

**Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas Letras e Artes
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**A CRONIFICAÇÃO NOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS NA REDE DE
SAÚDE MENTAL DE NATAL/RN**

Ana Kalliny de Sousa Severo

**Natal
2009**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Ana Kalliny de Sousa Severo

**A CRONIFICAÇÃO NOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS NA REDE DE
SAÚDE MENTAL DE NATAL/RN**

Dissertação elaborada sob orientação da Professora Dra. Magda Dimenstein e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

**Natal
2009**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A dissertação “A cronificação nos serviços substitutivos na rede de saúde mental de Natal/RN”, elaborada por “Ana Kalliny de Sousa Severo”, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Natal, ____ de _____ de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Silvio Yasui

Prof. Dr. Roberto Tykanori Kinoshita

Prof^ª. Dr^ª. Magda Dimenstein

*Então dá-se conta (o homem) de que não sabe o que fazer de sua liberdade:
‘No longo período de domínio absoluto da serpente,
ele se habituara de tal maneira a submeter à vontade dela a sua vontade,
aos desejos dela os seus desejos e aos impulsos dela os seus impulsos,
que havia perdido a capacidade de desejar, de tender para qualquer coisa
e de agir autonomamente’. ‘Em vez de liberdade ele encontrara o vazio’,
porque ‘junto com a serpente saíra a sua nova essência, adquirida no cativeiro’,
e não lhe restava mais do que reconquistar pouco a pouco
o antigo conteúdo humano da sua vida
(Davydov, 1966, citado por Basaglia, 1985).*

*A Jailton e Neuma,
por não me deixarem esquecer
que a vida é feita de
atos constantes de resistência.*

Agradecimentos

A Magda, pela convivência nesses quatro anos, pelas experiências partilhadas e por através dessa convivência, com seu jeito intenso de ser, ter me proporcionado um amadurecimento intelectual e pessoal, e um aprendizado de um outro modo de encarar os acontecimentos da vida.

A Kamila, Ellen e Rodrigo, pelas contribuições dadas no período de entrada no campo e pelas reflexões conjuntas que propiciaram a construção desse trabalho.

Agradeço aos Profs. Silvio Yasui e Roberto Kinoshita pela leitura deste de trabalho e por aceitarem compor a banda de avaliação.

Agradeço a cada membro componente da equipe técnica do Ambulatório de Saúde Mental, pela abertura desde o período do estágio de conclusão do curso de psicologia, por terem aceitado participar desse processo de pesquisa, por cada uma, em sua singularidade, ter contribuído para a construção das reflexões que perpassam esse trabalho.

Sou grata aos usuários do Ambulatório de Saúde Mental, por todo aprendizado que me proporcionaram em todo período que eu estive lá, pelo carinho, acolhimento e confiança que sempre demonstraram, e acima de tudo por me fazerem (re)descobrir outros possíveis trazendo mais sentido a esse processo de pesquisa.

Aos meus companheiros da base de pesquisa, pelos diálogos que me instigaram a continuar nesse trajeto de pesquisa, e pela “co-orientação” coletiva, sem vocês esse trabalho com certeza não seria possível.

A Cilene, pelas orientações fornecidas durante o mestrado e pelas risadas que tornaram momentos de angústia em desafios.

Aos meus pais, Severo e Maria do Carmo, pelo companheirismo no caminhar da vida e nesse processo de mestrado, pelo cuidado constante, pelo olhar atento, e acima de tudo por me ensinarem que tudo era possível. Aos meus irmãos, e especialmente à Karla, pelo cuidado e pela companhia nas estradas da vida.

Ao Flávio, companheiro de reflexões, risadas, e angústias frente às “outras” na nossa vida. Obrigada por estar partilhando da vida ao meu lado.

Ao Rafael, o Rafa, por fazer desse percurso menos solitário, menos desgastante, através do seu senso de humor e seu jeito atrapalhado de levar a vida. Sou imensamente grata por esse encontro que a vida me proporcionou.

Ao André, pelos desabafos trocados, por ter simplificado as coisas nos momentos em que elas pareciam monstruosas, pela amizade que construímos nesse percurso.

Aos colegas do mestrado, principalmente o pessoal do ano de 2008, e aos “agregados”, carinhosamente falando, pelo apoio cotidiano, pelas risadas, pelo debate coletivo construído nesse percurso.

A Larissinha, minha irmã de coração, por ter sempre se feito presente, por me trazer risos e alegrias nos momentos pesados que vivenciei nesse e em outros trajetos.

A Ana Lícia, pela força que sempre me passava, e por ter me ajudado a encontrar garra quando achava que não era mais possível.

A Sol, Keyla e Adriana, pela descoberta da preciosidade que é estar com cada uma delas, por terem me ajudado nesse momento de mudanças na vida que coincidiu com o mestrado, e por me mostrarem que outra vida era possível.

A todos cujos nomes não citei mas que contribuíram para que esse trabalho fosse construído.

Ao CNPQ, pela concessão de bolsa de mestrado.

Sumário

Lista de Tabelas.....	ix
Lista de Figuras.....	x
Lista de Siglas.....	xi
Resumo.....	xii
Abstract.....	xiii
Introdução.....	14
1. A criação do percurso da pesquisa.....	22
1.1. O Ambulatório de Saúde Mental (ASM).....	27
1.2. As rodas de conversa.....	37
1.3. Processo de inserção no Ambulatório de Saúde Mental.....	38
2. Rede e intersetorialidade no contexto da Estratégia de Atenção Psicossocial: o lugar do Ambulatório de saúde mental.....	66
2.1. A rede de Atenção Psicossocial e os ambulatórios de saúde mental.....	71
2.2. A rede de saúde mental e o ASM de Natal.....	75
2.3. A rede de Atenção Psicossocial de Natal e o Ambulatório de Saúde Mental: a permanência de lógicas contraditórias.....	100
3. Processos de trabalho e de gestão na Estratégia de Atenção Psicossocial.....	105
3.1. Processos de trabalho e gestão no Ambulatório de Saúde Mental.....	112
3.2. Estratégias de enfrentamento: Compaixão X Solidariedade.....	134
4. Breves considerações sobre o processo de pesquisa.....	140
5. Referências Bibliográficas.....	142

Lista de Tabelas

Tabela		Página
1	Distribuição dos grupos segundo a categoria sexo.....	31
2	Distribuição segundo a categoria naturalidade.....	31
3	Idade Cronológica.....	31
4	Escolaridade dos usuários.....	32
5	Tipo de renda.....	32
6	Com quem o usuário reside.....	32
7	Distrito Sanitário onde residem.....	33
8	Procedência dos usuários.....	34
9	Tempo de uso do serviço.....	34
10	Projeto Terapêutico cadastrado no serviço.....	34
11	Frequência de participação da família no Ambulatório de Saúde Mental.....	34
12	Grau de parentesco do familiar participante.....	35
13	Tipos diagnósticos de transtornos psiquiátricos.....	35

Lista de Figuras

Figura		Página
1	Distribuição dos usuários segundo tipo de atendimento do Ambulatório de Saúde Mental.....	30
2	Distribuição de usuários do Grupo 1 segundo a confirmação de internações psiquiátricas.....	35
3	Distribuição de usuários do Grupo 1 segundo número de Internações psiquiátricas.....	36
4	Distribuição de usuários do Grupo 2 segundo a confirmação de internações psiquiátricas.....	36
5	Distribuição de usuários do Grupo 2 segundo número de internações psiquiátricas.....	36

Lista de Siglas

ASM- Ambulatório de Saúde Mental de Natal / RN

EAPS – Estratégia de Atenção Psicossocial

ESF- Estratégia de Saúde da Família

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

SUS – Sistema Único de Saúde

SESI – Serviço Social da Indústria

IML – Instituto Médico-Legal

CORDE - Subcoordenadoria para Integração das Pessoas Portadoras de Deficiência do
Rio Grande do Norte

STTU - Secretaria Municipal de Transporte e Trânsito Urbano

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

Resumo

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, através da Estratégia de Atenção Psicossocial, tem objetivado construir práticas de cuidado ao louco a partir de serviços de atendimento comunitário que contemplem a vida concreta dos sujeitos. Entretanto, transformar os modos tradicionais de cuidados exige o enfrentamento de uma série de obstáculos epistemológicos, políticos e culturais. Um dos desafios atuais trata de processos de cronificação dos usuários, dos modos de gestão, dos dispositivos e dos profissionais, bem como da rede assistencial. Investigar como esses processos de cronificação vêm sendo constituídos na rede de saúde mental de Natal, compreendendo seus efeitos nas equipes de trabalho e nos usuários foi a proposta dessa dissertação. A análise institucional foi utilizada como perspectiva teórica e metodológica, subsidiando o uso de ferramentas-conceitos como a análise da implicação, auto-gestão e auto-análise, e restituição. A pesquisa foi desenvolvida no ambulatório de saúde mental no distrito sanitário leste da cidade de Natal/RN, com a participação dos técnicos e usuários. Os procedimentos da pesquisa foram: pesquisa bibliográfica e documental sobre o serviço e sobre a temática analisada; análise dos registros do serviço; observação participante da rotina institucional durante três meses e registros no diário de campo; rodas de conversa, uma com a equipe e com os usuários. Elencamos dois pontos principais de discussão: 1. A lógica de organização do ambulatório de saúde mental e as políticas intersetoriais; 2. Os processos de trabalho e de gestão desenvolvidos no ambulatório de saúde mental. As análises indicam uma diversidade de demandas atendidas no serviço que tem favorecido aos processos de cronificação dos usuários, desse dispositivo e da rede substitutiva. Os processos de trabalho estão dissociados da esfera política e dos processos de gestão. Nesse sentido, apontamos a necessidade de rever o dispositivo ambulatorial bem como os modelos de gestão adotados no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Palavras-Chaves: reforma psiquiátrica, ambulatório, cronificação, trabalho, gestão.

Abstract

Brazilian Psychiatry Reform, through Psychosocial Care Strategy, has intended to build insane people care practices from community care services which contemplates the subjects' complete lives. However, to change the traditional care ways demands the facing of a series of epistemological, political and cultural obstacles. One of the current challenges deals with patients aggravation processes, with management ways, with devices and with professionals, as well as with the assistance network. The purpose of this thesis was to investigate how these aggravation processes has been constituted in Natal mental healthcare network, understanding its effects in the work teams and patients. Theoretical and methodological perspective used was Institutional analysis was, subsidizing the usage of concept-tools as the implication analysis, self-management and self-analysis, and restitution. The research was carried out at the Natal East Sanitary District Mental Healthcare Clinic, with the participation of technicians and patients. The research procedures were: literature and document research on the attendance and the analyzed theme; attendance registers analysis; participating observation of the institutional routine for three months and field log entries; talking groups, one with the team and one with the patients. Two main discussion points are shown: 1. The mental healthcare clinic organization logic and the intersector politics; 2. The work and management processes developed at the mental healthcare clinic. The analysis show diversity in the attended demands in the service, which has favored the patients' aggravation, this device and the substitute network processes. The work processes are apart from the political sphere and from the managements processes. In this sense, we show the need to reevaluate the clinic device as well as the management models adopted in the Brazilian Psychiatry Reform context.

Keywords: psychiatry reform, clinics, cronification, work, management.

Introdução

A Reforma Psiquiátrica brasileira tem objetivado construir práticas de cuidado ao louco a partir de serviços de atendimento comunitário que contemplem a vida concreta dos sujeitos. Entretanto, implementar uma rede de serviços substitutivos, bem como transformar os modos tradicionais de cuidado exige o enfrentamento de uma série de obstáculos epistemológicos, políticos e culturais. Um dos pontos atualmente presente nas discussões do campo da saúde mental trata dos processos de cronificação dos usuários no interior dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (Barros, 2003). Essa dissertação de mestrado visa, dentre outros aspectos, discutir tal problemática a partir de uma investigação focada em um serviço ambulatorial da rede de saúde mental de Natal/RN.

O meu interesse nessa problemática parte de uma trajetória de participação em projetos de pesquisas no campo da saúde mental, principalmente nos níveis de atenção básica e de atenção especializada, ao longo dos últimos quatro anos. Alguns incômodos no contato com usuários da rede de saúde mental foram atravessando essa trajetória, onde uma questão de pesquisa acabava por gerar outras a serem aprofundadas.

Inicialmente, nos anos de 2005 e 2006, realizei pesquisa com os usuários residentes nos bairros de Lagoa Azul e Bom Pastor, localizados nos Distritos Sanitários Norte e Oeste da cidade de Natal, respectivamente. Nesse período, conheci de perto como eles eram atendidos na rede básica e como a família chegava ao ponto de querer a internação psiquiátrica por não saber lidar com a crise. Desse modo, despertou-me curiosidade o modo como a família, atravessada por concepções de normalidade, de modos de ser idealizados, relaciona-se com a loucura, a diferença, as dificuldades e as

alternativas de cuidados que co-existiam nessas relações. Percebemos, dentre outras coisas, que os familiares sentiam-se sobrecarregados na relação de cuidado (afetivo, financeiro, médico, etc.); a relação família-usuário era atravessada pelo medo, desconfiança e pelo isolamento do usuário na família e na comunidade. Além disso, muitos usuários sentiam-se frustrados por planos de vida desfeitos, incomodados com a tutela exercida pela família e, principalmente, solitários pela diminuição nas relações de amizade.

Esse quadro também era percebido nos casos atendidos pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) apesar destes serviços terem como proposta fortalecer a ligação dos usuários com a comunidade. Comecei a me questionar sobre que momentos na trajetória de vida dos usuários demarcariam esse isolamento e que lugar ocupava o CAPS no processo de desconstrução desse isolamento.

Sobre a primeira questão, percebemos que a crise psiquiátrica aparece como um importante momento de ruptura com o trabalho, estudo, passeios com amigos e de convivência social do usuário, a qual se torna restrita aos espaços familiares. Quando frequentam serviços substitutivos, a rede especializada aparecia como a única possibilidade de compartilhamento de cuidado para as famílias sobrecarregadas pela história psiquiátrica e como única alternativa de socialização desses usuários. São inegáveis os efeitos positivos das atividades realizadas nos CAPS, mas elas não possibilitavam que esse isolamento fosse reduzido no que se refere às relações do louco com a comunidade. Na grande maioria dos casos, os usuários não vislumbram sair desses serviços. Desse modo, me interrogava se agindo desse modo os serviços substitutivos não estariam gerando uma dependência de cuidados nos usuários e nos familiares.

Durante o ano de 2007, através do estágio curricular de conclusão de curso de formação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte no ambulatório de saúde mental, vi repetirem-se as reclamações dos usuários de não ter o que fazer fora do serviço, frustração por planos de vida desfeitos reaparecerem, seja pela “impossibilidade” de executá-los devido ao sofrimento mental, seja por outras pessoas ou grupos sociais não aceitarem a presença do louco, que acabava por exigir mudanças no funcionamento das atividades (ritmo de tempo, organização das atividades, etc.).

Percebia claramente que os usuários permaneciam anos sendo atendidos nos CAPS e eram encaminhados para o atendimento no ambulatório, continuando com suas vidas institucionalizadas a partir do “contrato” com o serviço, e muitos, ficavam saudosistas quanto à época do CAPS, porque lá permaneciam em tempo integral. Reações como estas indicavam a presença de cronificação. Nas histórias de vida desses usuários era possível perceber que muitas crises psiquiátricas estavam relacionadas ao ritmo de trabalho, de estudo, e que essas pessoas acabavam sendo afastados dessas atividades, passando a transitar apenas pelo circuito especial constituído pelos serviços de saúde mental (Castel, 1987).

Nesse trânsito restrito ao *circuito especial* (rede especializada de serviços de saúde mental – domicílio) é que situamos o problema da cronificação. Castel (1987) destaca que o diagnóstico psiquiátrico equivale a uma definição ao mesmo tempo médica, jurídica e social do estatuto da pessoa garantindo-lhe um tratamento completo, frequentemente, por toda a vida, consolidando o trânsito do usuário por alguns serviços.

Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) questionam quais os efeitos obtidos a partir da desinstitucionalização. O circuito mencionado se refere ao efeito complementar

existente entre as estruturas de internação e os serviços de saúde mental comunitários, onde

Na psiquiatria reformada e estática da segregação em uma instituição separada e total foi substituída pela dinâmica da circulação entre os serviços especializados e prestações pontuais e fragmentadas. Assim, funcionam: o centro para intervenção durante a crise, o serviço social que distribui subsídios, o ambulatório que distribui fármacos, o centro de psicoterapia, etc (p.23).

Algumas propostas de desinstitucionalização, ao resultarem na cronificação, apontam para a tentativa fracassada de liberar a Psiquiatria de sua relação histórica com a justiça e o controle social, enfatizando sua vocação terapêutica. Pois, o que se verifica é a necessidade freqüente de internações psiquiátricas, a manutenção do circuito especializado produzindo as novas cronicidades, que são os sinais mais evidentes da impotência da Psiquiatria em alcançar a solução-cura (Rotelli, Leonardis e Mauri, 2001).

Barros (2003) aponta que a cronificação dos usuários no interior dos serviços substitutivos é um problema recorrente na atualidade e se deve, em parte, à inexistência de uma rede de saúde, as cronicidades nos modos de gestão, nos dispositivos e dos profissionais. Concordamos com a perspectiva da desinstitucionalização que pensar sobre a cronificação dos usuários nos serviços substitutivos implica em repensarmos o modo como se concebe a clínica, associando-a ou não ao contexto social, além dos modos de concepção da doença mental e das estratégias de trabalho em rede envolvidas.

O problema da cronificação dos usuários nos serviços substitutivos aponta principalmente que a desospitalização e a criação de novos serviços, apesar de constituírem um passo importante nas mudanças da relação loucura e sociedade, não abrange atualmente as modificações sociais, políticas, econômicas, subjetivas,

necessárias à transformação da lógica de segregação vigente. A permanência ilimitada de tempo dos usuários no interior dos serviços substitutivos acaba por reproduzir o isolamento do louco, excluído historicamente do convívio social por não corresponder a um ideal de normalidade. Além disso, gera relações de dependência do usuário e dos familiares para com os serviços de saúde mental, que acabam por querer um cuidado permanente, acreditando sempre necessitar dele.

Para os serviços substitutivos, a cronificação tem gerado o excesso de demanda, nos quais os técnicos, sem conseguir construir perspectivas de saída desses usuários, acabam por ter uma sobrecarga de trabalho pelos problemas relacionados ao fluxo dos usuários dos serviços: excesso de procura e quase nenhuma saída.

Existe o risco do modelo CAPS¹ sofrer mudanças drásticas e indesejáveis com a cronicidade dos dispositivos, da clínica e dos profissionais. Dentre eles destacamos a sobrecarga de trabalho dos profissionais, a incapacidade de acompanhar a singularidade dos projetos terapêuticos com a conseqüente desassistência, aumento elevado do trabalho ambulatorial com pacientes não CAPS, dificuldades de criar outro tipo de intervenção clínico-política (Barros, 2003). Alguns desses problemas podem ser identificados no Ambulatório de Saúde Mental de Natal (ASM), que adota um modelo de atendimento semelhante ao CAPS, com oficinas terapêuticas e atendimentos grupais. Acreditamos que a identificação desses problemas aponta para um processo de cronificação que vai além do próprio funcionamento do serviço, abrangendo problemas na rede de saúde mental de Natal como um todo.

Nesse sentido, gestores e trabalhadores da saúde mental precisam tomar a cronificação dos usuários nos serviços como um analisador das práticas cotidianas nos

¹ Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços territoriais criados para substituir os Hospitais Psiquiátricos formulados a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

serviços substitutivos, dos modos de trabalho, do papel o usuário, da família e da própria comunidade no processo de desinstitucionalização. Um analisador refere-se a um fenômeno emergente de uma série de forças contraditórias apresentadas na realidade (Baremlitt, 1992). A análise do processo de cronificação dos serviços possibilita apontar os seus limites dentro da atual proposta de reforma psiquiátrica e que pontos precisam ser investidos daqui para frente.

Tomaremos o Paradigma² Psicossocial e o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador como modelos de referência onde se situam os recortes analíticos dos temas propostos nessa dissertação. O Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador fundamenta-se no princípio doença-cura, em uma organização de serviços estratificada e hierarquizada, com a busca de remissão de sintomas. Já o Paradigma Psicossocial compreende o processo de saúde-doença como “processos sociais complexos e que demandam uma abordagem interdisciplinar” (Yasui e Costa-Rosa, 2008, p. 29). Outras características destes dois modelos serão especificadas no decorrer desta dissertação.

Essa pesquisa buscou produzir uma reflexão no sentido de analisar o funcionamento da rede substitutiva em saúde mental de Natal e os processos de cronificação aí gerados, buscando contribuir com o movimento instituinte de novas práticas, novos modos de pensar as organizações que cuidam do louco. Dessa maneira, objetivamos investigar como esses processos de cronificação vêm sendo constituídos na rede de saúde mental, especificamente no ambulatório de saúde mental de Natal. Para tanto, definimos como objetivos específicos:

² Paradigma é entendido aqui como uma “agregação dos diferentes vetores das pulsações tanto em termos de ação instituinte quanto de resistências do instituído no campo da Saúde Mental” (Costa-Rosa, 2006, citado por Yasui e Costa-Rosa, 2008, p. 28).

1. Mapear o fluxo de entrada e de saída dos usuários no ambulatório de saúde mental, identificando o tempo de permanência no serviço;
2. Identificar junto à equipe os usuários considerados de “alta”, mas que permanecem vinculados ao serviço;
3. Investigar os fatores associados a essa permanência dos usuários;
4. Identificar a realização ou não de ações intersetoriais desenvolvidas no Ambulatório de Saúde Mental;
5. Analisar os efeitos da cronificação gerados no cotidiano da equipe e na vida dos usuários;
6. Discutir com a equipe as estratégias de enfrentamento ao processo de cronificação.

Para a realização desse estudo definimos a observação participante, rodas de conversa com técnicos e usuários do serviço e análise dos registros do serviço como estratégias metodológicas que serão detalhadamente apresentadas no primeiro capítulo dessa dissertação. A seguir, abordaremos os principais operadores conceituais e eixos de discussão definidos a partir do trabalho de campo, os quais compõem os capítulos 2 e 3 do trabalho.

No capítulo 2, o primeiro ponto a ser abordado diz respeito ao Paradigma Psicossocial que norteia a Estratégia de Atenção Psicossocial e a questão da intersetorialidade, na medida em que nosso problema de pesquisa tem relação direta com as iniciativas de reinserção social do portador de transtorno mental, bem como do aumento de contratualidade entre os usuários de serviços de saúde mental. O segundo deles diz respeito à contextualização e problematização do ambulatório de saúde mental no processo de Reforma Psiquiátrica, bem como da rede local, apontando suas

características e modos de funcionamento, problematizando sua função dentro da Estratégia de Atenção Psicossocial.

No capítulo 3 pretendemos focar na discussão acerca do processo de trabalho e gestão em saúde mental, problematizando as tensões presentes no cotidiano do serviço frente às novas demandas de atuação e de cuidado propostas pela EAPS, bem como discutir as alternativas encontradas frente aos processos de cronificação.

1. A criação do percurso da pesquisa

A pesquisa é uma criação permanente: consiste em interrogar conceitos, criticá-los e nunca meramente aplicar nossa teoria, de um modo meio mágico, fazendo uma espécie de repetição mecânica das mesmas palavras (Lourau, 1993, p. 111).

Esse estudo está orientado prioritariamente pela perspectiva qualitativa de pesquisa por privilegiar os sentidos e afetos dos movimentos de uma comunidade ou grupo social, percebendo-os “nas polêmicas, nos desvios, nas ações que fazem diferença, frente ao hegemônico, que abre espaço a imprevisibilidades” (Rocha, 2006, p. 171). Entretanto, em alguns momentos, adotamos alguns procedimentos da pesquisa quantitativa na análise de alguns índices indicadores das estratégias de atendimento.

A Análise Institucional foi adotada como perspectiva teórica e metodológica. Esse referencial aparece mais fortemente a partir da década de 1960 na França através de um conjunto de transformações políticas, sociais, econômicas e no campo do saber, seja científico ou não, e tem como característica fundamental aspirar deflagrar processos auto-analíticos e autogestivos nos coletivos sociais (Baremblytt, 1992; Rodrigues, 2006).

A Análise Institucional percebe a realidade como sendo composta por diversos elementos políticos, ideológicos, libidinais, econômicos, etc., que se expressam de maneira contraditória. No caso do nosso objeto de estudo, é necessário apontar através de um movimento analítico quais as forças favorecem ou não a cronificação nos serviços de saúde mental e assim pensar estratégias de enfrentamento da problemática. Essa lógica de funcionamento da realidade social é composta por instituições¹ que

¹ As instituições são “árvores de decisões lógicas que regulam as atividades humanas, indicando o que é proibido, o que é permitido e o que é indiferente” (Baremblytt, 1992, p. 156). Elas podem estar expressas em leis ou simplesmente em normas e hábitos.

podem estar anunciadas através de leis ou implícitas através de regras ou regularidades de comportamento (Baremlitt, 1992).

Ao mapear as forças que compõem a realidade pesquisada, buscamos elucidar as instituições e seu funcionamento através de duas dimensões: instituinte e instituída. Essas dimensões acabam por dar processualidade, fazendo emergir o novo, rompendo com a lógica de funcionamento enrijecida (dimensão instituinte), ou mesmo perpetuando práticas, modos de pensar, de viver e de funcionar (dimensão instituída). Essa processualidade se evidencia em nível organizacional através das dimensões organizante e organizado, sendo a primeira caracterizada por ser transformadora, reflexiva sobre as organizações, podendo trazer novas lógicas de funcionamento. A dimensão organizada diz respeito ao que se reproduz, ilustrada através dos organogramas que representam a cristalização do funcionamento de uma determinada organização.

As dimensões instituintes e instituídas, organizantes e organizadas tendem a funcionar de maneira como se fosse desejável, natural, adquirindo uma função de exploração e de dominação, demonstrando a função que essa lógica social tem. Entretanto, o funcionamento considera aquilo que pode surgir de novo, que se contraponha àquela função anteriormente estabelecida como natural. A produção é similar/sinônimo do funcionamento, do instituinte, e a reprodução diz respeito à função, a repetição.

