas participações nas ações de planejamento, além de 23,1% deles terem se colocado *sem opinião*.

Tais percentuais apontam para a constatação de que os profissionais entrevistados sentiam-se mais aptos na execução de tarefas práticas mediante técnicas aprendidas na formação profissional, como se pode verificar nos depoimentos abaixo:

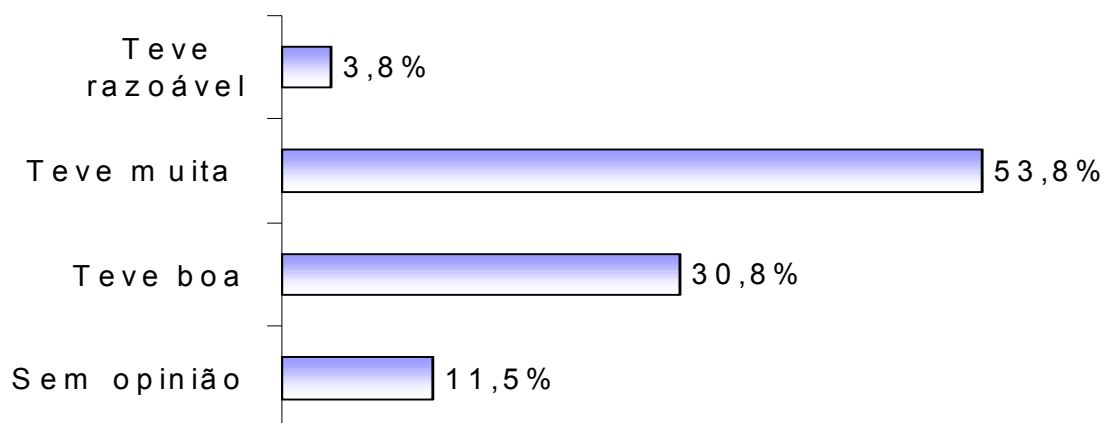
“Sempre achei que precisava me incluir mais na elaboração e avaliações das ações, mas ficava mais na execução das mesmas. De toda forma participava de tudo” E. 05.

“Apesar de também participar tanto dos momentos de elaboração e avaliação, sempre me achei melhor na execução das ações” E. 08.

A seguir, na Figura 6-3, pode-se compreender tal tendência em termos da execução de tarefas, quando 53,8% dos trabalhadores evidenciaram ter tido *muita participação* e 30,8% tiveram *boa participação* na execução das ações de saúde desenvolvidas no cotidiano do CAPS II OESTE, o que representa um somatório de 84,6%.

Sendo assim, define-se que o maior envolvimento se deu na execução das ações, mesmo que 53,8% também tenham estado envolvidos no planejamento destas (conforme Gráfico 6-2).

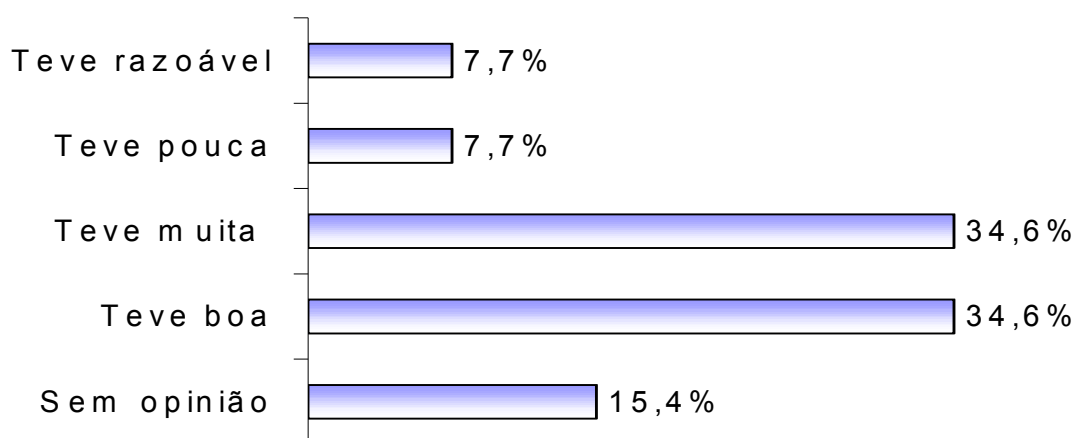
Figura 6-3 Quanto à Participação Ativa na Execução das Ações de Saúde Desenvolvidas no CAPS..



FONTE: Pesquisa realizada com profissionais do CAPS II OESTE em maio/julho de 2007.

Por sua vez, a Figura 6-4 apresenta a disposição efetiva que a equipe apresentou nas avaliações dos resultados, no processo de produção da saúde, evidenciando-se um potencial de 65,2%, que equivale ao somatório dos 34,6% daqueles trabalhadores que disseram ter *tido muita participação* e 34,6% que tiveram *boa participação* nas avaliações de resultados, como forma de problematizar **como deve ser** e **como fazer** os dispositivos adotados em equipe.

Figura 6-4 Quanto à Participação Ativa nas Avaliações dos Resultados no Processo de Produção de Saúde



FONTE: Pesquisa Realizada com Profissionais do CAPS II OESTE, em maio/julho de 2007.

“Pela minha função eminentemente técnica sentia dificuldade na atuação de ações coletivas como, por exemplo, nos grupos e oficinas, me dedicava mais às específicas da minha função” E.4.

“Apesar de também participar tanto dos momentos de elaboração como de avaliação, sempre me achei melhor na execução das ações” E.8.

A partir dos percentuais apresentados nos gráficos acima, verifica-se uma significativa representação na participação efetiva da equipe do CAPS II OESTE, na operacionalização do cuidado – impresso tanto na ação de cuidar como na sua organização –, o que demarcou a dimensão organizacional com a gestão coletiva.

Tais dados levam a uma compreensão de que houve uma sistemática adotada a partir da integralidade das ações, tendo sido priorizados não só a competência técnica, mas também o interesse e habilidades pessoais, como, por exemplo, na Coordenação e/ou participação dos trabalhadores na realização de oficinas e nos fóruns de avaliações e planejamento, garantidos diariamente, conforme se pode observar nos depoimentos abaixo:

“Tinha total envolvimento e assim adquiri muita experiência e aprendi a criar e fomos criando juntos. Avaliávamos tanto em equipe como com os usuários, só assim conseguíamos fazer os ajustes nos recursos que tínhamos e verificar a continuidade ou não das ações. Como por exemplo, tínhamos uma oficina denominada de Social em Ação e para sua realização precisávamos de vales transportes para os usuários envolvidos poderem se deslocar para outros espaços, assim como a oficina de jardinagem que precisava de um local amplo e material adequado” E. 13.

“Um serviço como o CAPS todas as ações estavam interligadas, planejávamos e avaliávamos, mesmo aqueles como eu que a própria formação direciona para o fazer” E.15.

Mediante material gráfico acima apresentado, pode-se afirmar que se tratou de um processo de produção de saúde - aqui especificamente ações de saúde mental -, tecido no cotidiano por uma equipe multidisciplinar, cujo exercício de pensar e agir foi de fundamental importância na iniciativa de inclusão dos trabalhadores, numa perspectiva de construção coletiva. No entanto, vale ressaltar que esse movimento de inclusão ocorreu a partir de demandas oriundas de várias dimensões, que se pode verificar a seguir nos depoimentos descritos abaixo:

“Dediquei minha vida nessa forma de trabalhar. Tinha [...] clareza e acreditava que só assim conseguiríamos avançar rumo à reforma”. (E.1)

“Sempre me coloquei disponível durante todo o processo de produção de saúde para alcance do objetivo do projeto CAPS e, como [...] tinha a clareza que o planejamento é uma das prioridades e responsabilidades [...]”. (E.2)

“Quanto à execução, direcionava de acordo com minhas habilidades e identificação com as ações. Em relação às avaliações, sempre tive posições críticas e exigia objetividade das ações direcionando aos resultados. Foi a melhor experiência de trabalho que tive, ampliou a minha visão enquanto pessoa e profissional”. (E.2)

“Contribui bastante tanto na elaboração como nas avaliações das ações, mas me dedicava muito mais na assistência aos usuários e, apesar de ter outros vínculos e precisar prestar assistência em outros espaços sempre fiz o possível para atender a demanda dos usuários”. (E.3)

“Sempre achei que precisava me incluir mais na elaboração de avaliações das ações, mas ficava mais na execução das mesmas. De toda forma participava de tudo”. (E.5)

“Sempre fui até onde me sentia capaz de participar”. (E.6).

“O que pensávamos, discutíamos e nos esforçávamos para pôr em prática. Sempre tive o direito garantido de sugerir, reclamar e reivindicar”. (E.10)

Pode-se observar nas entrelinhas das falas dos trabalhadores entrevistados que o pensar e o agir necessários para a efetivação do processo de produção da saúde revelavam a satisfação de seus desejos e interesses, além do empenho no atendimento às necessidades das pessoas que buscam os benefícios dos serviços de saúde.

Como diz Campos (2000:72), “o desejo e interesses dos profissionais centram-se, em geral, em sua própria sobrevivência e realização pessoal”, embora entenda que uma organização exerce um fundamental papel na existência destes, ao requerer a formação de compromisso entre a produção de valores de uso para atender às necessidades sociais e o interesse e desejo dos trabalhadores, que, por sua vez, servem de elo entre a produção e os planos existenciais.

Portanto, em se falando da equipe ora analisada, observa-se, na sua práxis profissional (ora numa abordagem individual ora coletiva), a ocorrência (conscientemente ou não) de um necessário equilíbrio, que surgiu, cresceu e adquiriu sentido no decorrer do próprio processo de produção, traduzido a partir de aspectos interdependentes de ordens subjetivas e objetivas, referentes à vida pessoal e profissional daqueles trabalhadores que, ao encontrarem-se em um espaço comum de interseção de saberes e fazeres, constituíram um modo singular de intervir em equipe e assim constituíram também os dispositivos que caracterizaram a dinâmica do referido serviço. Dispositivos como: o **atendimento individual**, ante necessidade a partir da demanda dos usuários e seus familiares, era realizado pelos profissionais de Enfermagem, Psicologia e Psiquiatria.

As intervenções grupais, no entanto, prevaleceram numa modalidade que garantia o envolvimento de, no mínimo, 03 profissionais, que se revezavam na coordenação de **grupos terapêuticos e operativos**, específicos com os usuários, caracterizados como fechados. O grupo terapêutico, por sua vez, salvaguardava os aspectos do sigilo como responsabilidade de todos os que o compunham.

Um outro dispositivo foram os **Grupos de Família**, caracterizados como grupo de apoio, com estrutura aberta, garantindo a presença, circulação e interlocução dos familiares com os profissionais.

Outros espaços coletivos também foram apontados nas entrevistas como dispositivos valiosos no cuidado da saúde mental, como: **Assembléias** mensais com usuários, familiares e profissionais e o **“Encontro de Idéias”**, diariamente, no início de cada turno. Ambos, com propósitos de inclusão das pessoas com transtornos mentais nas discussões e decisões referentes à organização e funcionamento interno do espaço de convivência, além de garantir a circulação da palavra, tanto no que diz respeito à troca de informações sobre diversos temas do cotidiano, como sobre a política de saúde local e nacional, além de servir de espaço de reivindicações.

Figura 6-5 Assembléias, com Participação de Trabalhadores de Saúde, Usuários e Familiares, Realizadas Mensalmente no CAPS II OESTE.



As **Oficinas de Artes** (a Arte Cênica, trabalhada na Oficina de Teatro, a Arte Plástica, na Oficina de Pintura, a Música, na Oficina de Música, e a Dança, na Oficina de Dança), outro tipo de dispositivo, constituem espaços que viabilizaram o desenvolvimento de habilidades dos usuários, além da descoberta de talentos, à medida que estes, ante as dificuldades, confrontavam-se com suas potencialidades.

Tais dispositivos viabilizaram, além da função terapêutica, a inserção social, à medida que possibilitavam, através da criação, uma forma de organização do mundo das pessoas com transtorno mental.

Figura 6-6 Tela Produzida nas Oficinas de Pintura do CAPS II OESTE.



Como exemplo dessa transformação na construção de novas subjetividades, foi destacada nas entrevistas a criação do Coral, composto tanto por usuários, que são a maioria, quanto por trabalhadores que se identificavam com o canto em coral.

“... as saídas para apresentação do coral musicalmente era um movimento intenso tanto para os usuários, como para os familiares e profissionais. Movimento impar, movimento estruturante, por permitir trabalhar as dificuldades e descobrir possibilidades E.2.

Figura6-7 – Apresentação do Coral *Musicalmente* Composto por Usuários e Trabalhadores de Saúde.



O Coral *Musicalmente* se fez notar, principalmente devido ao seu conjunto entusiasmado e harmônico, o que suscitou convites para as aberturas de eventos locais. Assim, os usuários passaram a ser produtivos, ao mesmo tempo que produziam novas subjetividades.

Outras possibilidades de trabalho e de criação foram as **Oficinas de Culinária; Trabalhos Manuais; Escrita; Saúde e Beleza; e as Atividades Físicas**, que, por sua vez, justificavam-se como provocadores da elevação da auto-estima, numa perspectiva além da terapêutica, na ampliação das possibilidades de inclusão no mundo da coletividade, ao mesmo tempo que viabilizava uma reconstrução interna, à medida que elevava a disponibilidade e investimento na autonomia dos usuários.

Segundo Amarante (1992), tanto o trabalho como a arte exercem a função de romper o isolamento que caracteriza a vivência subjetiva contemporânea, comum a todos, quer sejam usuários psiquiátricos, quer não.

Figura 6-8 Momento de Combinados que Antecedeu uma das Saídas para Apresentação do Coral.



As **Visitas Domiciliares** são outro dispositivo efetivado no cotidiano do CAPS II OESTE, mediante demanda dos usuários. Segundo a percepção dos profissionais entrevistados, tal dispositivo imprimiu significados além daquele referente à possibilidade de se conhecer a realidade de moradia, a dinâmica familiar e o espaço que o usuário ocupa na sua família, uma vez que se revestiam “... de acolhimento e de valorização do usuário, que elevava sua auto-estima” E.13. Tal ação também serviu para viabilizar o acesso, à medida que fortalecia a parceria entre familiares e profissionais na efetivação do cuidado para com a saúde dos usuários, conforme depoimentos abaixo:

“Já chegamos a tirar o usuário de crise via visitas domiciliar” E.14..

“As visitas domiciliares era um dispositivo que promovia a criação de elos e aumentava a confiabilidade por parte dos usuários e familiares” E.10.

As **Reuniões de Equipe** são um dispositivo indicado pelo seu papel fundamental na construção da clínica transdisciplinar, a partir da heterogeneidade da equipe multidisciplinar acima anunciada, que não se restringia aos saberes *psi* (Psicologia e Psiquiatria), o que tornou possível o efetivo exercício diário de desarticulação das fronteiras tradicionais das formações profissionais e pessoais, mesmo com um grande esforço por parte dos profissionais e do gerenciamento, no que se refere ao encorajamento diário e à garantia da manutenção da “passagem” (denominação dada às reuniões diárias),

de forma coletiva. Tal prática viabilizou, inclusive, a construção de novos parâmetros teórico-práticos .

“O modelo já definia reuniões diárias, denominado de reunião de passagem. O trabalho tinha como norte o ciclo de início, meio e fim e, com um objetivo de fazer circular as informações e os saberes [...]” E.1.

“[...] tínhamos garantido o momento de reflexão da equipe, um momento de troca de cada profissional de uma forma mais elaborada, era um momento de retro alimentação” E.2.

“Era um momento impar de unificação de conhecimento sobre a história e dinâmica de cada usuário e do grupo. Era também um momento de planejar, distribuir tarefas e de acolher as angústias gerada no processo” E.3.

“Era um momento onde tínhamos oportunidade de falar sobre nossa atuação, como percebíamos a dinâmica da casa e discutir sobre os casos que havia mobilizado maior atenção da equipe” E.4.

“[...] particularmente, eu achava que era muita reunião apesar de reconhecer que tinha momentos de extrema necessidade. [...] singular importância por ser um momento de encontro entre a turma da manhã e da tarde, além de garantir um espaço de troca e decisões” E.9.

“Dali nós fortalecíamos e sentíamos o tom das coisas [...]. O problema era que em algumas épocas estavam os mesmos [...]. Lidávamos com perdas e isso causava sofrimento e necessidade de arranjar culpado e havia fuga daquele momento. Isso ocorria com todos” E. 12.

Ante a necessidade de se trabalharem os conflitos gerados no processo de articulação da interdisciplinaridade da equipe, o espaço de **supervisão** foi o dispositivo que demarcou o estabelecimento e a garantia da manutenção do sentimento de equipe, viabilizando, assim, toda a trajetória da equipe CAPS II OESTE.

Nestes termos, verifica-se, nos depoimentos abaixo, a importância dada ao espaço de supervisão institucional para aquela equipe que cuidou e lidou com o sofrimento psíquico. Os depoentes enfatizaram ser a supervisão um momento em que foi pensada a clínica e que tal elaboração se dava tanto pela dinâmica do serviço como pelo atravessamento dos saberes, além das interseções e dos encontros vivenciados pela equipe.

“Era um momento muito rico pela presença de um terceiro que pelo fato de estar distante do processo de trabalho local tinha maior condição de acolher as questões e ajudava um bom suporte à equipe. Era um momento onde a equipe trabalhava os incômodos e as angústias [...]” E. 1.

“Vinculava-nos com o restante da rede e até do país por também ser um espaço que se discutiam as políticas de saúde mental. Aprofundavam-se os casos e a partir deles havia planejamento e avaliavam-se as intervenções” E. 3..

“Com o suporte da supervisão a equipe se sentia mais tranqüila por trabalhar as angústia gerada diante as dificuldades. [...] eu tinha muito medo de errar por não ter muito conhecimento da clínica da psicose” E.4.

“Era fundamental, principalmente por ter sido uma época que eu não sabia de nada, cheguei de pára-queda. Passei no concurso e fui encaminhada para o então NAPS, só tinha notícias por meio de colegas” E. 9.

“A supervisão de equipe provocava avaliações, promovia reflexões e integrava o conhecimento da equipe tanto em termos de visão teórica como nas ações cotidianas” E. 11.

“Ajudou muito a coordenar. O que era aprendido ajudava no nível de coordenação e no nível de sentimento de equipe e a subjetividade de cada um sempre foi respeitada “ E.12.

“Um espaço de troca de fundamental importância por possibilitar a fala de cada um da equipe, apesar de ser um momento muito difícil” E14.

“Dava uma boa manutenção à equipe, principalmente para lidar com o usuário psicótico a partir dos estudos de caso, pois só os psiquiatras e psicólogos pela formação tinham conhecimento” E.20.

Em vista disto, verifica-se que, em tais espaços de supervisão, vinha sendo garantida uma aprendizagem organizacional, à medida que esses espaços contribuíam para o rompimento do sistema anterior e consolidavam a construção da clínica antimanicomial, a partir do contínuo confronto em equipe, que viabilizava avaliações das intervenções na interseção dos diferentes campos do saber, no exercício dos estudos de casos e do pensar nas dificuldades enfrentadas pela equipe, como estratégia de saúde.

Segundo Motta (2005), para consolidar uma organização em aprendizagem, necessita-se de indivíduos autônomos, questionadores da própria ação, capazes de reconstituírem o sentido de sua ação em uma nova situação.

No entanto, além do processo de aprendizagem ora anunciado, foi na relação de transferência trabalhada nos espaços de supervisão que a equipe se permitiu “dar sentido aos sintomas registrados e atualizá-los na relação com o supervisor na necessidade de ressignificar as dificuldades” (FREITAS, 2007).

A referida equipe procurou buscar o alicerce nas diretrizes e princípios das reformas, sanitária e psiquiátrica, brasileiras; nos elos afetivos do grupo e no objetivo do serviço, como fatores organizadores da vida psíquica e social da equipe CAPS II OESTE, conforme alerta a abordagem psicodinâmica, que considera importante referir-se à relação existente entre a dinâmica do indivíduo e a da organização estabelecida nos ambientes de trabalho, a fim de se trabalharem as possíveis resistências a mudanças e outras reações.

O **Apoio Matricial**²¹ também ressaltado nas entrevistas, consiste em um arranjo institucional que permitiu, formalmente, através de suporte técnico, a promoção da aproximação e do diálogo da equipe CAPS II OESTE, semanalmente, durante um ano, com a equipe do CCAD, quando foram compartilhadas discussões sobre o caso de uma usuária cuidada pelas duas instituições referidas. Esse arranjo também possibilitou o apoio técnico, ainda que incipiente, às equipes das Unidades de Saúde de Felipe Camarão e Guarapes, unidades situadas no Distrito Sanitário Oeste, servindo para aumentar a capacidade resolutiva daquelas equipes, ante os problemas de saúde mental, em alguns casos específicos, classificados como complexos, a qual se deu através do compartilhamento, que produziu uma forma de co-responsabilização a partir das discussões dos casos numa intervenção conjunta.

Nos depoimentos abaixo, também pode ser verificado que o apoio técnico não se deu apenas às equipes técnicas específicas de saúde norteadas pelo princípio da intersetorialidade, mas também aos núcleos familiares dos usuários assistidos e a outras instituições vizinhas, nos bairros onde o CAPS II OESTE esteve inserido e pôde compartilhar e estabelecer na vizinhança vínculos e acolhimento, numa perspectiva de articulação de redes de cuidados, fundamentada nos princípios do SUS e da RPB, como: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; reabilitação psicossocial; interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; e a construção da autonomia de usuários e familiares. Pode-se constatar ainda, nas falas abaixo, a inquietude da equipe ora estudada ante a carência de iniciativas de suporte institucional que pudessem ampliar de forma mais efetiva as ações básicas de saúde, por parte do poder público, nos seus diversos níveis municipais, estaduais e federais, no que se refere à coordenação de gestão da atenção básica.

“A equipe difundiu, foi para rua, executou atividades de melhoria de qualidade de vida. Inclusive, orientamos durante um ano no CCAD onde realizamos supervisão àquela equipe a partir da proposta de apoio matricial. Colocamos-nos também como suporte aos familiares dos usuários e a comunidade do bairro onde o CAPS estava inserido” E. 3.

“... herdamos usuários do ambulatório da Cidade da Esperança, tivemos que avaliar aqueles que realmente necessitavam de uma atenção especializada e assim iniciamos a nova proposta de tratar com vistas à saúde mental. Assim, esse

²¹ O Apoio Matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. (Relatório da Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/ABRASCO, intitulada “Desafios da Integração com a rede básica”, 2003)

novo norte foi se delineando e passamos a ter mais cuidado com o ingresso de pessoas com transtornos mentais avaliando a real necessidade, cuidado na preservação da qualidade da atenção. Mesmo quando avaliado que não era demanda para o CAPS acolhíamos e fazíamos orientação na tentativa de visualizarmos as potencialidades existentes na própria família e nos dispositivos da comunidade e quando possível admitíamos no programa ou encaminhamentos” E. 12.

“A intersetorialidade só ocorria pelo esforço da equipe junto à coordenação de saúde mental na época, provocando e abrindo espaços. O princípio de hierarquização não era aplicado por não haver outro dispositivo formalizado para dividir” E. 13.

“A equipe entendia a sua responsabilidade e a necessidade do serviço, tomava iniciativas que muitas vezes não tinham condições por nem sempre contar com o suporte institucional da SMS quanto a um funcionamento mais adequado em termos dos diversos recursos como materiais, estrutura física, humanos, etc, mas, existia naquela equipe muita vontade de fazer e resolver e assim íamos encontrando formas compartilhando responsabilidades. As pessoas que estavam à frente da coordenação de saúde mental da SMS ... conseguiam passar para a equipe do CAPS os propósitos da reforma” E. 10..

“A equipe fazia tudo que era possível para o serviço seguir adiante muitas vezes não contando com o respaldo da SMS em termos dos recursos necessários. Era um serviço apaixonante a partir da sua resolutividade” E.11.

As **atividades externas** organizadas e realizadas mediante interface entre profissionais, usuários e familiares também foram apontadas como um dispositivo importante, por ter permitido a efetivação do projeto terapêutico nos espaços públicos onde as pessoas estão inseridas, e pela dimensão política necessária no resgate da cidadania das pessoas com transtorno mental.

Dentre essas atividades, destacam-se os passeios a praia e *shopping*, as idas a supermercados e feiras, como, por exemplo, a feira “Brasil Mostra Brasil”²², onde os usuários tanto encontravam pessoas e estabeleciam trocas, como vendiam suas produções artísticas; as saídas do Coral Musicalmente para apresentações em eventos como em Conferências de Saúde, Encontros, Seminários, Fóruns de discussões e em instituições de saúde como na Liga Norte-Rio-Grandense contra o câncer, mediante convites, por ter o grupo se tornado conhecido e reconhecido pelo conjunto entusiasmado e harmônico que formavam; as apresentações de peça teatral em teatro e escola local; as visitas a museus, jornais e outros espaços culturais, que se desdobravam em discussões; e participação em

²² **Feira Brasil Mostra Brasil** - A Multifeira *Brasil Mostra Brasil* vem sendo promovido desde 1995 pela Rocha & Martinez Ltda. Com média em cada edição de 350 empresas expositoras em mais de 20 estados brasileiros. É considerado hoje o maior evento comercial do norte e nordeste do País. Tem como característica fundamental apresentar novidades, preços baixos e oportunidades de abertura para novos negócios, somada à conquista de novos mercados por médias e pequenas empresas.

Fóruns de Direitos Humanos, em plenárias do CMS, em plenárias da Comissão de Direitos Humanos e Saúde da Câmara Municipal de Natal/RN, quando se encontravam em discussão as políticas de saúde mental.

Figura 6-9 Trabalhadores de Saúde, Usuários e Familiares, Participando de Evento Promovido pela Secretaria de Transporte “Sua Cidade Sem Carro”



Como fica evidenciada nos depoimentos abaixo, a disposição, por parte da equipe em parcerias com os familiares, de acompanhar os usuários de saúde mental da forma acima evidenciada foi resultante do constante movimento de estar problematizando, de forma local, como deve ser e como fazer projetos terapêutico e político, na tentativa de resgate da saúde mental dos cidadãos.

Nessa prática, foi possível cuidar das pessoas e não tratar a doença, materializando assim mudanças conceituais no âmbito público, além de provocar mudanças no aspecto assistencial, a partir da mudança de lógica e da necessidade de olhar e cuidar de pessoas diferentes que precisam ocupar o seu lugar na Sociedade de uma forma positiva. Movimentos estes que contrariam idéias ultrapassadas do louco perigoso e incapaz.

“A partir do momento que se incluíam nos diversos seguimentos sociais estavam diminuindo os preconceitos, estereótipos e discriminação social” E.5.

“Além de ser mais um espaço de conhecer e identificar a dinâmica do usuário, possibilita o fortalecimento dos vínculos” E.12 .

“No processo de reabilitação psicossocial do usuário, as saídas possibilitava maior conhecimento das suas possibilidades. Ampliava ainda a visão do profissional em termos da pessoa do usuário” E.13..

“A proximidade que era estabelecida com os usuários e familiar promovia abertura e confiança que permitia maior compreensão dos limites e possibilidades do outro” E. 15.

“Achava muito importante e descobri que era possível está bem com eles nestas atividades externas, ajudou a mudar minha maneira de ver os doentes mentais porque antes eu tinha medo” E.18.

“A participação na comunidade ocorria na realização de festas nas datas comemorativas como, por exemplo, festa junina em clubes e na rua; o carnaval de rua no bairro e na abertura da programação do carnaval de Natal com o projeto Lokomotiva onde se envolvia toda a comunidade. A não aplicabilidade do princípio da hierarquização não ocorria devido à falta de outros dispositivos na rede de saúde obrigando o CAPS a dá conta de toda a demanda. Através das diversas formas de arte, seja cênica, plástica, dança e canto. Realizamos no CAPS Oeste uma efetiva desconstrução de uma lógica de robôs e contribuimos na construção de cidadãos de direito a voz e a vez, em termos práticos e não de discurso” E. 27.

Figura 6-10 – Usuários na UFRN para Participar de Discussões sobre o Processo de Tratamento em Aula do Curso de Psicologia

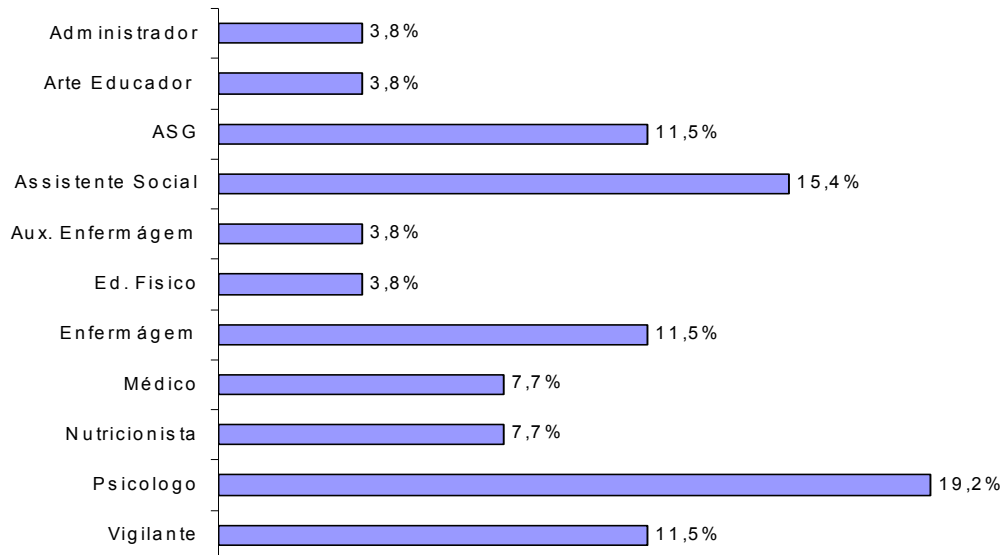


Todos os dispositivos dispostos acima foram planejados, executados e avaliados num processo contínuo, a partir da elaboração das necessidades partilhadas na equipe CAPS II OESTE, as quais foram contextualizadas e problematizadas, com o cuidado para não se correr o risco de cair no erro de proclamar soluções definitivas.

Nesse contexto, vale salientar que o modelo de atenção, desde o início de funcionamento do CAPS II, foi baseado numa equipe composta por médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, administrador, arte

educador, educador físico, artista plástico, auxiliar de enfermagem e pessoal de apoio, conforme apresentação na Figura 6-11 abaixo:

Figura 6-11 Formação Profissional dos Entrevistados



FONTE: Pesquisa realizada com Profissionais do CAPS II OESTE, em maio/julho de 2007.

O desejo propulsor da equipe era o de construir um modelo que não fosse centrado no médico, o que permitiu a criação de um fórum permanente de discussões contínuas e aparatos organizacionais, que veio viabilizar uma co-produção, com vistas a combinar política, gestão e planejamento do coletivo. Para tal, foi adotada uma modalidade de gestão compartilhada entre todos os envolvidos, partindo-se da premissa de que a palavra precisava circular, o conhecimento precisava ser compartilhado e a competência não caracterizava monopólio profissional de especialidades, propondo assim uma fundamental interseção com outras áreas, retratadas nas falas abaixo:

“Foi uma trajetória muito difícil, mas conseguimos colocar no dia-a-dia do CAPS o princípio norteador da interdisciplinaridade, da intersetorialidade e da integralidade das ações a partir dos esforços da equipe, da ajuda das supervisões e das diárias reuniões de passagem” E. 11.

“O nível de integralidade das ações dependia muito de cada um dos técnicos, existiam pessoas que se envolviam inteiramente outros não” E. 12.

“As iniciativas eram contínuas em todos os espaços coletivos e especificamente nas reuniões de passagens e supervisões para a equipe de trabalho. O jargão “vamos circular a palavra” prevalecia nas nossas conversas em equipe” E.3.

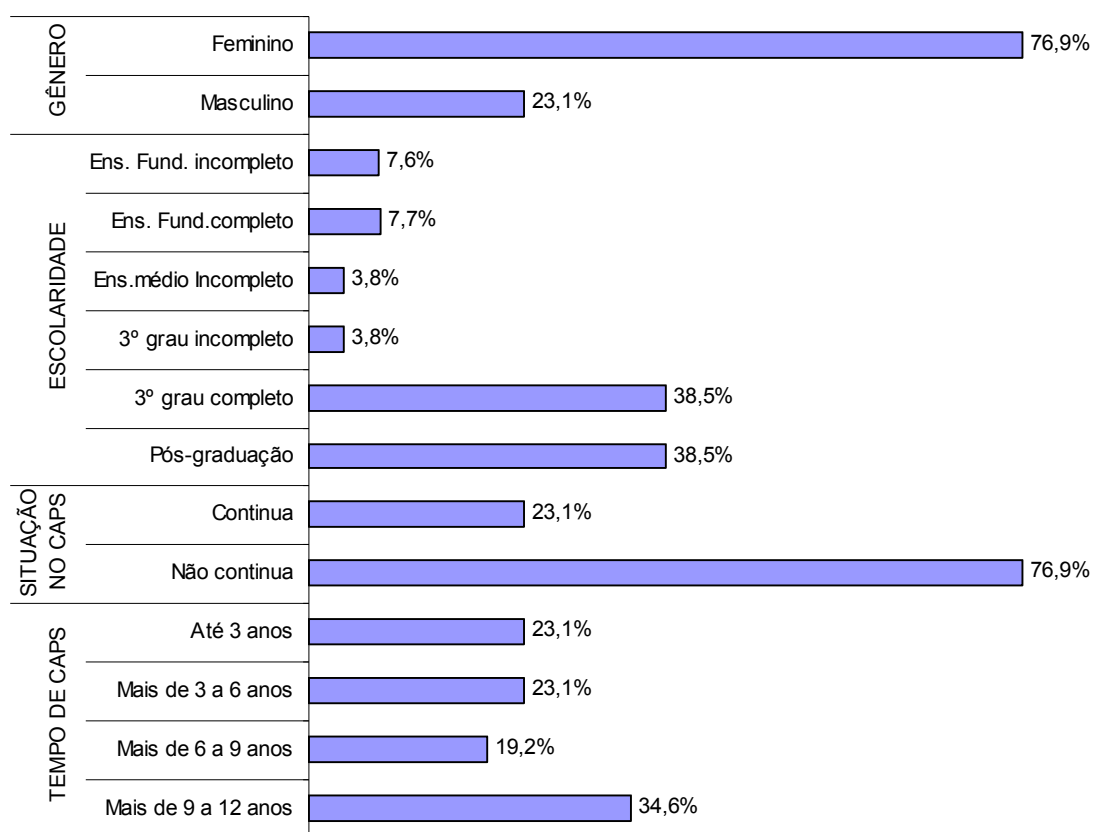
“A forma utilizada para circulação da palavra em equipe era nas reuniões de passagem, diariamente” E.9.

“As reuniões de passagens e as supervisões garantiam a circulação da palavra e a circulação de informações tanto em relação à dinâmica do próprio serviço, como da SMS e a nível nacional” E.15.

Os profissionais entrevistados para a realização deste trabalho representaram a heterogeneidade da equipe de trabalho (Figura 6-12), que se caracterizou como uma equipe na sua maioria feminina (76,9%). 77% dos profissionais possuíam grau de instrução entre 3º Grau completo e Pós-Graduação.

Cabe aqui ressaltar que, durante todo o percurso do CAPS II OESTE, os aspectos relacionados a recursos humanos foram compreendidos como fundamentais, por ter sido aquela equipe um fator primordial para a sobrevivência do projeto político, na tentativa de resgate da saúde mental dos cidadãos. Por esta razão é que as subjetividades foram sempre respeitadas.

Figura 6-12 Caracterização da População Entrevistada



FONTE: Pesquisa Realizada com Profissionais do CAPS II OESTE, em maio/julho de 2007.

Vale ainda salientar que a identificação do profissional com a proposta da RPB e com a dinâmica de um serviço aberto que se propunha a repensar a loucura e cuidá-la ocorreu no decorrer do processo de construção. Vários contribuíram, alguns permaneceram,

enquanto outros, à medida que decidiam não permanecer, tiveram a possibilidade de preparar suas saídas, respeitando os vínculos construídos.

A constatação de que 76,9% daqueles trabalhadores não se encontravam mais desenvolvendo suas funções no CAPS II OESTE leva ao seguinte questionamento: Onde se encontra lotado tal contingente de profissionais, referências no cuidado com a saúde mental? A resposta revela que alguns se encontram na Rede Básica de Saúde do município de Natal e outros em serviços hospitalares. O fato é que todos se encontram sem exercer um trabalho articulado.

No entanto, quanto ao tempo de permanência que fora necessário para construir o projeto de saúde mental CAPS II OESTE, 43,8% daqueles profissionais se identificaram e permaneceram naquele serviço por um período de 6 a 10 anos, sendo que 23,1% compuseram a equipe só nos primeiros três anos.

Apesar do tempo de permanência dos trabalhadores no CAPS II OESTE ter sido significativo para a sua construção, estes enfrentaram muitas dificuldades quanto aos recursos humanos, no que se refere à identificação profissional com o trabalho com a saúde mental, principalmente por tratar-se de uma proposta de serviço aberto, que exigia de forma intensa uma disponibilidade interna, por parte do trabalhador, para uma mudança de concepção da loucura, uma mudança de visão e, conseqüentemente, uma mudança na postura profissional, ao se lidar com transtornos mentais severos e persistentes, na perspectiva de um serviço aberto.

A missão, em termos organizacionais, de desenvolver ações conjuntas, de coresponsabilidade, no sentido de procurar evitar práticas que levassem à psiquiatrização e à excessiva medicalização, levava a equipe à necessidade de se compreender a importância de procedimentos que fomentassem a difusão de uma cultura de assistência não manicomial.

Para isso, tornou-se essencial o desenvolvimento de ações que mobilizassem recursos comunitários já existentes, buscando-se construir espaços de reabilitação psicossocial, bem como a priorização de abordagens coletivas e de grupos, como estratégias de atenção voltadas para a redução de danos, mediante dispositivos próprios para tal, como, por exemplo, trabalhar-se o vínculo com as famílias e a comunidade.

Tais estratégias mobilizavam um alto nível de comprometimento e, mesmo que aqueles trabalhadores tivessem liberdade para incluir-se ou não, a adoção de uma nova

racionalidade de gestão, em uma proposta organizacional diferente, obrigou-os a adotar posturas profissionais também diferentes das até então vivenciadas.

Segundo Campos (2000:79), numa perspectiva da visão histórico-social, ao adotar-se uma instituição, adotam-se suas prerrogativas e imposições, Apesar de ele mesmo ressaltar que “toda instituição é passível de modificações”.

Em vista disso, coube à equipe CAPS II OESTE a possibilidade de construir graus de autonomia, expresso a partir da co-responsabilidade, ao gerir os rumos da proposta do projeto de saúde mental, na perspectiva da RPB. Assim, mesmo com insuficiência de recursos humanos, em relação ao atendimento à demanda e às dificuldades de espaço físico e material adequado para a prestação de um serviço de saúde de melhor qualidade, aquela equipe desenvolveu a capacidade de análise e de intervenção, tanto na definição de objetivos claros e coerentes como no investimento e vontade, numa práxis racional que soube considerar os aspectos conscientes e inconscientes, os elementos internos e externos necessários para orientar os fins desejados.

Cabe aqui ressaltar que se cuidou, no decorrer desses dez anos no CAPS II OESTE, de implantar uma proposta inovadora e ao mesmo tempo ameaçadora, por ser propulsora de idéias que tinham como premissa básica a desconstrução de um modelo tradicional de tratamento voltado para a sintomatologia da doença mental, até então aprendido como verdade absoluta.

Contudo, apesar da necessidade de se buscarem padrões existentes a partir de avaliações com base nas subjetividades já construídas, Prestes Motta (2005) analisa que, a partir da compreensão da organização como fenômeno cultural da corrente de análise do Interacionismo Simbólico, a mudança dos padrões culturais de uma organização ocorre com a construção dos seus atores sociais, que, à medida que se constroem, também constroem a sociedade em que vivem.