Essas lógicas funcionam através de uma interpenetração na rede social, estando associadas umas às outras. A interpenetração do imóvel, daquilo que se repete constantemente denomina-se de atravessamento. As transversalidades constituem aquilo que pode romper com os atravessamentos instituídos, gerando a dimensão instituinte. A rede social é constituída por esses elementos, já que eles atuam nas práticas cotidianas de

modo interpenetrado, (re)produzindo uma determinada realidade. A rede social, por sua vez, é o que constitui as sociedades.

A partir da Análise Institucional, mais precisamente na ênfase socioanalítica, existe a preocupação com a busca de movimentos auto-analíticos e autogestivos tornando-se imprescindível a análise da encomenda e da demanda, a intensificação da autogestão pelo coletivo-cliente, a explicitação das transversalidades e a elucidação dos analisadores (Rodrigues, 2004). Enfatizamos esses conceitos-procedimentos-chaves, pois nos norteamos a partir desses elementos para construir um movimento de pesquisa-intervenção no campo de pesquisa.

Nesse sentido, escolhemos como espaço de pesquisa o ambulatório de saúde mental de Natal/RN, por esse serviço estar destinado a receber usuários da rede substitutiva em saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial, tentando configurar-se como porta de saída da rede substitutiva para esses usuários. Entretanto, isso tem se mostrado problemático, pois os usuários não conseguem sair da rede especializada em saúde mental. O ambulatório foi escolhido na perspectiva de mapear as múltiplas forças presentes na questão da cronificação nos serviços substitutivos da rede de saúde mental da cidade como veremos mais detalhadamente no decorrer dos capítulos.

Adotamos ainda a perspectiva da pesquisa-intervenção, na genealogia foucaultiana, que critica e amplia a base teórica da pesquisa ação ou pesquisa participante (Rocha e Aguiar, 2003). A pesquisa-intervenção nega a resolução dos conflitos a partir da conscientização, mas inclui através da análise da implicação a importância dos lugares ocupados pelos sujeitos, além procurar analisar os processos sociais que são transversais àquela organização social. A pesquisa-intervenção vem superar a perspectiva da pesquisa ação, buscando desconstruir a relação de neutralidade que o pesquisador pretendia manter no seu campo. Desse modo, problematiza-se a

relação do sujeito-objeto do conhecimento, tomando-se o pesquisador como necessariamente incluído no processo investigativo. Em outras palavras, a pesquisa-intervenção busca questionar o sentido da ação dos sujeitos e os atravessamentos aí interpostos. Toma-se a partir disso outro modo de se compreender a subjetividade, percebendo-a enquanto processos de subjetivação dinâmicos a partir de um agenciamento de forças instituintes e instituídas, sendo a subjetividade expressão corpórea de regimes de verdade de um tempo (Paulon, 2005).

O ato de pesquisar inclui, portanto, necessariamente uma intervenção, já que a própria relação que o pesquisador mantém com seu campo de pesquisa produz mudanças em ambos, ou na própria relação, alterando o campo de linhas de forças nos processos de subjetivação. O pesquisar busca “apreender os movimentos coletivos de apropriação e invenção da vida que favoreçam a produção de existências singulares” (Paulon, 2005, p.21). Diante da compreensão do movimento que compõe a realidade pesquisada, no processo de intervenção busca-se caminhar junto a esses processos mutantes, buscando o ineditismo da experiência humana que estejam a produzir a diferença, operando desse modo no plano dos acontecimentos².

A partir da noção de acontecimento, gostaria de destacar que as inquietações que geraram essa pesquisa surgiram a partir da experiência de estágio em 2007 realizado no ambulatório de saúde mental. Nesse ano, apesar de assumir o cargo de estagiária de psicologia nesse estabelecimento, não propus uma diretriz de trabalho fechada a priori, mas quis acompanhar os usuários que ali eram atendidos na perspectiva de produzir um cuidado que não fosse centrado em sintomas, que acompanhasse a vida

² O acontecimento em Análise Institucional diz respeito ao momento de aparição do novo, da singularidade e da diferença, que provoca o movimento da dimensão instituída e organizada da realidade (Barembliitt, 1992).

dos sujeitos de modo a (co)produzir um modo diferente de estar no mundo para além dos muros que a doença mental acabava por traçar em suas vidas.

Nesse movimento inicial, duas vidas em especial me chamaram atenção e me fizeram exercer o papel de acompanhante terapêutica desses usuários. Carlos e José³, dois usuários que possuíam suas vidas marcadas pelo diagnóstico e pela internação, possuem fortes frustrações a partir de planos de vida desfeitos. A partir da oficina de jardinagem e da visita ao Projeto Nativas⁴, ambas as atividades que acompanhei no serviço, o desejo de trabalhar com plantas nesses dois usuários puderam reaparecer e produzir outra realidade na qual eles, antes restritos a um processo de repetição de ter o serviço como espaço primordial de convivência, puderam expandir suas vidas a partir da participação em tais projetos. Essa experiência provocou interferências na equipe técnica do serviço, ao ponto dela questionar porque ser necessário vir uma estagiária para executar, mesmo que minimamente, projetos de reinserção social.

Essa questão acabou suscitando inquietações em mim, enquanto estagiária, pesquisadora, discente, pessoa, senti-me co-responsável pela produção desse acontecimento, e ao mesmo tempo me questionava o porquê ser tão difícil nos serviços substitutivos produzir um cuidado em saúde que auxilie os usuários na expansão de suas vidas, produzindo um outro movimento para além da doença mental e do circuito por serviços especializados.

A partir dessas inquietações iniciais e da apresentação da perspectiva teórico-metodológica, iremos caracterizar o local no qual realizamos a nossa pesquisa.

³ Nessa dissertação utilizaremos nomes fictícios com a finalidade de resguardar a identidade e as histórias dos participantes da pesquisa.

⁴ Projeto desenvolvido pelo Centro de Ciências Biológicas da UFRN e tem por ação principal a arborização do campus com plantas típicas da Mata Atlântica. Nele, estão envolvidas diversas pessoas da sociedade civil e das forças armadas, objetivando ainda uma conscientização pró-ambiental.

1.1. O Ambulatório de Saúde Mental (ASM)

O ASM no qual realizamos essa pesquisa funciona desde 2001, de segunda à sexta-feira, das oito às doze horas, nas dependências do Centro Clínico Dr. José Carlos Passos⁵ no bairro da Ribeira, Distrito Sanitário Leste de Natal/RN. Por estar inserido nesse Centro Clínico, a equipe do ASM está “submetida” à direção do Centro, fazendo, por exemplo, com que os recursos financeiros provenientes da Secretaria de Saúde para o ASM sejam distribuído para a direção do Centro que se encarrega de fazer a administração e distribuição do recurso.

Quanto à sua estrutura física, o ASM possui quatro salas: uma para atividades em grupos, uma para oficinas de artes e artesanato, sala de espera e uma cozinha pequena. Além destas, no Centro Clínico, existem duas outras salas destinadas ao atendimento dos usuários do ASM, sendo uma para atendimento de consultas psiquiátricas e outra distante desta, de atendimento farmacêutico para distribuição de psicotrópicos.

Seu cronograma de atividades estava distribuído em grupos “Bom Dia”⁶, oficinas de artes e artesanato (três dias na semana), dois grupos terapêuticos (dois dias na semana), grupo de família (planejados para ter frequência mensal), oficina de beleza (quinzenal), consultas psiquiátricas individuais distribuídas em três dias na semana e agendadas previamente. Outras atividades como grupos de dança, passeios, sessões de cinema, são inseridas na programação cotidiana do serviço conforme a demanda dos usuários. O ASM ainda fornece assistência nos casos de saúde mental da Unidade

⁵ O Centro Clínico também agrupa outros serviços de referência em saúde para outros grupos como trabalhadores, idosos, etc.

⁶ Espaço de acolhimento dos usuários, ocorrendo de segunda à sexta, com exceção da quinta-feira. No Bom Dia os usuários conversam acerca de diversos temas escolhidos por eles conforme a sua necessidade no momento do grupo e os técnicos fornecem avisos acerca das atividades do serviço.

Básica de Saúde das Rocas, localizada nas proximidades do ASM, com a estratégia do Apoio Matricial, criando uma parceria com a equipe da referida unidade, sendo referência para os casos de saúde mental. O Apoio Matricial é uma proposta do Ministério da Saúde caracterizado como uma reformulação do arranjo organizacional onde a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes da Atenção Básica. Nesse novo arranjo existe a co-responsabilidade entre as duas equipes, podendo se efetivar através de discussão conjunta dos casos, intervenções conjuntas junto às famílias, às comunidades, e/ou por supervisões e capacitações (Brasil, 2005).

Algumas parcerias interinstitucionais têm sido feitas, tais como o vínculo com o Serviço Social da Indústria (SESI) onde existe um programa de atendimento à comunidade chamado “Dia de Humanização”, disponibilizando serviços de higiene e beleza. Passeios mensais a esse serviço tornaram-se frequentes no ASM de tal modo que os usuários sempre solicitam informações, marcam horários e se organizam de diversos modos para ir. As atividades de oficinas do interior do serviço não funcionam nesse dia devido essa mobilização.

Outra parceira que tem sido estabelecida é com a Subcoordenadoria para Integração das Pessoas Portadoras de Deficiência do Rio Grande do Norte (CORDE⁷) como uma estratégia desenvolvida pela equipe para responder a demanda de formação profissional.

A equipe do ASM é composta atualmente por dez técnicos, sendo três psicólogas (Clara, Maria e Paula), uma assistente social (Joana), uma filósofa (Adriana), uma arte-educadora (Luíza), uma auxiliar de enfermagem (Cacilda) e três psiquiatras (José, Paulo e Roberto). Além destes, existe uma farmácia de Saúde Mental na qual está lotado um técnico que deveria estar vinculado à equipe de saúde mental do ambulatório,

⁷ Órgão vinculado à Secretaria de Justiça e Cidadania do Rio Grande do Norte responsável pelas políticas para a inclusão da Pessoa com necessidades especiais.

mas não participa das reuniões e do cotidiano do serviço. Os nomes descritos anteriormente são fictícios e serão utilizados para resguardar a identidade dos participantes de pesquisa.

Dos dez técnicos, três entraram no serviço no ano de 2007, estando nele há pouco mais de um ano. Quatro técnicas estão há mais tempo no serviço e a equipe de psiquiatria sempre sofre mudanças. Ressaltamos ainda que no ano de 2007, a equipe técnica do ASM passou por muitas dificuldades quanto à insuficiência de profissionais, pois a arte-educadora se dividia entre dois serviços, indo ao ASM apenas duas vezes na semana, e outra técnica precisou tirar licença. Esse ano transcorreu por algum tempo com apenas duas técnicas, pois existia apenas uma psicóloga e uma auxiliar de enfermagem diariamente no serviço e ainda a colaboração de uma estagiária de psicologia.

Ainda sobre os recursos humanos do ASM, gostaríamos de destacar que recentemente, quatro profissionais do ASM fizeram o curso de especialização em saúde mental oferecido pela Secretaria de Saúde do município.

Existem 214 usuários cadastrados no serviço, onde todos fazem uso de consultas psiquiátricas. O perfil⁸ dos usuários atendidos no serviço é composto por 55 usuários que fazem uso de mais de uma atividade (Bom Dia, grupos terapêuticos, oficinas, etc.) e 135 frequentam apenas as consultas psiquiátricas, como mostraremos no gráfico a seguir:

⁸ O levantamento desse perfil foi feito a partir dos cadastros pelo serviço e subsidiaram principalmente a terceira roda de conversa com os técnicos.

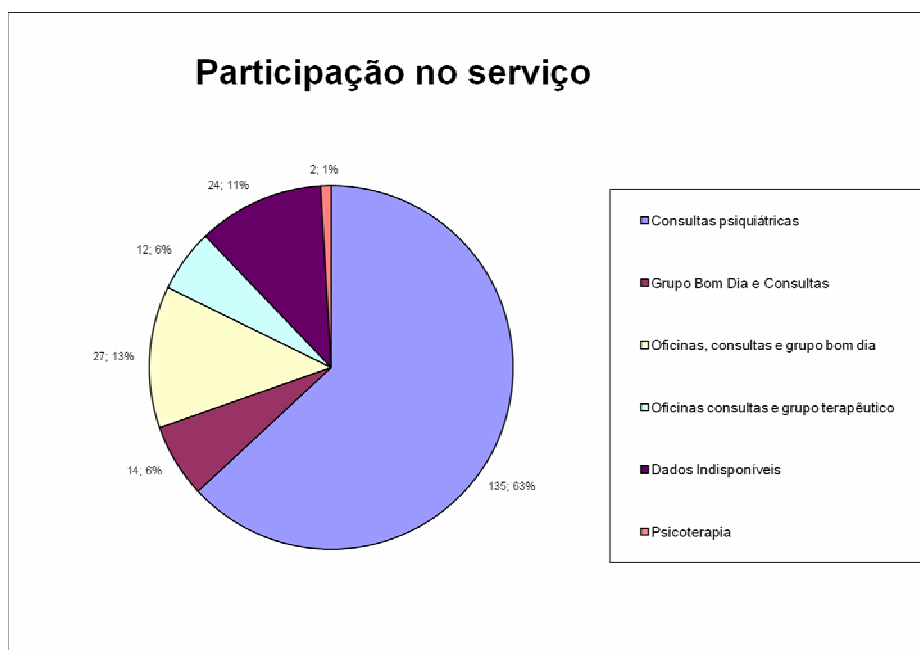


Figura 1. Distribuição dos usuários segundo tipo de atendimento do Ambulatório de Saúde Mental.

A partir desse levantamento, dividimos os usuários em dois grupos: um dos que freqüentam apenas consultas psiquiátricas (Grupo 1) e outro dos que participam de duas ou mais atividades (Grupo 2). A seguir, apresentaremos com os dados desses dois grupos a partir do perfil dos usuários e do histórico de atendimento nos serviços de saúde.

1.1.1. Perfil da demanda

Nesse item, apresentaremos as seguintes categorias: sexo, naturalidade, idade, grau de instrução, renda, situação conjugal, com quem mora, distrito sanitário onde reside.

A maioria dos usuários é do sexo feminino, sendo natural de Natal/RN. A faixa etária predominante está entre 41 e 50 anos e o grau de instrução é bastante

diversificado. Quanto à renda dos usuários, a maioria dos usuários não possui renda pessoal.

Muitos usuários residem com cônjuge e os domicílios localizam-se predominantemente nos distritos sanitários leste e oeste da cidade de Natal.

Ressaltamos a inexistência de muitos dados nos cadastros do serviço, e que em muitas categorias isso é bastante freqüente. A seguir, especificaremos nas tabelas mais claramente os dados sobre o perfil dos usuários.

Tabela 1 -
Distribuição dos grupos segundo a categoria sexo

Sexo	Grupo 1 (%)	Grupo 2 (%)
Feminino	53	67
Masculino	47	33

Tabela 2 -
Distribuição segundo a categoria naturalidade

Município ou região	Grupo 1 (%)	Grupo 2 (%)
Natal	19	27
Interior do RN	16	20
Outros estados	01	13
Outro país	01	00
Dados inexistentes	64	40

Tabela 3 -
Idade Cronológica

Idade em anos	Grupo 1 (%)	Grupo 2 (%)
Menos de 20	02	00
21 a 30	16	13
31 a 40	23	27
41 a 50	26	36
51 a 60	16	22
61 a 70	13	02
Mais de 70	04	00

Tabela 4 -
Escolaridade dos usuários

Nível de Escolaridade	Grupo 1 (%)	Grupo 2 (%)
Dados inexistentes	58	48
Sem estudo/analfabeto	06	05
Alfabetizado	04	04
Fundamental incompleto	12	11
Fundamental completo	03	02
Médio incompleto	07	14
Médio completo	06	16
Superior incompleto	04	00
Superior Completo	00	00

Tabela 5 -
Tipo de renda

Tipo	Grupo 1 (%)	Grupo 2 (%)
Benefício	03	05
Aposentadoria	10	16
Salário	01	00
Pensão	01	00
Renda não informada	09	18
Não possui renda	24	24
Dados Inexistentes	53	36

No tocante ao estado conjugal, percebemos que no Grupo 1, 41% deles são solteiros e apenas 19% dos usuários são casados, fator convergente se correlacionado com os usuários que freqüentam duas ou mais atividades, em que sua grande maioria também são de usuários solteiros. No Grupo 2, 35% dos usuários são casados, 45% deles são solteiros e 5% deles são separados.

Sobre o domicílio dos usuários, podemos visualizar mais detalhes nas tabelas a seguir:

Tabela 6 -
Com quem o usuário reside

Grau de parentesco	Grupo 1 (%)	Grupo 2 (%)
Cônjuge e filhos	60	45
Família mais ampla	21	51
Inf. Indisponível	14	02
Sozinho	05	00

Tabela 7 –
Distrito Sanitário onde residem

Distrito sanitário	Grupo 1 (%)	Grupo 2 (%)
Oeste	24	36
Leste	39	35
Norte	21	16
Sul	12	09
Interior	03	04
Dados inexistentes	01	00

1.1.2. Histórico nos serviços de saúde mental

Englobamos nesse item o mapeamento sobre o serviço de procedência dos usuários, tempo no serviço ASM, projeto terapêutico, participação da família no serviço, diagnóstico psiquiátrico e histórico de internações.

A maioria dos usuários procede de outros serviços substitutivos como CAPS e Hospital-Dia e está no Ambulatório de Saúde Mental há mais de cinco anos.

O projeto terapêutico predominante é constituído pelas consultas psiquiátricas. Ressaltamos que os dados presentes no projeto terapêutico dos usuários coincidem com as informações do item atividades desenvolvidas no serviço. Existe uma reduzida participação da família nas atividades do serviço, e quando existe, são os pais dos usuários que o fazem.

Os quadros diagnósticos mais presentes no ASM são Esquizofrenia/Psicose não-orgânica NE, e maioria já passou por internações psiquiátricas.

Tabela 8 –
Procedência dos usuários

Serviços	Grupo 1 (%)	Grupo 2 (%)
CAPS	27	36
Hospital-Dia	05	13
Hospital Geral (Centros Clínicos)	01	05
Unidade Básica	01	04
Demanda Espontânea	08	16
Hospital Psiquiátrico	04	00
Dados Inexistentes	50	25
Outros	04	00

Tabela 9 -
Tempo de uso do serviço

Tempo em anos	Grupo 1 (%)	Grupo 2 (%)
Menos de 1	03	07
Entre 1 e 2	30	16
Entre 3 e 4	27	20
5 ou mais	33	44
Dados inexistentes	08	20

Tabela 10-
Projeto Terapêutico cadastrado no serviço

Tipos de atividades	Grupo 1 (%)	Grupo 2 (%)
Apenas consultas psiquiátricas	93	00
Consultas, Bom Dia e Oficinas	00	47
Consultas, Bom Dia e Grupo Terapêutico	00	11
Consultas, Bom Dia, Oficinas e Grupo Terapêutico	00	11
Consultas e Bom Dia	00	22
Dados inexistentes	07	09

Tabela 11-
Frequência de participação da família no Ambulatório de Saúde Mental

Frequência	Grupo 1 (%)	Grupo 2 (%)
Ausente	31	25
Eventual	06	15
Presente	16	36
Dados inexistentes	47	24

Tabela 12 –
Grau de parentesco do familiar participante

Parentesco	Grupo 1 (%)	Grupo 2 (%)
Pai / Mãe	13	17
Cônjuge	04	02
Irmão(a)	02	09
Filho (a)	01	04
Dados inexistentes	80	68

Tabela 13-
Tipos diagnósticos de transtornos psiquiátricos

Tipos Diagnósticos segundo CID 10	Grupo 1 (%)	Grupo 2 (%)
Esquizofrenia/Psicose não-orgânica NE	42	40
Transtorno afetivo bipolar/Distímia	22	22
Retardo Mental Leve ou Grave	11	08
Transtornos Ansiosos/Dissociativos	07	11
Dados Inexistentes	03	10
Outros tipos	18	09

A seguir, representamos os dados sobre as internações psiquiátricas, se já ocorreu e número de ocorrências, pelos Grupos 1 e 2 respectivamente:

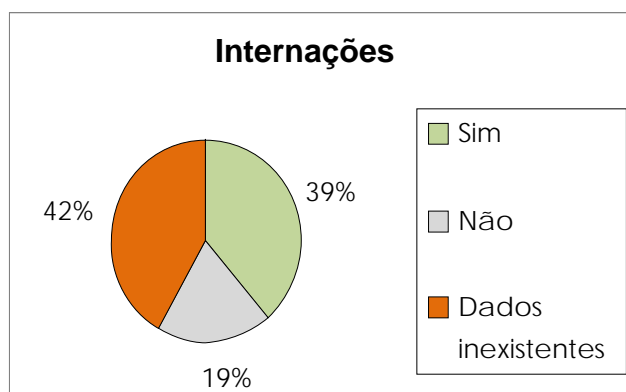


Figura 2 – Distribuição de usuários do Grupo 1 segundo a confirmação de internações psiquiátricas

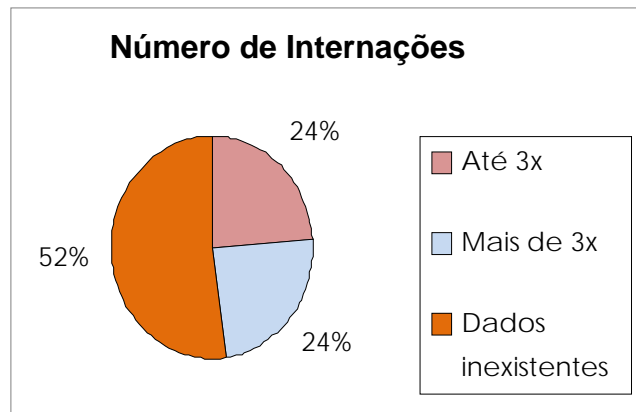


Figura 3 – Distribuição de usuários do Grupo 1 segundo número de internações psiquiátricas

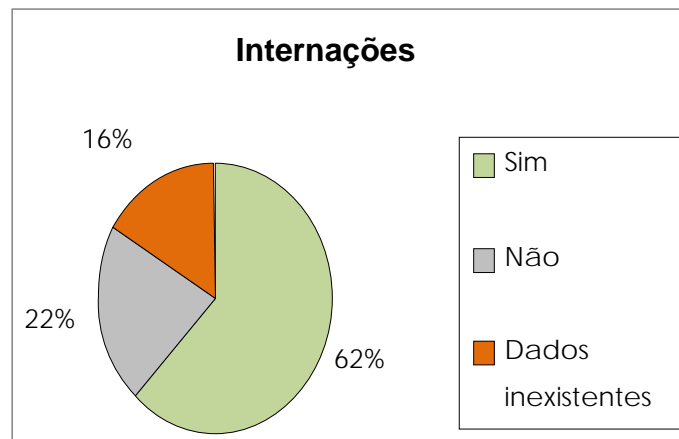


Figura 4 – Distribuição de usuários do Grupo 2 segundo a confirmação de internações psiquiátricas

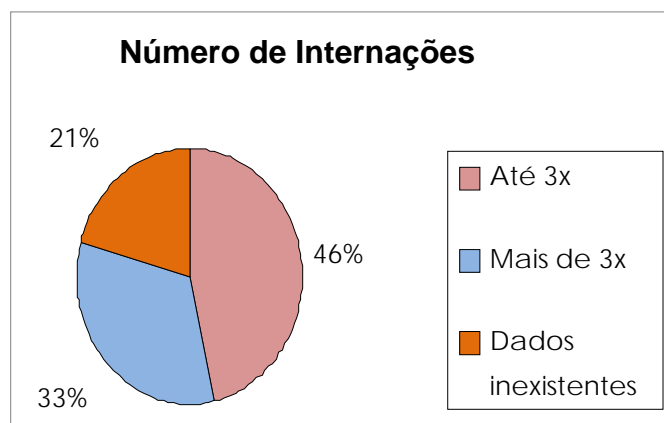


Figura 5 – Distribuição de usuários do Grupo 2 segundo número de internações psiquiátricas

1.2. As rodas de conversa

Em paralelo ao processo de observação, realizamos seis rodas de conversas⁹, sendo cinco com técnicos e uma com os usuários. Ressaltamos as temáticas apresentadas a seguir não foram delimitadas a priori, mas surgiram a partir da dinâmica existente nas rodas. No início de cada uma delas, havia o processo de restituição daquilo que estávamos refletindo acerca desse campo e dos levantamentos feitos a partir dos dados.

- a) *Reinserção social (em julho/2008);*
- b) *Função do ASM na rede substitutiva e a demanda de atendimento;*
- c) *A função do ASM na vida dos usuários (somente com os usuários);*
- d) *Estratégias de enfrentamento à cronificação dos usuários e escolha dos casos considerados de alta;*
- e) *Devolução dos dados sobre os casos considerados de alta (família e atenção básica) e reflexão sobre outras estratégias de atendimento;*
- f) *Devolução sobre a articulação dados acerca da Associação Plural¹⁰ e os serviços substitutivos;*

⁹ As rodas de conversa são utilizadas nas metodologias participativas e buscam sensibilizar e mobilizar os participantes a refletirem acerca de sua relação com o mundo, com o trabalho, com seu projeto de vida, etc. É um espaço para que os participantes refletissem acerca de seu cotidiano e dos temas propostos nas rodas de conversa (Afonso e Abade, 2008). Os psiquiatras e a auxiliar de enfermagem não participaram da maioria das rodas de conversa tendo em vista que elas ocorriam nas reuniões de equipe simultaneamente às consultas psiquiátricas.

¹⁰ A Associação Plural tem tentando se firmar como um novo dispositivo no campo da saúde mental na cidade de Natal/RN. Formada por técnicos, usuários e familiares, ela tem se constituído enquanto um movimento diferenciado dos serviços substitutivos municipais existentes até então, buscando uma participação desses atores no fortalecimento do movimento de saúde mental na cidade. Essa associação tem funcionando principalmente a partir de Assembléias Gerais onde são discutidas questões de interesse desse movimento.

Discutíamos com a equipe os atravessamentos e as transversalidades presentes naquele cotidiano, tentando co-produzir uma análise da implicação de cada um dos participantes, esclarecendo desse modo qual o seu papel na produção desse cotidiano, como será melhor explicitado no item a seguir sobre a inserção no campo.

1.3. Processo de inserção no Ambulatório de Saúde Mental

Com o andamento do mestrado no ano de 2008, procedi a duas entradas no ASM, uma em julho de 2008, com a duração duas visitas semanais durante três semanas, e outra com início em meados de novembro do mesmo ano, com duração de três meses.

Nesses dois períodos, o meu lugar no campo sempre parecia muito confuso, estando o lugar de estagiária-aprendiz-técnica ainda muito presente. Diversas denominações apareciam tanto por parte dos técnicos como pelos usuários nomeando-me por vezes de estagiária, mestranda, estudante, psicóloga, doutora “minha neta”. Desse modo, diversas posturas tiveram de ser (re)assumidas por mim, principalmente o lugar de cuidadora dos usuários e de um dos membros parte da equipe. Nesse sentido, lembra-me o que Lourau (1993) afirma sobre o lugar do pesquisador na pesquisa-intervenção, devendo ser ao mesmo tempo técnico e praticante, não estando isento dos processos que ocorrem no campo.

O meu posicionamento frente à realidade pesquisada alternava com uma postura de análise da implicação e muitas vezes de sobreimplicação¹¹ no processo de pesquisa.

¹¹ A noção de sobreimplicação diz respeito ao nível de comprometimento, de pró-atividade naquilo que se está aplicando, tendo uma adesão passiva a uma proposta ou um trabalho expressando uma forma de exploração alienada. Ao contrário disso, a implicação consiste na análise daquilo que reverbera na relação no pesquisador (no caso da pesquisa), onde a partir disso podemos perceber os atravessamentos que constituem esse ato, sendo uma importante ferramenta na construção do estudo (Altoé, 2004).

Estar no ASM no papel de mestranda acadêmica com uma proposta de pesquisa-intervenção que não foi encomendada, além de outras questões difíceis de explicitar, me fazia exercer por vezes uma postura de sobreimplicação, onde a cobrança de fornecer respostas tomava o lugar da proposta de fazer questões, de refletir, de co-produzir os analisadores. O cuidado com a análise dessa relação precisou ser feito, tendo em vista que o próprio coletivo no qual se pesquisa percebe no pesquisador a figura de alguém como aquele que planeja o processo de pesquisa sem a “interferência” desse coletivo, o que não era a minha proposta.

Gostaria de destacar ainda que para acompanhar o movimento produzido a partir dessas duas entradas no campo procedemos à escrita de um diário de campo, onde foram registrados os fatos, as conversas, as minhas impressões etc. a fim de perceber as forças que se insinuaram, as contradições nas práticas que dificultam a processualidade de uma mudança pautadas na perspectiva da desinstitucionalização.

1.3.1. Primeiros percursos no campo

A partir do uso do diário de campo, no mês de julho, procedi a uma primeira entrada no ASM durante duas semanas tentando elucidar minhas questões de pesquisa, me apropriar do cotidiano do serviço e compartilhar minimamente minhas inquietações com a equipe a fim de perceber como esta se posicionava frente à proposta de pesquisa. Nesse momento, além da participação no cotidiano (de segunda a terça-feira, na sala de espera, nos grupos de acolhimento e nas oficinas de artesanato), participei de reuniões de equipe e fiz junto à mesma uma roda de conversa acerca da questão da reinserção social no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira e no cotidiano do ASM.

Além disso, nesse período de observação, alguns fatos me chamaram atenção. Um deles refere-se a uma conversa com uma usuária na sala de espera. Quando chego ao serviço, ela me fala sobre o “Bom Dia” que ocorreu anteriormente, demonstrando uma intensa satisfação em estar ali participando daquele serviço. Então converso com ela um pouco sobre sua vida. A usuária me questiona se eu conhecia o CAPS ou se havia trabalhado lá, e eu lhe respondi que não havia trabalhado, mas que o conhecia. Ela me fala de sua experiência, que tinha passado um ano no CAPS e depois tinha ido para o ASM, há cinco anos (em 2008). E eu lhe perguntei se ela não tinha vontade de sair dali. Ela disse que poderia perder o benefício, e como seria? Disse que sua patroa não a queria mais, e não conseguia arranjar trabalho do seu jeito peculiar de fazer as coisas, segundo as suas condições. Se ela conseguisse um trabalho que só permitisse que ela limpasse, pois não pode lavar a louça, pois a deixa cair. Complementa ainda que estava na perícia e menciona o fato de o juiz querer retirar seu benefício de dois anos, pois restavam apenas cinco meses.

Posteriormente, em conversa com uma das técnicas, questiono se essa não seria a mesma função do manicômio, de segurar a mão-de-obra que não se adapta aos regimes de trabalho impostos com a modernidade¹², e ela me responde que talvez isso fosse uma questão política para além da clínica. Afirma sempre tentar conversar com os usuários sobre a saída deles do ASM. Disse que conversou sobre isso no grupo terapêutico com alguns usuários, principalmente com um que se vinculou através do serviço às atividades de um horto florestal da cidade, tendo, além disso, as atividades da igreja, e está bem. Essa discussão acabou na assistência completa que eles têm no ASM:

¹² As críticas acerca das funções da psiquiatria podem ser encontradas nas obras de diversos autores, como exemplo na obra de Basaglia (2005). Além disso, a desarticulação entre clínica e política explícita nessa fala é criticada por alguns autores do âmbito da reforma psiquiátrica. Pretendemos analisar essa questão no capítulo acerca de processos de trabalho.

psiquiatras, medicação, benefício, atendimentos grupais, uma assistência que fora de lá eles não encontrariam, devido à deficiência na rede de atenção à saúde.

Primeira roda de conversa: reinserção social

Além da observação participante, realizamos nesse período, uma primeira roda de conversa ocorrida em julho de 2008 onde propomos uma discussão acerca da reinserção social buscando perceber o que os técnicos compreendiam acerca dessa temática. Acordamos que isso se daria no horário da reunião de equipe, tentando usar esse momento como um dispositivo¹³ onde o discurso da equipe pudesse circular de modo mais implicado, tendo em vista que muitas acabavam não se posicionando frente a algumas discussões nas reuniões da equipe.

Ao falar sobre a reinserção social, a assistente social enfatiza o papel de trabalhar no micro da família e da necessidade de articulação com a comunidade. Uma das psicólogas enfatizou a singularidade do desejo de cada um, rejeitando respostas pré-estabelecidas, outra coloca a importância da clínica e da ênfase que precisava haver nas questões mais macrosociais, de reinvenção de políticas públicas. A arte-terapeuta enfatizou a importância da criação do Centro de Convivência onde a circulação da comunidade pudesse acontecer e a técnica de enfermagem colocou a questão de seu filho que é usuário de CAPS e a importância da medicação. Os resultados dessa roda indicaram que o discurso de cada um acerca da reinserção social refletia um pouco do seu modo de atuação no serviço.

Através dessa roda de conversa e desse período de observação foi possível observar que os serviços substitutivos funcionavam sob a perspectiva de ofertas de

¹³ Montagem de um artifício que possa produzir acontecimentos, inovações no cotidiano do grupo (Barembliitt, 1992).

diversos serviços que acabam estimulando a demanda dos usuários, produzindo o que alguns autores chamam de cronificação. Algumas questões começaram a vir à tona tais como: qual o papel do serviço? Qual a proposta de trabalho aí explicitada? A cronificação não estaria relacionada à falta de outros dispositivos na rede como bem articula uma das técnicas?

Com base nessas questões, procedi a um levantamento bibliográfico acerca da cronificação e uma re-elaboração do problema de pesquisa, focando na questão da reinserção social e dos problemas associados à cronificação nos serviços substitutivos. Nesse momento, outros objetivos específicos foram inseridos na perspectiva de ampliar a análise dessa problemática da cronificação e três bolsistas de iniciação científica passaram a desenvolver três pesquisas paralelas e interligadas a esta.

Os objetivos da minha dissertação ampliaram-se na perspectiva de investigar as dificuldades de saída do serviço dos usuários que poderiam estar de alta pela equipe do ASM no que diz respeito à sua relação com a Atenção Básica, com a rede de dispositivos comunitários, os seus familiares, além da articulação das questões que aparecem no cotidiano do ASM com as propostas da Associação Plural.

1.3.2. Segunda entrada no campo

A partir de meados de novembro/2008 procedemos à segunda inserção no campo. Fizemos uma reunião com a equipe para a apresentação da proposta inicial que era refletir sobre a questão da cronificação dos usuários no serviço e pensar em como intervir junto aos usuários que ela considerasse haver possibilidades de alta, no sentido de perceber os atravessamentos existentes nas experiências concretas deste serviço. Senti-me um pouco insegura para apresentar a proposta neste momento, principalmente

pelo fato de saber que ela não estaria fechada a priori, e que eu não estava em um lugar de saber e de domínio das técnicas de trabalho/pesquisa. Isso foi cobrado nesse momento, quando uma das técnicas me pergunta sobre os critérios definidos por mim usados para distinguir os usuários considerados de alta, e eu resalto a importância de discutir com a equipe a elaboração desses critérios. Com essa colocação, ela se autoriza a pensar, afirmando que “a gente afirma ser sempre uma questão macro, mas existe aí também um desafio para a equipe de suportar a raiva desses usuários”. A partir do momento em que eu saí do lugar de especialista para esta equipe, ela pôde autorizar-se a pensar no seu cotidiano, nos problemas e no seu posicionamento acerca deles.

Nessa reunião, foi explicitado como motivo principal pelas profissionais da cronificação dos usuários no serviço a falta de assistência da rede básica de saúde para acolher essa demanda. Uma das técnicas relatou que essa discussão gerava certo cansaço pela quantidade de dificuldades que apontava como a desarticulação da rede, a gestão, a falta de psiquiatras na rede, entre outros. Um questionamento colocado por uma das psicólogas foi como poderia e seria a vida desses usuários lá fora, e exemplifica com o caso de uma usuária que voltou a estudar e estava trabalhando, ganhando dinheiro com acompanhamento de idosos, mas mesmo assim permanecia freqüentando as atividades do ASM. Surgiu, então, o questionamento: o que seria alta? Paula vê duas questões na problemática: a alta e a socialização. O que é alta nesta clínica? Qual o critério utilizado para dar alta? E uma delas responde: “Aqui se constrói e reconstrói todos os dias... é bom que sempre tenha essa vinda de novas idéias e pensamentos”. Assim sendo, até mesmo as causas compreendidas por elas estão também em processo de reconstrução, o que reitera nossa proposta de pesquisa de construção processual.

A proposta de trabalho teve nesse momento um impacto diferente nas diversas pessoas da equipe: Clara ressaltou a importância do estudo, Maria expressou um cansaço em discutir tais questões, afirmando depender mais da gestão do que do serviço (e relembra um problema crônico no ambulatório que é a falta de receituário azul). Entretanto, Clara reafirma que existe sim parte da postura da equipe nisso. As outras técnicas solicitam um maior esclarecimento acerca da temática estudada e se colocam na perspectiva de auxiliar a proposta. Maria coloca para os bolsistas a importância de uma postura de respeito para com os usuários. Foi importante perceber ainda nesse momento como as profissionais assumiram que a rotina, a acomodação, o excesso de demanda as impediam de pensar em novas estratégias para avaliar o serviço que está sendo oferecido.

A partir desta reunião, nos foi proposto trabalhar com um cadastro dos usuários que estava sendo feito por elas no serviço fazendo um levantamento de perfil destes usuários, assim o fizemos e reiniciamos as observações do cotidiano. Nesse momento, decidi centrar-me mais nos grupos “Bom Dia”, nas reuniões dos técnicos, e na sala de espera, pois quis perceber o trânsito/fluxo dos usuários pelo serviço, as demandas que apresentavam e as conexões em rede produzidas pelas técnicas para responder à demanda.

Além disso, quanto à questão dos critérios para a alta, não decidimos nesse momento, mas sim combinamos de irmos construindo nas próximas rodas de conversa. Reiniciamos as observações em paralelo com o levantamento do perfil com a finalidade de ter uma visão geral dos usuários atendidos no ASM e permitir perceber alguns casos, para que nós pudéssemos adentrar nesse cotidiano, na relação com os usuários e técnicos, e assim ser co-produtores do processo de pesquisa e da escolha dos usuários. Dando continuidade às rodas de conversa, realizamos cinco rodas relatadas a seguir:

Segunda roda de conversa: função do ASM na rede substitutiva e a demanda de atendimento

Na segunda roda de conversa, tentamos problematizar junto à equipe qual seria o papel do ASM na rede de saúde mental. No início da roda de conversa, propus uma discussão no sentido de pensar o fato do ASM ser o lugar da rede que funciona como “fim de carreira”¹⁴ dos usuários de serviços substitutivos.

Uma delas explica que antes da Reforma Psiquiátrica, o ambulatório de saúde mental funcionaria como uma garantia da medicação. Com as movimentações da Reforma, tornou-se um lugar de acolhimento, onde haja uma integração com a comunidade, a família, o contexto social, e complementa dizendo que os ambulatórios de saúde mental supririam a falta de uma não-escuta por parte do médico.

Outra técnica afirma que “a gente ainda é muito manicomial”, no sentido de não fazer com que o usuário consiga reintegrar-se a seu contexto social e não consiga desenvolver sua própria autonomia. Enfatiza ainda que os “lugares mudaram”, o tratamento mudou, mas a lógica, mesmo despercebida, ainda assemelha-se ao manicômio, e exemplifica isso através de dois usuários que elas poderiam já ter dado alta, mas não conseguiram ainda principalmente por não conseguirem pensar e incluir o sistema básico de saúde na rede de saúde mental. “O que falta é esses usuários irem lá para fora”, diz ela. Mas, segundo Luíza, muita coisa “não vai para frente” porque passa pela política. Seja em nível de governo, secretaria da saúde, coordenação de saúde mental, até de serviços, muito projeto foi embargado ou muitos conflitos acontecem por causa de interesses políticos, o que atrapalha desde o desenvolvimento de

¹⁴ Frase proferida no dia anterior no por uma das técnicas que repassava a reunião com outros técnicos dos serviços substitutivos e a coordenação de saúde mental.

reconfigurações da rede, até o trabalho cotidiano. A questão do Apoio Matricial e da construção de um Centro de Cultura e Convivência, por exemplo, são projetos já antigos que não foram efetivados. E apesar disso, afirma ela, o ASM tem muita vitória para contar. Luíza aponta a necessidade da existência do Centro de Cultura e Convivência, que ela e Maria foram convocadas para trabalhar nele, mas que foram para o ASM enquanto o Centro não era inaugurado.

Isso me lembra que muitos usuários usam o serviço como lugar de convivência, de encontros, sendo um lugar de referência para eles. Durante o mês de novembro e dezembro, percebemos que muitos usuários solicitavam informações acerca da festa natalina, demonstrando bastante interesse nisso. Além disso, as técnicas e alguns usuários mobilizaram-se em função do Grupo de Pastoril¹⁵, realizado no serviço nesse mesmo período. Quando lanço a proposta de articulação com a Atenção Básica, Maria fica bastante motivada, e relembra que esse plano já foi pensado anteriormente, mas coloca a dificuldade com a gestão.

Nessa roda de conversa elas se posicionam em relação ao lugar que o ASM tem ocupado na rede, evidenciando a diversidade de demandas que se recebe no ASM, desde os casos mais graves, que elas tentam repassar para os CAPS, até os casos menos graves, com uma assistência não intensiva. Outra discussão que vem a tona nesse momento é sobre os problemas dentro da rede de saúde mental e, como não seria diferente, o ASM também os enfrenta: há conflito com os CAPS, são atendidos casos que não eram para ser atendidos lá, má circulação de informações, usuários que trazem conflitos familiares e problemas com o benefício, e uma das técnicas explica que “todas

¹⁵ O Pastoril faz parte dos principais espetáculos populares do Nordeste, ocorrendo no período das festas natalinas, principalmente nas regiões de Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Alagoas (Valente, n.d.).

essas coisas do cotidiano têm que ser resolvidas no cotidiano e não numa visita ao psiquiatra uma vez por mês”.

Através dessa segunda roda e das observações desse período percebemos que o lugar ocupado pelo ASM na rede é de atender os usuários que recebem alta dos serviços substitutivos, funcionando como um espaço de suporte psicológico e psiquiátrico, e ao mesmo tempo respondendo às demandas de lazer e convivência social dos usuários. Além de problemas em relação à rede como a falta do Centro de Convivência e de ações de saúde mental na atenção básica, e um início de discussão em torno dos conflitos vivenciados no cotidiano marcado por duas lógicas antagônicas de funcionamento no ASM: o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico e Medicalizador e o Paradigma Psicossocial.

Nesse momento, percebemos ainda a necessidade de investir na problematização da relação que a equipe mantém com a gestão e no modo como ela tem se articulado para atender às demandas que chegam ao serviço.

Essa roda de conversa foi feita no final de novembro, e nos meses de dezembro a janeiro demos continuidade às observações. Nesse período, principalmente a partir da metade de dezembro e durante o mês de janeiro, as atividades do ASM foram alteradas em função das festas comemorativas de fim de ano e do mês de férias de alguns técnicos. O mês de janeiro teve um movimento irregular, com atividades como passeios, sessões de filme, etc. bastante flexíveis. Nesse período chamou-me atenção o modo como o Grupo de Pastoril marcou aquele cotidiano, provocando alegria tanto para os usuários e técnicos, comunidade, gestão, todos que se envolveram. Em uma das observações feitas em janeiro, vou ao serviço e Maria fala sobre o sucesso do Grupo, dando um depoimento bastante emocionado, falando da importância do grupo do

Pastoril, relatando todos os benefícios como a possibilidade de unir as pessoas e de trabalhar o respeito pelo ritmo diferente de cada usuário.

Em função da rotina diferenciada no mês de janeiro, só foi possível fazer uma roda de conversa com nove usuários que estavam freqüentando o serviço nesse dia acerca do uso que eles faziam do serviço.

Terceira roda de conversa: a função do ASM na vida dos usuários (somente com os usuários)

Nessa roda, os questionamos os usuários sobre qual(is) os benefícios obtidos a partir da participação naquele cotidiano de atividades. Eles destacam muitos benefícios obtidos a partir dessa participação, tais como o bem-estar trazido pelas oficinas (“distrair a mente”), a obtenção da medicação, os benefícios da escuta e do vínculo com as pessoas do ASM, seja com equipe técnica seja com os outros usuários, demonstrando que mesmo não havendo atividades no serviço, estar nele já trazia muitos benefícios. Alguns falam da solidão sofrida fora do serviço e como essa convivência no ASM ameniza esse sentimento, além dos benefícios obtidos através das festas, tais como as comemorações de aniversário onde alguns nunca haviam tido esse tipo de comemoração e só passaram a ter acesso a isso a partir da participação no ASM.

Nessa roda de conversa, houve ainda comparações entre o ASM e os outros serviços de saúde mental: em relação ao CAPS, uma usuária afirma ser este um serviço monótono e fala das atividades repetitivas. No ASM, a usuária demonstra ter, além da ligação com as atividades, um vínculo intenso e positivo com a equipe de saúde mental e com os usuários do serviço; se comparado ao Hospital-Dia, os usuários reclamam do fato do ASM funcionar apenas em meio expediente e de não ter alimentação e nem

instalações para dormir, por exemplo. Alguns usuários agradecem a Deus a oportunidade de participar do serviço, e que estarão lá até quando Deus quisesse.

Essa roda de conversa indicou que os usuários possuem um forte vínculo com o serviço, sendo usado por eles como um espaço de cuidado em saúde mental, e além disso, um espaço de convivência social, a “segunda casa”, como relata uma usuária. Eles não demonstraram ter perspectiva e nem interesse de sair do serviço. Percebemos ainda que não existe uma definição clara para eles da distinção do ASM de outros serviços como o Hospital-Dia e CAPS.

Quarta roda de conversa: estratégias de enfrentamento à cronificação e escolha dos casos considerados de alta

Durante o mês de janeiro, investimos ainda na tabulação dos dados existentes no serviço referentes ao mapeamento da demanda do ambulatório, tentando investigar o perfil¹⁶ dos usuários do serviço e o tipo de atendimento prestado para a maioria deles. Os resultados foram entregues à equipe nessa terceira roda de conversa e propomos a problematização sobre a questão do circuito de serviços substitutivos por onde os usuários do ASM haviam passado, na maioria por serviços especializados, e sobre a assistência ambulatorial eminentemente psiquiátrica para a maioria, com um tempo elevado de permanência desses usuários no serviço. O objetivo inicial daquela roda de conversa foi expor para as técnicas do ASM os resultados sobre a demanda atendida no serviço e selecionar os casos que poderiam ser trabalhados com a perspectiva de saída.

Pensar novas possibilidades como esta foi bastante difícil para a equipe, pois segundo algumas delas, era pouco provável haver a articulação em rede dentro da

¹⁶ Dados apresentados anteriormente nesta metodologia sobre o perfil dos usuários atendidos no ASM.

conjuntura atual do sistema. Uma das técnicas fala que é extremamente difícil para que o ASM realize sozinho um matriciamento dos usuários com a rede básica de saúde, pois essa é uma atitude que deve partir de ambos os lados. Durante a roda de conversa, refletimos sobre casos de matriciamento que tem dado resultados positivos no Distrito Sanitário Norte da cidade, e uma das psicólogas que se tornou responsável pelo matriciamento entre o ASM e a Unidade Básica de Saúde das Rocas explica que na Zona Norte isso tem acontecido porque a supervisora da rede é uma psicóloga e logo, esta se sente mobilizada a realizar este tipo de ação para difundir e ampliar as possibilidades do serviço de saúde daquele Distrito, acreditando assim, que esse o Apoio Matricial pode ocorrer muito mais a partir da responsabilidade do profissional diante dessa demanda e que dificilmente o mesmo ocorreria dentro do Distrito Sanitário Leste. Outra psicóloga também se mostra incomodada com essa configuração da rede de saúde, mas assume que a dificuldade de articular outros serviços é uma constante e delicada realidade e que se este tipo de matriciamento fosse institucionalizado “de cima”, ou seja, uma ordem da gestão que lida com a saúde do município, seria viável. Ela explica ainda que os problemas de gestão recaem na politicagem, pois dentro das políticas de saúde pública é comum esta servir aos interesses de “uns ou outros” (citando o fato de servir às grandes redes de saúde, aos grandes hospitais e à cadeia capitalista de mercantilização da saúde e aos interesses da gestão).

Clara, com o perfil em mãos, fez um apontamento acerca do tempo de serviço dos usuários, e levantou a seguinte questão: “Olhando para esses dados, eu fico aqui pensando o quanto nós estamos sendo e seguindo o modelo manicomial.” A partir desta frase, ela discorre acerca do incrível tempo que muitos usuários têm estado em permanência no ASM e sem perspectivas de saída, e isto para ela, estaria representando um estilo manicomial de atuar na saúde mental, mesmo sendo um espaço de acordo com

os anseios que apóiam a Reforma Psiquiátrica. Além disso, argumenta mostrando o desconhecimento sobre muitos dados destes usuários. Outra psicóloga, Paula, rebate essa afirmação explicando que naquele espaço os dois modelos, o manicomial e o antimanicomial, ainda estavam representados e que aos poucos haveria uma mudança. Segundo essa técnica, o ASM é um espaço que se propõe a trabalhar de acordo com a luta Antimanicomial, com uma equipe responsável pela saúde do sujeito, sendo ainda um espaço de acolhimento e escuta da singularidade de cada usuário. Uma outra técnica acredita ser possível a reinserção através do contato com grupos comunitários como os da prefeitura e mostra uma lista destes grupos que ela conseguiu.

A proposta de matriciamento ainda é um tema muito controverso dentro da equipe, pois algumas se posicionaram a favor e mostraram disponibilidade para tal, e outras acreditaram ser uma proposta utópica, porque os serviços ainda são muito desarticulados e a Atenção Básica não fornece a assistência necessária para esses usuários, de modo que estes não iriam querer e nem teriam condições de se afastar dali onde estão.

Após o levantamento de algumas alternativas à cronificação, como o matriciamento, o “grupo de alta”, e o levantamento de grupos comunitários, passamos a pensar nos casos que poderiam ser trabalhados. Não foram elaborados critérios gerais, mas a partir do momento que os nomes foram surgindo, percebemos que os critérios se estabeleciam na singularidade dos casos. À medida que a roda de conversa corria, percebemos um receio de algumas pessoas da equipe de pensá-los. Quando uma profissional dizia um nome de usuário, a outra falava “é pode ser mas...” e vinham questões como ter de pensar na família, no acesso a medicação, na expectativa dos usuários, etc. A equipe só se permitiu sugerir com mais segurança os usuários quando uma das psicólogas reforçou que isso seria um mapeamento preliminar sobre

possibilidades e que uma provável idéia de alta seria trabalhada junto aos usuários, com a formação de um “grupo de alta”, por exemplo. Ao final da roda de conversa, conseguimos chegar a dez usuários (acredito que outros nomes poderiam ter sido pensados caso a reunião já não estivesse no final), dos quais alguns nomes (fictícios) e critérios no processo de debate são destacados a seguir:

- Jerônimo: observaram principalmente a ausência de crises e de sofrimento nos últimos tempos, a dinâmica familiar estável e o exercício de uma profissão;
- Antônia: acesso a um suporte do familiar, e histórico no serviço, onde esta deixou de frequentar a oficina de artesanato e se vinculou a outros grupos comunitários através do aconselhamento da arte-terapeuta.
- Márcio: possui uma atividade produtiva autônoma e se mostra bastante autônomo;
- José: está vinculado a outros grupos sociais, como por exemplo, o Nativas Campus e possui bastante autonomia de locomoção, não tem crises;
- Meire: inserção recente na escola, desenvolvendo também atividade artesanal fora do serviço;
- Luzia: possui habilidades artesanais, podendo exercer essa atividade fora do serviço.