Cabe aqui salientar que, na análise de Motta, o Modelo Político de Gestão de Pessoas é o que mais se aproximou do modelo que produz autonomia e aprendizagem, por privilegiar a negociação política entre as diversas partes, o que construirá a base de confiança comum e assim permitirá a ação conjunta e a construção da coesão necessária ao funcionamento da organização.

Para tal, é crucial o acesso à informação e uma cultura comum, a fim de tornar a comunicação possível, embora a diversidade seja advogada como fonte de inovação. Tais aspectos encontram-se contemplados nos depoimentos abaixo:

“Exigia muita maturidade da equipe. Tínhamos dificuldades sempre que chegava um técnico novo na equipe por precisar de tempo para compreender a peculiaridade e dimensão de uma proposta de CAPS. Mesmo assim acho importante o movimento de entrada e saída de profissionais na equipe. A experiência que adquirimos no CAPS tanto em termos do trabalho em equipe como em termos da ampliação da concepção de loucura precisamos semear em outros serviços” E.10.

“O nível de integralidade das ações dependia muito de cada um dos técnicos, existiam pessoas que se envolviam inteiramente outros não se dispunham” E.12.

“No início houve muitas fofocas e uma competição velada. Prevalecia a opinião de alguns” E.20.

“Tinha trabalhado durante 05 anos no Hospital Psiquiátrico “João Machado” e já lidava com a clínica da psicose, mas a experiência no CAPS me ajudou a desconstruir paradigmas anteriores e mudar minha concepção de loucura, deixando de ver o louco como um paciente que apresentava sintomas para vê-lo como uma pessoa com possibilidades de evolução” E.11.

Percebe-se, todavia, nos depoimentos acima, que, numa experiência de construção coletiva, também pode ocorrer certa exigência do potencial pessoal e profissional do trabalhador e, assim, permitir o surgimento de posturas que caracterizem reações de fuga, como, por exemplo, não se dispor à integralidade das ações.

Nos depoimentos abaixo, verificam-se algumas insatisfações ante a lógica dada ao processo de produção, o modo de se fazer o trabalho, a ordenação do espaço organizacional e a capacidade de envolvimento e acolhimento em equipe, que podem representar mecanismos de defesa.

Segundo Prestes Motta (2005), para se compreender o paradigma psicodinâmico nas organizações, deve-se fazer referência à relação existente entre a dinâmica do indivíduo e a de uma organização estabelecida nos ambientes de trabalho, as quais podem produzir resistências a mudanças e a outras reações.

O referido autor argumenta ainda que, possivelmente, quando o indivíduo perde o reconhecimento social, num dado contexto organizacional, relativamente às suas habilidades e à importância do seu trabalho e dos seus conhecimentos, ocorre uma baixa na sua auto-estima e conseqüentemente um aumento de insegurança e do nível de ansiedade, levando-o a lançar mão de mecanismos de defesa.

“Muitas vezes, pela heterogeneidade da equipe e por ser um trabalho que sugeria os aspectos afetivos tornava-se um lugar difícil de estar como profissional e às vezes se fugia. Porém, era muito imbuída. Muitas vezes a equipe não era parceira e me sentia só. O crescimento era solitário no sentido de efeito”. (E.12)

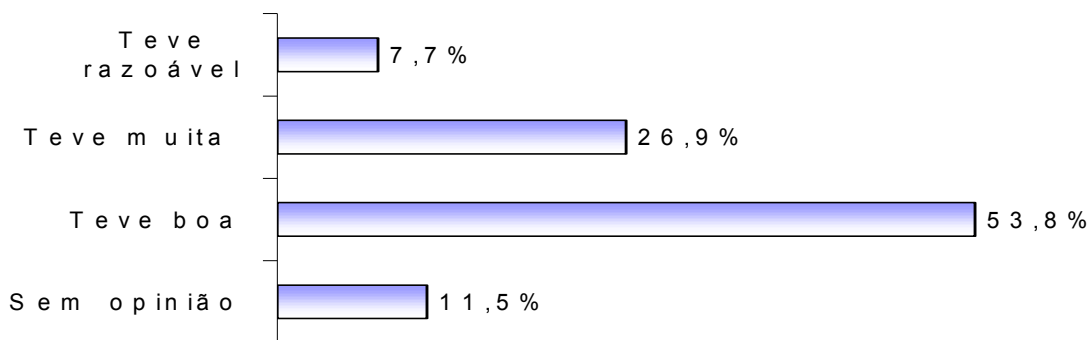
“No início do serviço não havia planejamento, no entanto eu como [...] compreendia que tinha que trabalhar a autonomia dos usuários de acordo com suas possibilidades, mas, os outros profissionais tinham uma postura mais assistencialista. A atuação de cada profissional era a partir do seu referencial”. (E.20)

“No início houve muitas fofocas e uma competição velada. Prevalencia a opinião de alguns. A equipe era subdividida [...]”. (E.25)

Além de tudo que já se priorizou nessa análise, para a efetivação das estratégias de saúde implantadas pelo projeto de saúde mental CAPS II OESTE, faz-se necessário ainda verificar como se efetivaram as preocupações quanto ao nível de acessibilidade e como este item foi implementado.

Na Figura 6-13, observa-se que 26,9% dos entrevistados avaliaram como *muita acessibilidade* e 53,8% qualificaram como *boa* a acessibilidade do serviço, perfazendo assim um total de 80,7%, o que representa um forte indicativo de que foi assegurado, de forma efetiva, o acesso tanto à clínica como ao serviço, numa garantia de ingresso e de cuidado a todos os cidadãos que o procuravam.

Figura 6-13 - Nível de Acessibilidade do Serviço numa Garantia de Ingresso e de Cuidado.



FONTE: Pesquisa Realizada com Profissionais do CAPS II OESTE, em maio/julho de 2007.

As discussões sobre a clínica proposta pelos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico sempre foram uma constante na construção desse tipo de serviço. Como se vê, até o presente momento deste estudo, o CAPS II OESTE foi sedimentado numa contínua construção em equipe, em que o trabalhador, com a sua capacidade de articulação junto aos usuários e familiares, protagonizava a clínica, garantindo, apesar dos entraves

institucionais, tanto o acesso quanto o cuidado, sempre adotando a qualidade da atenção numa perspectiva antimanicomial, como se pode constatar nos depoimentos abaixo:

“... um período muito difícil no início do CAPS Oeste. Estávamos recebendo os usuários que eram atendidos no ambulatório da Cidade da Esperança e os egressos dos hospitais psiquiátricos. A equipe tinha grande receio de receber os usuários devido à visão e a forma que a família lidava com o usuário, referindo-os como agressivos, violentos, incapazes, uns verdadeiros monstros. Ficávamos assustados com essa realidade e com a falta de recursos que enfrentávamos (material para oficinas e espaço físico). Quando conseguimos sair da Unidade de saúde da Cidade da Esperança, onde não contávamos com recursos nem material, nem espaço físico adequado, fomos para uma casa no mesmo bairro e mediante um abaixo assinado no qual denunciávamos a falta de recurso para funcionamento, e também envolvemos a mídia local é que conseguimos a aquisição dos recursos – moveis e material para oficinas. Assim conseguimos iniciar a estruturação do serviço instalados numa casa e assim abordar melhor os usuários já existentes e receber os egressos dos hospitais psiquiátricos, além daqueles que se encontrava em Cáceres privados, que fomos descobrindo a partir das visitas domiciliares” E.20.

“Enquanto o CAPS funcionava no bairro Nazaré era de fácil acesso, além de ser perto da rodoviária, recebia todos que procurassem e era bastante conhecido pela comunidade do bairro. Eu mesma, apesar de trabalhar [...] cheguei a facilitar o acesso de uma usuária que morava na minha rua e era considerada por todos como agressiva porque batia nas pessoas e, a partir desse tratamento mudou bastante e convive bem principalmente com a sua família” E.18.

“Enquanto funcionava no bairro Nazaré o acesso era garantido em todos os sentidos, tanto em termos de facilidade de transporte para uns, outros moravam na redondeza, sempre tinha gente procurando mesmo não havendo vaga eram atendidos. Mas, quando mudamos para a Av. Nascimento de Castro as coisas mudaram, os usuários reclamaram a distância e a falta de opções em relação à transportes, passaram a andar mais, alguns chegaram até a desistirem do tratamento” E.19.

“Quando cheguei para trabalhar no CAPS Oeste funcionava no bairro Nazaré no chamado galpão, o acesso para os usuários em termos de facilidade de transporte e localização era muito bom. No entanto, em termos de ingresso para tratamento já estava limitado devido ao grande número de usuários incluídos no programa. Mesmo assim as pessoas que chegavam não deixavam de serem atendidos, todos que procuravam o serviço eram ouvidos, orientando, encaminhando quando possível e, muitas vezes recebidos mediante avaliação da complexidade do caso” E.15.

“No início o serviço acolhia toda a demanda, porém foi ficando difícil mediante permanência dos usuários por não haver opção de encaminhamentos para outras instâncias tanto em nível de mercado de trabalho como em nível de espaços de convivência. A rede de saúde não funcionava e assim na busca de superação das dificuldades criamos no próprio serviço um atendimento ambulatorial” E.11..

“Mesmo quando atingimos o limite em termos de quantidade de usuários assistidos no serviço, o cuidado sempre foi intenso e visto como a principal meta” E.6.

“Passamos a proceder a uma triagem devido a grande demanda de usuários encaminhados de outros distritos e, dentro do possível eram admitidos no programa” E.7.

“Os usuários comentavam que o atendimento que recebiam no CAPS não encontrava em toda clinica particular onde pagavam e, atribuía a sua melhora ao atendimento oferecido no serviço” E.8.

“A capacidade interna do serviço definia a capacidade de acesso para receber novos usuários. Mesmo com a redução da equipe se fazia o possível para garantir a acessibilidade” E.3.

Como se pode verificar, a partir das percepções dos entrevistados, a condição de acessibilidade do CAPS II OESTE foi reflexo da capacidade de acolhimento da equipe, cuja atenção diária funcionava na lógica do território.

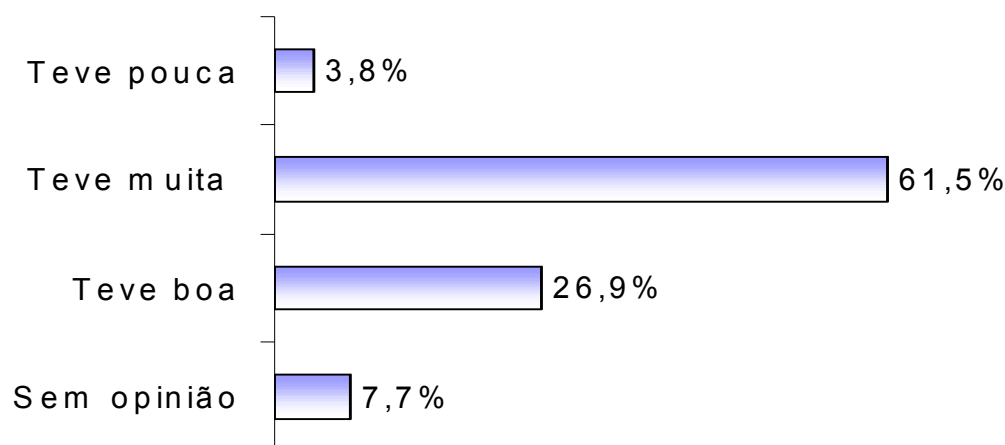
Cabe ainda ressaltar que, mesmo antes da Portaria Ministerial nº. 336/GM, de fevereiro de 2002 –, que regulamentou e reorganizou novas práticas e estabeleceu distinção entre os CAPS, classificando-os segundo sua complexidade e abrangência, conforme “*Art.1º, § 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território*” –, o serviço ora analisado já havia, no ano de 1999, viabilizado essa atenção de forma ambulatorial, no sentido de garantir o acesso ao serviço como estratégia de substituição ao hospital psiquiátrico, no oferecimento e garantia de acesso a uma clínica antimanicomial.

6.2 A Objetividade e Capacidade de Realização da Equipe Multidisciplinar, com vistas à Transdisciplinaridade.

A adoção da interdisciplinaridade no atendimento prestado às pessoas com transtornos mentais passou a ser a principal meta do então NAPS OESTE, desde a sua inauguração. A interface entre os diferentes profissionais e especialidades e a implantação do processo de conhecimento e ação interdisciplinar, associado à filosofia de atenção proposta pelas diretrizes e princípios das reformas, sanitária e psiquiátrica, brasileiras, foram seus primeiros desafios.

Na Figura 6-14, verifica-se que 61,5% dos trabalhadores entrevistados avaliaram como *muito bom* e 26,9% como *bom* o conhecimento da equipe de trabalho, em termos de promover e proteger a saúde, assim como de reabilitar as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

Figura 6-14 Conhecimento da Equipe de Trabalho, em Termos da Promoção e Proteção da Saúde e Reabilitação Psicossocial das Pessoas com Transtornos Mentais Severos e Persistentes.



FONTE: Pesquisa Realizada com Profissionais do CAPS II OESTE, em maio/julho de 2007.

Vale ressaltar que a implantação de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, ainda vigente, dependia da articulação dos saberes-fazeres de trabalhadores de saúde envolvidos com o projeto da RPB. Segundo Silva (2000)²³:

“...é muito importante perceber que a reforma psiquiátrica, para se desenvolver, o Estado, na sua reestruturação administrativa para oferecer assistência à saúde mental das pessoas, enfrenta praticamente dois tipos de obstáculos: o obstáculo de uma cultura expulsiva e excludente da loucura e, uma cultura profissional que se reforça nas idéias dessa cultura mais geral”.

Sendo assim, particularizando a estratégia implantada no CAPS II OESTE, aquela equipe teve a missão de instituir uma lógica da produção do cuidado, traduzida na criação de ações de saúde, como resultado de esforços conjuntos, a partir do gerenciamento do cuidado, como uma forma de se contrapor ao modelo manicomial orientado para a sintomatologia e a intensa psiquiatrização.

O trabalho orientado para os problemas, as necessidades, a qualidade de vida e o direito à cidadania foi além de simplesmente realizar procedimentos inerentes a cada caso, como, por exemplo, as consultas, e dispensar medicamentos. Procurou-se centrar a atenção no acolhimento, nos vínculos com as famílias e a comunidade, contribuindo assim para a

²³ Marcus Vinicius de Oliveira Silva, psicólogo, militante da Luta Antimanicomial. Palestra proferida na abertura do Fórum Nacional “Como anda a Reforma Psiquiátrica Brasileira”, Brasília, 2000.

construção da auto-estima do usuário, de modo a levá-los a ampliar sua autonomia na responsabilização pelo auto-cuidado.

Com se sabe, o cuidado gera humanização e possibilita acessibilidade à cidadania. Então, o propósito de promover e proteger a saúde das pessoas com transtornos mentais levou aquela equipe ao desafio de assegurar dispositivos que contribuíssem para estabelecer ou restabelecer o equilíbrio psíquico, favorecer o desenvolvimento das possibilidades na construção de subjetividades e promover a integração crítica no meio social em que tais pessoas vivem. Além do desafio de contribuir para a construção de espaços que levassem à reabilitação psicossocial e à inclusão social, na medida das possibilidades de cada usuário, respeitando-se seus limites e possibilidades.

Nos depoimentos abaixo, percebe-se que o movimento proporcionado pelo gerenciamento do cuidado mobilizou a intensificação do processo de conhecimento da equipe.

“Aprendi muito no CAPS, foi uma escola e tudo que sei em [...] hoje, devo a esta proposta em saúde mental, apesar de ter experiência em [...] comunitária. Hoje percebo que sei mais a partir da experiência do CAPS Oeste” E.3.

“O CAPS me levou a mudar a concepção que tinha de loucura, a mudar a forma de abordar os usuários de saúde mental, além de ter aprendido a considerar e conviver com as diferenças” E.5.

“Aprendi vivenciando diariamente, a partir da proposta de cuidar da saúde mental numa clínica ampliada. As discussões em equipe e os suportes das supervisões foi uma verdadeira escola” E.8.

“Ampliei meu conhecimento a partir do trabalho em equipe que teve como foco a integralidade dos diversos conhecimentos dos profissionais” E.13.

Compreende-se também, a partir destes depoimentos, que tal estratégia de saúde mental teve como principal recurso e potencial transformador a heterogeneidade da sua equipe. A diversidade da força de trabalho instalada naquele serviço foi entendida pelos entrevistados como ferramenta fundamental, tendo servido de elemento propulsor para a realização do projeto de transformar as representações sociais sobre a loucura, assim como suas formas de cuidado, a partir dos saberes e fazeres diversos, advindos tanto da diversidade de formação profissional como da especificidade de cada componente daquela equipe.

Todos os profissionais envolvidos materializaram suas forças e propósitos em práticas compromissadas com a promoção e a proteção da saúde, à medida que iam se

empenhando na reconstrução e construção da auto-estima e na ampliação da autonomia dos usuários.

A seguir, pode-se perceber na fala dos trabalhadores que a construção do conhecimento e a objetividade da equipe se deram, através das ações interdisciplinares e a partir da filosofia da atenção proposta pelos movimentos reformistas, sanitário e psiquiátrico, que nortearam toda a trajetória daquela equipe.

“A rede de saúde não funcionava e não funciona, encontra-se estrangulada. A SMS atua de forma centralizadora favorecendo a sobrecarga de alguns setores da saúde, inviabilizando a integralidade e a intersetorialidade, chegando inclusive a favorecer boicotes como, por exemplo, os encaminhamentos que recebíamos de usuários com perfil para serem assistidos na rede básica de saúde. No que dependia da compreensão e articulação da equipe materializávamos através das ações desenvolvidas no serviço os princípios da universalidade, equidade, preservação da autonomia dos usuários, igualdade na assistência, direito a informação, resolutividade, racionalidade e participação na comunidade através dos familiares. Utilizávamos pouco da epidemiologia do território por razão da desarticulação da rede. Particularizando os princípios da reforma, enquanto tínhamos uma coordenação coerente com a proposta da estratégia de saúde mental dos serviços substitutivos aos sistemas manicomial, conseguíamos manter a estrutura e aplicar a hierarquização, encaminhávamos pouco por sermos referência. A equipe trabalhava a desinstitucionalização no cuidado do usuário reintegrando-o na estrutura familiar, de forma horizontalizada e intra-setorial, como veículo de inclusão social” E. 03

“...O nosso exercício diário em termos da interdisciplinaridade da equipe nos levou a efetivar vínculos com os familiares e comunidade o que nos permitiu vislumbrar os princípios de horizontalidade, desinstitucionalização, inclusão social e da intrasetorialidade” E. 02.

“Os princípios do SUS e da RPB desde o início do serviço foi muito debatido e servia de norteador nas nossas ações. Internamente, no que dependia do serviço conseguíamos aplicar tais princípios, mas no que dependia da rede de saúde havia muitos impedimentos como, por exemplo, demora no fornecimento de medicamentos, acesso à especialidades clínicas e a exames laboratoriais. A dificuldade no acesso a outros setores da saúde, muitas vezes só era possível, se acompanhássemos o usuário” E.10.