Em resumo, percebemos que os critérios que perpassavam a escolha dos casos e a construção desse grupo de dez pessoas, mesmo que não generalizados, eram: ter apoio familiar, ausência de crises nos últimos tempos, percepção por parte da equipe de que as atividades (artesanato) desenvolvidas pelo usuário no serviço não necessitam da especificidade de um serviço de saúde mental, autonomia (no sentido de locomover-se sozinho e manter relações com outros grupos sociais fora do serviço).

Depois disso, procedemos¹⁷ um levantamento do endereço das Unidades Básicas de Saúde e o contato com os familiares. Dos dez usuários, conseguimos levantar dados sobre oito usuários, sendo três homens e cinco mulheres.

Quinta roda de conversa: devolução dos dados sobre os casos considerados de alta (família e atenção básica) e reflexão sobre outras estratégias de atendimento

Nessa roda de conversa, através dos dados¹⁸ obtidos sobre os oito usuários do grupo anteriormente citado, suas Unidades Básicas de Saúde de referência e sobre seus familiares, propusemos uma discussão acerca das alternativas possíveis para esses casos. Apresentaremos a seguir os dados levantados que subsidiaram essa roda de conversa.

Sobre os dados levantados com os familiares dos usuários, segundo o relatório feito por um dos bolsistas de iniciação científica, foram feitas entrevistas semi-estruturadas com sete parentes e cinco usuários. A maioria destes reside com cônjuge e filhos ou mãe/filho, existindo apenas o caso de Luzia que mora sozinha, mas perto da mãe.

Em relação à primeira questão sobre a necessidade de cuidados familiares, as respostas foram bem semelhantes e afirmaram que apesar de os usuários serem independentes para sair e fazer atividades em casa eles necessitam de mais atenção. No entanto, nos casos de Luzia e Márcio, seus familiares disseram que precisavam de certa vigilância, mais especificamente o caso dele é preciso também que sua esposa

¹⁷ Esse procedimento estava relacionado às duas pesquisas de dois dos três bolsistas anteriormente citados, que se encarregaram de fazer esse levantamento das Unidades Básicas de Saúde de referência desses usuários bem como de entrar em contato e realizar entrevistas semi-estruturadas com profissionais dessas Unidades Básicas de Saúde e com os familiares dos usuários.

¹⁸ Dados gerados a partir da participação dos bolsistas anteriormente especificadas.

administre seus bens, visto que ele é interditado. O familiar de Antônia afirma que o cuidado necessário é o cuidado que qualquer pessoa precisa, não precisando de especificidade.

Em relação às dificuldades com o cuidado, as respostas foram um pouco mais variadas, visto que cada família enfrenta realidades singulares. Alguns relataram algo que pode ser compreendido como mudanças na rotina familiar, devido a uma necessidade de maior vigilância com o familiar-usuário, outros disseram ainda não enfrentar nenhuma dificuldade, apenas uma preocupação normal com a saúde do usuário. Outra dificuldade citada estaria na falta de tempo para fornecer mais atenção aos usuários, nos problemas de relacionamento com seus familiares, principalmente, o mais próximo, neste caso a mãe.

Questionamos ainda sobre como o ASM ajuda no cuidado desse usuário e obtivemos respostas relacionadas às consultas médicas e recebimento de medicações; o auxílio no acompanhamento psicológico, onde eles podem se expressar, desabafar e se distrair; orientação do usuário e tranquilização do mesmo já que lá possui uma estrutura física adequada e profissionais capacitados nesse cuidado. Acreditamos que todas estas justificativas relacionam-se com um ponto central, bem colocado por Antônia, “o medo da crise”. Todas essas funções que o ASM parece exercer, para usuários e familiares, possuiriam por finalidade o controle da crise.

Em relação à possibilidade de saída do usuário do ASM e as possíveis dificuldades enfrentadas, os entrevistados demonstraram certo incômodo, principalmente os usuários. As respostas focaram-se nas dificuldades de marcação de consultas psiquiátricas na rede fora do ASM, visto que na Atenção Básica isto é muito difícil e demorado. No ASM, esses benefícios são obtidos com mais facilidade,

cômodo, e ainda na área de assistência a saúde, haveria dificuldades em uma efetiva assistência psicológica, prejudicando o “equilíbrio psicológico” (um dos parentes).

Algumas outras dificuldades financeiras foram relatadas por alguns, pois a medicação representaria um mais um gasto. E as usuárias Luzia e Meire falaram que sentiriam falta de frequentar o serviço devido às conversas com as psicólogas, as oficinas, os passeios. E algo bem marcante na fala desta última é o fato de perder seu local de lazer, ela disse “Deus me livre de sair de lá. É onde eu me distraio... O único canto que eu saio é pra lá”.

Na última questão acerca dos recursos comunitários e de assistência à saúde que a família e usuários utilizam no bairro onde residem, a maioria dos entrevistados respondeu fazer uso apenas do atendimento básico do posto de saúde, apesar de sempre deixarem claro não estar satisfeitos com os serviços oferecidos por este. E apenas uma das usuárias disse fazer parte de grupos na comunidade, tais como grupo de mães, idosos e também faz hidroginástica. Já Antônia não frequenta grupo nenhum, mas realiza pinturas e jardinagem em casa além dos afazeres domésticos. Na comunidade ela faz uso do posto de saúde, mas não somente dos atendimentos básicos, como também do serviço de psicologia.

Quanto aos dados sobre a Atenção Básica, o outro bolsista relata que as Unidades Básicas de referência dos usuários se localizam nos bairros Nordeste, Felipe Camarão/Km6 e Rocas, Unidades estas cobertas pelo Programa de Saúde da Família (PSF), e Ponta Negra, Nova Descoberta, Quintas e Cidade da Esperança, Unidades que ainda possuem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Foram entrevistados quatro Agentes Comunitários de Saúde, quatro Diretores de Unidade e dois profissionais da enfermagem. Devido ao início do ano, em praticamente todas as Unidades, havia funcionários de férias, logo, alguns enfermeiros responsáveis pelo

acompanhamento da equipe do PACS ou PSF estavam de férias ou estavam ausentes, cobrindo atividades domiciliares.

No processo que circunscreve a pesquisa, percebemos que as estratégias de atendimento aos casos de saúde mental atendidos nas Unidades Básicas de Saúde são o encaminhamento ao atendimento psiquiátrico e o Hospital Psiquiátrico Dr. João Machado continua sendo referência para isso. Quanto aos usuários atendidos especificamente no ASM, os ACSs afirmam conhecer bem as comunidades e a realidade das famílias que estes assistem. A principal diferença identificada é a aproximação que os Agentes do PSF têm dos usuários, mais do que os agentes do PACS. Os ACSs conhecem os usuários atendidos, embora não haja ligação entre a Unidade Básica de Saúde e o ASM. Poucos usuários do ASM fazem uso de grupos na Atenção Básica, e quando o fazem é somente freqüentando grupos de hipertensos e diabéticos.

Com base nos dados acima, durante toda a roda de conversa, foram apresentados pelos bolsistas esses dados às técnicas a partir de cada caso singular, ou seja, apresentava-se entrevista familiar de usuário X e entrevista com o técnico da Unidade Básica de Saúde. As técnicas ressaltaram o sucesso do caso da usuária Antônia, que a partir da intervenção da arte-terapeuta, se articulou a outros grupos fora do serviço para fazer pinturas e assim dar vagas para aqueles que necessitavam mais das oficinas dentro do ASM. Sobre José, outro usuário escolhido, mas que não tivemos acesso à família dele porque havia mudado de domicílio recentemente, os bolsistas mencionaram as difíceis condições de moradia da antiga casa desse usuário e elas se surpreendem, afirmando que não imaginavam ser essas as condições de vida dele, apesar de o usuário freqüentar muitas atividades no serviço há bastante tempo. Além disso, elas comentam o fato de desconhecer a participação desse usuário no grupo de hipertensos e diabéticos.

Quando apresentamos o caso do usuário que é interditado, elas comentam o quanto esse usuário tem autonomia e tem um negócio próprio, explicando que existiram alguns fatos desconhecidos pela equipe da história de vida desse usuário que o levaram a esse processo de interdição. E ainda, uma das técnicas se surpreende com a fala de Luzia sobre ali servir como um espaço de lazer e de interação social.

Algumas discussões reaparecem como o desconhecimento sobre a vida do usuário dentro do ASM. As técnicas se surpreenderam com o fato de alguns usuários terem articulação com a comunidade e como Antônia tinha se beneficiado a partir da intervenção da equipe e da saída das oficinas do ASM. Nesse sentido, opiniões divergentes surgiram sobre até que ponto a equipe do ASM tem possibilidade de conhecer a vida de um usuário com a grande quantidade de pessoas que elas recebem. Elas elogiam o levantamento feito e idealizam como seria positivo se pudessem fazer isso com todos os usuários, aproximando-se mais da realidade deles. Entretanto, afirmam que a falta de tempo e o cansaço diante das dificuldades cotidianas impossibilitam sair do serviço e conhecer melhor a realidade de todos os usuários. A possibilidade do grupo de alta fica enquanto proposta surgida na equipe para ser discutida pela equipe nesses casos.

Nesse momento, terminamos essa roda com a sensação de que aquele trabalho não seria continuado, tendo em vista que a equipe não definiu exatamente o que iria ser feito nesses casos. Entretanto, recentemente reencontrei uma das técnicas fora do serviço e em conversa informal ela me fala que esse levantamento está sendo feito pela equipe agora com os usuários das oficinas, com a finalidade de redefinir os projetos terapêuticos e pensar em uma possível articulação com a Atenção Básica, mas agora sob orientação da supervisora do serviço.

Sexta roda de conversa: devolução sobre os dados acerca da Associação Plural e o ASM

Essa última roda de conversa ocorrida com os técnicos foi feita a partir dos dados obtidos com a realização de uma roda de conversa no ASM composta por quatro participantes da Associação Plural e usuários do ASM, cuja temática era a articulação entre o serviço substitutivo e a Associação Plural. Iniciamos a discussão com a apresentação pelo bolsista acerca de alguns desses dados, tais como:

1. Contato com a Associação:

Os usuários destacaram haver conhecido através dos serviços substitutivos, seja CAPS II Leste ou o ASM. Três usuários destacam suas participações ASM na Associação, principalmente nas eleições para compor a Diretoria da Associação, e um deles narrou como foi a primeira eleição e diz que no final quem ganhou foi mais os usuários e técnicos do CAPS II Leste. Quanto a outros dois, iniciaram sua participação mais recentemente na Associação, também a partir do ASM, onde “alguém” da Associação contactou o serviço e uma das técnicas, Clara, informou e incentivou os usuários a comparecerem. Outro usuário falou ainda que as primeiras reuniões concerniam às carteiras da STTU e aos remédios. Luciana, por sua vez, diz que encontrou algo diferente do que esperava encontrar – ela pensava que seria uma discussão mais focal, mas diz que tratou de um tema geral, a saúde - e apontou certo alheamento da Associação no tocante à discussão de saúde mental.

2. Quanto às melhorias que a Associação pode trazer para o dia-a-dia do usuário:

Dois pontos principais apareceram: (um) a conquista de direitos e melhor atendimento à saúde, e (dois) um espaço de expressão e encontro. No primeiro fator, os

usuários falaram da Associação como uma ferramenta para a melhora na assistência, especificamente a saúde mental e para a resolução de problemas do tipo carência, tais como a falta de psiquiatras e de medicação. Além disso, foram abordadas questões do direito ao lazer e ao transporte gratuito. No segundo, um dos usuários que é o atual diretor da Associação já cita algumas melhorias que lhe foram propiciadas, por isso destaca a importância de frequentar um lugar onde todos possam falar e exprimir seus pensamentos e opiniões. Ou seja, um dos avanços que a Associação pode favorecer aos usuários é fazer com que estes concebam aquele espaço como seu ambiente para discussões, atividades e lutas.

3. Finalidade da Associação Plural:

Foram destacadas ações que a Associação deveria empreender na saúde mental, do que eles gostariam que fosse construído pela Associação. Muitas respostas apareceram, abarcando desde aspectos pessoais como aspectos do serviço. De um modo geral, todos falaram da Associação como uma base de apoio para o usuário. Ainda segundo aquele usuário, a Associação seria um “lugar onde bota tudo pra fora”. Desta forma, ele enfatiza a Associação como um espaço de conversa e de encontros, onde com a fala de um usuário, os outros se sentem cada vez mais à vontade para se expressar. “Quando você fala, ele fala, eu também falo, todos nós falamos”, afirmando ele ser esse o caráter terapêutico da Associação. Para Luciana, a Associação está alheia à realidade, pois deveria ter um olhar sobre a profundidade da realidade do cenário da saúde mental e sente a necessidade de que alguém tome para si a responsabilidade de assumir o papel de lutar em prol de melhorias para a saúde mental. O que foi marcante na fala de Luciana foi a importância dada por ela aos técnicos presentes na Associação: segundo ela, os técnicos devem encabeçar a Associação porque eles seriam as pessoas a amparar o usuário em momento de crise. Defende ainda que a Associação deveria agir contra o

preconceito aos portadores de transtornos mentais e, além disso, deveria empenhar-se a oferecer cursos para que o usuário tenha uma ocupação e não ficasse ocioso. O assunto da ocupação retornou diversas vezes e um dos usuários afirma ser importante que a Associação trabalhe junto aos serviços com a finalidade dos usuários movimentarem-se e mantendo-se ativos.

4. Relação entre o que o usuário vive no serviço e a Associação, tentando explorar a possível redução da frequência dele no serviço e a participação na Associação.

Algumas críticas foram feitas, como o modo de atuação da Associação, especialmente no que concerne à relação com o cotidiano dos usuários dos serviços substitutivos. Dentre as críticas realizadas estão: a) Uma distinção entre a expectativa do que seria contemplado nas assembléias com o que realmente foi. O distanciamento entre a realidade e as discussões: a usuária alega que eles – os usuários – é que conhecem profundamente as dificuldades enfrentadas diariamente, tal como problemas no atendimento público de saúde, e que a associação deveria atuar a nível “dessa profundidade da realidade que existe entre saúde mental e saúde”. Uma outra questão diz respeito às dificuldades de comunicação, destacando-se o pouco acesso dos usuários às informações sobre a própria associação; a falta de uma formalização da associação no que diz respeito a recursos financeiros – em especial ao não pagamento de uma taxa por parte dos associados – é o principal empecilho para a ação da entidade, conforme José. Segundo ele, se os cadastrados não pagam, não podem cobrar uma atuação efetiva.

Quanto a isso, também foram feitas considerações e ressalvas de ações em potencial, que envolvessem os aspectos abordados na pergunta – cotidiano e alta dos serviços. O ambiente da Associação é colocado como terapêutico, uma vez que é um espaço para expressão, um “lugar onde bota tudo pra fora”. O presidente da Associação

relata que os usuários não conseguem desvincular-se dos serviços porque “não têm o que fazer em casa” e menciona casos onde os usuários, quando sabem da possibilidade de alta nos CAPS, param de tomar a medicação para retornar às atividades do serviço mencionado. Para enfrentar tal problema seria necessária, segundo eles, a criação de projetos que priorizem uma ocupação do usuário através de oficinas, cursos e capacitações, e Luciana exemplifica a sua vivência num clube de mães do qual participava, onde eram solicitadas aulas junto à ONGs, com o apoio da prefeitura.

Questionamos ainda aos usuários sobre as conquistas da Associação, e eles afirmam que a própria criação e legitimação da Associação já foi uma conquista, posto que foi resultado de anos de vontade e planejamento (usuário atual presidente da Associação). Conseqüência disso é o reconhecimento da Associação por outros órgãos e entidades, através do qual surgem convites para participação de reuniões e fóruns. Segundo ele, a associação “deixou de ser aquele grupo de pessoas anônimas”. Um acontecimento citado pelos usuários como uma conquista concreta promovida pela Associação foi a manutenção da gratuidade do acesso aos ônibus, direito que ia ser cancelado até a mobilização promovida pela Plural.

A partir da apresentação dessas questões pelo bolsista, as técnicas questionaram na roda de conversa se nós já tínhamos apresentado à própria Associação esses resultados, e afirmamos que não, devido às dificuldades encontradas na própria Associação. Então questiono sobre o que elas compreendem dessa possível participação dos técnicos na Associação, da importância disso, e da vivência do cotidiano delas, e relembro um momento observado logo cedo no “Bom Dia”, onde diante da reclamação de muitos usuários sobre a falta de medicação há mais de um ano no ASM, Paula, uma das psicólogas, questiona o que eles poderiam fazer, e aos poucos os usuários pensam na idéia de um abaixo-assinado. Paula questionou ainda ao presidente da Associação

sobre isso, ainda durante o “Bom Dia”, e ele explicou que no CAPS nunca faltava medicação, mas é pelo modo de organização do serviço, sugerindo que os técnicos do ASM poderiam adotar esse modelo de organização.

Essa sugestão não parece muito relevante, mas a idéia do abaixo-assinado continuou sendo debatida, entretanto, os usuários não conseguiram mobilizar-se para organizá-lo, ficando em aberto quem construiria e escreveria o texto. Enfim, exemplifico esse tipo de atuação de Paula e pergunto o que elas pensam. A própria Paula respondeu mencionando a existência por parte dos usuários de uma “falta de apropriação da cidadania” e que isso não é específico desses usuários, mas da população brasileira, de possuir como característica não reivindicar seus direitos, mas sempre esperar pela vontade política dos governantes. Ela se questionou se eles vão se organizar para fazer o abaixo-assinado, mas naquele momento ainda não sabíamos se isso aconteceria. E Clara afirmou que eles têm dificuldades de perceber essa Associação como sendo deles (“Essa Associação não é dos técnicos é deles”), e explicou que sempre vai às reuniões com os usuários, considerando importante tal atitude, mas nelas ela afirma não se sentir técnica, mas como qualquer outra pessoa lutadora pelos princípios da Reforma Psiquiátrica. Retomando a questão da passividade, uma das técnicas diz que “essa história de passividade começa aqui no Ambulatório”, falando da experiência dos usuários do serviço. Essa colocação parece incomodar às técnicas, e Clara afirma ser isso histórico, essa passividade vem do regime de tutela a que o louco foi submetido durante muito tempo e que isso não seria modificado repentinamente no ASM. Ela explica ainda que os usuários acreditavam muito no saber psiquiátrico e que ele ainda tinha uma força muito grande naquele cotidiano, e exemplificando com uma fala recente de um usuário “o doutor é quem manda”, e indignada diz “eles acham que nós somos peão que recebe ordens médicas”.

Afirmo para elas que isso pode ser reflexo dessa dissociação entre a equipe, onde os psiquiatras trabalham separadamente do resto da equipe, e trago uma colocação feita por um dos psiquiatras sobre ser esse um problema vindo da gestão e também de falta de pressão da equipe do ASM, de não ter um psiquiatra lotado na equipe, e questionei o modo como elas lidavam com isso, se elas também não estavam na postura de esperar uma resolução da gestão, e do quanto isso podia ser problemático para a equipe na medida em que todos os conflitos do cotidiano provenientes das dificuldades com a gestão elas têm de resolvê-los sozinhas. E Maria reafirma que aquela equipe é apolítica, como ela afirmou anteriormente, e que sim, elas acabavam assumindo alguns problemas que poderiam ser resolvidos por uma postura mais propositiva com relação à gestão. Relembrou ainda a denominação de “equipe super-poderosa” surgida em uma das supervisões da equipe, sobre o fato dessa equipe absorver muitos problemas provenientes da rede de saúde e da gestão e tentar dar resolutividade a eles.

A discussão nesse momento foi muito calorosa, pois opiniões contraditórias surgiram, umas questionando o modo de articulação da equipe e outras reafirmando que são problemas difíceis de ultrapassar repentinamente. A roda de discussão terminou com essa emergência de conflitos dentro da equipe e que não foram esgotados e nem resolvidos naquele momento. Surpreendeu-nos o rumo tomado nessa roda, pois acreditávamos que seria um momento de análise da articulação usuários – Associação, entretanto, ao falarmos de postura política e de passividade, as discussões acabaram provocando questões quanto à relação dessa equipe com a psiquiatria e com a gestão de saúde mental. Acreditamos ter sido esse momento o mais surpreendente e o mais produtivo das rodas de conversa por questões centrais emergirem e pela crise gerada.

Nesse dia finalizamos a entrada no campo, agradecemos a participação das técnicas e nos disponibilizamos a dar retorno da pesquisa assim que finalizada às

análises. Nesse processo, tentamos realizar uma socialização constante da pesquisa com os participantes na perspectiva de que os conceitos e os analisadores¹⁹ fossem co-produzidos junto à equipe.

A partir dessas rodas de conversas e das observações no cotidiano, o ambulatório de saúde mental e o modelo de gestão adotado no serviço foram os principais analisadores destacados, e a partir deles pudemos pensar os rumos desse trabalho de dissertação. Além disso, gostaríamos de destacar que nesse processo de pesquisa-intervenção, produzíamos uma demanda de reflexão na equipe a partir de cada encontro, e o cotidiano vivenciado no serviço produzia demanda nos rumos de reflexão e de constituição desta dissertação. Foi um percurso que se fez efetivamente no seu caminhar.

Nesse sentido, nos lançamos na difícil tarefa de expressar em palavras nos próximos capítulos as cenas, os conflitos existentes, as contradições e os acontecimentos tentando refletir e dar força aos processos instituintes para a desconstrução da cronificação nos serviços. Ressaltamos assim o que Rocha (2007) afirma acerca da pesquisa-intervenção onde esta deve ampliar os espaços de trocas compartilhadas, não buscando uma mudança imediata, mas tentando afirmar/produzir através da pesquisa uma outra relação entre instituição da formação/aplicação de conhecimentos, teoria/prática, sujeito/objeto, recusando-se a psicologizar conflitos. Esses conflitos apresentam-se enquanto possibilidades de mudança, sendo a postura do sócio-analista a de indagar sobre a ordem social vigente.

A partir dos dois analisadores principais que identificamos nesse percurso do campo, o modelo ambulatorial e o modelo de gestão, construímos dois eixos de análise que serão focos de discussão nos segundo e terceiro capítulos: As políticas intersetoriais

¹⁹ Acontecimentos que podem “agitar” um grupo socioanalítico fazendo surgir um processo de análise coletiva (Lourau, 1993).

e o trabalho em rede tendo como foco o ambulatório de saúde mental, bem como os processos de trabalho e de gestão no âmbito da EAPS.

2. Rede e intersetorialidade no contexto da Estratégia de Atenção

Psicossocial: o lugar do Ambulatório de Saúde Mental

Nosso passado não está superado. Ele nos habita como memória intensiva(...) Vivificando a memória por meio das interpelações das urgências do presente, teremos a oportunidade de nos sensibilizarmos para a questão da conversão ou não da Reforma em mais um modismo neutralizador das inquietações sociais contemporâneas (Fonseca, Perrone e Engelman, 2004, p. 222).

Através da III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada no ano de 2001, o Ministério da Saúde aponta para o reordenamento da atenção em saúde mental, recomendando a construção de uma clínica de suporte social, mudanças no âmbito da legislação, além de transformações sociais que apontem para a criação de um novo locus social para a loucura. Adotando o tema “Cuidar sim, Excluir, não – ‘Enfrentando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social’”, expressam que a Reforma Brasileira tem sido um movimento de embates com tensões, avanços e resistências, construções e dificuldades, que necessita de implementar um atendimento que seja articulado a uma rede, utilizando os dispositivos para além dos serviços assistenciais e um atendimento que seja territorial (Brasil, 2001).

A reorientação proposta para o modelo assistencial evidencia:

...as políticas públicas de saúde mental devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença. (...) A efetivação da reforma psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico (Brasil, 2001, pp.23-24).

Segundo as determinações da lei Paulo Delgado 10.216/2001, os serviços substitutivos em saúde mental devem tratar permanentemente o usuário para sua reinserção social e esse tratamento deve objetivar a recuperação através da sua inserção na comunidade, na família e no trabalho, além de habilitar a sociedade para conviver com a diferença.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira abrange um conjunto de mudanças nos níveis culturais, políticos, legais e assistenciais inspiradas na Reforma Psiquiátrica italiana abordando a desconstrução do modelo racionalístico-cartesiano, a construção da psiquiatria democrática e a transformação das relações de poder que perpassam o atendimento em psiquiatria (Goulart, 2006).

No conjunto das mudanças assistenciais, vemos surgir diversos serviços que se pretendem ser substitutivos ao hospital psiquiátrico. Dentre esses serviços destacamos, em linhas gerais:

- Os núcleos e centros de referência e assistência em saúde mental (NAPS, CAPS e CERSAMs), espaços de acolhimento e tratamento;
- Espaços de produção cultural e artística “mais comprometidos com projetos de reabilitação e re-inserção social dos usuários dos serviços de saúde mental” (Goulart, 2006, p.14);
- Moradias protegidas e Programa “De Volta para casa” para egressos de longos períodos de internação nos hospitais psiquiátricos;
- Cooperativas de trabalho que auxiliam na reinserção social;

Na rede assistencial de serviços substitutivos vemos a permanência dos ambulatorios de saúde mental cujas funções ainda precisam ser melhor definidas na sua relação com os CAPS, com a Atenção Básica e com o território. O Ministério da Saúde

(Brasil, 2007) aponta que existem no país 862 serviços desse tipo caracterizados atualmente pelo atendimento aos usuários menos graves (cerca de 9 % da população geral brasileira), pela baixa articulação com a rede de atenção em saúde, pela referência às consultas de psicologia e psiquiatria, pela baixa resolutividade com imensas listas de espera e com crises freqüentes no funcionamento. Pelas características apontadas anteriormente, existe a necessidade de aprofundar a discussão em torno das diretrizes de funcionamento dos ambulatórios.