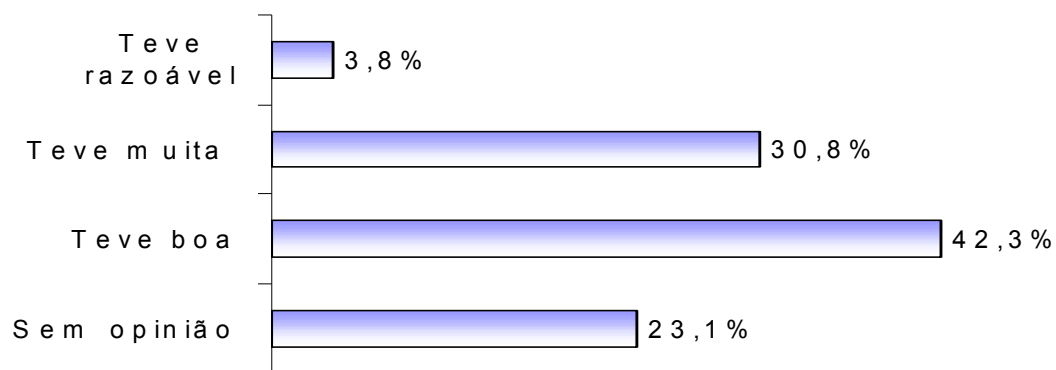
“A efetivação da integralidade nas ações sempre foi uma briga da coordenação de saúde mental a nível central desde o início do serviço. Sempre achei que havia uma centralização a nível de coordenação. Conseguimos preservar a igualdade na assistência respeitando as diferenças. A intersetorialidade ocorria de forma limitada mediante delimitações da rede de saúde que existe até hoje. A construção da autonomia dos usuários se deu a partir do respeito ao direito a individualização. A aplicação do princípio da hierarquização pressupõe uma rede articulada, infelizmente ela é totalmente desorganizada. A horizontalidade foi bastante aplicada, mas preservando as peculiaridades, ou seja, o lugar de cada um, profissional, usuário e familiar. A aplicação da intrasetorialidade se deu como, por exemplo, na passagem da referência do profissional para a equipe, onde toda a equipe nas suas especificações aprendeu a circular olhando todos os usuários, inclusive apropriando-se da história de cada um deles” E.12.

Em tal contextualização, encontram-se ressaltados os seguintes aspectos: o comprometimento da equipe em busca de uma autonomia na elaboração de metas, no

processo decisório, tanto no gerenciamento como no processo de produção das ações de saúde, na aplicabilidade da competência técnica e na experiência de trabalho quanto atenção à saúde. Estes fatores, compreendidos como ingredientes relevantes para a constituição da transversalidade do saber da equipe ora analisada, foram motivos de investigação no presente estudo, como se vê no material gráfico exposto abaixo.

Na Figura 6-15, visualiza-se o percentual de 30,8% dos trabalhadores que perceberam a equipe como *muito comprometida* e 42,3% com *bom comprometimento*, quanto à busca de autonomia na elaboração de metas, tanto nas questões gerenciais como na produção do cuidado, o que totaliza uma representação quantitativa de 73,1%, sinalizando, assim, um acentuado compromisso em equipe na elaboração das metas numa perspectiva interdisciplinar.

Figura 6--15 Compromisso da Equipe em Busca de Autonomia na Elaboração de Metas



FONTE: Pesquisa Realizada com Profissionais do CAPS II OESTE, em maio/julho de 2007.

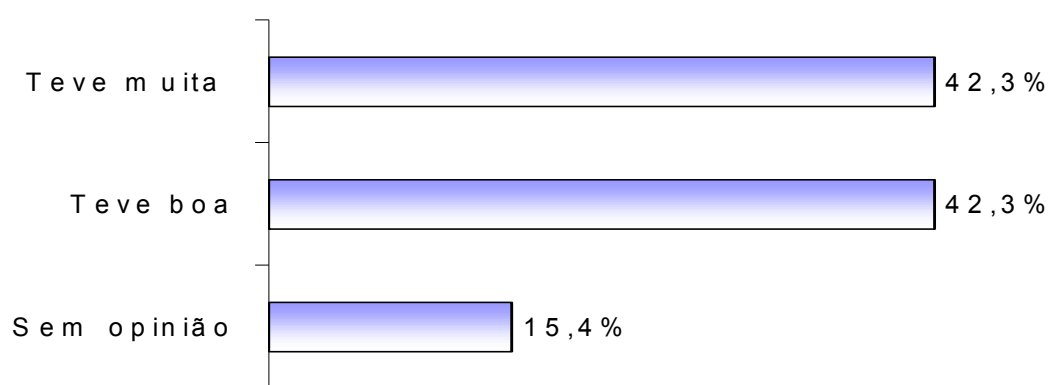
Os depoimentos abaixo vêm confirmar o comprometimento da equipe CAPS II OESTE, que defendia a autonomia para a efetivação desse projeto em saúde mental, tendo como critério básico a não negociação em relação aos princípios da RPB, compreendidos como norteadores daquele projeto. Vale ressaltar que tal construção ocorreu paulatinamente num movimento de desconstrução de uma cultura profissional que ainda se reforça nas idéias de uma cultura excludente da loucura.

*“O empenho era grande, a equipe brigava pelo espaço e por isso conseguimos efetivar o projeto do CAPS na perspectiva da RP e o poder circulava por todos”
E.I.*

“Não havia entendimento, aqueles profissionais que tinham noção de como abordar os usuários brigavam mais por autonomia, mas havia muita discordância e não havia privacidade para com os assuntos discutidos em equipe, havia vazamento de informações” E.20.

Na Figura 6-16, verifica-se uma equivalência nos valores percentuais, quando 42,3% avaliaram como *muito compromisso* e 42,3% que *tiveram boa participação em equipe no processo decisório*, tanto nas questões de gerenciamento como na produção da saúde, tendo sido enfatizado assim que 84,6% do entrevistados percebiam-se imbuídos nessa responsabilização.

Figura 6-16 - Compromisso da Equipe na Participação Ativa nas Tomadas de Decisões nos Aspectos Gerenciais e no Processo de Produção em Saúde



FONTE: Pesquisa Realizada com Profissionais do CAPS II OESTE, em maio/julho de 2007.

Como se vê, a responsabilização da equipe se deu ao longo do processo. Os depoimentos a seguir sinalizam as dificuldades enfrentadas, que serviram para fortalecer aquela equipe, que utilizou um espaço de tempo de dez anos numa prática diária de interface do saber.

Segundo Morgan (1996), as organizações podem ser vistas como uma arena política, complexa, onde os indivíduos buscam seus interesses particulares por intermédio dos meios oferecidos pelas estruturas e regras burocráticas. Na busca de interesses individuais, os atores sociais devem, porém, organizar a cooperação entre si. Tais aspectos estão representados nas falas a seguir:

“Tivemos dificuldades em envolver o pessoal de apoio, acho que deveríamos ter dado mais prioridade e ter encontrado estratégias que viabilizasse maior participação, alguns até conseguem mais isso não ocorreu com a maioria” E.2

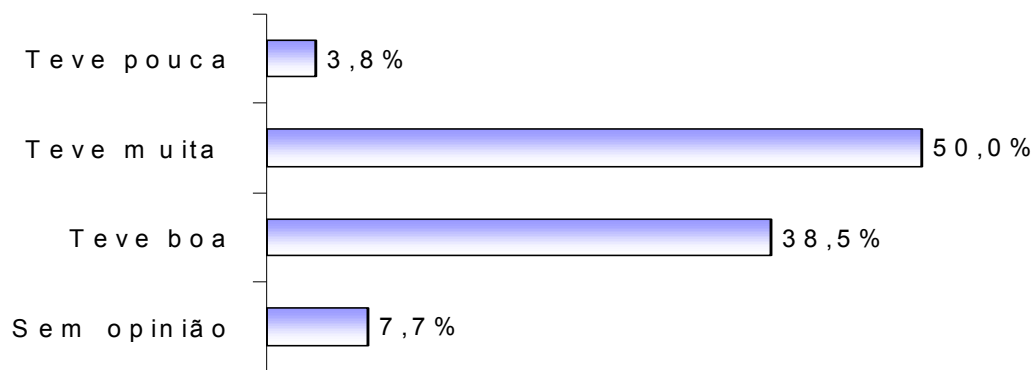
“Nem sempre as decisões dependiam do nível local, mas naquele tipo de serviço trabalhávamos e enfatizávamos aspectos importantes como envolvimento, flexibilidade e imprevisibilidade para podermos ajustar a equipe E.4.

“Tínhamos dificuldades de decisões conjuntas mediante disputa entre os profissionais”.E.20

“Todos entendiam que não era uma responsabilidade só da pessoa da coordenadora e sim da equipe” E.15

Quanto à aplicação do conhecimento técnico e experiência de trabalho da equipe na atenção prestada à saúde daqueles que sofrem de transtornos mentais, a Figura 6-17 demonstra que 50,0% consideraram que o desempenho da equipe, quanto a esse item, foi *muito bom* e 38,5% consideraram esse desempenho *bom*, perfazendo um total de 88,5% dos trabalhadores entrevistados, o que sinaliza forte investimento na construção de conhecimentos e na criação de ações de saúde como resultado de esforços conjuntos.

Figura 6-17 Aplicabilidade da Competência Técnica e Experiência de Trabalho na Atenção à Saúde.



FONTE: Pesquisa Realizada com Profissionais do CAPS II OESTE, em maio/julho de 2007.

A interface entre a competência técnica e a experiência profissional de cada trabalhador, articulada a partir do objetivo comum daquele serviço possibilitava uma ampliação da capacidade de intervenção e a análise da realidade da própria equipe, ampliando assim seus níveis de autonomia e responsabilização, como pode ser percebido no depoimento abaixo:

“Como profissional já tinha experiência acumulada, mas no CAPS a atuação não era só nas atividades relativas à formação, fazíamos um pouco de tudo” E.1

“Quando aprendemos a somar as diferentes visões e conhecimentos formamos uma equipe conhecedora que sabia intervir na busca da promoção e proteção da saúde, além da reabilitação psicossocial” E.2..

“Sempre estávamos discutindo e reavaliando as ações, também sempre recebemos pessoas com outras experiências a fim de renovar as visões tanto a nível de profissionais para compor a equipe como na situação de estagiários E.11.

Segundo Motta (2005), a cooperação e o poder nas organizações surgem nas discussões de possibilidades de adoção de estratégias de cooperação, mediante o objetivo da organização de criar um sistema que consiga materializar os objetivos individuais dos seus atores sociais.

Para melhor compreender os passos percorridos por aquela equipe, faz-se necessário conceituar e compreender diferentes classificações, consideradas a partir da capacidade de cooperação e coordenação, desenvolvidas mediante a diversidade de disciplinas, segundo Japiassu (1976).

Apesar do entendimento de que as equipes multidisciplinares sejam construídas no cotidiano dos ambientes de trabalho e compostas por profissionais com habilidades diversas que se complementam, estas só passam a exercer realmente esse papel quando atingem propósitos comuns, pelos quais se considerem coletivamente responsáveis.

A fala, abaixo, de um dos entrevistados torna claro que as questões de competência técnica e experiência profissional encontram-se articuladas aos objetivos individuais dos seus atores sociais como fatores importantes na construção da responsabilização coletiva.

“A equipe chegava ao ponto da inserção do trabalho do outro o que conhecemos a execução da transdisciplinaridade. Não era só uma questão de competência técnica ou experiência e sim a pessoa de cada um é que era fundamental” E.3.

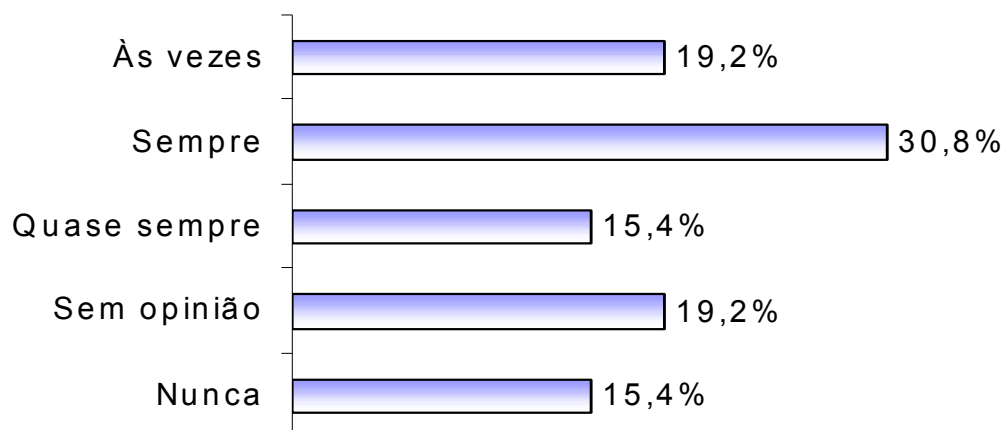
Equipes de trabalho são entendidas, portanto, como garantia múltipla de saberes, efetivando possibilidades de funcionamentos e abordagem multidisciplinar, mediante todo o processo de produção – elaboração, execução e avaliação - nos ambientes de trabalho, o que exige uma integralidade nas ações como princípio norteador da prestação do serviço.

Em vista disto, a construção da objetividade e capacidade da equipe CAPS II OESTE, a partir do esforço conjunto em busca da efetiva integralidade das ações, permitiu uma prática de transversalidade (Barremblitt, 1994) do conhecimento, que provocava efeitos na equipe referida. Esta trabalhou de maneira aberta, buscando livre iniciativa, mas sempre com critérios e limites, tendo assim facilitado a expressão do desejo, ou seja, da subjetividade dos seus componentes. Além disso, mobilizou as diversas linguagens de expressão e as manifestações inventivas dos envolvidos – trabalhadores de saúde, usuários e familiares –, rejeitando os contextos fechados que impedem o desejo e geram sintomas.

Na Figura 6-18, constata-se a iniciativa dos trabalhadores de saúde, traduzida numa forma de produzir um conhecimento voltado também para o desenvolvimento do viés político, no cuidado, com as pessoas com transtornos mentais, visando à sua cidadania, 30,8% disseram que sempre envolveram em sua práxis os usuários e familiares em discussões esclarecedoras sobre as diretrizes e os princípios do SUS, da RPB e dos direitos sociais. Os 15,5% disseram que quase sempre se empenhavam na geração dessas discussões e 19,2% disseram que às vezes tomavam tal iniciativa. Os outros 15,4% disseram que nunca tiveram tal iniciativa e 19,2% se eximiram de dar opinião.

Apesar dos percentuais sinalizarem para um movimento em prol desse tipo de práxis, que coloca, de forma mais efetiva, usuários e familiares como sujeitos de direitos, à medida que trabalha a consciência política, pode-se verificar ainda a existência de alguns daqueles trabalhadores que não conseguiam transcender suas intervenções terapêuticas.

Figura 6-18 Iniciativas para Envolver os Usuários e Familiares em Discussões Esclarecedoras sobre os Princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica Brasileira e dos Direitos Sociais.



FONTE: Pesquisa Realizada com Profissionais do CAPS II OESTE, em maio/julho de 2007.

No entanto, a disposição da equipe para iniciativas conscientizadoras favorecia o desenvolvimento de possibilidades que promoviam uma integração crítica no meio social tanto dos trabalhadores de saúde como dos usuários e familiares envolvidos no projeto. Percebem-se, nos depoimentos abaixo, os espaços que garantiam tais aspectos:

“Nos fóruns coletivos buscávamos garantir o direito de vez e voz por parte dos usuários e familiares” E.11.

“Todas as ações do CAPS direta ou indiretamente eram provocadores de consciência” E.15.

“Nos encontros do movimento da luta antimanicomial” E.20.

Tal construção não ocorreu, porém, em passo de mágica. Ela foi sendo sedimentada no cotidiano daquela equipe, que transformou a necessidade social do projeto em possibilidades, restabelecendo subjetividades. Dessa forma, a transversalidade construída naquela experiência causava efeitos de descentralização, por romper com a hegemonia de paradigmas e aspectos culturais do modelo manicomial, tendo aberto possibilidades de implicação dos envolvidos na experiência de equipe, de forma mais autônoma, ousada e inventiva. Assim, trabalhou-se por uma forma de um fazer-saber mais prazeroso, porque o modo de existir e de gerenciar ficou mais livre e original. No depoimento abaixo, o entrevistado sinaliza para a importância da construção de vínculos que favorecem a confiança estabelecida nessa forma de cuidar.

“Via resultados concretos. Os usuários confiavam muito no trabalho da equipe, era realmente vista como referência. Também os familiares acreditavam naquela forma de cuidar por constatar os efeitos concretos a nível de reabilitação dos usuários” E. 10.

Em vista disso, para se compreender a perspectiva transdisciplinar da equipe ora analisada, é imprescindível discutir as diferenças dos conceitos de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. A idéia de integração e de totalidade que perpassa estes conceitos tem referenciais teórico-filosóficos diferentes e inconciliáveis, segundo Pires (1998).

A multidisciplinaridade, por exemplo, esgota-se nas tentativas de trabalho conjunto, entre saberes em que cada categoria profissional trata de temas comuns, sob sua própria ótica, articulando esses temas através de bibliografias, técnicas e procedimentos de avaliação.

Segundo Almeida Filho (1997), a idéia é de justaposição de disciplinas. Assim, pode-se questionar o fato de, num serviço de saúde, em um modelo de atendimento ambulatorial, apesar de se trabalhar em uma pluralidade de disciplinas, estas não estarem integradas em um propósito comum resultante de constante e contínua discussão, .

A interdisciplinaridade (integração teórica e prática), por sua vez, se refere à formação integral nas práticas profissionais numa unidade do saber, que termina por gerar a necessidade de transcender e atravessar o conhecimento fragmentado.

Com relação a conceituação da transdisciplinaridade, Vasconcelos (1996) assinala que esta significa uma radicalização da interdisciplinaridade, com a criação de um campo teórico, operacional ou disciplinar mais amplo, como, por exemplo, no campo da saúde mental. A transdisciplinaridade instala-se no espaço entre as disciplinas já existentes, permeando e indo além das barreiras epistemológicas que as definem. Não surge em oposição à *multi* ou à interdisciplinaridade, antes, soma-se a elas, preenchendo os espaços dos quais elas não se apropriaram, tentando, assim, integrá-las em um sistema continuamente em movimento.

A partir desse contexto, compreende-se que a perspectiva transdisciplinar se deu no transcorrer das ações conjuntas elaboradas naquela equipe - que procuraram ter como suporte para sua práxis a aproximação dos níveis de competência técnica e experiência de trabalho, de participação nas decisões, de iniciativas para a circulação da palavra e de comprometimento para a elaboração de metas, em um sistema de funcionamento horizontal e de co-responsabilidades. Assim, tais ações buscaram possibilidades de novas percepções para se chegar a outras verdades, como, por exemplo, à medida que foram questionando as fronteiras disciplinares, gerenciando e produzindo cuidado a partir da adoção de diversas linguagens da arte (plástica, cênica, música e canto), para assegurar e restabelecer subjetividades.

Percebe-se, portanto, que a possibilidade da prática transdisciplinar sugere aos trabalhadores destituírem-se de seu papel disciplinar (médico, enfermeiros, psicólogo, etc) e convida-os a assumir o papel de terapeuta de cidadãos, uma meta perseguida no decorrer dos dez anos do CAPS II OESTE.

Schvartzaid (2003) discute a idéia da disponibilidade subjetiva, interna, dos membros de uma equipe *multi* ou interdisciplinar, que se torna essencial para que possa haver um trabalho com as características da transdisciplinaridade.

Sendo assim, a transdisciplinaridade perpassa os espaços subjetivos de autonomia, comprometimento e responsabilização daqueles que compõem as equipes e neles pode-se pautar para se tornar realidade. A prática transdisciplinar exige de seus atores mudanças internas – as quais são imprescindíveis, mas muito difíceis, pois esbarram em conceitos sociais e culturais, constituintes de subjetividade, bastante arraigados.

6.3 Resolutividade Atribuída à Qualificação do Projeto.

Campos (2000) discute que, na maioria das vezes, no discurso da racionalidade gerencial hegemônica, mascara-se a existência de objetivos polares dentro das organizações, enfatizando-se, por exemplo, na Qualidade Total, apenas a faceta de interesse social e ocultando-se os objetivos ligados aos interesses privados e pessoais, referentes à sobrevivência da empresa e de seus agentes, além da declaração de estar-se contribuindo, unicamente, para o desenvolvimento social.

Propõe o mesmo autor reconhecer que um coletivo organizado para a produção tem pelo menos dois objetivos básicos, essenciais, que não podem ser descartados ou eliminados sem que se comprometa a organização.

Segundo Marx (1985), um produto para manter-se em circulação nunca poderia deixar de, em alguma medida, adequar-se a valores ou a necessidades socialmente definidas, ou seja, o valor de uso do serviço ou produto não é exclusivamente inerente à qualidade intrínseca. Sendo assim o resultado de um processo social e histórico decorre das relações vigentes em cada época, em que as pessoas precisam e valorizam alguns serviços e outros não.

Nesse sentido, nem todo produto ou serviço tem o valor de uso sugerido pelos produtores. O critério para averiguar a capacidade de os objetivos ou o serviço atenderem às necessidades sociais é dado, em geral, pela experiência prática, que, por sua vez, subsidia contínuos processos avaliativos, com a participação dos segmentos incluídos que se utilizam dos serviços em diversas dimensões.

Para tal, faz-se necessário pensar no aspecto do resultado daquele serviço sob dois aspectos. Primeiro, pensar resolutividade em termos de benefícios obtidos por aqueles que, prioritariamente, justificaram o sentido do projeto de saúde mental sob a ótica antimanicomial. Nesses termos, é válido ressaltar o juízo de valor emitido na fala de um usuário entrevistado, já citado, ao definir o que significava para ele o CAPS II OESTE. Diz ele que “*significa uma casa de passagem para a vida*” (U. 1)

Verztman e Gutman (2001:52 *apud* Oury e Winnicott) conferem acentuada importância à noção de passagem, indicando que o “sujeito pode se reconhecer em determinado percurso e atesta a construção de uma rede simbólica eficaz”.

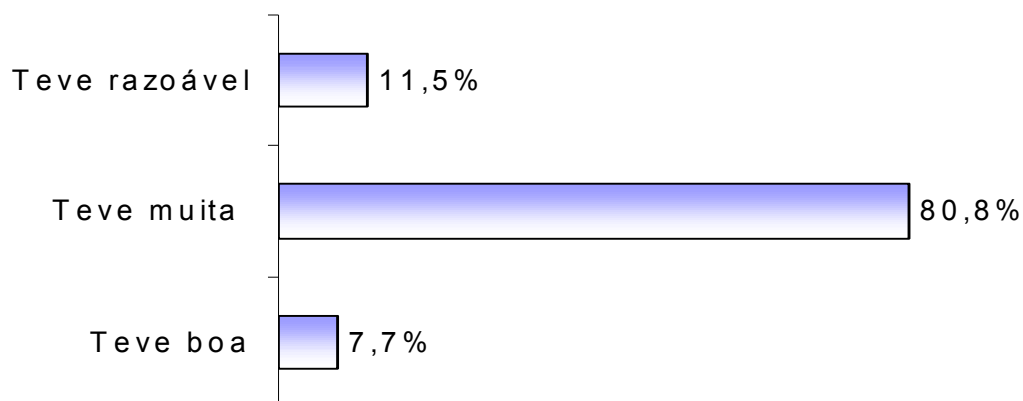
Por outro lado, pode-se ainda pensar resolutividade a partir da qualificação atribuída ao projeto de saúde mental por aqueles que organizaram e consolidaram objetivos, metas, dispositivos e a manutenção de uma dinâmica diária que pôde avaliar os resultados obtidos. Como, por exemplo, constatar que subjetividades foram asseguradas e reestruturadas à medida que:

“conseguiram fazer sua inserção social, articularam a reestruturação e estruturação da auto-estima e assim fizeram avanços importantes em termos da sua autonomia” (E. 12).

Dessa forma, a resolutividade pode ser vista a partir de questionamentos do tipo: Que condição de saúde decorria do modelo adotado pelo CAPS II OESTE? Que tipo de alívio assegurava, em relação ao sofrimento? Tais questões dizem respeito às mudanças percebidas tanto por parte dos usuários como dos seus familiares, a partir do cuidado tecido naquela experiência.

Na Figura 6-19, por exemplo, encontram-se apresentadas as mudanças nos usuários, a partir do ingresso no CAPS II OESTE. Um percentual de 80,8% dos trabalhadores de saúde mental entrevistados percebeu que *houve muita* mudança e 7,7% que *houve boa*. Já 11,5% deles perceberam como *razoáveis* as mudanças ocorridas.

Figura 6-19 - Mudanças Perceptíveis nos Usuários, a partir do Tratamento no CAPS II Oeste



FONTE: Pesquisa Realizada com Profissionais do CAPS II OESTE, em maio/julho de 2007

Tais percentuais levam ao entendimento de que houve expressivas mudanças a partir do conhecimento do usuário sobre sua doença e de suas perspectivas como pessoa, conforme depoimento abaixo:

“Hoje eu consigo ver, antes eu não tinha perspectivas. Hoje consegui sair dessa doença. Consegui controlar a doença, aprendi a me cuidar e notei uma diferença muito grande. Hoje trabalho e estudo, todo mundo se admira, [...]” (U.02)

Além do material gráfico, pode-se ainda verificar, nos depoimentos abaixo, que os trabalhadores de saúde entrevistados fazem uma relação da mudança perceptível com as possibilidades peculiares a cada usuário, preservando seus limites. Compreende-se, no entanto, que aquele serviço, à medida que conseguia levar os usuários a sentirem-se acolhidos e incluídos num projeto coletivo, levava-os também a construir seu projeto individual.

A possibilidade de gerir a si mesmo e o coletivo à sua volta foi e é um investimento poderoso rumo a ser dono do seu destino. Ter vez e voz, no exercício de co-gerir aquele coletivo no qual se encontrava inserido, teve um sentido terapêutico, por permitir a constituição de novos padrões de subjetividade, à medida que eles, os usuários, construíam seus caminhos.

“Raros os que não conseguiram grandes mudanças” E.3

“Pessoas passaram a sair sozinhos outros a estudarem, as mudanças se davam à medida que eles se permitiam e observavam suas limitações e possibilidades” E.9

“No início percebemos mudanças imediatas, alguns com grande evolução outros mediante suas limitações estacionaram e ficaram com certa dependência do serviço” E.10.

“Mudança materializada na expressão de vida com identidade e autonomia, na maneira de se vestir e de se expressar nas relações com o outro” E.15.

“O ato de pegar ônibus, de ir e vir sozinhos ao CAPS já significava o início de uma autonomia que se ampliava de acordo com as possibilidades de cada um” E.16.

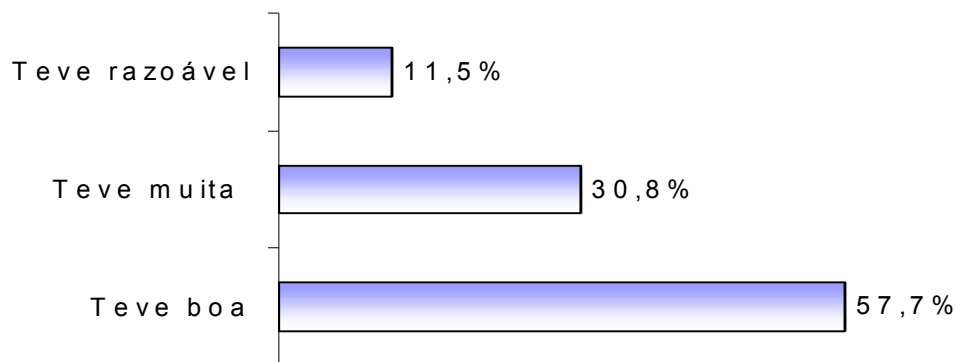
“Muitos adquiriram a confiança dos seus familiares a partir do autocontrole alcançado tendo desmistificado a questão da agressividade nas relações interpessoais” E.18.

“Se via mudanças, uns aspirando voltar a trabalhar e estudar e outros o fato de vestir uma camisa e abotoar o cadarço do sapato já se via grande progresso” E.20.

Na Figura 6-20, a mudança nos familiares foi percebida por 57,7% dos entrevistados como *boa*, 30,8% acharam que *teve muita mudança* e 11,5% que a mudança foi *razoável*.

Para se compreenderem as razões da diferença entre a mudança percebida nos usuários e nos familiares (Figuras 17 e 18), faz-se necessário considerar os aspectos relacionados às dificuldades em termos dos vínculos estabelecidos entre usuários e familiares e os que dizem respeito à mudança em si, a qual pode ser encarada por estes como algo ameaçador, por esbarrar em questões que envolvem o cuidado e a disponibilidade de interação na vida cotidiana.

Figura 6-20 - Mudanças Perceptíveis nos Familiares a partir do Acompanhamento dos Usuários no CAPS II Oeste.



FONTE: Pesquisa Realizada com Profissionais do CAPS II OESTE, em maio/julho de 2007

Os depoimentos abaixo apontam para a importância de se estar consciente da existência da disponibilidade interna, ou não, por parte do familiar, para envolver-se com o cuidado do outro (do seu parente em tratamento) e assim permitir-se trabalhar. Para se compreender tal investimento por parte do familiar que acompanha o usuário aos serviços com proposta antimanicomial, Rosa (2003, p.259; 262) traz uma reflexão importante, no que refere à relação da família com a pessoa doente, ainda que seja necessário considerar a peculiaridade do quadro psiquiátrico:

“Em relação ao portador de doença mental cujo quadro psiquiátrico desenvolve-se dentro dos padrões comportamentais socialmente aceitáveis, a família tende a reintegrá-lo sem grandes dificuldades no cotidiano, porém, com cobranças e julgamento também nos termos habituais da sociedade. A relação da família com o enfermo psicótico tende então a ser mais dramática, pois os sintomas são mais intensos e ameaçadores à segurança do grupo.”

Por outro lado, Melman (2001, p.63), ao refletir sobre as terapias familiares de abordagem psicanalítica, ressalta que, segundo esse tipo de abordagens, cada pessoa tem na sua dinâmica familiar papéis e funções que lhe foram atribuídos. No caso específico da pessoa que apresenta transtorno mental, foram-lhe atribuídos, ainda que inconscientemente, o papel e a função de doente daquela família, em nome da preservação dos demais. Diz ainda o mesmo autor que:

“todos os membros da família estão conscientemente de acordo em ajudar a superar os sintomas incômodos da pessoa doente. Mas esse movimento esconde, muitas vezes, um desejo inconsciente de não modificar o equilíbrio familiar, mesmo que insatisfatório. Qualquer mudança pode ser forte geradora de resistências, temores de que o sistema grupal possa se desintegrar. [...]”

Nestes termos, pode-se entender que algumas famílias, dependendo da sua dinâmica, podem contribuir para o engessamento do lugar de doente nos usuários, como pode ser visto a seguir:

“Alguns familiares refratários emperravam o processo, mas ao passo de serem mais envolvidos nas ações do CAPS apresentavam algumas mudanças” E.3.

“A mudança por parte do familiar se dava a partir da melhora do usuário e da sua implicação no processo, saíam a partir de então do lugar de achar que o usuário era problema do profissional” E.4.

“Alguns familiares utilizavam o serviço como depósito de seus usuários e não tinham iniciativas para envolver-se nas ações. A partir do trabalho efetivado pela equipe que teve como princípio a co-responsabilização obteve-se mudança em termos da participação efetiva” E.8.

“Logo na chegada ao CAPS à família era colocada a par da necessidade de participar do processo. Mesmo havendo distanciamento, a equipe buscava formas de aproximação dos familiares” E.9.

“Havia certa sintonia, o familiar acreditava no serviço de acordo com a melhora do usuário. Era singular, se dava de acordo com a demanda de cada um” E.12.

No entanto, ainda para Melman (2001), há possibilidades de mudanças a partir de um novo estatuto terapêutico e de uma forma de reabilitação que envolva todos os implicados naquele núcleo familiar a oporem-se às expectativas negativas, na busca por novos sentidos, à medida que se possa transformar o cotidiano em que as pessoas estão inseridas.

Conforme depoimentos acima, a partir da implicação do familiar no processo de construção coletiva, pode-se assegurar disponibilidades para se trabalharem questões pessoais, respeitando-se, contudo, as subjetividades. Percebe-se ainda nos depoimentos

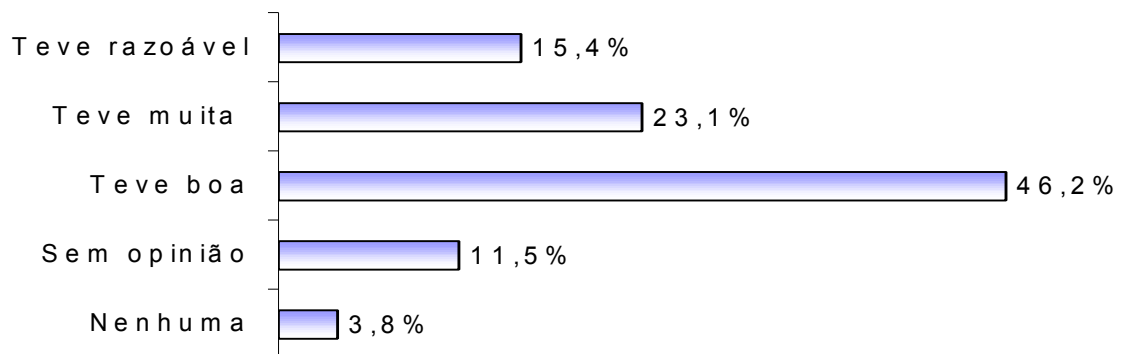
uma interseção entre o *estar bem* do usuário e a disponibilidade do familiar, o que aponta para a possibilidade de construção de novos vínculos estruturantes. No depoimento abaixo, verifica-se a construção de uma nova proposta terapêutica.

*“Havia algumas limitações em relação a usuários e familiares por terem receio mediante mudanças de saírem do lugar de passivamente a ativamente assistido”
E. 01.*

Outro aspecto da resolutividade é em relação ao nível de consciência dos usuários, quanto às possibilidades de autonomia. Na Figura 6-21, esse nível foi considerado, por 46,2% dos entrevistados, *bom*, 23,1% consideraram que *houve muita consciência* e 15,4% perceberam como *razoável* o nível de consciência. O somatório de 69,3%, resultante dos entrevistados que perceberam como *bom* e *muito alto* o nível de consciência, sinaliza que este aspecto esteve na agenda prioritária do trabalho diário daquela equipe, quando os referidos entrevistados relatam que

“Sempre tivemos este foco, isso ocorria na medida em que o usuário compreendia sobre a doença e sua terapêutica. O comprometimento [...] ia ocorrendo no seu tempo. Houve avanços surpreendentes” (E.13).

Figura 6-21 - Nível de Consciência Construído no Usuário, em relação à sua Autonomia.



FONTE: Pesquisa Realizada com Profissionais do CAPS II OESTE, em maio/julho de 2007

Os vínculos estáveis e confiáveis construídos pelos trabalhadores de saúde junto a usuários, familiares e comunidade serviram de suporte e viabilizaram relações comprometidas e solidárias. Conforme depoimentos abaixo, a ampliação da consciência dos limites e das possibilidades nos usuários permitiu, inclusive, que estes desenvolvessem independência em relação ao controle familiar, ao mesmo tempo que investiam no auto

cuidado. Os usuários criaram assim possibilidades de fazer escolhas e tomar decisões, responsabilizando-se, por exemplo, com o seu projeto terapêutico.

“Dependia muito da disponibilidade interna de cada um, alguns tiveram progresso” E.1.

“Muitos usuários desenvolveram autonomia, mas uma boa parte coloca-se num lugar de dependência e cobram benefícios” E.5.

“Os usuários foram bastante trabalhados para terem autonomia, decidirem, escolherem, opinarem e o respeito à singularidade de cada um sempre prevaleceu” E.10.

“A autonomia se dava na medida do grau de comprometimento do usuário com seu tratamento” E.11.

“Cada vez mais víamos como eles falavam por eles, ampliando a consciência de si e suas próprias limitações e possibilidades” E.15.

“Aumento sistemático do nível de consciência na medida em que se tornavam independentes dos familiares e conviviam melhor consigo mesmo porque aprendiam a se cuidar” E.19.

“[...] haja vista nos últimos anos não houve abandono de tratamento e contavam com a equipe. Trata-se do processo de co-responsabilidade” E.01.

“Aqueles com um nível de dependência acentuada o fato de expressarem e serem respeitados na sua vontade, de freqüentar o serviço e os eventos, de conseguirem fazer combinados, de conhecerem sobre a medicação que faziam uso, já era considerado um avanço” E.07.

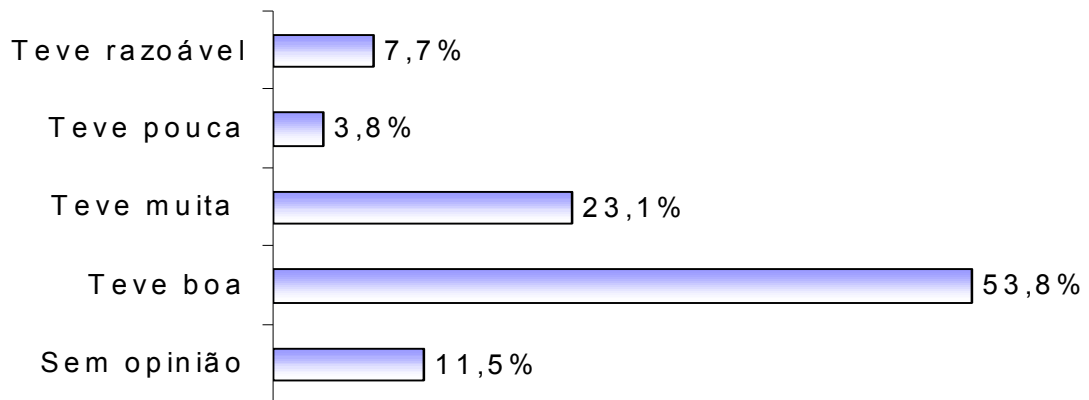
“Essa responsabilização passou por graduação e foi provocando mudança de concepção tanto dos profissionais como dos usuários e familiares. Foram incluídos como pessoas de direitos” E.11.

“O segredo foi inclui-los sempre em todo processo” E. 14.

Compreender o processo de responsabilização requer considerar a importância das escolhas de cada um, mesmo que, enquanto cuidador, percebesse *“[...] a necessidade de questionar e fazê-lo pensar sobre a escolha feita. O respeito pelo tempo do usuário era fundamental” E.13.*

A Figura 6-22 apresenta um percentual de 53,8% dos trabalhadores de saúde que percebiam os usuários com uma boa capacidade de escolha para participarem das ações de saúde desenvolvidas no CAPS II OESTE. 23,1% disseram que essa capacidade era *muita*, 7,7% que era *razoável* e 3,8% consideravam *pouca* a capacidade de o usuário fazer escolhas na construção do projeto terapêutico individual. Todavia, o somatório dos que disseram que *era boa e muita* perfaz um total de 76,9% dos trabalhadores de saúde que acompanharam o desenvolvimento dessa capacidade, ao longo do processo, ao mesmo tempo que investiam na inclusão do usuário para responsabilizar-se por sua vida e tratamento da patologia, ampliando assim a consciência de si, a ponto de descobrirem a possibilidade de tornarem-se mais autônomos.

Figura 6-22 Capacidade dos Usuários de Fazer Escolhas para Participarem dos Grupos, Oficinas, Assembléias, Passeios, Eventos e Apresentações na Comunidade.



FONTE: Pesquisa Realizada com Profissionais do CAPS II OESTE, em maio/julho de 2007

Nesse sentido, pode-se constatar o potencial existente e que a capacidade de promover, proteger e reabilitar a saúde pôde ser desenvolvida à medida que foi possível construir vínculos a partir de atitudes profissionais solidamente estabelecidas, que se dispunham a acolher o sofrimento psíquico das pessoas que se cuidavam naquele serviço.

No depoimento abaixo, percebe-se o lugar ocupado pelo CAPS II OESTE na vida do entrevistado, como um lugar de referência, ou seja, um lugar de apoio. Um espaço que, mesmo quando não precisava ter uma frequência diária ou semanal, lhe dava a garantia de um cuidado contínuo, propulsor da certeza de que, quando estava bem, podia se cuidar de uma forma mais independente, ou seja, no contexto familiar e comunitário em que se inseria. Já quando estava fragilizado, aproximava-se com a certeza que seria acolhido.