Os ambulatórios de saúde mental comportam paradoxos quanto à sua finalidade em relação ao Paradigma Psicossocial. O surgimento dos ambulatórios especializados em saúde mental no Brasil acontece na década de 1920 com a implantação da política Assistencial de Higiene Mental objetivando prevenir transtornos mentais na população. Os hospitais psiquiátricos já começavam a ser criticados pela superlotação apresentada e pela cronificação dos pacientes em seu interior. A partir disso, os ambulatórios aparecem como proposta efetiva de uma política de promoção e prevenção aos problemas mentais fora do ambiente hospitalar. Nessa estratégia, a psiquiatria atuaria mais próximo da comunidade, com uma perspectiva de normalização social, de eugenia para o exercício de uma vigília, e de controle dos imigrantes e dos matrimônios na tentativa de evitar uma deterioração hereditária (Lougou, 2006). Os negros, os pobres, os imigrantes, as mulheres e crianças foram os principais alvos desse tipo de política, havendo uma discriminação de acordo com a raça, o gênero e a condição sócio-econômica dos indivíduos ou populações.

Goulart (2004) explica que a Psiquiatria, através dos ambulatórios de saúde mental, produziu um discurso de que os problemas mentais estão latentes na marginalidade urbana, problematizando os comportamentos da classe trabalhadora, sendo um poderoso instrumento de disseminação do discurso psiquiátrico e dos efeitos

de verdade que ele veicula, buscando a regulamentação e a normatização dos comportamentos da classe trabalhadora.

Apesar dessas tentativas, o número de ambulatórios ainda se mostrava reduzido no início da década de 1960, somando-se apenas 17 em todo o país. Eles funcionavam como uma malha, selecionando uma clientela para os hospitais psiquiátricos (Resende, 2007). Ainda nesse período, encontramos o crescimento do fenômeno denominado mercantilização da loucura, associada à privatização da Assistência e compra dos serviços médicos aos manicômios privados, o que foi um dos desencadeadores da crise da Previdência Social vinda mais adiante.

Na década de 1970, a prática pública de segregação nos grandes hospitais psiquiátricos carecia de recursos e a política de privatização dos hospitais psiquiátricos privados era extremamente criticada pela má qualidade do atendimento. A partir disso, o governo brasileiro propõe algumas iniciativas de reorientação da assistência em saúde mental na rede extra-hospitalar cujo principal dispositivo era o ambulatório (Goulart, 2006). Essas iniciativas foram protagonizadas pelo Ministério da Assistência e Previdência Social e pelo Ministério da Saúde através do Programa Integrado em Saúde Mental (PISAM).

Mudanças efetivas no campo assistencial só ocorreram nos anos 1980 a partir da pressão dos diversos movimentos sociais. Nesse período, é elaborado o Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). Através deste, ocorre um grande investimento do Estado no sistema de atendimento público priorizando a reforma dos hospitais psiquiátricos e a expansão de uma rede ambulatorial extra-muros buscando a reinterpretação do fenômeno do adoecimento mental. Santos (2007) afirma que nesse

período existe a entrada de novos profissionais, principalmente da psicologia e do serviço social.

Entretanto, essa reforma assistencial não obtém êxito. Goulart (2006) aponta em estudo feito em Minas Gerais o aumento da busca da população pelos ambulatórios de saúde mental para adquirir receitas médicas, psicotrópicos, a distorção da demanda, excluindo os casos graves e da resolutividade (psicologização e medicalização). Santos (2007) aponta ainda a manutenção do ciclo crise-internação-alta-crise-reinternação pela falta de uma política assistencial que delimitasse o funcionamento dos ambulatórios e pela falta de capacitação aos profissionais de Saúde Mental. “A proposta de ambulatorização não questionava os efeitos negativos do manicômio: a cronificação, a estigmatização do sujeito internado, a hierarquização entre os membros da equipe, o imperativo do saber médico” (Santos, 2007, p.67). Desse modo, vemos que o processo de ambulatorização desse período resultou na cronificação da população assistida, atraindo novos pacientes e elevando o consumo de psicotrópicos.

No final da década de 1980, as críticas ultrapassam o âmbito assistencial inspirando-se principalmente na Reforma Psiquiátrica italiana. O modelo asilar de atendimento e o saber psiquiátrico são fortemente criticados, buscando outro modo de se compreender o adoecimento psíquico e a noção de loucura.

A Reforma Psiquiátrica brasileira objetiva uma nova noção de cuidado em saúde mental, além de transformações culturais e jurídicas. Costa-Rosa (2000) designa as mudanças da Reforma Psiquiátrica a partir da distinção de dois modelos paradigmáticos, sendo um caracterizado como modo asilar e o outro como modo psicossocial. Este autor explica que esses dois modelos só podem ser alternativos um ao outro se considerados contraditórios, ou seja, se suas práticas expressam parâmetros basilares ou paradigmas opostos.

Segundo essa perspectiva, afirmar que o modelo ambulatorial e multiprofissional é diferente do médico-centrado e hospitalocêntrico não os define como sendo alternativos e/ou contraditórios. O primeiro modelo pode comportar características do segundo se suas práticas fundamentarem-se, por exemplo, no depósito de expectativas na medicação, no saber psiquiátrico, recorrendo às internações psiquiátricas, etc. Nesse sentido, Alves e Guljor (2004) explicitam que os ambulatórios de saúde mental não são, por definição, um serviço ultrapassado, mas sim um serviço aberto, que para ser potente necessita assumir em suas práticas características de um serviço de Atenção Psicossocial.

A partir da percepção de que os ambulatórios de saúde mental estão historicamente ligados a uma lógica de atendimento centrada no saber psiquiátrico, onde este tinha na rede uma função complementar e não substitutiva aos hospitais psiquiátricos, faz-se necessário problematizar qual a noção de ambulatório adotada atualmente e como eles estão funcionando na perspectiva da rede adota pela EAPS.

2.1. A rede de Atenção Psicossocial e os ambulatórios de saúde mental

A partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no final da década de 1980, o sistema de saúde passou a ser organizado em rede e com base no princípio da intersetorialidade. A rede de saúde proposta pelo SUS está estruturada em um modo de organização piramidal, onde na base existe um conjunto de serviços responsáveis pela atenção primária, responsabilizando-se pela maioria da população, devendo ser a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde. Em um nível intermediário da pirâmide se situam os serviços de atenção intermediária de média complexidade e no topo da pirâmide estariam os serviços de alta complexidade, como os serviços hospitalares

(Cecilio, 1997). A organização de rede foi pensada no SUS a partir de uma ideal de justiça social, desejando possibilitar um acesso mais amplo à população.

A Reforma Psiquiátrica brasileira compartilha dos princípios do SUS e propõe a substituição do atendimento psiquiátrico centrado no manicômio e em serviços especializados para um atendimento de base comunitária e territorial, que englobe diferentes setores da sociedade e diversas esferas governamentais em seu planejamento. A substituição do hospital psiquiátrico e do paradigma que o sustenta exige o desmonte da relação problema-solução para pensar na existência do usuário e na invenção de projetos para sua reprodução social (Rotelli, Leonardis e Mauri, 2001). Desse modo, o Paradigma Psicossocial situa a saúde mental na saúde coletiva onde a integralidade¹, a intersetorialidade e a territorialidade são eixos fundamentais norteadores das práticas e do planejamento em saúde.

As políticas em saúde mental têm sido planejadas a partir de uma rede de dispositivos de atendimento comunitário e centrado em um território, tomando-o para além de um espaço geográfico específico, incluindo os recursos sociais significativos para a população e para o sujeito que possam servir como potencializadores nas estratégias de cuidado. A idéia do Ministério da Saúde é que não seja apenas um serviço ou equipamento de saúde a contemplar a reinserção social de pessoas portadoras de transtornos mentais que foram secularmente estigmatizadas e excluídas socialmente, mas devendo incluir ainda outros estabelecimentos como associações, cooperativas e variados espaços das cidades.

Os serviços assistenciais devem ser de natureza pública, de base municipal e fiscalizada por controle social. Segundo a portaria nº224/1992, o ambulatório no âmbito

¹ Tomamos a integralidade aqui como conceito inserido nas diretrizes básicas do SUS, como princípio que reconhece as necessidades específicas de cada grupo, atuando na prevenção e promoção da saúde, ampliando o horizonte das intervenções e ultrapassando as separações artificiais das políticas setoriais (Vasconcelos, 2009).

da Reforma Psiquiátrica deve seguir as diretrizes do Sistema Único de Saúde (universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações), podendo englobar unidades básicas/centros de saúde e ambulatórios especializados inseridos ou não em policlínicas. As atividades desenvolvidas nos ambulatórios especializados devem concentrar-se nos atendimentos individuais, atendimento grupal, visitas domiciliares, atividades comunitárias especialmente na área de referência, sendo função do gestor local definir seu papel na rede de saúde.

Os ambulatórios de saúde mental como vimos anteriormente, auxiliaram na manutenção do modelo manicomial por centrar-se muito mais nos especialismos, adotar um modelo centrado no saber psiquiátrico, selecionando a demanda para os hospitais psiquiátricos (Peixoto, 2007). Atualmente, apesar de estar inseridos em uma política assistencial fundamentada nos princípios da Reforma Psiquiátrica, os ambulatórios de saúde mental ainda se mostram como referências para inúmeras consultas em psiquiatria e psicologia, apresentando problemas como a pouca resolutividade e baixa articulação com a rede de saúde mental (Brasil, 2006).

Segundo Costa-Rosa (2000), é necessário pensar as funções sociais dos dispositivos de saúde mental. No caso dos ambulatórios de saúde mental é necessário analisar sua função positiva explícita no discurso como a produção de saúde, atendimento multiprofissional, reinserção social, etc., como também perceber sua função negativa, através da análise das lacunas presentes no discurso e nas práticas nem sempre transparentes e acessíveis. Para isso, torna-se imprescindível examinar a distinção destes dois modelos nas formas como esses estabelecimentos de atendimento se relacionam com sua clientela (Costa-Rosa, 2000). Ou seja, o modo como os ambulatórios se apresentam no espaço geográfico, no imaginário e no simbólico, de modo a interferir na demanda.

Nesse sentido, o modo como os equipamentos de saúde mental se relacionam com a clientela são essenciais na distinção entre o Paradigma Hospitalocêntrico e Medicalizador e o Paradigma da Atenção Psicossocial, sendo isso primordial para pensar os processos de cronificação dos dispositivos, da rede e dos usuários, nos fazendo questionar como se caracteriza o ASM na sua relação com a clientela atendida?

No modo asilar, os estabelecimentos são lócus depositários para onde se enviam todos os problemáticos para que sejam tratados e devolvidos ao sistema social tal como eram antes. Ou seja, existe uma perspectiva clara de normatização e padronização dos indivíduos. Nesse sentido, esses estabelecimentos tendem a funcionar como “espaços depositários de tutoria e, de modo mais amplo, se pode considerá-la como agenciadora de suprimentos, diante de uma clientela considerada carente” (Costa-Rosa, 2000, p. 161).

Já na Atenção Psicossocial, os estabelecimentos caracterizam-se por serem espaços de interlocução entre os sujeitos participantes, devendo ser capazes de funcionar para além de depositária e de tutelar, discriminando a dimensão da demanda social e encaminhando-a para outros espaços de encomenda. Os estabelecimentos condizentes com a EAPS têm de exercer um estreitamento da faixa do ‘tratável’, pois deve tentar recorrer a uma série de encomendas a partir da análise da demanda social que lhe chega (Costa-Rosa, 2000).

Os paradoxos e indefinições quanto aos ambulatórios de saúde mental se expressam desde o nível das organizações, como apresentados no discurso do Ministério da Saúde, até os níveis do estabelecimento e das práticas cotidianas, como percebemos através do ASM da cidade de Natal. Por isso, para perceber melhor as funções do ambulatório, é necessário analisar as demandas sociais que lhe chegam e as encomendas que esse estabelecimento tem feito para responder a essa demanda, ou seja,

perceber quais conexões com a rede de serviços tem sido feitas, de modo a visualizar sobre as bases de que paradigma o ASM tem funcionado.

2.2. A rede de saúde mental e o ASM de Natal

Na perspectiva vista anteriormente de ser necessário perceber a função social exercida por um dispositivo para situá-lo no campo da Atenção Psicossocial, buscaremos nesse item analisar como o ASM tem se configurado na rede de saúde de Natal através de dois itens, a saber: as demandas atendidas nesse serviço, e a relação entre a saúde mental e a atenção básica estabelecida na rede de saúde.

Seguindo os princípios dos SUS, a Secretaria Municipal de Saúde do Natal buscou organizar a rede de saúde a partir da regionalização adequando os recursos públicos às demandas regionais a partir do estabelecimento de zonas territoriais (Natal, 2007). Desde o ano de 2005, seguindo as peculiaridades sócio-demográficas e sanitário-epidemiológicas, Natal está subdividida em cinco Distritos Sanitários, a saber: Norte 1 e Norte 2, Sul, Leste e Oeste.

Seguindo as recomendações do Ministério da Saúde para os gestores, a organização da rede de saúde mental para uma cidade com o porte de Natal, com mais de 700 mil habitantes, deveria se dá a partir de uma rede assistencial composta por CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSi, rede básica com ações em saúde mental e capacitação para o SAMU. Entretanto, segundo a Secretaria de Saúde, a rede de saúde mental de Natal está distribuída em oito serviços substitutivos distribuídos em: dois Centros de Atenção Psicossocial tipo II, dois Ambulatórios de Saúde Mental (Ambulatório de Prevenção e Tratamento do Tabagismo, Alcoolismo e outras Drogadições – APTAD e outro para atendimento de transtornos psiquiátricos gerais),

dois Centros de Atenção Psicossocial tipo AD, um Centro de Atenção Psicossocial tipo i (atendimento infanto-juvenil) e uma Residência Terapêutica (egressos de longas internações e sem vínculos familiares) (Natal, 2008).

Apesar da existência desses serviços substitutivos, percebemos que eles são insuficientes numericamente para atender à população e os três hospitais psiquiátricos (Hospital Dr. João Machado, Casa de Saúde de Natal e Clínica Santa Maria respectivamente estadual, filantrópico e privado) ainda continuam sendo referência no atendimento em saúde mental. Existe a distribuição irregular dos serviços substitutivos de acordo com as Zonas dos Distritos Sanitários da cidade, com os serviços substitutivos concentrados na Zona Leste, dificultando o desenvolvimento de estratégias de atendimento acessíveis nos bairros onde os usuários circulam cotidianamente, forçando-o a procurar um serviço distante de sua realidade local.

Segundo Santos (2007) a Secretaria Municipal de Saúde de Natal planejou estruturar desde 1992 uma assistência em saúde mental onde os ambulatórios especializados em Saúde Mental servissem de referência às Unidades Básicas de Saúde e aos CAPS (nesse período denominado NAPS pela Secretaria Municipal de Saúde de Natal) dentro de cada Distrito Sanitário. No entanto, apenas em 2001 foi inaugurado o ASM do Distrito Leste no Centro Clínico do Bairro das Rocas. Segundo pesquisa realizada por Santos (2007), a proposta era ser:

Um serviço de referência em Saúde Mental para o Distrito Sanitário Leste, devendo atender aos usuários egressos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e hospitais psiquiátricos. Os objetivos do Ambulatório de Saúde Mental abrangiam, também, o acolhimento dos sujeitos em situação de vulnerabilidade/crise, evitando internações e re-internações psiquiátricas (p. 99).

Ou seja, ao mesmo tempo em que se buscava atender usuários provindos dos CAPS, buscava-se fornecer uma assistência aos usuários que estavam em crise. A proposta inicial de atendimento à crise com leitos 24 horas não vingou, e o ASM foi inaugurado apenas com dois técnicos (uma psicóloga e uma psiquiatra). No período em que se pensava na abertura do ASM, havia uma pressão judicial para que a Secretaria Municipal de Saúde abrisse um serviço que atendesse à crise psiquiátrica (Santos, 2007).

O ASM foi pensado nessa perspectiva, só que esse planejamento não foi possível por dificuldades financeiras e de recursos humanos (Santos, 2007). Entretanto, diante da inexistência atual de serviços substitutivos na rede de saúde para atender às crises, nos questionamos se esse problema não está atrelado a outros motivos como a falta de prioridade e de planejamento da gestão de saúde do município para esse tipo de serviço? Além disso, por que pensar em um ambulatório especializado em saúde mental para atender as crises se outros dispositivos são propostos na Reforma Psiquiátrica para tal? Por que manter o ASM aberto apenas em meio expediente se o quadro atual de recursos humanos é bem maior se comparado ao do período de inauguração?

O lugar que o ASM tem tido na rede de saúde mental de Natal é de acolher dentro da rede especializada os usuários que receberam alta dos CAPS, e atualmente, apresenta-se como mais um serviço que não absorve a demanda pela superlotação. Essa visão parece ser compartilhada pelos técnicos do ASM, dos CAPS e da coordenação de saúde mental.

A partir da cronificação dos usuários no interior do ASM, questionamos que demandas esse usuários apresentam no serviço? Que lugar na vida desses usuários esse serviço tem ocupado? Além disso, que conexões com têm sido feitas no sentido de responder a essas demandas? Tentaremos analisar questões a partir da reflexão acerca

da demanda atendida no ASM e a relação da rede de saúde mental de Natal com a atenção básica.

2.2.1. Demandas que chegam ao ASM

No ASM, encontramos cinco aspectos principais em relação ao atendimento da demanda, a saber: a demanda por psicotrópicos e consultas psiquiátricas, a busca pela escuta psicológica, a demanda por direitos especiais e por convivência e circulação social. A seguir, detalharemos cada uma delas:

a) A demanda por psicotrópicos e pela assistência psiquiátrica

No atendimento nesse serviço, todos os usuários cadastrados no “Programa” passam pela consulta psiquiátrica, entretanto, um reduzido número participa de outras atividades para além da consulta psiquiátrica. Diante da enorme quantidade de usuários atendidos apenas pelas consultas psiquiátricas e da maior parte ser atendida há mais de cinco anos no serviço, nos questionamos por que um serviço de saúde mental que se propõe a adotar um modelo de atenção psicossocial mantém um modelo de atendimento estritamente medicamentoso? Segundo Bezerra Jr. (2007), diversas questões estão envolvidas nessa problemática, e uma delas refere-se aos medicamentos, doenças e representações distintas entre a população atendida e os técnicos de saúde mental.

A demanda da população por medicamentos nos ambulatórios de saúde mental está associada ao modo como a população concebe o adoecimento, atribuindo-lhe causas de ordem somática. A localização da doença está no corpo do usuário e o medicamento se torna imprescindível como intervenção terapêutica.

No cotidiano do ASM vivenciamos inúmeras situações onde a busca por medicação e pela consulta psiquiátrica é colocada como fundamental no processo terapêutico. Em uma das visitas de campo chama atenção o grande número de usuários na sala-de-estar, e entre as conversas descubro que essa situação se dava porque muitos usuários estavam aguardando a presença de um dos psiquiatras do serviço que viria excepcionalmente nesse dia para renovar um grande número de receitas, além de outra psiquiatra que estava atendendo nesse mesmo dia. Clara, psicóloga que estava na sala de espera nesse dia e forma um grupo, vai dar alguns avisos e afirma que “Quando o médico chega, ninguém consegue segurar os usuários aqui”, referindo-se a espera dos usuários pela consulta médica. Nos grupos de acolhimento, diversos relatos feitos pela população acerca de mudanças na variação de humor, de vivências de insônia, são relatados pelos usuários como variações decorrentes principalmente da medicação, sendo uma prática freqüente aconselhar uns aos outros acerca da busca pelo médico para alterar a prescrição medicamentosa.

O saber e a prática médica ainda mantêm um lugar de privilégio entre a população. A psiquiatria restituiu o mandato social sobre a loucura através do desenvolvimento dos psicotrópicos, principalmente depois da Segunda Guerra Mundial onde as experiências de Reformas Psiquiátricas buscaram a saída das pessoas com transtornos mentais dos hospitais psiquiátricos. O largo uso dos neurolépticos, com a capacidade de reduzir os sintomas psicóticos, permitiram ao psiquiatra manter o seu mandato social sobre a loucura, “agindo como embaixatriz social das normas dominantes na sociedade” (Silva Filho, 2007, p. 96).

A medicalização constitui uma estratégia biopolítica, sendo uma importante ferramenta de assujeitamento, pois o sofrimento não se torna objeto de reflexão e de produção de novas formas de ser e de transformação social (Ignácio & Nardi, 2007). A

oferta da consulta psiquiátrica, associada a outros fatores como a enorme quantidade de usuários, a falta de psiquiatras no serviço, e o pouco tempo dado para cada consulta², auxiliam na manutenção de um ambulatório cujo modelo de atendimento está centrado na medicação como perspectiva privilegiada de cuidado, partindo da visão de que a demanda em psiquiatria origina-se dos distúrbios somáticos ou psicológicos (Bezerra Jr., 2007).

Segundo Costa-Rosa (2000), a instituição enquanto dispositivo social é produtiva em três modalidades. Aqui destacamos a função de mais-valia, onde esse dispositivo social da esfera pública busca produzir mais-valia sob a forma indireta dos setores químico-farmacêuticos através do consumo dos seus produtos. E ainda, vemos através desse tipo de atendimento médico-centrado uma reatualização das práticas ambulatoriais desenvolvidas no país a partir da década de 1970, produzindo uma cronificação da demanda através do consumo em massa de psicotrópicos. A assistência eminentemente psiquiátrica ainda é bastante valorizada por todo o corpo social, e isso recai diretamente como produção de demanda para os serviços que se pretendem ser substitutivos.

Destacamos ainda a preocupação dos atores sociais, quando se fala em alta, da possível desassistência psiquiátrica diante de crises, indicando que a falta de dispositivos substitutivos de atenção à crise, tais como CAPS tipo III³ e de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, propicia à cronificação no ASM e a elevada demanda

² De acordo com os dados obtidos no serviço, estima-se que cada psiquiatra deva ser responsável pelo atendimento de cerca de 70 usuários. Além disso, na agenda de cada profissional está previsto, no mínimo, 11 atendimentos diários, o que indica cerca de 20 minutos para cada usuário, em um horário de atendimento de 8:00 as 12:00 horas da manhã. Nessa perspectiva, não resta tempo na maioria das vezes para a reunião de equipe.

³ O CAPS III funciona 24 horas e tem leitos para internações de curta duração. As outras modalidades de CAPS não têm como atender a crises, pois funcionam de segunda a sexta, nos turnos diurnos, não possuindo estrutura física para atender às crises.

dentro dos serviços do tipo CAPS II. Além disto, temos quatro leitos psiquiátricos no Hospital Universitário Onofre Lopes, um dos hospitais gerais da cidade, que nunca foram ocupados por pacientes de psiquiatria, contribuindo ainda mais com a manutenção dos hospitais psiquiátricos da cidade como referência no atendimento às crises.

A permanência da dissociação da saúde mental da saúde geral, além da falta de dispositivos efetivamente substitutivos contribuem para a permanência do quadro supracitado. Além disso, a falta de serviços que dêem suporte à crise contribui ainda para a permanência dos 40 mil leitos em hospitais psiquiátricos no país e para a manutenção do modelo asilar de atendimento (Dimenstein e Liberato, 2009). Isso se torna mais grave na medida em que a desassistência diante da crise psiquiátrica torna-se uma bandeira dos movimentos contra a Reforma Psiquiátrica no país e em nível local.

b) A demanda pela escuta psicológica

Esse tipo de demanda ocupa também um lugar central no ASM através da solicitação dos usuários por grupos terapêuticos e por uma escuta clínica individualizada com as psicólogas do serviço. As técnicas e os usuários atribuem papel importante a essa função, na medida em que aquelas atendem às “urgências subjetivas” e os usuários buscam, em muitos momentos após o “Bom Dia”, uma escuta psicológica individualizada, não querendo expor alguns problemas diante de outros usuários. Entretanto, nos questionamos qual a função do grupo terapêutico para alguns usuários que poderiam estar de alta do serviço, como três usuários que estavam dentre os escolhidos em conjunto com a equipe que poderiam já estar desvinculados do serviço?

Em que medida uma atenção psicológica individual ou grupal se aproxima da realidade que esses usuários vivenciam?

Sobre isso, Bezerra Jr. (2007) nos convoca a pensar sobre os elementos inerentes da assistência psicológica, a reflexividade, a verbalização e a problematização, e sua coerência com a demanda apresentada nos ambulatórios de saúde mental. É necessário pensar sobre as representações em torno das noções de doença, dos procedimentos terapêuticos e dos resultados de tratamento.

O terapeuta tem a noção de que a doença resulta de um conflito psíquico onde o tratamento será, através da reflexão e da verbalização, problematizar essa situação, enquanto para o paciente as representações sobre a doença são as mais diversas possíveis. A expectativa de tratamento para o terapeuta é possibilitar a “atualização da capacidade de viver mudanças, de desvelar o oculto, de dar forma ao novo e, muito possivelmente, de viver novas expectativas e de encontrar novos objetos” (Bezerra Jr., 2007, p.155), enquanto o paciente atrela a saúde à uma dimensão mais imediata, embora possa reconhecer o modelo de saúde do terapeuta como ideal. Enfim, é necessário pensar sobre as diversidades entre o que está sendo oferecido e as expectativas dos usuários acerca da oferta psicológica de atendimento.

Acreditamos que para esses usuários seria importante outros tipos de intervenção no sentido de produzir uma atenção que pudesse estar mais próxima do seu cotidiano, interligando o usuário a outros dispositivos da rede assistencial e comunitária que dessem suporte de cuidados a esses usuários. No ASM, quando apresentamos os dados sobre o cotidiano desses usuários que poderiam estar de alta dos serviços, a equipe surpreendeu-se diante das condições de vida de um dos usuários, que até então era de desconhecimento dela, apesar de o usuário fazer parte de um dos grupos terapêuticos.

As psicoterapias podem ser inviáveis nesse sentido, pois funcionam em um *setting* fechado e fundamentam-se em uma escuta individualizada e/ou grupal.

c) A demanda pelos direitos especiais

Outras solicitações frequentes são os atestados médicos com a finalidade de obtenção de pensões através da perícia médica e da aposentadoria, além da carteira de gratuidade ao sistema de transporte público da STTU (Secretaria Municipal de Transporte e Trânsito Urbano), assuntos tratados principalmente com a assistente social do serviço.