Percebe-se, portanto, que se trata de um espaço onde o usuário se percebia levado a sério, onde tanto a sua fala era considerada como ele próprio era acolhido. Tais questões podem ser percebidas no depoimento abaixo:

“Eu gostava do tratamento porque a gente participava do que queria. Eu participava do coral, das oficinas de teatro, saúde e beleza, e culinária. Quando eu melhorava, eu ia diminuindo minha frequência lá. Eu participava daquelas oficinas que eu me identificava mais. Meu contrato era combinado, tinha período que eu ia todas às tardes, mas quando melhorava só ia duas vezes por semana e ficava só participando do grupo e de uma oficina que mais me fazia bem. Já cheguei a precisar ficar no CAPS o dia todo. [...] é eu negociava com a equipe, quando estava fragilizado ia mais vezes, lá eu me sentia ouvido e protegido. Vários momentos foram difíceis [...], perdas e desafios. Também avaliava a recuperação, já passei um bom tempo indo uma vez por mês. O problema maior foi que no início do tratamento quando percebi que estava bem, mesmo recebendo minha medicação, passei a não tomá-la aí entrava em crise novamente. Era horrível, já coloquei minha vida em risco muitas vezes” (U.03)

Percebe-se neste depoimento o sentimento de confiança, mobilizado a partir de um espaço terapêutico que permanecia disponível, conforme o usuário constatava quando era acolhido a cada volta.

Segundo Verztman & Gutman (2001), o comportar-se de modo não contraditório cria a possibilidade de um lugar acolhedor, que não se voltará contra, ou seja, um lugar não contraditório. Os referidos autores discutem sobre a importância da criação de possibilidades de restituição de espaços, onde os fenômenos transicionais possam ocorrer. Afirmam que, nos ambientes de cuidado “, serão buscadas características análogas às que o sujeito teria buscado no ambiente facilitador, no espaço intermediário e nos objetos transicionais, ao longo da vida”.(2001, p.67).

Ainda pode-se refletir sobre a criação da possibilidade de ligação com o ambiente, entre usuários e cuidadores, da seguinte forma:

O brincar compartilhando ocupa o espaço transicional e o sujeito sai de uma relação de dependência para o desenvolvimento da capacidade de estar só ou, em outras palavras, de ganho de autonomia. O psicótico, ao se tornar capaz de suportar viver também na área intermediária inventa um ambiente possível para ele, ou seja, um ambiente que não desperte ansiedades inimagináveis (VERZTMAN & GUTMAN 2001, p.68).

Nesse sentido, cuidadores e usuários, ao brincarem, conviverem, com a possibilidade de criarem juntos “suportam deslocamentos do eu para espaço potencial” (VERZTMAN & GUTMAN 2001:69) e, assim, criando, inventam um lugar possível de se ter confiança.

As falas dos trabalhadores de saúde abaixo levam a refletir que, à medida que eles se integravam na construção de subjetividades, desenvolviam a capacidade de análise, com a adoção de parâmetros avaliativos, os quais atualizavam de forma contínua a necessidade de promover e priorizar elaborações no ato do cuidado, reconhecendo as singularidades.

Segundo Campos (2000), o envolvimento com a construção de projetos e de processos de trabalho mobiliza paixões, ao obrigá-los a encarar o “princípio da realidade” (Laplanche & Pontalis, 1986, p.368) e as incertezas do futuro, criando novas marcas sobre o mundo.

*Enquanto equipe cuidadora até direcionávamos, mas não havia imposição” E.3
“A capacidade de escolha sempre foi exercida até mesmo quando optavam por não participar a equipe respeitava” E.5.*

“Havia um investimento da equipe para a efetivação do processo de escolha com vistas à implicação de todos” E.11.

“Não tinha muita clareza entre a linha do que divide o quanto é estimular e aceitar a escolha do usuário. Para alguns usuários havia um ganho quando ocorria imposição do profissional pelo fato de não se responsabilizarem e conseqüentemente não cresciam, não saiam do lugar de usuário” E.12.

“Eles eram muitas vezes o que as famílias queriam” E.20

A percepção do CAPS II OESTE como um lugar de referência, ou seja, um lugar que suscitava acolhimento se deveu ao fato de esse Centro constituir-se um espaço que investiu na práxis de acolhimento ao outro, transformando assim uma mera relação de equipe de trabalho em uma experiência clínica do reconhecimento da pessoa com transtorno mental. Um espaço que permitiu o crescimento de intervenções assimétricas, impressas pela idéia de continuidade e complementaridade, que se efetiva na circulação em outros espaços que possibilitem a produção de ramificações a partir da heterogeneidade deste coletivo.

A construção disto foi sedimentada na diversidade de estímulos e na possibilidade de refazer constantemente os aspectos hierárquicos, na busca de novos arranjos que permitissem a livre circulação e o falar. Para Verztman e Gutman (2001, p.51), baseados na proposta de Jean Oury e Donald Winnicott, a construção de espaços diferenciados não apresentaria nenhuma eficácia terapêutica “caso não existissem instâncias de mediação representada por todos os eventos que tornaram possível a emergência de certo dizer”.

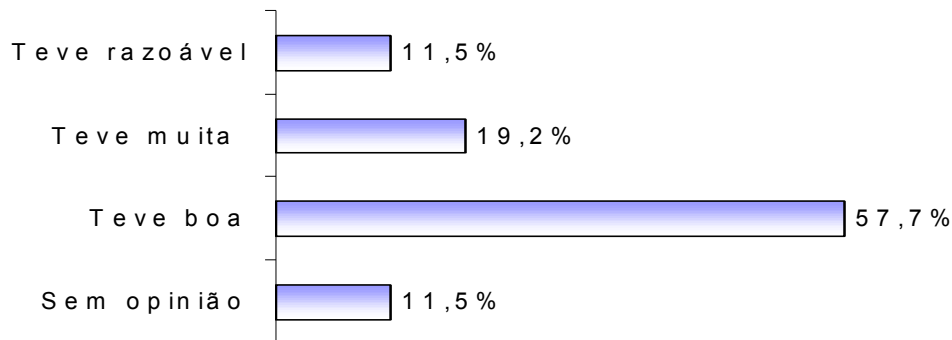
Nessa perspectiva, encontram-se apresentadas na Figura 6-23 as percepções dos trabalhadores de saúde, quanto ao comprometimento de usuários e familiares na construção do projeto terapêutico coletivo do CAPS II OESTE, conforme segue-se: 57,7% deles informaram que o comprometimento foi *bom*, 19,2% informaram que *houve muito* comprometimento e 11,5%, que *foi razoável* o comprometimento entre usuários e familiares.

O somatório entre *bom* e *muito* perfaz um total de 76,9% dos entrevistados, que sinalizam a existência de um expressivo comprometimento para a construção de um espaço coletivo heterogêneo que assegure a implicação dos papéis representados por trabalhadores de saúde, usuários e familiares, como uma instância capaz de mediar, ou seja, de organizar as idéias e mediar os conflitos ali apresentados.

Como exemplo dessa experiência, tem-se o dispositivo da assembléia que mensalmente se realizava e servia de espaço onde se discutia sobre o funcionamento

daquele serviço e onde, em meio a discussões e decisões, se registravam e se distinguíam as falas e ações da trilogia apresentada, o que permitia a interligação entre os “níveis simbólicos e imaginários” (Verztman e Gutman 2001, p.51), ali existentes.

Figura 6-23 Comprometimento do Usuário e do Familiar quanto ao Projeto Terapêutico Coletivo do CAPS II OESTE.



FONTE: Pesquisa Realizada com Profissionais do CAPS II OESTE, em maio/julho de 2007

A resolutividade atribuída à qualificação daquele projeto pode ser analisada ainda tomando-se por base a capacidade de mediação que funcionava no CAPS II OESTE, a partir da articulação da rede de significantes criada pelo trabalho coletivo.

Os dispositivos já apresentados ao longo deste trabalho foram articulados e geraram vínculos. Cada um, segundo Verztman e Gutman (2001, p.52), com “...o papel de acolher o sujeito e remetê-lo para outro espaço com o qual deve se articular”.

As falas abaixo retratam que o esforço para uma mudança de paradigma se deu ao longo da construção daquela experiência.

“Havia uma relação de equivalência, quanto maior o entrosamento entre usuário, familiar e serviço maior o comprometimento dos mesmos. Reconheciam a importância do serviço como diferencial em suas vidas” E. 11.

“Por ser uma forma de cuidado que propõe a desconstrução de alguns paradigmas muitos não tinham clareza, mas dentro dos seus limites se engajavam e ajudaram a construir esse entendimento” E.12.

“O comprometimento se dava de acordo com a disponibilidade interna de cada um, foi um trabalho árduo, mas à medida que os usuários viam seus familiares envolvidos se empenhavam mais e vice-verso” E.13.

“Observando as diversidades o comprometimento foi sendo construída no dia-a-dia do serviço” E.14.

“O serviço estava vivenciando um momento de maior comprometimento por parte dos familiares a partir de sua inclusão nas discussões em espaços coletivos como, por exemplo, nas assembléias junto com usuários e profissionais, além das outras ações que já estavam envolvidos. [...] A noção da integralidade das ações

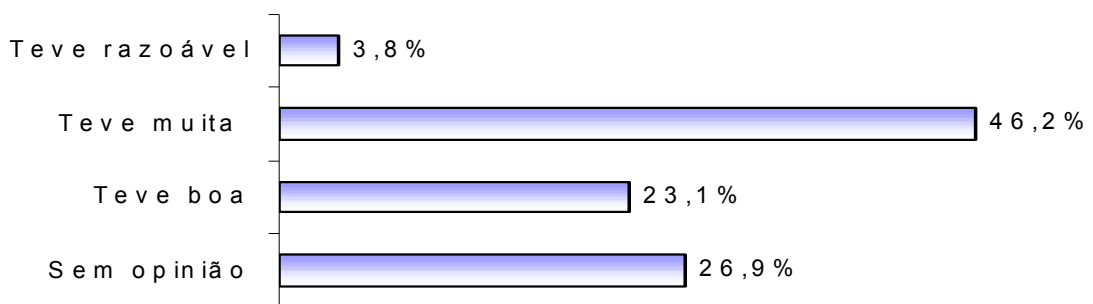
foi sendo gerada no cotidiano a partir da construção do projeto terapêutico dos usuários” E.15.

Quanto à articulada capacidade de interface entre trabalhadores de saúde, usuários e familiares, ao lidarem com situações de crise na operacionalização do cuidado de pessoas com transtornos mentais, verificam-se, na Figura 6-24, os seguintes resultados: 46,2% dos entrevistados percebiam como *muita* e 23,1% como *boa* essa capacidade. Já 3,8% consideraram esse item como *regular*, o que perfaz um total de 69,3% dos entrevistados que reconheceram ter havido uma efetiva interface entre a tríade acima apresentada.

Esse percentual revela o investimento dispensado para que houvesse a criação de espaços coletivos capazes de mediar conflitos. A articulação entre as ações de saúde e cada vínculo ali construído contribuiu para que aquela equipe viesse a acreditar no tratamento das patologias mentais. Tal crença incluía reconhecer, nas pessoas acometidas de transtornos mentais, uma potencialidade para uma vida cidadã, criativa e satisfatória, de tal forma a poderem se dispor a criar um contexto que viesse facilitar tal conquista.

Convém ressaltar que os 26,9% dos entrevistados que se omitiram a opinar devem-se àqueles trabalhadores que não vivenciaram esse momento de amadurecimento coletivo da equipe, por terem saído do CAPS II OESTE ainda no início da experiência.

Figura 6-24 Capacidade de Interface entre Profissional, Usuário e Familiar para Lidar com Situações de Crise na Operacionalização do Cuidado.



FONTE: Pesquisa Realizada com Profissionais do CAPS II OESTE, em maio/julho de 2007

O amadurecimento da equipe se deu por esta ter descoberto que o caminho era “[...] *incluí-los sempre em todo processo*” E.14. A consequência foi celebrar a vida com alegria e criatividade, de forma contínua e na complementariedade entre as oficinas de artes

já mencionadas e outras ali vivenciadas, e as saídas à rua, reconhecidas como elemento mediador de outros espaços.

Assim, nessa construção de vida criativa, com a parceria dos familiares, também foi possível aprender a lidar com as situações críticas de crise. Estas requereram da equipe aprender a responder à crise de forma mais contemporânea, em vez daquela noção de crise como uma “eclosão mórbida”, advinda de uma hegemonia psiquiátrica, que objetivava, na época, inventar uma abordagem terapêutica dos processos intersubjetivos, através dos quais, o problema da doença mental emergiu socialmente como fato clínico.

Segundo Diatkine (1993, p.46), para se responder à crise, necessita-se de um ajuste permanente dos meios de reflexão do conjunto da equipe, no sentido de um contínuo pensar de maneira viva, assim como “o que o paciente compreende da história que se cria com ele”.

Todavia, *“dentre as limitações do que é uma crise essa capacidade de interface evoluiu muito” E.12.* A equipe se dispôs paulatinamente a se confrontar com a situação de crise dos usuários, tendo incluído os familiares nesse cuidado emergencial, o que permitiu àquele serviço tornar-se cada vez mais substitutivo.

Conforme depoimentos abaixo, tais procedimentos levaram ao estabelecimento de contatos significativos, capazes de reconhecer a importância da parceria com a família, como geradora de confiança, além de terem gerado alguns conhecimentos, como, por exemplo, que se aprende a cada enfrentamento e que cada crise não é a mesma. Isto levou a uma agenda prioritária de discussões em equipe nas supervisões, tendo permitido àquele serviço tornar-se cada vez mais substitutivo.

“Houve evolução nesta interface e a confiança foi sendo construída elevando o nível de comprometimento” E.01.

“Tive excelente condição de aprender e me colocar como parceira nos momentos mais críticos. A equipe começou a questionar e se dispôs a se capacitar e compreender melhor sobre as crises e a aprender a lidar com ela” E.02.

“A equipe evoluiu nesse processo junto com os familiares a ponto de avaliarem a necessidade ou não da internação” E. 05.

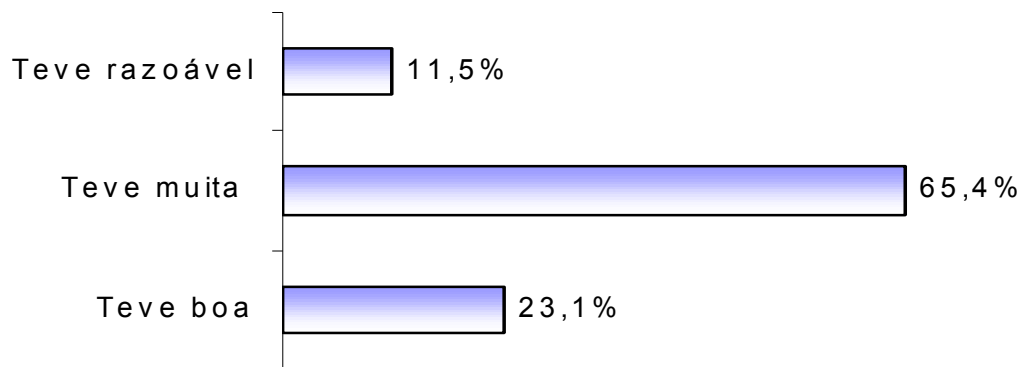
“O caminho da internação foi sendo revertido, no início verificávamos que a família tinha essa iniciativa numa manifestação de rejeição dos seus parentes quando em crise, para se aliviarem do sofrimento ou por medo. Mas, mediante inclusão numa lógica de não internação esse processo foi se delineando de forma diferente” E.10.

“A supervisão de equipe dava um norte por promover avaliações do funcionamento do CAPS e dos procedimentos por parte dos profissionais. Nas discussões teóricas, a partir dos casos estudados, tirávamos muitas dúvidas e nos deixava mais confiante mediante as situações difíceis” E.06.

O nível de resolutividade em relação ao alcance da promoção e proteção da saúde e da reabilitação encontra-se demonstrado na Figura 6-25, onde 65,4% dos entrevistados perceberam esse nível como *muito alto* e 11,5%, como *razoável* .

Tais percentuais evidenciam que foi notória a capacidade de resolução daquele serviço. Certamente, ali foi possível constituir um lugar de promoção da autonomia, bem como de proteção da vida cidadã, como sugere Saraceno (2001).

Figura 6-25 Nível de Resolutividade do CAPS II Oeste, em relação ao Alcance da Promoção e Proteção da Saúde e da Reabilitação Psicossocial da População Assistida.



FONTE: Pesquisa Realizada com Profissionais do CAPS II OESTE, em maio/julho de 2007

O processo de desinstitucionalização, que fora articulado nos dez anos daquele serviço, se deu no campo da construção de sentidos. O sentido de produzir novas identidades, ao buscar resgatar a vida, de forma criativa, das pessoas com transtornos mentais; ao se perceber inventando a vida cantando, por exemplo, no Coral *Musicalmente*, ou mantendo-se em cena, não só na cena teatral da peça “(...). Uma realidade social: quem tem razão?”, mas como protagonista das cenas em que se encontram inseridos e onde possam cantar; ao se ver vivendo a vida no contexto familiar, tendo conquistado o respeito; ao enxergar-se numa vida em que se constituiu ou reconstruiu família; ao viver a vida no ato de retornar à escola; e ao descobrir a vida na iniciativa de se submeter e conseguir aprovação em concursos públicos.

Como diz Saraceno (2001), reabilitação é um processo para que se mudem as regras, com vistas a permitir a convivência e a coexistência das diferenças no mesmo cenário.

Os depoimentos abaixo retratam as atitudes positivas que, somadas, produziram novas identidades, a partir da capacidade de promover encontros, o que constituiu um lugar de produção de sentido, ou seja, produção de vida.

“No início do serviço houve algumas internações, mas diminuiu no decorrer. Isso se deu devido à capacitação da equipe que foi se apropriando do processo. Quantificando as internações que ocorreram durante anos nas suas vidas daqueles usuários não houve praticamente mais internações. [...] Diante as condições precárias quanto à estrutura física e material, tivemos muita resolutividade devido à capacidade e disponibilidade da equipe” E.01

“Muita resolutividade mediante o alcance da re-inserção ao mercado de trabalho. O retorno à escola formal, a aprovação em concursos públicos, a opção de alguns saírem da situação de beneficiário da Previdência e retornarem aos seus trabalhos, a manutenção do cuidado mesmo a distância com pessoas que moravam em outros municípios, a interface com a família conseguir retirar pessoas de situações de crise sem precisar ser hospitalizadas” E.03.

“A maioria dos usuários era egresso de hospitais psiquiátricos e praticamente moravam lá.. Ao encontrar-se em tratamento no CAPS não mais retornaram aos sistemas manicomial. Eu acho que o avanço maior foi levá-los a acreditar no seu potencial e na sua capacidade de realização e assim conseguir extrair mobilidade que eles não sabiam que tinham” E.4.

“Avanços significativos como o de constituir família e de serem incluídos nas suas famílias” E.05.

“O fato de ter diminuído as internações psiquiátricas. Por ter promovido maior autonomia dos usuários a partir do crescimento pessoal no ingresso ao mercado de trabalho e na escola formal inclusive alguns ingressaram no estudo universitário e outros retornaram a ele” E.06

“Por ter conseguido evitar internações da maioria dos usuários egressos de hospitais psiquiátricos. Por ter promovido o sentido da co-responsabilidade no cuidado entre usuário, familiar e profissional. Por vários usuários terem conseguido retornar ao contexto familiar, ao trabalho e à escola formal” E.08

“Muita resolutividade por ter contribuído na ampliação da participação da família no cuidado às pessoas com transtorno mental, mudando suas concepções de loucura. Por ter promovido a auto-estima dos usuários e a sua responsabilização com o tratamento” E.09.

“Por ter melhorado a qualidade de vida dos usuários ao conseguirem ser acolhidos pela família, elevaram sua auto-estima, aumentaram sua capacidade de mobilidade, deixaram de ingerir medicação indiscriminadamente” E.10.

“Para a quantidade de usuário que havia no serviço e as crises que enfrentávamos foram muito pouca as internações” E.12.

“Apesar de ser um serviço novo já apontava para descobertas do usuário sobre a própria doença, seus limites e possibilidades de serem capazes de fazer coisas que se achavam incapazes por se verem diferentes” E.20.

Lendo os depoimentos acima, é possível imaginar um movimento que sugere

compromisso com a vida e destaca como potencial a desconstrução dos caminhos antes pré-estabelecidos, que geravam reprodução de doença e poderes.

Fica evidente que uma das metas que foi alcançada de forma satisfatória foi a não internação em sistemas manicomiais, uma vez que os usuários foram envolvidos no projeto coletivo do CAPS II OESTE, que foi construindo o projeto terapêutico individual como significado primeiro, além do alcance quanto à horizontalização nas relações de poder e conseqüente protagonismo dos trabalhadores de saúde mental, que tiveram a perspicácia de incluir e investir, contínua e constantemente, no envolvimento dos usuários e familiares em todo o processo de construção, o que gerou um outro modo de olhar, que, por sua vez, pôde mediar uma livre circulação, permitindo aos usuários e familiares usufruírem dessa heterogeneidade. Tal estado de coisa não invalidou a instituição da hierarquia daquele serviço de saúde, constituída a partir de um gerenciamento permanentemente compartilhado.

Capítulo 7

Considerações Finais e Recomendações

O que motivou a realização deste estudo foi a expectativa de, através dele, poder continuar refletindo sobre a necessidade emergente de construção de uma clínica antimanicomial, partindo da premissa de que se trata de uma instituição que não acaba nunca. Que existe ou está existindo porque é uma clínica do cuidado. Uma clínica que sugere um encontro entre os sujeitos, que tem como ofício o cuidado e os sujeitos que buscam esse cuidado. Uma clínica que se sedimenta no contingente e no situacional. A

insegurança que, em geral, ameaça instalar-se nessa trajetória reverte-se num fazer avançar na construção de uma clínica do cuidado, que só ocorre embasada na ética - na ética do cuidado responsável que viabilize a transformação social.

Construir tal clínica e garantir o acesso das pessoas que dela necessitam são os objetivos primeiros da RPB. Isto sugere a busca de novos conceitos, ou seja, de novas formas de conceitualização dessa problemática, como sugere Saraceno (2001), quando provoca a reflexão de que tudo depende de “que-faz-o-quê” (BERTOLOTE, 2001). Pode-se estar vivendo a passagem da reabilitação psicossocial para a cidadania possível. Sugere ainda o mesmo autor que é na produção de sentido, em lugar da reprodução, que se libertam identidades.

Finalmente, verificou-se que a estratégia de se cuidar da saúde mental implantada no CAPS II OESTE, nos moldes das premissas de um serviço substitutivo aos sistemas manicomiais, teve sua singularidade.

A questão norteadora foi conhecer o modelo lá implantado, que priorizou um gerenciamento respaldado pelo protagonismo da então equipe interdisciplinar, a qual, por sua vez, incluiu nessa produção o saber do usuário e do familiar. Isto gerou algumas questões do tipo: Como foi articulada essa práxis? Quais as repercussões desse modelo de gerenciamento? Quais foram seus limites e quais perspectivas tal modelo gerou?

O Modelo de Gerenciamento que eclodiu no CAPS II OESTE foi se delineando a partir do processo de sua implantação, quando, em âmbito local, vivia-se um momento social-político propulsor. A sua implementação se deu num contexto em que toda a Sociedade Brasileira experimentava, mesmo sabendo que seria com luta, um movimento pró-reforma na saúde, cujo princípio de desinstitucionalização influenciava a reformulação da assistência em saúde mental no Brasil.

A RPB, construída a partir de diretrizes e princípios norteadores, vislumbrava um cenário que possibilitaria a criação de uma rede de cuidados acolhedora e participativa, onde o respeito às singularidades, e às diferenças, bem como a perspectiva de inclusão social, passassem a ser condição *sine qua non* para a efetivação da Reforma.

A complexidade e dimensão das dificuldades na área de saúde mental daquele contexto apontavam para a necessidade de reversão dos modelos assistenciais, excludentes e segregadores, ainda existentes, mesmo que com certa diferença. Tal proposta de reversão exigia estratégias de intervenções de cuidado que garantissem a coerência entre aqueles

princípios e a práxis.

Compreendia-se o então NAPS OESTE como um dispositivo de cuidado, que precisava ser construído coletivamente, mas com respeito às singularidades, a partir do comprometimento ético que proporcionasse autonomia à medida que garantisse o lugar da palavra e da criação. Foi esta a proposta que mobilizou sua criação. Então, na perspectiva de construção desse lugar idealizado, partiu-se para uma produção de ações de saúde que seriam estabelecidas entre trabalhadores de saúde, usuários e familiares, que, por sua vez, passariam a dar sentido à sua função terapêutica (FREITAS, 2007).

No transcorrer deste trabalho, viu-se que a equipe multidisciplinar foi instituída como recurso imprescindível e que tanto o perfil dos seus membros como os parâmetros da proposta foram indispensáveis, conforme destaca Freitas (2007).

Ainda segundo esta autora, o saber e o fazer clínicos referiam-se ao coletivo e o *setting*²⁴ terapêutico se deu em todo o espaço do serviço, de forma a assegurar um contínuo movimento e elaborações criativas, cujas singularidades constituintes passaram a ser reconhecidas do lugar ativo que cada um ocupou. A partir daí, foi construído o projeto terapêutico do CAPS II OESTE, ao mesmo tempo que se pôde elaborar as funções e os lugares terapêuticos. Neste sentido, a transversalidade dos saberes se constituiu numa práxis terapêutica co-responsável e comprometida.

E mais: o implemento de um gerenciamento horizontalizado permitiu a cada integrante daquele serviço um lugar ativo no processo terapêutico, o que possibilitou a tradução dos saberes profissionais impressos nas suas práticas/intervenções (FREITAS, 2007).

Essa forma de gerenciar também permitiu a tradução dos vários tipos de discursos produzidos, em que foram apreendidos os aspectos cognitivos/afetivos/volitivos, constitutivos das subjetividades dos sujeitos e da representação social da equipe sobre a doença e saúde mental, sem esquecer que tais sentidos ali produzidos eram sociais e históricos, como, por exemplo, as representações sociais de trabalhadores de saúde, ao se referirem ao pouco conhecimento sobre a patologia, atribuindo esse saber a uma categoria profissional: “ *Só os psicólogos sabiam abordar os usuários. Havia muita fantasia sobre a doença mental e isso deu margem para uma atenção assistencialista*” (E.20).

²⁴ *Setting* terapêutico – ambientação, cenário, espaço terapêutico ou onde ocorre o trabalho terapêutico

O gerenciamento compartilhado produziu, assim, conhecimentos, visto ter apreendido o sentido da organização do processo terapêutico, o que, aliás, só foi possível quando a equipe passou a compreender os aspectos determinantes para que pudesse ocorrer a reforma psiquiátrica então pretendida, como, por exemplo, a ampliação da interlocução entre a saúde mental e os outros saberes, além dos “saberes psi” (VENANCIO, 2001:91).

Segundo esta autora, a compreensão dos processos de institucionalização desses saberes, no Brasil, se dá a partir do mapeamento das linhas de trabalhos desenvolvidas, especificamente, pela Psiquiatria, pela Psicanálise e pela Psicologia.

No enfrentamento das dificuldades peculiares àquele tipo de equipe, ficou caracterizado, no percurso feito por este trabalho, que o caminho encontrado pela equipe do CAPS II OESTE foi o da vivência dos conflitos, para os quais ela podia olhar, na tentativa de uma reelaboração e de um cuidado especial, respeitando-se tanto o ritmo de cada sujeito constituinte como o tempo necessário para a construção do sentido de coletivo, a partir dos laços que se pôde construir (FREITAS, 2007).

Nesse sentido, foi de fundamental importância a disponibilidade daquela equipe em permitir o enfrentamento das dificuldades, trabalhando-as, como, por exemplo, no espaço de supervisão, onde se procurava destacar a necessidade de se lidar com os limites subjetivos e do serviço.

Vale salientar que o estilo adotado para a Coordenação daquela equipe se deu a partir de contratualidades. Aliás, o movimento em prol do estabelecimento dos contratos em equipe se processou de forma ininterrupta e dinâmica, ressaltando-se, inclusive, como a característica do estilo pessoal da terceira Coordenação daquela equipe, que se manteve por um período de oito anos.

Segundo percepção de trabalhadores de saúde, foi uma coordenadora que “*mobilizou discussões contínuas sobre as diretrizes e princípios da reforma psiquiátrica*”(E.10), o que certamente possibilitou uma maior compreensão dos fundamentos desta. Essa Coordenação também foi percebida como “*uma coordenação dinâmica, que investia no acolhimento e na atenção voltada aos direitos de cidadania [...]*” (E.13).

Tanto para o sujeito como para a equipe, tal posicionamento gerencial certamente mobilizou identificações favoráveis à construção daquele projeto. O que explica a

necessidade dos dispositivos da reunião de passagem e da supervisão de equipe, como lugares demarcados para trocas.

Para outros, foi ainda uma coordenadora que *“mostrava-se responsável e balanceava entre competência técnica e experiências para lidar com as questões clínicas da saúde mental e com os aspectos gerenciais, além de ter sabido impor sua autoridade”* (E.11). Também foi apresentada com sendo *“uma coordenadora com posições de humildade, que se aliava às pessoas de acordo com a necessidade do serviço. Tinha sede de aprendizado e se dispunha a trocar”*(E.12).

Naquela experiência, quando ocorria um momento conflitivo, foi importante a disponibilidade de troca, principalmente por ser uma proposta que contemplava a partilha do poder de influenciar pessoas, processos e estruturas. Tal perfil gerencial possibilitou, assim, observar-se o fluxo de afetos existente, que, por sua vez, necessitava de ser considerado e trabalhado constante e sistematicamente, para que não viesse bloquear tal processo.

Esse modelo de gerenciamento implantado no CAPS II OESTE levou a Coordenação, a Equipe Técnica, os usuários e familiares, no período de julho de 1995 a dezembro de 2005, à produção de competências e habilidades, que viabilizaram as produções de saúde em todo o processo, quais sejam:

- Estabelecer círculos de discussões que estimulassem, a construção e reconstrução de um modo de operacionalizar voltado para a qualidade de vida dos usuários;
- Cuidar, no cotidiano, dos padrões éticos, da responsabilização, da criação de compromissos e da autonomia;
- Traduzir as ações de saúde em relações humanizadas;
- Descentralizar a gestão, distanciando-a de gestão de tarefas ou procedimentos, para gestão de relações interpessoais e de resultados advindos destas;
- Repensar o papel de direção, com base em uma organização democrática, com múltiplas dimensões, quais sejam: atenção à saúde organizada em processos de trabalho, objetivando a produção de valores de uso; administração de pessoas, na perspectiva da construção de equipes, com autonomia e co-responsabilidade; administração financeira centrada na sobrevivência da organização; e representação política em diversos segmentos;

- Coordenação da vontade e do intelecto, para um gerenciamento de relações, inter-relações, diálogos e trocas;
- Ampliação da capacidade de análise e de intervenção sobre a práxis em equipe;
- Reconhecer a circulação de emoções entre os membros da equipe, buscando não apenas coordenar essas emoções de forma ética, com base no respeito, mas também analisá-las, intervindo quando necessário em prol da manutenção da equipe;
- Possibilitar e assegurar o resgate da alteridade do sujeito e da equipe, assim como a equipe com os usuários;
- Apoiar um sistema de referência que possibilite quebrar a dureza de paradigmas estabelecidos;
- Fragilizar a indiferença burocrática das normas, reconstruindo fazeres a partir de diretrizes e princípios mais éticos;
- Garantir espaços de geração de conhecimento sobre as diretrizes e princípios das reformas sanitárias e psiquiátricas e do SUS;
- Articular a produção do conhecimento e sensibilidade, quanto ao potencial humano e quanto à doença mental, e procurar conhecer a proposta de saúde mental originária da Reforma Psiquiátrica Brasileira.
- Atualização contínua acerca do panorama local e nacional e da Reforma Psiquiátrica Brasileira;
- Viabilizar acesso ao movimento da luta antimanicomial e a eventos pró-reforma psiquiátrica.
- Mobilizar participação e envolvimento junto a órgãos de controle social, procurando viabilizar suas criações;
- Estabelecer relações solidárias com a Comunidade;
- Efetivar discussões contínuas e sistemáticas, numa perspectiva da produção de conhecimento coletivo, junto a outras equipes técnicas, com vistas a uma articulação da rede de saúde;
- Contribuir, no cotidiano, para a elaboração de políticas públicas voltadas para a construção de direitos e para a inserção social das pessoas com transtornos mentais.

Em vista disso, na busca pela efetivação da clínica antimanicomial, o CAPS II OESTE justificou-se pela organização de um serviço em saúde mental, que teve a função terapêutica de promover a saúde, a qualidade de vida e a cidadania a pessoas com transtornos mentais, a partir da gestão compartilhada ou co-gestão, da qual trabalhadores de saúde, usuários e familiares foram os principais protagonistas.

No tocante às repercussões do modelo gerencial implementado, o CAPS II OESTE contou com a disponibilidade e comprometimento da equipe e com o estilo de coordenação elaborado em equipe, associado a habilidades para lidar com o coletivo, como atributo pessoal da coordenadora escolhida.

Essa escolha passou pelo crivo da então equipe técnica e usuários que vivenciavam situações conflitivas, diante dos desencontros mediados pela diversidade de saberes profissionais e da inabilidade destes na resolução de conflitos. Naquele contexto inicial, onde o então NAPS OESTE caminhava há três anos, os aspectos concernentes a envolvimento, comprometimento e responsabilização da equipe passaram a ser a principal meta da gestão compartilhada então constituída.

A riqueza da heterogeneidade daquela equipe só eclodiu com a possibilidade de articulação da multidisciplinaridade na busca da interdisciplinaridade, embora numa perspectiva transdisciplinar, que finalmente transcorreu com a disposição da equipe em construir os saberes transversais num processo conjunto de elaboração do conhecimento.

Numa perspectiva de construção da co-responsabilidade firmada entre Coordenação e trabalhadores de saúde, tal processo foi deflagrado. A partir da instituição do desenho terapêutico do projeto coletivo do CAPS II OESTE, norteado pelos princípios do SUS e, especificamente, da Reforma Psiquiátrica, a equipe conseguiu transformar singularmente as necessidades sociais (mediante demanda daqueles que buscavam cuidados), associando as subjetividades constituintes à configuração da equipe, construindo assim o sentido do objeto.

A partir daí, teve início uma fase de crescimento em que a equipe se exigiu no tocante ao desenvolvimento de habilidades e competências, numa perspectiva de gestão compartilhada em um sistema de funcionamento horizontal e de co-responsabilidade, sem perder de vista o lugar de cada um, ou seja, das especificidades.

Conclui-se, portanto, que a possibilidade da prática transdisciplinar a partir do modelo de gestão compartilhada ou de co-gestão que fora implantado, ofereceu àqueles trabalhadores de saúde a oportunidade de reconstruir um outro olhar com relação à saúde mental das pessoas. Tal prática possibilitou, inclusive, perceber essas pessoas como sujeitos constituintes das suas vidas. Assim, a equipe foi convidada a assumir o papel de terapeuta de cidadãos de direitos, o que levou à criação de produções de saúde mais comprometidas com a dignidade da vida humana, portanto mais éticas, que repercutiram da seguinte forma:

- Inclusão dos trabalhadores de saúde mental nos procedimentos gerenciais;
- Tomada de decisão em equipe, como prioridade gerencial;
- Acompanhamento diário das ações de saúde como investimento gerencial;
- Competência técnica e a experiência como tecnologia de gerenciamento;
- Tendências a favor das diretrizes e princípios das reformas sanitária e psiquiátrica, como atributo do gerenciamento;
- Atitudes gerenciais propulsoras de metas para a promoção da interface entre profissionais, usuários e familiares;
- Integralidade nas ações de saúde na dinâmica do CAPS;
- Circulação de informações, como requisito do gerenciamento;
- Encorajamento para a participação democrática em todos os espaços;
- Encorajamento e garantia no que diz respeito à participação ativa de toda a equipe de trabalho nas reuniões de passagens.

Assim foi possível apresentar a importância e as estratégias utilizadas a partir da co-gestão constituída como modelo de gerenciamento, que priorizou o co-envolvimento da família e ousou na elaboração da responsabilização do usuário no projeto terapêutico do CAPS II OESTE, o qual teve como premissas básicas a promoção e proteção da saúde e a reabilitação das pessoas com transtornos mentais que ali puderam ser cuidadas.

O ponto alto da lógica do tipo de cuidado implantado foi o estabelecimento das parcerias com as famílias e comunidade, num aprofundamento da desmistificação de cumplicidades com a Psiquiatria, em respeito à cidadania daquelas pessoas, as quais puderam vir a ocupar o lugar de protagonista responsável pelos processos de tratamento e

organização, saindo da posição de alguém passivamente assistido para a de agente atuante no cuidado.

A construção da co-gestão como modelo de gerenciamento do CAPS II OESTE, todavia, só se deu a partir do enfrentamento das dificuldades que foram se delineando. Com relação aos limites, estes diziam respeito a questões pessoais, profissionais e institucionais.

Quanto aos limites pessoais, estes envolveram questões atinentes às peculiaridades de cada sujeito, como condição “sine qua non” à construção daquele projeto, que requisitou disposição e competência mobilizadas por meio da contratualidade da equipe, uma capacidade de articulação, negociação e autoridade da Coordenação, além de uma fundamental função terapêutica da Supervisão, o que possibilitou à equipe não só traduzir, no trabalho de supervisão, as representações sociais e subjetividades dos sujeitos, mas também um lugar de elaboração.

Outros limites, como a diversidade constituinte daquela equipe, onde se deu o estabelecimento das relações interpessoais, que se referiu tanto ao campo da lógica social como da lógica subjetiva, exigiram também um esforço de elaboração da equipe, da Coordenação e da Supervisão, em contínuos e sistemáticos encontros, os quais foram cruciais para as iniciativas de superação dos limites institucionais, culturais e políticos, que também operavam e operam na contramão, dificultando a consolidação do percurso do projeto de saúde mental.

Já os limites concernentes à diversidade de formação profissional, que, no início daquela experiência, apresentou-se como um dos primeiros desafios a ser trabalhado, foram sendo dirimidos através da ousada e complexa prática transdisciplinar, que trouxe no seu bojo possibilidades de construção que permitiram a criação de elos a partir das trocas fomentadas pelos diversos saberes-fazeres da equipe de trabalho.

Sendo assim, pôde-se realizar as integrações possíveis naquele momento do CAPS II OESTE, quando a equipe se dispôs a uma nova subjetivação, numa atuação transversal, criadora de valores que favorecessem a construção de perspectivas possíveis de se trabalharem outras formas de enfrentamento.

Mesmo com luta e negociação, foi possível experimentar diferentes atuações em equipe, o que possibilitou um crescimento, numa elaboração cotidiana, colocando-se num processo de aprendizagem possível de questionar seus próprios valores, viabilizando, assim, transformações estruturais e de processo, que produziram resultados concretos

refletidos em ações, atitudes e forma de gestão, como, por exemplo, a construção do modelo de co-gestão.

À luz desse modelo, Coordenação, Equipe Técnica e Pessoal de Apoio, que interagiam diariamente nas reuniões de equipe, de familiares e nas assembléias, refletiram e decidiram sobre questões de funcionamento do serviço, de planejamento das intervenções, de contratualidade da equipe e do projeto terapêutico individual dos usuários e coletivo do Projeto.

Quanto aos limites cultural-sociais, estes foram refletidos na práxis pelas representações dos saberes e fazeres construídos pelas formações profissionais, além de terem sido evidenciados no estabelecimento das parcerias, tanto com as famílias como com a comunidade. Tanto aquelas quanto esta, porém, centradas na representação social da loucura como sinônimo de agressividade, incapacidade e inutilidade, dificultavam, muitas vezes, o estabelecimento de relações de troca.

A concepção estreita sobre a patologia psíquica, que se materializou numa cultura expulsiva e excludente, tanto por parte dos próprios trabalhadores de saúde, movidos por idéias fragmentadas, segregadoras e discriminatórias, como pela categoria de administradores público ou privado, e da Sociedade em geral, também se incluía no rol desses limites.