As pensões obtidas através do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) são destinadas aos usuários que comprovem incapacidade laborativa e que estejam em tratamento em algum serviço de saúde mental. Segundo as Diretrizes de conduta médico-pericial em transtornos mentais, para a concessão do benefício, faz-se necessário a comprovação do tratamento psiquiátrico (Brasil, 2007).

Em um dos momentos na sala de espera observamos que os usuários conversavam entre si e começaram a falar sobre alguns problemas enfrentados por eles quanto à perícia, sendo a questão do INSS motivo de muita preocupação. Falaram que para conseguir o benefício é necessário comprovar tratamento com atestados de diversas especialidades profissionais, o médico, o da assistente social, o da psicóloga, além da reclamação pelas dificuldades enfrentadas para a obtenção desse benefício.

Segundo Morana (2008), cerca de 50% da receita da Previdência Social é gasta com pagamento de licenças médicas a pessoas com transtornos mentais e as dificuldades na obtenção do benefício se devem, em grande parte, ao fato dos médicos

do trabalho que atuam no INSS raramente serem psiquiatras, de modo que eles frequentemente rejeitam os atestados emitidos pelos psiquiatras assistentes do usuário.

Muitos usuários quando questionados acerca da possibilidade de saída do serviço, colocam principalmente a incapacidade para o trabalho como justificativa. O intuito de alguns é conseguir a aposentadoria por “invalidez”. Inclusive uma das usuárias relata que a médica do INSS lhe perguntou se ela não queria trabalhar e ela lhe responde que se a médica conseguisse um trabalho para ela onde aceitassem pessoas que já foram internadas ela iria, mas para mostrar que não conseguia trabalhar. Outro usuário fala que precisou ser agressivo para o médico poder lhe conceder o benefício, pois este, segundo o usuário, estava duvidando de seu problema dizendo que ele era um homem novo, forte, de boa saúde e que podia trabalhar, enquanto não é isso que este usuário acredita ser.

O fato de estes usuários estarem vinculados ao serviço do ambulatório é um facilitador para a obtenção destes atestados e comprovação das suas “incapacidades de trabalhar” (termo usado por eles), permitindo assim com que eles permaneçam pela perícia do INSS recebendo o benefício e também que obtenham, à custa de muita peleja, a carteira da STTU. Será que estes fatores citados acima são também pontos que proporcionam a cronificação dos usuários no serviço substitutivo?

As questões de reivindicação por direitos especiais das pessoas com transtornos mentais, ao mesmo tempo em que beneficia os usuários, reforçam seu estatuto de tutelado e do poder do diagnóstico (psiquiátrico, psicológico, social) como critério de inclusão aos direitos especiais (Brasil, 2001). E ainda, esse tipo de reivindicação parte da busca da restituição da cidadania às pessoas com transtornos mentais a partir da proposta de reabilitação social que respalda a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A reabilitação social, ao pautar-se na perspectiva da cidadania, acaba por ser atravessada por contradições que se materializam nas novas práticas. As propostas de curatela, de trabalho protegido, da idéia de cidadania entre iguais e de sociedade inclusiva, refletem questões como o limite versus autonomia das pessoas portadoras de transtornos mentais, da igualdade e do direito à diferença, etc., contradições que aparecem fortemente no cotidiano do ambulatório e que necessitam ser refletidas junto aos usuários, principalmente no que se refere ao termo incapacidade, já que este é determinante na obtenção dos benefícios.

A concessão de benefícios sociais sem o questionamento acerca, por exemplo, do projeto terapêutico reforça ainda a dependência dos usuários em relação ao serviço, não se conseguindo alcançar uma efetiva reinserção social dos usuários no meio social.

A reabilitação psicossocial respalda as propostas de reinserção tanto no Brasil como na proposta italiana de desinstitucionalização. Lussi, Pereira e Pereira Júnior (2006) ressaltam as mudanças de sentido no conceito de reabilitação, destacando que anteriormente, compreendia-se a reabilitação como retorno a um estado anterior ou à normalidade do convívio social ou de atividades profissionais, e atualmente considera-se a reabilitação psicossocial como uma reestruturação de autonomia das funções do usuário na comunidade.

Segundo Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial deve ocorrer nas práticas cotidianas, muito mais do que uma abordagem teórica, circunscrevendo-se no nível do cenário, possibilitando ao usuário aumentar o seu poder de contratualidade social. Entretanto, questionamos aqui o que possibilitaria esse aumento de poder contratual? Que condições se exigem para que isso aconteça?

Saraceno (2001) apresenta esquematicamente três cenários (o cenário habitat, o cenário rede social e o cenário trabalho) nos quais se expressam o nosso grau de

contratualidade social. Neles, se deve analisar e intervir sobre o grau de negociação dos usuários, que valor social esses sujeitos estão produzindo e que possibilidades práticas de intervenção podem ser estabelecidas para o aumento da capacidade de negociação do usuário com o meio social. Esse autor situa a reabilitação como envolvendo essencialmente trocas afetivas, materiais, etc.

A noção de cidadania pauta-se no exercício do contrato social com uma relação de direitos e deveres fundadas nos valores de liberdade, igualdade e fraternidade (entre os iguais). A racionalidade foi tomada no início da Modernidade como atributo fundamental para o exercício da liberdade, e condicionante para a igualdade de direitos e deveres entre os cidadãos.

A reabilitação psicossocial fundada sob a idéia de contratualidade social do louco, envolvendo o aumento de sua capacidade de troca perpetua a lógica de segregação, se estamos, no âmbito da Reforma, criticando a noção de doença mental. O louco, para ser capturado enquanto doente mental pela psiquiatria, teve que ser considerado irracional, errante, pelo modelo social. Esse modelo foi construído a partir da passagem de uma sociedade regida pelo poder real para uma sociedade fundada a partir da contratualidade social no séc. XVIII. Castel (1987) situa as mudanças ocorridas da passagem da sociedade medieval para a sociedade moderna, como marcantes para o surgimento da noção de contratualidade social, onde as relações do homem com a sociedade, antes regidas pelo poder de interdição real, passaram a ser regidas pelo conjunto de deveres e direitos sociais dos indivíduos e sua relação com o Estado.

O contrato, desse modo, torna-se o pólo no qual se firma as relações jurídico-administrativas, onde cada “cidadão é sujeito e soberano (...) assujeitado a cada um de seus deveres cuja não obediência é sancionada pelo aparelho de Estado e, sujeito que participa das atividades regidas pela lei e retira seus direitos dessas práticas, cuja

realização define sua liberdade” (Castel, 1987, p. 35). A liberdade definida para os cidadãos é a liberdade que deve respeitar a realização de trocas pelas leis de mercado e seus contratos fundados sob a propriedade privada. Exercer essa liberdade significa exercer a soberania individual e reforçar a soberania do Estado, devendo este sancionar transgressões a essa ordem jurídico-administrativa.

Entretanto, a loucura instaurou desde início uma problemática social no que se refere a essas relações de contratualidade social. O louco, ao mesmo tempo em que desviante, não pôde ser considerado transgressor porque tem em si a irracionalidade, pondo em questão esse modelo de exercício da liberdade através das escolhas racionais do exercício dos deveres do cidadão.

Insensato, ele não é sujeito de direito; irresponsável, não pode ser objeto de sanções; incapaz de trabalhar ou de “servir”, não entra no circuito regulado das trocas, essa “livre” circulação de mercadorias e de homens à qual a nova legalidade burguesa serve de matriz. Núcleo de desordem, ele deve, mais do que nunca, ser reprimido, porém, segundo um outro sistema de punições do que o ordenado pelos códigos para aqueles que voluntariamente transgrediram as leis. Ilha de irracionalidade, ele deve ser administrado, porém, segundo normas diferentes das que designam o lugar às pessoas *normais* e as sujeitam a tarefas em uma ordem racional (Castel, 1987, p. 19).

A busca de reabilitação comporta na prática dos serviços substitutivos duas concepções de cidadania, que favorecem ora processos de normalização social, ora de reconstrução de modos diferentes de se conviver com a diferença. É na primeira perspectiva que situamos o risco de captura do movimento antimanicomial, favorecendo, deste modo, o processo de cronificação. Na primeira perspectiva, o discurso da reinserção e da reabilitação psicossocial está ancorado na concepção de incapacidades inerentes ao adoecimento mental e portanto, da necessidade de

recuperação daquilo que falta ao louco para que ele possa atender às expectativas de ser racional, consciente, normalizado, sujeito este idealizado a partir do projeto da modernidade (Venturini, Galassi, Roda e Sérgio, 2003).

No discurso dos usuários, a percepção de si enquanto sujeitos incapazes para exercer diversas atividades, dentre elas as atividades profissionais, demonstra a adoção de uma concepção de cidadão enquanto sujeito normalizado e racional para ter capacidade de assumir determinadas funções sociais. Ao contrário disso, as pessoas com transtornos mentais têm prejuízos na sua auto-estima, “sejam eles inerentes à própria doença (reconhecimento da própria vulnerabilidade, insegurança, desmoralização, etc.), ao tratamento (hospitalismo, efeitos secundários da medicação) ou ao meio social (falta de apoio ou franca rejeição)” (Desviat, 1999). Em diversos momentos durante a nossa entrada no campo, vivenciamos situações onde os usuários quando questionados sobre a possibilidade de saída do serviço, justificam não poder remetendo à impossibilidade de exercer o trabalho, seja porque seus antigos patrões não os querem, seja pelos efeitos secundários dos psicotrópicos.

E ainda, a busca por direitos especiais é um modo de sobrevivência dos usuários em um contexto de políticas públicas precárias. Dimenstein e Liberato (2009) ressaltam que um dos grandes desafios para a política em saúde mental diz respeito à falta de equipamentos sociais decorrentes principalmente da “falência das políticas públicas de bem-estar social através das quais se disponibilizariam aos cidadãos acesso a bens e serviços considerados direitos de todos”. E ainda afirmam:

Lutamos por reinserção, reabilitação e cidadania para portadores de transtornos mentais quando essa questão se refere ao fato de que a constituição da cidadania em um país como o Brasil é menos uma questão relacionada à condição do louco e, mais uma questão social, tendo em vista a grande parcela da população brasileira que não

desfruta das condições de vida identificadas com a cidadania (Dimenstein e Liberato, 2009).

d) A busca por convivência social e de cursos profissionalizantes

O ASM é utilizado pelos usuários como espaço de convivência, circulação, construção de amizades, festas comemorativas, passeios e discussões acerca de suas dificuldades cotidianas pela situação social de ser considerado um portador de transtorno mental (preconceito, falta de assistência em saúde, etc.).

Enquanto espaço de convivência, nós vivenciamos e escutamos situações em que os usuários demonstram a importância da circulação no serviço, sendo por vezes o único ou o principal espaço de construção de amizades. Em um dos momentos de participação no ASM, chama atenção o fato de algumas usuárias privilegiarem as conversas entre si e a circulação conjunta por outros espaços dentro e fora do ASM, privilegiando “tomar um café” em detrimento à participação em duas outras atividades simultâneas no serviço naquele momento. Algumas falas na roda de conversa com os usuários explicitam uma relação com o serviço relacionada à utilização do mesmo como espaço de lazer. Outro tipo de organização que nos chama atenção é a distribuição entre os usuários da função de levar o café ao ASM diariamente. Em um dos dias em que não tinha café, um dos usuários vai até alguma venda fora do Ambulatório e compra o café para os outros amigos.

Cotidianamente, durante o “Bom Dia”, todos os usuários que vão ao serviço trocam experiências acerca de suas atividades cotidianas (inúmeras, desde preconceitos, dificuldades em relação à família, aos benefícios, à falta de medicação) e é comum expressões de tristeza, como choro, etc. Em um desses momentos, diante do desabafo de

uma usuária que perdeu a família recentemente, um outro usuário levanta, pega água na sala de espera, lhe entrega e lhe faz perguntas sobre a situação que ela está vivenciando. Os outros se envolvem fornecendo conselhos e contando de sua própria experiência tentando auxiliar no cuidado. E ainda, quando está previsto passeios, uma atividade comum é quando um dos usuários tem dificuldades de circular pela cidade, um outro se oferece para deixá-lo no ponto de ônibus.

Nessas cenas descritas que acontecem cotidianamente no serviço, nos questionamos se não estaria aí uma importante estratégia a ser desenvolvida de ajuda mútua entre os usuários como forma de fortalecimento pessoal e coletivo? O grupo de ajuda mútua diz respeito às trocas de experiências, de ajuda emocional e de reflexão em torno das diferentes estratégias para superar os problemas comuns (Vasconcelos, 2007). Esse tipo de estratégia é utilizada principalmente pelos alcoólicos anônimos e pode ser uma alternativa importante de superação de tutela ao saber profissional à qual os usuários foram submetidos historicamente.

Acreditamos que o ASM, por estar servindo como um espaço de convivência e trocas de experiências entre os usuários, pode ser um importante veículo de empoderamento. Vasconcelos (2007) define o *empowerment*, nomenclatura usada na literatura anglo-saxônica, ou empoderamento, como importante abordagem para obtenção de mudanças nos modos de distribuição das relações de poder, buscando o “fortalecimento do poder, participação e da auto-organização dos usuários e familiares de serviços públicos, nos planos pessoal, interpessoal, grupal, institucional, e na sociedade em geral” (p. 175). Esse mesmo autor afirma que o uso da abordagem do empoderamento pelo movimento de usuários e familiares, em nível internacional, principalmente em países anglo-saxônicos e no norte da Europa, tem obtido avanços no que se refere à estruturação do movimento protagonista, crítico e inovador, tornando-se

agentes no movimento da Reforma Psiquiátrica. A partir disso, Vasconcelos (2007) aponta que o empoderamento deveria ser tomado para incentivar essa abordagem nos dispositivos associativos de usuários e familiares que surgem Brasil, como modo de fortalecimento de uma auto-organização dos movimentos sociais relacionados à saúde mental, mesmo diante das diferenças políticas, culturais e econômicas presentes no contexto nos países da América Latina.

Nessa perspectiva, os usuários têm sido incentivados a participar das reuniões da Associação Plural, e alguns compõem sua diretoria. Entretanto, apesar dessa participação, percebemos que o ASM ainda funciona como espaço somente de troca de experiências, não problematizando politicamente as dificuldades cotidianas como o preconceito vivenciado nos ônibus diante da apresentação da carteira de gratuidade, a falta de medicação há um ano no serviço, etc., que esses usuários vivenciam.

Nesse sentido, os grupos de ajuda mútua apesar de constituírem uma importante estratégia de cuidado mútuo e superação da tutela apresentam algumas limitações exatamente por não estimularem a militância, a defesa dos direitos, tornando o grupo por vezes padronizado e fechado em si mesmo. Ao contrário disso, a convivência entre os usuários e a troca de experiências nesse serviço acaba sendo despolitizada e vivenciada como mais uma oferta de tratamento pelo serviço. Uma das falas de um dos usuários em uma roda de conversa gira em torno disso, afirmando vivenciar no ambulatório “o social da doença”.

Interrogamos se questões como a falta/necessidade de benefícios, dificuldades financeiras, dificuldades da falta de atendimento na rede de saúde, preconceitos nos ônibus ou na família quanto ao transtorno mental não deveriam ser pensadas politicamente. Não estamos aqui afirmando que essa vivência é positiva ou negativa, mas questionando a redução dessa experiência ao cuidado, escuta coletiva e ajuda

mútua, desvinculada-a do seu sentido político de fortalecimento do movimento social dos usuários da saúde mental.

Além disso, no campo sócio-cultural, percebemos no ASM a mobilização de um grupo de dança, o Pastoril, como um importante dispositivo terapêutico, um acontecimento que modificou o cotidiano e mobilizou diversos atores sociais. O Pastoril, por ser uma dança freqüente nas classes populares de Natal, é um importante dispositivo a ser incentivado para a mobilização dessas pessoas e de aproximação da comunidade com os usuários da saúde mental.

A partir dessa experiência, ressaltamos ainda a necessidade de se investir nos movimentos sócio-culturais para efetivar transformações no modo como a sociedade lida com a loucura, pois através dos movimentos culturais podemos provocar impactos no imaginário social. Por isso, Coelho (2008) afirma ser imprescindível que o financiamento criado para incentivar projetos culturais no campo da saúde mental a partir da criação da política específica pela Secretaria Nacional de Identidade e Diversidade Cultural. Outras estratégias desenvolvidas no país para a reinserção social dos portadores de transtornos mentais são experiências como a constituição do Clube Basaglia, em São Paulo, por familiares, usuários e técnicos, onde houve uma ampliação do espaço de trocas, participação de diversos membros da sociedade, tendo uma potencialidade na produção de impactos diferentes no imaginário social em torno da loucura, a ONG Inverso em Botucatu(SP), ONG Associação Arte e Convívio em Brasília (DF), dentre outras, utilizando a via do trabalho, lazer, arte, e etc., para o objetivo citado (ABRE Brasil, 2007).

Um dos problemas enfrentados no ASM é como responder a questão da reinserção social pela via do trabalho diante da inexistência desse tipo de iniciativa ou projeto no âmbito das políticas públicas em Natal. Os técnicos e usuários referem

sempre à vontade de alguns de voltar ao mercado de trabalho, mas sempre a partir daquilo que podem fazer, respeitando suas singularidades. Tendo em vista que o trabalho assumiu um caráter de centralidade na vida das pessoas a partir do advento do capitalismo (Barfkanecht, 2005), torna-se imprescindível no âmbito das políticas públicas em saúde mental consolidar propostas que dêem suporte e possibilidade aos usuários para isso. Desse modo, visando construir projetos de reinserção social pelo trabalho e ampliar as possibilidades de geração de renda na saúde mental, efetivou-se em 2005 as parcerias do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e Emprego, considerando as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. O Ministério da Saúde publicou a Portaria 1169 de 07-07-2005 destinando incentivo financeiro para os municípios desenvolverem propostas de Inclusão Social pelo Trabalho, para pessoas com transtornos mentais e ou com transtornos decorrentes do uso do álcool e outras drogas.

As primeiras iniciativas de cooperativas de trabalho se iniciam a partir do século XVIII em caráter de resistência à Revolução Industrial acompanhando diversos movimentos sociais da época e são retomadas a partir da década de 1980 em resposta a exclusão social gerada pelo elevado índice de desemprego, que vem surgindo em diversos campos sociais, tentando reduzir as formas de exclusão decorrentes do desemprego e os valores que regem as formas de trabalho no capitalismo. Através das propostas da economia solidária, busca-se inventar modos de se trabalhar e de ser trabalhador (Barfkanecht, 2005).

Nos grupos solidários, a proposta é que o trabalho seja promotor de sujeitos, da produção social da vida humana e, ao mesmo tempo, contribua para que seus empreendimentos se constituam em um lócus de criação e recriação de relações econômicas e sociais, contemplando as necessidades da grande maioria da população excluída,

inclusive do direito à manutenção da própria vida (Barfkanecht, 2005, p.21).

No âmbito da saúde mental, as cooperativas além de ser uma oportunidade de recriar as relações com o trabalho, podem ainda deixar de ser uma atividade terapêutica prescrita, uma simples ocupação de tempo ocioso e de controle de tempo do usuário, para tornar-se uma estratégia de conquista de cidadania e emancipação social (Amarante, 2007).

A partir dessa proposta de viabilizar uma inserção social pelo trabalho, tivemos em Natal o projeto Loko.Motiva desenvolvido no ano de 2000, onde através de parceria da Secretarias de Saúde e de Promoção Social da cidade de Natal, buscou-se “integrar o portador na sociedade” através da comercialização das produções de usuários de serviços de saúde mental (Jornal de Natal, 2000). Esse projeto caracterizava-se por ocorrer no âmbito dos próprios serviços substitutivos e possuir um espaço para a comercialização dos produtos. Problemas como a falta de recursos financeiros, para o projeto e gratificação dos profissionais, a falta de profissionais, a insuficiência de matéria-prima, de material de consumo e de principalmente de preocupação e incentivo da gestão foram alguns dos responsáveis pela não continuidade do projeto (Crives, 2003; Alverga, 2004).

A falta de dispositivos diversificados que respondam ao processo de reinserção ainda é bastante problemático na rede de saúde de Natal. A inexistência de Cooperativas de Trabalho e de Centros de Convivência tem favorecido a medicalização de muitas demandas em saúde, onde as necessidades dos usuários ligadas à circulação social e às oportunidades de inserção pela via do trabalho são traduzidas em uma demanda cuja responsabilidade de responder recai sobre a assistência psiquiátrica centrada, por vezes, na sintomatologia e na doença.

2.2.2. *Desarticulação Saúde Mental e atenção básica*

Amarante (2007) aponta a importância da inserção da saúde mental na saúde da família, pelo fato da Estratégia de Saúde da Família⁴ (ESF) ter como foco a família e tentar reverter o modelo assistencial predominantemente biomédico cujo centro é a doença e o tratamento, para investir na promoção da saúde e na defesa da vida. Ele afirma ainda que a ESF é uma estratégia de desmedicalização⁵, dispensando muitos encaminhamentos aos níveis mais complexos da atenção “não valorizando ou estimulando excessivamente a ‘carreira do doente’ na pessoa que vive a experiência da doença” (p.95).

Nesse sentido, os serviços substitutivos ao adotar a proposta de desinstitucionalização, deveriam substituir a relação centrada na doença que tem como centro o hospital, para ter como referência a reprodução social do usuário e o território, tanto enquanto uma área geograficamente definida por onde o serviço deveria se responsabilizar, como também representando os saberes, componentes, e forças concretas da comunidade (Brasil, 2005). Desse modo, os CAPS, ao trabalhar sob a perspectiva da desinstitucionalização, deveriam atender o usuário recorrendo aos recursos territoriais objetivando a reconstrução da vida do usuário e dos laços sociais diversos.

⁴ A Estratégia de Saúde da Família surgiu em 1994 sob a denominação de Programa de Saúde da Família. Ela é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes de saúde, sendo cada equipe responsável por 800 famílias (Amarante, 2007).

⁵ Não compreender todos os problemas de uma comunidade como sendo problemas médico-sanitários (Amarante, 2007).

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (2006) existe a tentativa de implementação do apoio matricial em seis Unidades Básicas de Saúde, mas algumas pesquisas têm indicado a desarticulação entre os serviços substitutivos e a atenção básica. Além disso, o fato do ASM se constituir como o lugar de “fim de carreira” para os usuários da saúde mental da cidade de Natal indica que essa proposta não tem funcionado na prática. Os casos atendidos nos serviços substitutivos não têm encontrado uma efetiva co-responsabilização entre as equipes de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde. O que tem prevalecido é uma noção médica tradicional onde os problemas em saúde mental devem ser atendidos por um serviço específico de saúde mental, já que os usuários saem dos CAPS e necessitam de outro serviço especializado como o ASM para ser atendidos.

Além disso, existe a predominância do paradigma biomédico na atenção à saúde e dos cuidados medicamentosos na resolução dos problemas de saúde da população, como a prescrição indiscriminada de psicotrópicos (Dimenstein *et al.*, 2009). Os CAPS não conseguiram ainda colocar como meta assistir os casos de saúde mental e produzir arranjos de co-responsabilização com a Atenção Básica.

O Apoio Matricial deveria ocorrer principalmente a partir dos CAPS, pela centralidade que estes serviços ocupam na Reforma Psiquiátrica. Para isso, faz-se necessário que as equipes de saúde mental dos CAPS e dos ambulatórios de saúde mental saiam dos serviços, da lógica de atendimento tradicional em saúde mental, centrada no indivíduo e nos sintomas, para ir ao encontro da atenção básica e do grupo social de referência para os usuários (Dimenstein *et al.*, 2009).

Esse circuito de convívio e atendimento nos serviços substitutivos de saúde mental está atrelado ao modo como a assistência em saúde mental tem se configurado, restringindo-se ao interior dos muros dos CAPS, e tem contribuído para o processo de

cronificação dos usuários. A dificuldade de articulação entre os serviços substitutivos, as intervenções fragmentadas e pouco flexíveis auxiliam na manutenção da circulação dos usuários no circuito psiquiátrico⁶. É necessário que os serviços comunitários, tal como o CAPS, alterem seu modelo cultural de referência para modificar os modelos de intervenção (Dell'Acqua e Mezzina, 2005).

Quando os técnicos do ASM são questionados acerca da possibilidade de alta para os usuários e do possível atendimento na atenção básica, eles indicam as dificuldades de atendimento que os usuários poderiam enfrentar diante dessa saída, dentre outros motivos, pelo despreparo das equipes da atenção básica em lidar com essa demanda. Ou seja, a atenção básica ainda não é vislumbrada como parte importante no processo de saída/alta dos usuários, pois se imagina uma possível desassistência aos usuários. O Apoio Matricial, apesar de ocorrer entre os casos de saúde mental atendidos em uma Unidade de Saúde não se efetiva para os usuários do ASM especificamente.

Dimenstein e Liberato (2009) apontam que existe na realidade nacional uma forte resistência das equipes dos CAPS em dar a retaguarda para a Atenção Básica, pois essa estratégia é vista como mais uma tarefa a ser inserida na rotina desses serviços. Enquanto isso, os técnicos da Atenção Básica não se sentem capacitados para atender a demanda de saúde mental na atenção primária, ficando grande parte da população desassistida. É necessário problematizar dentro dos CAPS e do ASM qual a noção de saúde mental adotada? Tratar um usuário a partir de oficinas terapêuticas dentro dos serviços e distante de seu contexto de vida não indica a permanência de uma concepção de tratamento centrada na sintomatologia? Um serviço condizente com o Paradigma Psicossocial deveria priorizar a interligação com a atenção básica por pensar o usuário

⁶ Tomamos aqui a noção de circuito psiquiátrico como um mecanismo onde as estruturas de atendimento comunitário vêm complementar a internação psiquiátrica, de modo que a segregação anteriormente estática e restrita ao hospital psiquiátrico passa a ser dinâmica pela circulação por serviços especializados através da execução de intervenções pontuais e fragmentadas (Rotelli, Leonardis e Mauri, 2001).

não mais enquanto um caso de saúde mental, mas como um sujeito inserido em uma realidade social, com a produção de saúde mental diretamente ligada à produção de vida, articulando para isso os dispositivos que mais se aproximem da realidade dos usuários.

Entretanto, grande parte da população acaba por ficar desassistida e esse sistema no qual se pensa a rede de modo piramidal com níveis de complexidade crescentes acaba mais por dificultar o acesso do que auxiliar. O Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Humanização, tem mostrado que as características da rede assistencial ainda é a fragmentação, com um sistema público de saúde burocratizado e verticalizado (Brasil, 2006).

Nesse sentido, caracterizamos essa desarticulação entre a saúde mental e a Atenção Básica indica uma dinâmica de rede fria de funcionamento, onde há o funcionamento a partir de um centro, ou seja, CAPS ou hospital psiquiátrico, com processos de verticalização de cima para baixo, ou vice e versa. Percebemos que essa concepção se articula a proposta de rede a partir de uma organização piramidal dos serviços no SUS e a proposta da Reforma Psiquiátrica onde os CAPS devem ser o centro da rede de cuidados em saúde mental e os ambulatórios de saúde mental, por sua vez, não possuem uma definição clara, assumindo um papel de acolher usuários vindos dos CAPS ou do hospital. Passos e Barros (2004) questionam esse modo de funcionamento, afirmando que toda a rede opera de um modo descentralizado, sem um centro de gerenciamento.

O problema da cronificação das redes de saúde mental deve ser tomada como analisador, apontando para um processo de captura do processo da Reforma, através de um esfriamento dessa rede. É necessário fazer essa análise, de modo a possibilitar a constituição de redes mais conectivas e acêntricas, permitindo a circulação dos usuários

com a construção de projetos terapêuticos diversos e articulados com o cotidiano dos usuários.

O fato de muitos usuários desse serviço vir dos CAPS, de estarem dentro do serviço sem ter para onde ser encaminhados e a desarticulação com a Atenção Básica demonstra ainda uma dinâmica de funcionamento com baixo grau de conectividade com outros estabelecimentos de saúde e da falta de políticas intersetoriais. Nesse sentido, os técnicos apontam em uma das rodas de conversa a falta de vagas no ASM devido à chegada de demandas que, a princípio, não deveriam ser atendidas lá, reflexo da desarticulação da rede. Há uma chamada “via crucis” do usuário da rede de saúde mental de Natal, cujo solo é a sua desassistência.

Amarante (2007), citando Lancetti, afirma que a idéia de complexidade que rege essa organização piramidal da rede, onde a Atenção Básica seria responsável por intervenções mais simplificadas do que os serviços terciários, é invertida no caso da saúde mental. No hospital, as respostas aos problemas de saúde mental são padronizadas e massificadas, no nível primário da atenção, essas respostas devem ser mais complexas, englobando a família, vizinhança, os atores sociais no território em que vivem. Por isso, investir em uma articulação entre a rede de saúde mental e a Atenção Básica é indispensável em um serviço substitutivo.

O investimento nessa estratégia seria importante principalmente por partir de um atendimento mais contextualizado à vida dos usuários, na perspectiva da integralidade e da territorialidade, desconstruindo a noção de que as estratégias terapêuticas fundamentais para o atendimento da demanda em saúde mental são o saber especificamente psiquiátrico, os psicotrópicos e a escuta psicológica, tentando romper com esse modelo psiquiátrico, medicalizante e hospitalar de cuidados em saúde mental ainda hegemônico. A Atenção Básica pode se constituir como espaço privilegiado para

intervenções, em função da diversidade de demandas que chegam às unidades e pela possibilidade que oferecem de criar um vínculo entre o usuário e a comunidade onde vive (Brito, Dimenstein, Severo, Cabral e Alverga, 2006).

Nesse sentido, afirmamos que para a demanda atendida no ASM, a inserção da saúde mental na Atenção Básica seria um recurso muito produtivo para desconstruir a carreira institucional vivenciada pelos usuários, além de ser possibilidade privilegiada de atendimento seguindo uma perspectiva de integralidade para a imensa maioria dos usuários que são atendidos apenas para consultas psiquiátricas no ASM.

2.3. A rede de Atenção Psicossocial de Natal e o Ambulatório de Saúde Mental: a permanência de lógicas contraditórias

Analisando a oferta de serviços no ASM, percebemos que ele vem exercendo três funções: tentar ocultar o processo de cronificação da rede de saúde mental de Natal, aglutinando funções que deveriam ser exercidas por outros dispositivos da rede, como os Centros de Convivência e Cultura, as Cooperativas de Trabalho, os serviços de atenção à crise e as ações em saúde mental na Atenção Básica; ocultar o processo de cronificação presente nos CAPS e nos serviços que se propõem a ser substitutivos que não vem conseguindo produzir ações territoriais; além de mascarar a cronificação nos processos de gestão e trabalho em saúde mental.

Através da oferta de serviços no ASM, percebemos que a função do ASM dentro da rede de saúde mental de Natal tem sido de assistir à população de usuários diagnosticados psiquiatricamente, onde a garantia do acesso às consultas e remédios psiquiátricos, à escuta psicológica e aos direitos especiais estão articulados de modo a fornecer essa definição médica, jurídica e social, reatualizando o mandato da psiquiatria

sobre a população. Isso proporciona uma assistência completa por toda a vida dos usuários, na medida em que as possibilidades de assistência em outros âmbitos são excluídas e a alta não vislumbrada, gerando a cronificação desses usuários nos serviços.

A diversidade de demandas atendidas no serviço acaba por estimular a dependência dos usuários em relação aos serviços substitutivos, produzindo a cronificação e um trânsito restrito ao *circuito especial* (rede especializada de serviços de saúde mental – domicílio). Algumas propostas de desinstitucionalização, ao resultarem na cronificação, apontam para a tentativa fracassada de liberar a Psiquiatria de sua relação histórica com a justiça e o controle social, enfatizando sua vocação terapêutica. Entretanto, o que se verifica é a necessidade freqüente de internações psiquiátricas, a manutenção do circuito especializado produzindo as novas cronicidades⁷, que são os sinais mais evidentes da impotência da Psiquiatria em alcançar a solução-cura (Rotelli, Leonardis e Mauri, 2001). O ASM, ao funcionar como “fim de carreira” dos usuários dos serviços substitutivos em saúde mental, acaba por tornar-se um local de depósito de usuários, dos “alijados do convívio social” como bem nos fala Costa-Rosa (2000, p.161).

As muitas demandas atendidas e concentradas no ASM e o quadro de desarticulação da rede de saúde mental com a Atenção Básica indicam a prevalência do Paradigma Hospitalocêntrico. A cronificação na rede, evidenciada pela falta de dispositivos diversificados que poderiam funcionar como dispositivos de encomenda para responder essas demandas, acaba por reafirmar a psiquiatrização da demanda social. A diversidade de demandas apresentada no cotidiano do ASM indica a necessidade de investir em outras instâncias de encomendas sociais para que não se

⁷ As novas cronicidades dizem respeito aos efeitos produzidos nos usuários de trânsito ininterrupto pelos novos serviços assistenciais e periodicamente pelos locais de internação (Rotelli, Leonardis e Mauri, 2001).

mantenha um processo de repetição cujo tratamento se centra na medicação e na escuta psicológica, pensando em uma lógica mais coerente com o Paradigma Psicossocial, com uma tentativa de ampliação da visão dos problemas de saúde da população, afirmando a desospitalização, a desmedicalização e a implicação subjetiva e sócio-cultural.

No quadro mencionado acima, torna-se evidente a cronificação presente no estabelecimento ambulatorial e na rede de saúde mental. Entretanto, apontamos ainda a dimensão instituinte nesse cotidiano, inspirando-se no Paradigma Psicossocial. A partir disso, propomos pensar no modelo ambulatorial que se apresenta atualmente como um modelo transitório, que por resquícios em seu funcionamento de ser um serviço complementar ao hospital psiquiátrico e não substitutivo, também está incoerente com o Paradigma Psicossocial, devendo assumir outra função dentro da rede de saúde a partir da dimensão instituinte que já perpassa o cotidiano do serviço.

Ao funcionar com oficinas e grupos diversos, o ASM tem se assemelhado muito a um CAPS, e, portanto, se inserindo também dentro da lógica do Paradigma Psicossocial. Entretanto, a permanência da organização ambulatorial, com consultas psiquiátricas dissociadas de outras estratégias de cuidado e distribuição de fármacos, produz um cotidiano ainda muito atravessado pela lógica asilar de atendimento.

Concordamos com Yasui e Costa-Rosa (2008) quando eles nos falam que os ambulatorios de saúde mental surgiram com a proposta preventivista, e que a persistência deles convivendo com um CAPS em um mesmo território acaba por reproduzir as relações para o qual foi criado: o efeito complementar e não substitutivo ao hospital psiquiátrico, e, portanto, contraditório à lógica da Atenção Psicossocial.

Além disso, segundo o Paradigma Psicossocial, os serviços devem atender integralmente os sujeitos, negando o princípio de tratar a doença e afirmando o cuidado à existência em sua complexidade. Desse modo, é contraditório justificar a permanência

dos ambulatórios de saúde mental a partir da perspectiva do Ministério da Saúde designando-lhes a responsabilidade por transtornos mentais leves e aos CAPS transtornos severos, pois a lógica de funcionamento ambulatorial tal como se apresenta, como já afirmamos, acaba por reafirmar a medicalização e a psicologização no tratamento desses transtornos mentais leves. Adotar uma perspectiva de Atenção Psicossocial permitirá, por exemplo,

Re-configurar os CAPS como instâncias aptas a responder à especificidade das demandas que lhe são atribuídas: demandas específicas de sofrimento psíquico com exigências de intensidade variada, que vão da exigência máxima que define o CAPS atual, até as intensidades variadas que definem atualmente, de modo geral, o Ambulatório (Yasui e Costa-Rosa, 2008, p. 36).

E ainda, investir no CAPS como realmente reguladores onde a Atenção Básica fosse uma estratégia primordial a ser investida para promover ações de saúde mental, atendendo integralmente à demanda colocada como sendo ambulatorial. Ou mesmo pensar em um ambulatório que pudesse ter uma equipe de referência e ser itinerante, fornecendo assistência à saúde mental na Atenção Básica.

Outra alternativa seria investir na dimensão instituinte encontrada nas demandas de lazer e convívio social, pensando-o enquanto um Centro de Cultura e Convivência, com atividades de lazer, convivência, articulação social, enquanto uma possibilidade muito potente, tendo em vista que as atividades características dos períodos de mais alegria e mobilização no serviço (passeios, festas e principalmente o Pastoril) poderiam ser melhor estimuladas (tanto financeiramente, como com recursos humanos e espaço físico) dentro de um serviço destinado para o lazer e cultura.

Ao mesmo tempo a dimensão instituinte produzida nesse cotidiano que poderia caracterizá-lo como um Centro de Convivência e Cultura, acaba por se centrar muito a

partir da lógica psiquiátrica devido a seu próprio modelo de atendimento, dificultando o desenvolvimento de outros tipos de atividades mais conectadas com o Paradigma Psicossocial.

Desse modo, nos questionamos ainda como a falta de suporte de uma rede de serviços, de parcerias intersetoriais, de uma rede de Cooperativas de Trabalho de Centros de Convivência, ou seja, de um quadro de cronificação da rede e do dispositivo tem repercutido no cotidiano do ASM para os técnicos? É necessário pensar nas implicações para os modos de trabalho aí desenvolvidos diante da coexistência nítida da lógica dos dois modelos, o do Paradigma da Atenção Psicossocial e o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. São algumas questões que tentaremos problematizar no próximo capítulo.

3. Processos de trabalho e de gestão na Estratégia de Atenção Psicossocial

A única maneira de teres sensações novas é construíres-te uma alma nova. Baldado esforço o teu se queres sentir outras coisas, sem sentires de outra maneira, e sentires-te de outra maneira sem mudares de alma. Porque as coisas são como nós as sentimos – há quanto tempo sabes tu isto sem o saberes? – e o único modo de haver coisas novas, de sentir coisas novas é haver novidade no senti-las. Mudar de alma. Como? Descobre-o tu (Fernando Pessoa, 1982, p. 207).

Discutir os processos de trabalho e de gestão dentro da Atenção Psicossocial é imprescindível para o avanço da Reforma Psiquiátrica nos campos assistencial, político e cultural, pois os técnicos e gestores em saúde mental são atores importantes na construção destes avanços. A desinstitucionalização deve ultrapassar a desospitalização (Amarante, 1996), devendo ser assumida enquanto um processo de desconstrução do saber psiquiátrico, buscando “transformar as relações de poder entre a instituição e os sujeitos e, em primeiro lugar, os pacientes” (Rotelli, Leonardis e Mauri, 2001, p. 32).

Partindo da trajetória da construção das relações sociais produzidas a partir do ideal de Modernidade, Foucault (1984) demonstra que os loucos, bem como a massa social de pessoas que não conseguiam adequar-se aos modos de sociabilidade recém-produzidos, foram segregados em asilos a partir da construção da noção de doença mental. A construção do saber médico específico para a gestão dessa população, o saber psiquiátrico, tornou justificável o isolamento a partir da patologização da loucura.

O processo de desinstitucionalização passa, desse modo, por uma crítica ao mandato social da psiquiatria e uma crítica dos valores normativos que regem a sociedade, e que sustentam relações de exclusão que atravessam toda a realidade social.

A loucura ao ser demarcada como sendo desprovida de razão pelo mandato da psiquiatria, tornou-se impossibilitada historicamente do exercício da liberdade, sendo necessária a sua reclusão nos hospitais psiquiátricos para a cura e a volta do exercício dos direitos civis e da igualdade. A anormalidade, a periculosidade, e a desrazão corporificadas na figura do louco através do saber psiquiátrico, justificou, em uma sociedade marcada pela normalização de condutas, de idéias, de modos de vida, a impossibilidade de qualquer convívio social com a diferença.

Na experiência basagliana, a desinstitucionalização enquanto perspectiva de desconstrução de inspiração partiu de uma análise feita pelo próprio Basaglia (1985) do seu lugar ocupado enquanto psiquiatra e das relações de saber-poder que o circunscrevem, afirmando ser a desconstrução do mandato social da psiquiatria sobre a loucura a condição para uma efetiva transformação nas relações sociais para com a loucura. Basaglia (1985) expõe que o cidadão médico tem duas atitudes para com o louco: de medo e repulsa e de benevolência, explicando que por essas duas atitudes o processo de exclusão e de exercício de poder continua a vigorar.

A negação dos papéis sociais exercidos em um hospital psiquiátrico propõe que duas situações sejam analisadas: a situação objetiva do enfermo que permite ir de uma a outra realidade (saída do hospital), e a situação subjetiva de quem provoca a transformação, mas que carrega em si os valores normativos. Essas duas situações põem em questão a insustentabilidade dos valores normativos vigentes. Diante dessa afirmação nos questionamos em que medida os serviços substitutivos têm modificado a o exercício técnico e sua postura frente aos portadores de transtornos mentais?

Nos processos de trabalho no âmbito da saúde mental existe a necessidade de mudanças na relação médico-paciente, na renúncia do mandato social do primeiro sobre o segundo, efetivando mudanças no campo ético para com a loucura. Por isso, é

necessário que os técnicos discutam com o próprio louco a sua condição social de ser um rejeitado e sem direitos, reconstituindo sua capacidade de escolha retirada pela relação objetificante a qual permaneceu assujeitado, desconstruindo atitudes de violência e de tolerância (Basaglia, 1985).

Desse modo, os embates históricos que circunscrevem as intervenções sobre a loucura atravessam os modos de trabalho desenvolvidos nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Desse modo, Romagnoli (2006) retoma Foucault para discutir as relações de poder que perpassam as inserções dos profissionais “psi” nos serviços de saúde. O aparecimento dos saberes, entendidos enquanto formações discursivas e suas respectivas práticas ocorrem em momentos históricos circunscritos, estando ligados com a questão do poder e, portanto, não são dispositivos universais e a-históricos, mas sim resultam de questões emergentes em determinada época.

Ou seja, o saber científico passa a ser construído e valorizado a partir da modernidade, mais especificamente o século XIX, com as mudanças nas configurações de poder onde este, antes tido como punição e castigo, foram substituídos pela fiscalização. Menezes (2002), ao retomar Foucault, explica que a vida passou a ser foco do biopoder de um duplo modo: tanto em nível da sujeição dos corpos (a disciplina) como em nível de controle das populações (a biopolítica). Afirma ainda que o biopoder aparece mais evidentemente a partir do séc XVIII, como uma tecnologia política, onde a vida passou a ser foco do poder através de estratégias de controle sobre o corpo social e sobre o corpo individualizado. O biopoder é então esse poder sobre a vida, tanto em nível dos indivíduos quanto das populações, buscando através de diversas técnicas controlar os corpos para torná-los economicamente úteis e politicamente dóceis, ou seja, regular, corrigir, produzir e avaliar as anomalias do corpo social e, simultaneamente, controlá-las e eliminá-las.

Tanto o poder disciplinar quanto à biopolítica apóiam-se em conhecimentos sobre a realidade, em formações discursivas, em verdades normativas em estreita combinação com a ciência. Romagnoli (2006) afirma ainda que as práticas culturais e discursivas podem conduzir à coisificação e à submissão dos indivíduos, dos corpos e das populações, aprimorando a vigilância social. Essas práticas discursivas associadas aos mecanismos de divisão e de classificação científica compõem os processos de produção de subjetividades, compondo-as através de técnicas de poder: a organização das pessoas em espaços, o registro e a classificação das subjetividades, a exclusão de grupos de pessoas, bem como a atribuição de identidade a esses grupos e o isolamento dos indivíduos para assegurar um melhor resultado em sua fiscalização e avaliação.

Nesse contexto, o poder é acionado anonimamente, sendo difícil precisar quem o exerce; tem, assim, uma produção local, circunstancial, sustentando-se através de normas. Estas são idéias construídas às quais se concede o status de verdade. Essas verdades transitam por todos os eixos do poder e em torno das quais as pessoas são estimuladas a moldar e a fabricar suas vidas, seu cotidiano (Romagnoli, 2006, p.50).

Dessa ligação entre saber e poder emergem as práticas, sendo esse sistema de controle não restrito a uma área específica, como o sistema judiciário e penal, mas também pela medicina, pela pedagogia, pela psicologia, pela economia enfim, por todos os campos de saber. De acordo com o Paradigma Hospitalocêntrico Medicalizador e o Psicossocial, como já falado anteriormente, objetiva-se mudanças nessas configurações de saber e poder, e desse modo, dos modelos de gestão e de trabalho em saúde.

Segundo Costa-Rosa (2000), no modo asilar, os meios de trabalho podem incluir recursos multiprofissionais, entretanto, não ultrapassam o modelo de divisão do trabalho com tarefas fragmentadas, tendo o saber médico um lugar de privilégio sobre os outros (Yasui e Costa-Rosa, 2008). Do mesmo modo, o sujeito acaba por ser concebido de

modo fragmentado, onde, por exemplo, durante o atendimento, passa pelo psiquiatra que diagnostica e define o que será o tratamento, posteriormente é repassado para outros membros da equipe, quando estes existem. O diálogo dentro da equipe é bastante reduzido, e quando ocorre, o prontuário torna-se o elo de interconexão entre os profissionais da equipe.

Yasui e Costa-Rosa (2008) destacam que a multiprofissionalidade de onde emergiu o conceito de equipe multidisciplinar estuda um objeto sob diferentes perspectivas, mas sem um acordo prévio sobre os métodos ou conceitos a serem seguidos, mantendo seus limites e fronteiras. Desse modo, a equipe multiprofissional acaba sendo composta por vários profissionais de áreas distintas reunidos e ocupando o mesmo espaço.

As formas de organização institucional são piramidais, nos quais o fluxo do poder institucional segue apenas um sentido. Por isso, nesse modelo de organização, as relações entre os trabalhadores são verticais e o poder de decisão e de coordenação são concentrados no ápice da pirâmide. As relações entre técnicos e usuários seguem modelos verticalizados e a medicação é vista como única solução para o sofrimento (Costa-Rosa, 2000). O cuidado no Paradigma asilar segue ainda a noção de reparo, onde os técnicos profissionais de saúde dizem saber o que é melhor para os usuários, escamoteando a noção de direitos que os usuários devem ter de ser assistidos e de ter respeitada a sua expressão singular (Alves e Guljor, 2004).

As características do Paradigma Hospitalocêntrico acima citadas estão enraizadas no modelo de organização social do trabalho e de saber científico onde se privilegia uma relação de neutralidade entre o sujeito de saber e seu objeto, a observação, a objetividade e a proposição causa-efeito no entendimento das doenças

mentais. Estes parâmetros tiveram de ser assumidos pela psiquiatria para que ela se firmasse enquanto ciência.

Em contraponto a estas características, o Paradigma Psicossocial, em consonância com a proposta de desinstitucionalização propõe outra lógica de organização de trabalho. A equipe interprofissional deve caracterizar o meio de trabalho, com a inserção de uma série de dispositivos diversificados, tentando-se superar a linha de montagem fundada nos especialismos que caracteriza o trabalho em equipe no modo asilar (Costa-Rosa, 2000). A organização da divisão do trabalho deve ser coerente com uma lógica de cooperação entre os diferentes profissionais e serviços.

O leque de contribuições teóricas nesse Paradigma também se amplia, sendo de fundamental importância as contribuições da psicanálise, da esquizoanálise e do materialismo histórico, por exemplo, na construção desse Paradigma (Costa-Rosa, 2000). Na EAPS, o organograma dos estabelecimentos deve ser horizontal, subvertendo a lógica de organização de poderes do modo asilar. Tem sido de fundamental importância a horizontalização dos macropoderes e dos micropoderes com a participação dos trabalhadores de saúde e da população nos processos decisórios, tornando-os mais participativos e autogeridos. Além disso, as vivências cotidianas devem ser vistos como momentos de tensão e de conflitos onde os diversos atores sociais, principalmente os usuários sejam convocados a participar, debater e construir estratégias de superação (Yasui e Costa-Rosa, 2008).

No processo de cuidado, faz-se necessário a co-responsabilização entre técnicos, serviços, usuários, comunidade e família na construção de novos projetos de vida para os usuários, buscando a liberdade em negação ao isolamento (Alves e Guljor, 2004). A flexibilidade nos processos de trabalho, com uma lógica de trabalho onde haja a construção e criação coletiva, na “criação de múltiplas e diversas estratégias de cuidado

aumentando a responsabilidade de cada profissional, não apenas nas decisões e nas competências para o projeto de cuidados, mas também na gestão dos dispositivos institucionais” (Yasui e Costa-Rosa, 2008). Esses autores nos lembram ainda que os profissionais não podem esquecer que todos nós somos atores de uma prática social, que temos potencialidade e que ao produzir modos de trabalho também estamos produzindo processos de subjetivação.

Desse modo, acreditamos que o campo de atuação em saúde mental está revestido por embates, tanto no que diz respeito aos embates quanto aos Paradigmas Hospitalocêntrico e Psicossocial, tanto no que diz respeito, especificamente, aos modos de trabalho e de gestão produzidos principalmente no âmbito da saúde.

Nesse contexto, esses desafios enfrentados pela busca de democratização das relações são comuns à Reforma Psiquiátrica brasileira e a Reforma Sanitária. Entretanto, muitos problemas nos modos de organização do trabalho e de gestão têm dificultado a implementação efetiva do SUS, a saber: desvalorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho, baixo investimento em um processo de educação permanente desses trabalhadores e os modelos de gestão centralizados e verticais que desapropriam o trabalhador de seu processo de trabalho (Brasil, 2006).

A partir da identificação destes problemas, o Ministério da Saúde vem propondo Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde-HumanizaSUS. Alguns dos princípios norteadores dessa Política Pública são: valorização da dimensão subjetiva, social e cultural em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, fortalecimento do trabalho em equipe, construção de redes cooperativas na construção de ações em saúde, construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos, co-responsabilidade dos sujeitos nas dimensões da atenção e da gestão, democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores (Brasil, 2006).

A literatura tem apontado que parte dos problemas de cronificação encontram-se nos processos de trabalho e de gestão das políticas públicas em saúde. No ASM percebemos inúmeros problemas que acabam perpetuando esses processos de cronificação, problemas relacionados à distribuição de relações de poder associadas aos dois Paradigmas que lá se encontram.

3.1. Processos de trabalho e gestão no Ambulatório de Saúde Mental

Como vimos, existe uma série de características que diferenciam os modos de trabalho e de gestão no Paradigma Psicossocial, promovendo mudanças nos processos micropolíticos no cotidiano dos serviços. Nesse sentido, analisaremos os modos de trabalho e de gestão percebendo como isso se processualiza no cotidiano do ASM, a partir de três eixos principais: processos de trabalho no que diz respeito à equipe e ao funcionamento do ASM; a relação da equipe do Ambulatório de Saúde Mental com os processos de gestão; e as estratégias de enfrentamento aos processos de cronificação.

3.1.1. Processos de trabalho na equipe do Ambulatório de Saúde Mental

Nesse item, englobaremos tensões vivenciadas pela equipe no cotidiano do ASM. Tomamos essas tensões como analisadores dos modos de trabalho desenvolvidos no cotidiano, percebendo a dinâmica instituído-instituente no exercício das atividades. É nesse sentido que analisaremos as tensões que oscilam entre: especialismos X experimentação, verticalidade X horizontalidade e centralização da demanda X co-responsabilização.

a) Especialismos X Experimentação

No cotidiano do serviço, percebemos a existência de uma atuação marcada pela especialidade do profissional, ao mesmo tempo em que existiram atividades onde esses especialismos se desfizeram em prol do desenvolvimento de projetos comuns.