Os limites institucionais, por sua vez, primeiramente se expressaram no nível interno do serviço, configurados nas deficiências dos recursos – humano, material e financeiro -, anunciados a partir do enfrentamento nos moldes de discussões em comissões, junto à Coordenação de Saúde Mental, em nível central da SMS, como em documentos denominados como *reivindicatórios*, que apontavam as deficiências e solicitavam da SMS as devidas providências. Tais procedimentos desdobraram-se em avaliações, por parte da SMS, como “falta de afinidade administrativa” da Coordenação, que por sua vez, representava a idéia da equipe.

Essas reivindicações e avaliações, somadas a tantas outras, geraram desgaste e distanciamento entre a Coordenação de Saúde Mental da SMS e a Equipe do CAPS II OESTE, o que culminou na destituição da então Coordenadora daquele serviço.

Ainda no contexto dos limites institucionais, a estagnação da Rede de Saúde Pública, ante o não-investimento na consolidação das diretrizes e princípios do SUS e especificamente na RPB, como, por exemplo, os princípios de intra-setorialidade e

intersetorialidade, levou a uma cultura do encaminhamento, originária da idéia fragmentada das especialidades, que dotou as categorias profissionais de papéis disciplinares, limitando, assim, a formação integral das práticas profissionais, numa unidade do saber que gere a necessidade de transcender o conhecimento fragmentado. (Ainda está confuso...a partir de “que gere”)

As regras burocráticas, por sua vez, que limitaram as formas de se comportar e de trabalhar geraram os conflitos que ocorreram entre o CAPS II OESTE e a administração em nível central da SMS.

Ainda em termos dos limites institucionais, entre outros, estes demarcaram e demarcam os entraves para a não-fluidez das estratégias de saúde mental dos serviços substitutivos aos sistemas manicomiais. São determinantes desse estado de coisa os limites das políticas públicas adotadas por administradores públicos que, por não se identificarem com aquela proposta ou por estarem a serviço de interesses outros distantes das práticas clínicas mais amplas, reforçam práticas de saúde pautadas em modelos de atenção hospitalocêntricas, com posturas terapêuticas isoladas, permitindo assim a coexistência de modelos.

Nesse contexto, as perspectivas de manutenção do modelo de co-gestão nos serviços de saúde podem significar, dependendo da política adotada pelos interesses econômicos dominantes, um salto de crescimento nos arranjos, tanto relacional como estrutural, nas organizações de serviços - aqui especificamente o serviço de saúde mental - substitutivos aos sistemas manicomiais.

A solidificação desse modelo sugere a necessidade de superação das práxis norteadas pela racionalidade gerencial hegemônica e pela administração hegemônica de trabalhadores. Tal mudança de paradigma se efetivará a partir da combinação autônoma do compromisso da equipe (trabalhadores, gestão, usuários e familiares) com a produção das ações de saúde.

Sendo assim, a perspectiva rumo às reformas, sanitária e psiquiátrica, brasileiras encontra-se atrelada às reformas estruturais, que, provavelmente, mobilizarão mudanças culturais e de funcionamento quanto a normas e regulamentos cristalizados nos contextos organizacionais, os quais poderão desdobrar-se na possibilidade de construção de novas subjetividades.

Numa perspectiva da visão dialética, somente a partir das subjetividades constituintes dos contextos organizacionais e das pressões do meio externo, é que poderão ser alterados os arranjos estruturais das organizações. Portanto, cabe aos dirigentes, junto às suas equipes de trabalho, promover necessárias mudanças culturais, estruturais e funcionais que gerem processos desalienantes que venham substituir estruturas, já cristalizadas, produtoras de dominação.

Gerar processos que libertem identidades é a premissa básica para os coletivos que conseguirem se organizar. Cabe agora enfatizar que o contexto atual referente à saúde mental, encontra-se, em âmbito nacional, numa quebra de braço entre os dois modelos: o manicomial e o antimanicomial.

O sistema manicomial já se conhece pelo seu caráter excludente e expulsivo da loucura, que, em nome da ciência, alastrou sofrimentos, por destituir da pessoa com transtorno mental a qualidade de ser cognitivo/afetivo/volitivo.

O outro modelo de sistema - o antimanicomial -, ao oferecer assistência à saúde mental das pessoas, tem enfrentado, todavia, entraves nas dimensões tanto culturais quanto estruturais e funcionais, devido exatamente ao fato de profissionais e dirigentes se apoiarem no sistema anterior, disseminando nos seus atos a exclusão da loucura.

Os titulares das administrações públicas e privadas têm imprimido ainda, através do exercício de suas autoridades administrativas, a exclusão de trabalhadores de saúde mental que se identificaram e se identificam com o modo de cuidar da saúde mental a partir de ações que contornam os tratamentos formais, como elementos decisivos para a evolução da pessoa, em vez daquelas ações que, desprovidas de capacidade crítica, não confrontam a ineficácia daqueles tipos de serviços que priorizam a doença, como sugere Saraceno (2001).

Finalmente, vale aqui ressaltar a fala de um usuário que, na ocasião, participava do fórum de saúde mental e direitos humanos, em comemoração aos dez anos do CAPS II OESTE, afirmando sabiamente: *“Não podemos deixar o barco afundar”*, como que adivinhando o que estava por vir.

Faz-se necessário continuar a luta, sabendo que princípios não se negociam. A consolidação da Reforma Psiquiátrica exige uma fortificação do sistema antimanicomial, na efetivação de estratégias cada vez mais substitutivas. Para isso, seja qual for o lugar que se ocupe, é preciso ser agente propulsor de mudanças que gerem desalienação

Referências Bibliográficas

AGUILAR, M. J. & ANDER-EGG. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

ALMEIDA FILHO, N “Transdisciplinaridade e saúde coletiva”. *Ciência e Saúde Coletiva*, II (1/2), Salvador, Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, 1997.

AMARAL, Aracy. As Artes Plásticas (1917-1930). In: ÁVILA (org.) O Modernismo. 2^a Edição. São Paulo: Perspectiva, 2002.

AMARANTE, P. (org.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996.

_____. Cidadania, sistemas locais de saúde e reforma psiquiátrica. In: *Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1994.

BARROS, Denise. D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BERGER, P. & LUCKMANN, T. *A construção social da realidade*. 26. ed. Petrópolis, RJ.: Vozes, 1996.

BERTOLETE, J. M. Em Busca de uma Identidade para a Reabilitação Psicossocial, In: PITTA, A. (org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 2001.

BEZERRA JR. B. & AMARANTE, P. (orgs.). *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.

BIRMAN, J. *Psicanálise, ciência e cultura*. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

_____. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. RJ.: Graal, 1978.

_____. *Freud e a experiência psicanalítica*. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre, 1989.

_____. Organização de Instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BIRMAN, J. A Cidadania tresloucada. In: BEZERRA JR. & AMARANTE, P. (Orgs.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BIRMAN, Joel. A Psicanálise e a crítica da Modernidade. In: HERZOG, Regina (org.) *A Psicanálise e o Pensamento Moderno*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2000, p. 111-130.

CALDAS, M. et al., *Transformação e realidade organizacional*, São Paulo:Atlas, 1999.

CAMPOS, G.W.S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método de roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005. 236 p.

- CARRION, Rosinha M. *Participação ou Manipulação: um estudo de caso*. Porto Alegre, FCE, 1984.
- CERQUEIRA, L. *Psiquiatria Social*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984
- COHEN, E. & FRANCO, R. *Avaliação de Projetos Sociais*. São Paulo: Vozes, 1993.
- COSTA, J. F. *História da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Campus, 1981.
- COSTA, Benny K. e Almeida, Martinho I. R. *Estratégia: perspectivas e aplicações*. São Paulo: Atlas, 2002.
- DELEUZE, G. & GUATTARI, F. *O anti-Édipo*. Rio de Janeiro, Imago, 1976.
- DEJOURS, C. et al., *Psicodinâmica do trabalho*. Editora Atlas, São Paulo, 1994.
- DELGADO, P. G. *As razões da tutela*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.
- DEMO, P, *Conhecimento moderno.: sobre ética e intervenção do conhecimento*. Petrópolis: Vozes. 1997.
- DESVIAT, Manuel. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- DIAS, Paula Barros. Nise da Silveira: uma mulher de seu tempo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA MEDICINA, VII. 2002, Ribeirão Preto (SP). *Jornal Brasileiro de História da Medicina*, Nov. 2002A, vol.5, Suplemento 1, p.28.
- DIAS, Paula Barros. Arte, Loucura e Ciência: sobre as origens do Museu de Imagens do Inconsciente. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA MEDICINA, VII. 2002, Ribeirão Preto (SP). *Jornal Brasileiro de História da Medicina*, Nov. 2002B, vol.5, Suplemento 1, p.23.
- DIATKINE, René. *Psicose e Mudança*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.
- DOLTO, F. *Os caminhos da educação*. São Paulo: Martins Fontes. 1998.

ENRIQUES, et al. *A Instituição e as Instituições*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

ERIKSON, E. *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976

FARIA, José Henrique de. *Relações de poder e formas de gestão*. Curitiba: Criar, 1985.

FARIAS, Miriam Caiafa Amorim. *Direitos Humanos e psicanálise: Proposta de um novo paradigma de trabalho*. Dissertação apresentada ao Mestrado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais defendida em Belo Horizonte, 2006.

FERREIRA, Ademir Antonio et al. *Gestão Empresarial: de Taylor aos nossos dias – Evolução da Moderna Administração de Empresas*. São Paulo: Pioneiro Thomson Learning, 2002.

FERREIRA, Maria J. Um Modelo Informal para a Gestão do SUS: Construindo indicadores desagradáveis de mobilidade hospitalar para o município de Belo Horizonte. Dissertação apresentada ao Mestrado em Administração Pública da Escola de Governo da Fundação João Pinheiro - Belo Horizonte, 2000.

FIGUEIREDO, Ana Cristina et al (org.). *A Reforma Psiquiátrica e os Desafios da Desinstitucionalização – Contribuição à III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979

FREITAS, M.E. Supervisão Institucional e a Clínica de Inversão Social. In: ROSA, L..C. S. União em Saúde Mental: experiências relacionadas em Saúde Mental. Teresina: EDUFPI, 2007.

FREITAS, M.E. *Cultura organizacional, formação, tipologia e impacto*. São Paulo: Makron Book, 1991.

FREUD, S. *Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise*. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*, vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. *Psicologia de massa e análise do ego*. In: *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas*, vol. XXXI Rio de Janeiro: Imago, 1976.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. RJ.: Graal, 11. ed, 1985.

GAVRONSKI, A. A. *A Participação da Comunidade como diretriz do SUS*. Monografia de conclusão do curso de especialização em direito sanitário à distância. Faculdade de Direito. Universidade de Brasília, 2003.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GUATTARI, f. *Revolução molecular - pulsações políticas do desejo*. 2. ed. São Paulo, Brasiliense, 1985.

HARARI, Angelina & Valentini, Willians (orgs.). *A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2001.

LANCETTI, A. (dir.). *Saúde e Loucura*, nº. 1; 4; 7. São Paulo: Hucitec, 1998.

JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro, Imago, 1976.

LAPLANCHE & PONTALIS, *Vocabulário da psicanálise*. 9. ed. Trad. De Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes. 1986.

LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LOURAU, R. A. *Análise institucional*. Petrópolis, Vozes, 1995.

KAËS et al. *A Instituição e as Instituições*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

KAËS, R. *O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

MARX, K. *O Capital: crítica de economia política*, 2. ed. Trad. De Regis Barbosa & Flávio R. Kotke. S. Paulo: Nova Cultura. 1985. vol. I, livro primeiro, tomo 1.

_____. *Marx*. São Paulo: Ática, 1988.

MENDES, e. v. et. al. (1996). *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec.

MENDONÇA, L. C. *Participação na Organização: uma introdução aos seus fundamentos, conceitos e formas*. São Paulo: Atlas, 1987.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Legislação em saúde mental: 1990-2000*. 2º. ed. Coordenação Geral de Documentação e Informação, MS, Brasília, 2000, 2001

_____. *Seminário Nacional sobre o Direito à Saúde Mental – Regulamentação e Aplicação da Lei n. 10.216/01*. Brasília: Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados/Ministério da Justiça/Ministério Público.

MORGAN, G. *Imagens da organização*. Trad. Cecília Whitaker Bergamini São Paulo: Atlas, 1996.

MOTTA, F.C. et al., *O novo sentido da liderança: controle social nas organizações*. In: WOOD JR., T. (Ed.). *Mudança organizacional*. São Paulo: Atlas, 1995.

MOTTA, P.R. *A participação na gerência: uma perspectiva comparada*. ver Adm. Publ. 1981.

MOTTA, A .P. *Teoria Geral da Administração: uma introdução*. São Paulo: Pioneira, 1979.

_____. *O que é burocracia*. São Paulo, brasiliense, 1979.

_____. *Controle Social e autogestão: a proposta de Proudhon*. São Paulo: Brasiliense, 1981.

_____. *Participação e Co-gestão: Novas formas de administração*. São Paulo: brasiliense, 1982.

_____. *A co-gestão alemã: as conciliações do inconciliável*. rev. *Adm. Empr.*, 1983.

_____. *A gestão contemporânea*. São Paulo: Record, 1992.

_____. *Teorias das Organizações – Evolução e Crítica*. 2. ed. rev. e ampliada. São Paulo: Pioneira, 2001.

_____. *Teoria Geral da Administração*. São Paulo: Pioneira, 2005.

MOURA, A.H. *As pulsões*. São Paulo: Escuta - Educ.1995.

MELMAN, J. *Família e Doença Mental – Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras Ed., 2001.

NOGUEIRA FILHO, P. *Autogestão: participação dos trabalhadores na empresa*. Rio de Janeiro: Olympio, 1979

OSÓRIO, I.c. ET AL., *Grupo terapia hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

PINTO, Julio César Silveira Gomes - *A Saúde Mental na Atenção Básica*. Dissertação apresentada á Pós-graduação em Saúde Pública na Universidade Estácio de Sá, Macaé em 2004.

PIRES, D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume, 1998.

PITTA, A. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo, Hucitec, 1996.

PONTE, Carlos Fidelis – *médicos, psicanalistas e loucos: uma contribuição à história da psicanálise no Brasil*. Dissertação de mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz no RJ em outubro de 1999. Portaria de nº 336/GM, de fevereiro de 2002

ROCHA, P. *Psiquiatria Comunitária na América Latina*. Dissertação de mestrado apresentado ao Instituto de Psiquiatria da UFRJ, em 1979.

ROSA, Lucia C.S. *Transtorno Mental e o Cuidado na Família*. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. *O nordeste na reforma psiquiátrica*. Teresina: EDUFPI, 2006.

ROTELLI, F. “Desinstitucionalização, uma outra via”. In: ROTELLI, F. et al., *Desinstitucionalização*. São Paulo, Hucitec, 1994

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro, IFB/Te Corá, 2001.

_____. Reabilitação Psicossocial: Uma Prática à Espera de Teoria. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SARTRE, J-P. “O existencialismo é um humanismo”. In: *Os pensadores*, v.45. São Paulo: Abril: 1973.

SCHVARTZAIID, Flávia Teresa de Lima. *A articulação entre os Diversos conhecimentos sobre a infância: o espaço transdisciplinar pensado através da psicanálise*. Cadernos de psicopedagogia. São Paulo: Memnon, v.3, n.5, jul./dez., 2003.

TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma sanitária – em busca de uma teoria*. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez, Abrasco, 1989.

TRIVIÑOS, A.N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. “Desinstitucionalização e interdisciplinaridade em saúde mental” in *Cadernos IPUB* N. 7, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro, 1997a

_____. “Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental”. In: ROSA, L. et al., *Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2000.

VENANCIO, A. T. A. *Sobre a “nova psiquiatria” no Brasil: um estudo de caso no hospital-dia do Instituto de Psiquiatria*. Dissertação de mestrado apresentada ao Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 1990.

_____. Antropologia e saúde mental: uma revisão. In: VENANCIO & CAVALCANTI (Orgs.). *Saúde mental: Campo, Saberes e Discursos*. Rio de Janeiro: Ed. IPUB/CUCA, 2001.

VERZTMAN & GUTMAN. “A clinica dos espaços coletivos e as psicoses”. In: VENANCIO & CAVALCANTI (Orgs.). *Saúde mental: Campo, Saberes e Discursos*. Rio de Janeiro: Ed. IPUB/CUCA, 2001.

VIGOTSKI, L.S. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

_____. *Pensamento e Linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

BIBLIOGRAFIAS PESQUISADAS

TESES DE MESTRADO E DOUTORADO

COSTA, Rosemary Pereira. *Interdisciplinaridade e equipes de saúde: um estudo de caso*. Florianópolis: UFSC, 2002 XII; 102p. Dissertação: Mestrado em Engenharia de Produção (Área: Psicologia das Organizações)

FORTUNA, Cinira Magali. *Cuidando de quem cuida: notas cartográficas de uma intervenção institucional em prol da montagem de uma equipe de saúde como engenhoca mutante para produção da vida*. Tese de Doutorado. Interface (Botucatu), v. 9, n. 17, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200022&Ing=en&nrm=isso. Acesso em: 19 Nov. 2006. doi: 10.1590/S1414-32832005000200022.

HIRDS, Alice. *Centro comunitário de saúde mental de São Lourenço do Sul: resgatando possibilidades de reabilitação psicossocial*. 01.07.2000, Enfermagem. 1 v. 193p. Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. CAPES – Banco de teses. Htm

MATUMOTO, Silvia. *Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento*. Tese de Doutorado, 2003. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp/teses/disponiveis/22/22133/tde-18052004-094556/> Acesso em: 19 nov. 2006.

ARTIGOS DE CONGRESSOS NACIONAIS

CALDAS, Luis Alberto de Carvalho; NICHIOKA, Júlio; LEONE, Carla Cristina A.; CORNER, Viviane Nayala. Modelos organizacionais em novos tempos? Participação e autoritarismo. **XXIV Encontro Nacional de Eng. de Produção** – Florianópolis, SC, Brasil, 03 a 05 de nov.2006.

OLIVEIRA, Ualison Rébula; RODRIGUES, Martins Vicente. Gestão da diversidade: além de responsabilidade social, uma estratégia competitiva. *XXIV Encontro Nacional de Eng. de Produção* – Florianópolis, SC, Brasil, 03 a 05 de Nov. 2004.

PIMENTA, Rosângela Borges; AMARAL, Prof. Dr. Dario Eduardo; KOVALESKI, Prof. Dr. João Luiz. A gestão pessoal como diferencial estratégico para o compartilhamento do

conhecimento nas organizações. *XXIV Encontro Nacional de Eng. de Produção* – Florianópolis, SC, Brasil, 03 a 05 de Nov. 2004.

ARTIGOS DE REVISTAS CIENTÍFICAS:

AMARAL, Márcia A. *Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial*. *Rev. de Saúde Pública*. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0034-89101997000300010&doi:10.1590/S0034-89101997000300010> -

MEDEIROS, Soraya Maria; GUIMARÃES, Jacileide. *Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate*. *Ciência Saúde coletiva*, v.7, n.3, Rio de Janeiro 2002. doi: 10.1590/S1413-81232002000300014.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SENNA, Mônica de Castro Maia; SOUZA, Rosimary Gonçalves. *A reorganização dos serviços de saúde no cenário local*. *Ciências Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, Rio de Janeiro 2002. doi: 10.1590/S1413-81232002000300009

MOTTA, Fernando C. Prestes. *Administração e participação: reflexões para a educação*. *Educ. Pesqui.*, São Paulo, v. 29, n. 2, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script+sci_arttext&pid=S1517-97022003000200014&Ing=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 Nov. 2006. doi: 10.1590/S1517-9797022003000200014.

PEDROSA, José Ivo dos Santos; TELES, João Batista Mendes. *Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família*. *Rev. de Saúde Pública*. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-89102001000300014&Ing=pt&nrm=iso&Ing:10.1590/50034-89102001000300014> -

SOUZA, Jonildo Costa. *Processo de Inovação em abordagem multidisciplinar*. *Gestão. Org Revista Eletrônica de Gestão Organizacional*. v. 4, n. 2, mai./ago. 2006

Anexos

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](#)