O perfil de atuação segundo a lógica especialista diz respeito a uma atuação marcada pela delimitação de territórios de cada grupo profissional, sendo essa postura reflexo da constituição das profissões, com a tendência de manter as especificidades profissionais através de um saber específico e da autonomia profissional. Em contraposição a isso, a experimentação refere-se a colocar os saberes e práticas em um comum e partilhar conhecimentos, especialidades, experiências, habilidades e intersubjetividade, em prol de projetos singulares (Furtado, 2009).

No cotidiano do ASM, encontramos ainda uma manutenção de um perfil de atuação de acordo com a especialidade do profissional: a assistente social trabalhando com parcerias institucionais e com os benefícios sociais; a arte-terapeuta coordenando oficinas de artes e artesanato; os psicólogos coordenando grupos terapêuticos, sendo responsáveis pela escuta clínica; o psiquiatra com consultas psiquiátricas; a auxiliar de enfermagem responsável pela organização das consultas psiquiátricas; a farmacêutica sendo responsável pela distribuição de medicamentos.

Em um dos momentos de observação no cotidiano do serviço, um dos usuários pergunta no “Bom Dia” se lá no ASM estão fornecendo cursos de capacitação e a psicóloga, que estava coordenando o grupo, lhe explica que em alguns casos sim, mas que se ele quisesse mais informações falasse com a assistente social. A assistente social lhe responde que ela iria ligar para a CORDE para saber a oferta dos cursos. Quanto à atuação da assistente social, muitas pessoas chegam ao serviço em busca dos serviços

específicos dessa profissional, buscando resolução para os benefícios sociais, para a carteira de gratuidade no sistema de trânsito, dificultando a atuação dessa profissional em outras atividades.

Outra atuação bastante segmentarizada no serviço é a atuação da equipe de psiquiatria. Os psiquiatras quase não participam de reuniões de equipe, pois estão nas consultas nesse momento, não tendo comunicação com a equipe sobre o cotidiano vivenciado. Eles chegam ao Centro Clínico, e se direcionam, na maioria das vezes, direto para a sala de atendimento, não passando pelo interior no ASM. A farmacêutica também não participa das atividades cotidianas e das reuniões no ASM, e apenas trabalha na perspectiva de distribuir a medicação.

Nesse sentido, para refletir sobre essas questões, é necessário analisar a organização do trabalho em suas dimensões técnicas e econômico-sociais, compreendendo a inserção diferenciada dos trabalhadores no processo de produção. Em relação aos psiquiatras, por exemplo, Bezerra Jr. (2007) analisa esse lugar do psiquiatra nos dispositivos de saúde mental, apontando a precariedade das condições de trabalho a que estão submetidos grande parte dos psiquiatras na rede pública de saúde, com um reduzido tempo de atendimento para cada usuário e intervalos grandes entre uma consulta e outra. Por possuir ganhos mais atrativos no sistema privado ou prestando serviço ao Estado através de contratos, os psiquiatras não querem assumir cargos públicos mantendo a lógica de terceirização dos serviços, como é o caso do ASM.

Campos e Domitti (2007) têm destacado o problema dos especialismos como dificultadores na implantação da Reforma Sanitária, onde a crescente divisão do trabalho dificulta a integração do processo de atenção e cuidado às pessoas na medicina e na saúde em geral. As distintas especialidades médicas e profissões de saúde definiram objetos de intervenção e campos de conhecimento distintos e fragmentados,

distante da realidade concreta dos sujeitos. Nesse processo, a grande maioria das especialidades e profissões de saúde trabalha com um referencial sobre o processo saúde e doença restrito, filiados à racionalidade biomédica.

Entretanto, existem muitos momentos onde esses especialismos são desfeitos, e os projetos coletivos com cada técnico assumindo funções não “prescritas”. Nesses projetos outras posturas são assumidas pelos técnicos de acordo com sua disponibilidade. As organizações dos passeios e das festas envolvem cada profissional e os convocam a atuar conforme sua disponibilidade e suas habilidades pessoais, demonstrando bastante criatividade nesse cotidiano.

No momento da mobilização para o Pastoril, por exemplo, não houve distinção de especialidades, como por exemplo, poderia ter sido uma atividade onde a arte-educadora estivesse presente. Não houve distinção de qual técnico seria responsável pela atividade, mas foi um projeto elaborado de acordo com a disponibilidade e habilidade de cada um. As técnicas mencionam com imensa alegria esse evento, falando o quanto ele foi terapêutico no sentido de auxiliar no respeito à diferença, aos ritmos e gestos de cada um, e como foi emocionante perceber o envolvimento da comunidade, principalmente porque nessa dança existe a interação com o público. Um fato inusitado e relatado por uma das técnicas ocorreu também com a formação de um círculo da comunidade junto com os “dançarinos” no fim da apresentação.

A criatividade nos processos de trabalho é fundamental para produzir prazer¹ no trabalho em saúde. Durante o momento em que o trabalhador inventa, recria a si mesmo e ao próprio processo de trabalho, ele luta contra seu próprio adoecimento. Desse modo é necessário investir na invenção de si e do mundo nos processos de trabalho através das práticas cotidianas. Sobre isso, Santos-Filho e Barros (2007) colocam:

¹ Tomamos aqui a noção de trabalho prazeroso aquele no qual cabe ao trabalhador ser parte importante no processo de criação do trabalho (Santos-Filho e Barros, 2007).

Temos visto com muita frequência ‘escapes poéticos’ nos serviços de saúde com manifestações artísticas maravilhosas a partir do talento dos trabalhadores da saúde, nas quais rola muita alegria e prazer, o prazer da criação, o prazer de estar compartilhando um território de trabalho solidário, o prazer da sensação de pertencimento a uma dada comunidade que se encontra na poesia (p.43).

No âmbito da clínica nos serviços substitutivos, é necessário recorrer a diversos campos de saber para construção de suas intervenções, sendo necessário recriar os modos de trabalho fundamentados tradicionalmente nos especialismos. Reconhecendo essa importância, a Política Nacional de Humanização vem propondo espaços de debate focando o trabalho, o cuidado com o trabalhador e a troca de experiências e de saberes. Alguns recursos para mudanças nos modos de se fazer clínica são o projeto terapêutico singular, através da noção de interdisciplinaridade, tentando fomentar a idéia de projeto, com a discussão de uma prospecção e não retrospectiva como se falava na medicina tradicional.

Nesse sentido, a tensão entre os especialismos e a experimentação tem gerado dor e alegria no cotidiano dos técnicos do ASM e dos serviços de saúde no geral. A dor pela falta de significação do trabalho, pela mecanização dos gestos, pela falta de sentido/finalidade do trabalho realizado (Santos-Filho e Barros, 2007). Estar em um serviço que se insere dentro do Paradigma Psicossocial e realizar trabalhos restritos à lógica ambulatorial, tendo que resolver problemas de falta de receituário azul, de psicotrópicos, de trocas de psiquiatras no serviço, por exemplo, representa um fardo e uma desqualificação do trabalho no serviço, onde a função dos técnicos deve ser, segundo essa lógica, acolher por tempo indeterminado um usuário que sai do CAPS.

Acreditamos ainda que a experimentação está associada à colaboração. Furtado (2009) nos lembra ainda que colaboração interprofissional é sempre “co-laboração”, ou

seja, trabalho com e entre muitos, e para isso, é necessária a instauração de um ambiente democrático, onde haja mecanismos de horizontalização dos saberes. Desse modo, percebendo a existência dos especialismos e da experimentação, devemos questionar quais as associações entre essa tensão e as relações de poder dentro do ASM? Isso será foco de análise no próximo item.

b) Verticalidade X Horizontalidade

No cotidiano do ASM, percebemos tensões vivenciadas na equipe relacionadas as experiências entre os profissionais em torno da horizontalidade, e quando da inserção de um dos psiquiatras do serviço, em alguns momentos existe a verticalização das relações.

A tensão verticalidade x horizontalidade guarda uma estreita ligação com o movimento de tensão anteriormente citado. Essa afirmação parte da perspectiva de que o saber, o poder e o si, como vimos anteriormente, estão constantemente se co-produzindo, produzindo realidades e subjetividades, e importa questionar que implicação cada sujeito tem nessa configuração (Santos-Filho e Barros, 2007). Desse modo, aqui chamamos a tensão entre verticalidade e horizontalidade se instaura nas configurações de poder nos serviços, onde a verticalidade é o instituído com a predominância de um saber sobre outros, e a horizontalidade é a dimensão instituinte quando temos diversos saberes e/ou atores sociais atuando no processo de construção de uma realidade do mesmo modo.

Quanto à relação dos técnicos entre si, percebemos que existe uma horizontalidade nos processos decisórios no que se refere à organização das atividades do serviço e nas discussões sobre os usuários.

Entretanto, a expressão usada por uma das técnicas em uma reunião mencionando o comentário de alguns usuários sobre a equipe ser “peão” submetida aos psiquiatras indicam a dinâmica de forças contraditórias nesse cotidiano, forças identificadas com a verticalidade e a horizontalidade. Em muitos momentos no ASM percebemos reclamações dos técnicos da equipe diante da recusa dos psiquiatras em atender usuários a mais na sua agenda, tendo que as técnicas se colocarem na posição de “pedir favor” para que houvesse atendimento.

Outro sinal evidente dessa verticalização dos saberes diz respeito ao fato de os prontuários dos usuários conterem, na grande maioria das vezes, o predomínio apenas de procedimentos psiquiátricos, indicando estes como sendo primordiais e mais valorizados como recurso terapêutico. Além disso, como mencionado em uma das rodas de conversas no capítulo 1 dessa dissertação, quando se questiona a equipe sobre qual seria a função do ambulatório, uma das técnicas responde que as mudanças no modelo ambulatorial vieram para que outros profissionais fossem inseridos na perspectiva de responder às demandas que não são respondidas na visita ao psiquiatra uma vez por mês, indicando que os outros saberes têm um efeito complementar ao tratamento psiquiátrico.

Por essa importância atribuída ao saber psiquiátrico dentro do ASM, as atividades cotidianas do serviço são organizadas de acordo com a frequência das consultas psiquiátricas. Nos dias da semana em que não existem consultas psiquiátricas, existe mais tempo para a realização de outras atividades, com um serviço “menos tumultuado”.

Ou seja, ao mesmo tempo em que existe um predomínio da horizontalidade dos saberes, quando olhamos para a inserção da psiquiatria, existe uma verticalização desse

saber no cotidiano, nos fazendo questionar porque em um serviço que se pretende ser substitutivo ainda mantém essa lógica da verticalização do saber psiquiátrico?

O funcionamento das organizações de saúde tradicionalmente ocorre com concentração de poder entre os diretores, médicos e especialistas. Em geral, elas estão ordenadas em departamento segundo lógica das profissões e especialidades médicas. Sobre isso, Campos (1998) analisa que a Teoria Geral da Administração, o taylorismo, em particular, fundamenta a administração de pessoas como se elas fossem instrumentos destituídos de vontade e/ou projeto próprio, objetivando disciplinar o trabalhador, quebrar-lhe a autonomia e a iniciativa crítica. Com isso, as normas, padrões e programas têm por função operar o trabalho cotidiano daqueles encarregados de executar ações.

A prevalência dos dois paradigmas, o Psicossocial através da horizontalidade dos saberes, e outra da verticalizada diante da relação que se mantém com o saber psiquiátrico, é reforçada ainda pela dinâmica anterior dos especialismos, e na consideração de que outros técnicos, seu saber e sua prática, são auxiliares secundários ao saber psiquiátrico.

Baremlitt (1992) nos lembra que ao longo dos séculos, a sociedade industrial tem se complexificado e nesse processo, houve um acúmulo de saberes, onde os *experts* tem se colocado a serviço de entidades e forças dominantes em nossa sociedade, tornando a população no geral com um saber relegada a um segundo plano, ou despossuídas de um saber. Sabemos que, sobre a gestão da loucura, a psiquiatria tem acumulado ao longo dos séculos um saber reconhecidamente cientificamente, e, portanto, socialmente mais valorizado do que outros saberes, tornando-se hierarquicamente superior aos outros.

Santos-Filho e Barros (2007) afirmam que para pensar os processos de horizontalização, é necessário investir na valorização enquanto dispositivo de reorganização dos processos de trabalho, democratizando os processos de trabalho, investindo desse modo em um processo de autonomia do trabalhador, com uma educação permanente em que este aumente sua capacidade de analisar e intervir sobre seus processos de trabalho. Os indicadores que devem refletir a valorização do trabalhador são a mobilização, o crescimento, a autonomia e o protagonismo.

Ao apostar em processos autogestivos, cuja premissa básica é a horizontalização dos saberes, os coletivos começam a se apropriar do seu cotidiano, dos saberes neles envolvidos, entrando em um processo auto-analítico, e sendo protagonistas na construção da realidade (Baremlitt, 1992). Ou seja, é preciso investir nesse tipo de relação no ASM, e investir em um processo onde os saberes dos usuários, dos familiares e dos técnicos estejam construindo o modelo de serviço, que eles reflitam sobre o seu próprio saber em uma relação de igualdade com outros saberes, dialogando e formulando um cotidiano de cuidado na saúde mental.

c) Centralização da demanda x Co-responsabilização

No capítulo anterior, vimos a diversidade de demandas atendidas no ASM. Nesse atendimento, instaura-se a tensão entre acolher a demanda, respondendo-lhe dentro do serviço, ou tentar encaminhá-la para outros serviços da rede. É nesse aspecto do cotidiano que vemos, em alguns momentos, a centralização da demanda e em outros, a co-responsabilização e a conexão com outros dispositivos.

O fato da diversidade de serviços oferecidos, a falta de clareza do papel dos ambulatorios, quando associado ao discurso de responsabilização dos técnicos e o

intenso vínculo que estes formam com os usuários, tem provocado, por vezes, a centralização da demanda.

Essa estruturação dos processos de trabalho tem efeitos diretos sobre os processos de produção de subjetividade da equipe. Tomando uma expressão surgida em uma das rodas de conversa, a equipe composta por pessoas “super-poderosas” que tem que lidar no cotidiano com questões complexas como a produção de vida, além de todos os problemas que envolvem às questões da assistência eminentemente psiquiátrica (falta de receitas, falta de medicação, rotatividade dos psiquiatras, etc.).

Ramminger (2008) destaca em revisão bibliográfica sobre a relação entre os trabalhadores de saúde mental nos serviços substitutivos e o sofrimento vivenciado por eles em situações de trabalho a desproporcionalidade existente entre o aumento da responsabilidade e autonomia do trabalhador para responder problemas complexos depois da Reforma Psiquiátrica, e o menor aumento de recursos teóricos, financeiros e de suporte emocional. E ainda, existem estudos que apontam a baixa remuneração, os contratos diferenciados, as péssimas condições físicas dos estabelecimentos como fatores que muito contribuem para a precarização e o sofrimento no trabalho.

Barreto (2009) destaca ainda as mudanças no mundo do trabalho a partir da década de 1980, com a redução de custos e o aumento dos resultados, exigindo muitas competências do trabalhador, transformando-o em um “faz-tudo” com diversas utilidades, “um pau para toda obra”, seguindo a lógica dominante do trabalho intenso.

Esses indicadores de sofrimento têm sido ressaltados em estudos feitos em CAPS. No ASM, outras condições ainda agravam o desenvolvimento de algumas atividades, como a falta de telefone, de vales-transporte, etc., além das especificidades assumidas por esse serviço na rede, com a centralização da demanda que deveria ser assumida por outros tipos de dispositivos na rede.

No contexto da EAPS, torna-se importante a responsabilização de diversos atores e instâncias sociais pelo cuidado ao portador de transtorno mental. Silva (2009) coloca que o processo de co-responsabilização dos atores e instâncias sociais pelo cuidado implica em instigar a família, os vizinhos, pastores de igreja e líderes comunitários a participar da política pública, principalmente como cuidadores e como suporte social.

O grupo do Pastoril surgiu a partir de uma solicitação de Luciana, uma das usuárias que perdeu a filha e a neta em afogamento em uma das praias da cidade de Natal. Este fato marcou profundamente a todos que estava no serviço nesse período. Para propiciar cuidado a essa usuária, a equipe modificou sua rotina e estabeleceu contatos com outros setores da sociedade e com outras políticas públicas. No período do afogamento, o corpo da sua neta só foi encontrado alguns dias depois tendo sido necessário o aguardo para liberação do corpo durante dias com a finalidade de fazer um exame de DNA para seu reconhecimento. Este fato fez com que o corpo ficasse no Instituto Médico Legal (IML) até a chegada de outros corpos ao Instituto sem o reconhecimento para que o exame fosse permitido. Nesse período, a assistente social fazia ligações constantes de seu celular para entrar em contato com o IML e saber notícias, já que a usuária não tinha acesso a telefone e estava extremamente angustiada com esse processo.

Além disso, antes da morte da filha, a usuária era inteiramente dependente de seus cuidados cotidianos (locomoção, alimentação, financeiros, etc.), e com esse fato, a usuária não tinha mais como sobreviver e falava sobre passar as manhãs no ASM, mas que não tinha o que comer ao chegar em casa. Os técnicos mobilizaram-se na tentativa de conseguir o benefício para a usuária, benefício este que foi diversas vezes negado pelo médico do INSS. Foi necessário que dois técnicos agendassem uma consulta junto

com a usuária para que ela tivesse acesso a seu direito, entre mais outras ligações que tiveram de ser feitas.

Para responder a uma demanda de cuidados mais intensivos dessa e de outros usuários, a equipe entrou em contato com o CAPS II Leste no sentido de solicitar que essa usuária fosse atendida também por este serviço. Houve nesse sentido uma coresponsabilização por essa usuária, que passou a ser atendida pelos dois serviços.

Percebemos nesse caso, e em muitos outros no ASM, a existência de problemas que ultrapassam o âmbito do que tradicionalmente se coloca como sendo específica da saúde mental, exigindo diversas articulações para respondê-las. A assistência em saúde mental deve englobar diversos níveis da vida, ao fundamentar-se na integralidade e no cuidado da existência do usuário. Entretanto, atuar sobre diversas esferas da vida, principalmente diante da desassistência que essas pessoas sofrem, desassistência na saúde básica, nas condições de moradia, fatores relacionados à construção de um modo de vida satisfatório, torna-se um imenso desafio.

No ASM, a formação de algumas parcerias, de comunicações com grupos não restritos aos serviços de saúde mental, portanto não “formalizados” a partir das diretrizes das políticas públicas em saúde mental no contexto de Natal tem possibilitado a construção de um cuidado focado na vida dos usuários, tentando refazer histórias, possibilitando a assistência à saúde mental, a promoção de encontros de lazer e cultura. Diversas possibilidades poderiam ser ampliadas se efetivamente a gestão se encarregasse de fazer parcerias e priorizasse a intersetorialidade como estratégia fundamental na rede de Atenção Psicossocial da cidade.

Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) explicitam a experiência dos Centros de Saúde Mental em Trieste/Itália tem conseguido cumprir seu papel de serviço substitutivo porque funcionam para fora do serviço, estão sempre abertos e qualquer pessoa pode ter

acesso a eles. Os operadores tendem a ir ao encontro dos usuários fora do serviço, fazendo-os viver na cidade e junto às pessoas. Para que os serviços funcionem como lugares de passagem e não de cronificação dos usuários, é necessário que eles estejam integrados a uma rede descentralizada, com alto grau de conectividade e com um movimento de produção permanente (Oliveira, 2006).

Em estudo de revisão bibliográfica, Ramminger (2008) afirma a importância de se investigar a mobilização do trabalhador em saúde mental para o trabalho, entretanto existe ainda pouca bibliografia sobre esse tema, pois os trabalhos têm tido a perspectiva de discutir a função dos vários atores sociais e a responsabilidade deles no processo de cuidado. Ainda segundo a autora, o trabalho nos serviços substitutivos tem sido compreendido “como uma atividade, ao mesmo tempo singular e coletiva, criativa e angustiante, gratificante e desgastante e que, para além do corpo do trabalhador, deve contar com sua capacidade relacional” (p.67).

A partir da centralização da demanda, a equipe do ASM se coloca em uma postura de sobreimplicação, com um alto nível de comprometimento e de pró-atividade naquilo que se está exercendo, de forma alienada, sem análise daquilo que se está produzindo. Esse ativismo, uma vez analisados, vão apontar posturas passivas diante de ordens implícitas e/ou explícitas (Altoé, 2004). Existe a necessidade, portanto, de superar a postura de sobreimplicação, problematizando a relação que a equipe mantém com “as ordens”, ou seja, com a gestão, colocando em análise a articulação entre a demanda social, a gestão, e a equipe do ASM.

3.1.2. Equipe do Ambulatório de Saúde Mental e a gestão

Para analisar a relação que a equipe mantém com a gestão, encontramos dois blocos de tensão, a saber: a despolitização X empoderamento, e a cisão da equipe com a gestão.

a) *Despolitização X Empoderamento*

Durante as rodas de conversas, uma das técnicas denomina a equipe de “apolítica”, no sentido de não participação das decisões e das reivindicações políticas no âmbito da saúde mental, ou mesmo de entender os problemas cotidianos como dissociados da questão política.

Quando falamos de empoderamento, nos referimos à apropriação dos trabalhadores com relação ao seu processo de trabalho e a politização do mesmo. Em contraponto a isso, a despolitização diz respeito ao modo de apropriação do trabalhador com relação ao seu trabalho dissociando-o da esfera política. Nesse sentido, é necessário problematizar quais os atravessamentos estão articulados com a postura de “apolitização” da equipe.

Quando entendemos o trabalhador enquanto gestor de seu próprio trabalho, estamos afirmando que essa atividade é potencialmente geradora de mudanças políticas sejam elas de qualquer ordem, ou mesmo um exercício que tende à repetição de uma determinada ordem social (Santos-Filho e Barros, 2007).

Além disso, gostaríamos de destacar que a dissociação entre a clínica e os processos de gestão, e por consequência, da esfera política, tem gerado uma sobrecarga para os trabalhadores pelo alto nível de comprometimento com a produção de saúde dos usuários. Isso é visto no ASM, na diversidade de demandas e de atividades atendidas pelo serviço, em detrimento a uma reflexão da necessidade de políticas intersetoriais e

de outras estratégias e serviços. Ramminger (2005) tem destacado em seus estudos que o trabalhador-militante no âmbito da Reforma Psiquiátrica, por seu alto nível de envolvimento afetivo tem se sobrecarregado, pois acaba não refletindo sobre os limites do seu trabalho no âmbito dos serviços, aderindo à proposta que o trabalho na Reforma Psiquiátrica precisa dar certo. Assim, o trabalho em saúde mental tem se caracterizado muito pela sobreimplicação, traduzindo-se em práticas com reduzidas análises políticas, prejudicando os trabalhadores e provocando a repetição das relações de poder onde o saber do louco, bem como o saber do próprio trabalhador sobre seu próprio trabalho continua sendo desvalorizado. Segundo Ramminger (2008),

A análise dos discursos e práticas possibilita o entendimento de que os trabalhadores habitam um espaço de tensionamentos e confrontos. Primeiro, pela circulação de diferentes formações discursivas, incluindo desde a crença de que cuidar é uma forma de caridade (discurso religioso), a afirmação de que é a ciência que pode falar do tratamento da loucura (discurso científico), até o entendimento de que o trabalho em Saúde Mental não pode ser reduzido a um domínio de técnicas, devendo incluir a implicação política e efetiva com a construção de outro modo de se relacionar com a loucura (discurso antimanicomial) (p.65).

Desse modo, incluir a implicação política nos processos de trabalho significa não reduzir o trabalho em saúde mental a um conjunto de técnicas, incluindo uma perspectiva clínica onde não haja um predomínio da técnica e do saber eminentemente científico. Essa redução ao predomínio da técnica é problemática, pois no mundo contemporâneo acaba-se enfatizando a formação dos trabalhadores a partir de especialidades, resultando na cisão entre o conhecimento e o engajamento social (Romagnoli, 2006).

Penso ser imprescindível para a coletivização das questões políticas a necessidade de ampliações na perspectiva de pensar a clínica, indo além do sentido

tradicional da capacidade de acolher, para pensá-la enquanto uma operação de “desvio”, de interferência no movimento para a produção de novos caminhos, criação de outros processos de trabalho e, deste modo, de produção de si (Passos e Barros, 2001).

Desse modo, pensar o trabalho enquanto produção de si implica em articulamos o trabalho com os processos de gestão: gestão de si, do cotidiano, do exercício do cuidado, etc. Nesse sentido, é necessário analisar que tipo de articulação com a gestão de saúde mental tem se desenvolvido no sentido de produzir um trabalho indissociado da gestão.

b) Cisão Equipe X Gestão

Nesse item, podemos destacar a insatisfação que a equipe do ASM demonstrou no que se refere à sua relação com a coordenação de saúde mental, sendo esta tomada, por vezes, como ausentes das atividades e nos conflitos vivenciados no serviço. Além disso, a presença de duas coordenações, uma referente à coordenação de saúde mental e outra à coordenação do Centro Clínico Dr. José Carlos Passos, tem provocado, por vezes, uma confusão de papéis e incentivado essa ausência de apoio em algumas atividades executadas no Ambulatório de Saúde Mental.

A cisão da equipe do ASM com a coordenação de saúde mental foi percebida principalmente no sentido de pensar os problemas do serviço intra-institucionalmente. Em um dos momentos das observações, o anúncio de que a arte-terapeuta iria se afastar do serviço provocou um pavor na equipe, de como iria ser o serviço sem as oficinas terapêuticas, considerada “carro-chefe” do serviço, e como os usuários lidariam com esse afastamento e com a pausa repentina das oficinas terapêuticas. Nesse período, foi solicitada uma reunião com a supervisora institucional e a coordenação de saúde mental

não esteve presente no serviço. Compreendemos que nesse momento, para a equipe, a questão da clínica, ou seja, de como seria a recepção disso pelos usuários, era mais urgente do que a questão administrativa, e por isso a procura pela supervisão institucional. Mas, queremos questionar como seria possível instalar uma maior proximidade e envolvimento da equipe com processos decisórios se a “gestão” não se apresenta nesses momentos de dificuldades vivenciadas pela equipe?

Essa fragmentação entre gestão e trabalho está relacionada ainda a prevalência da instituição clínica dissociada da política. Nesse sentido, vale questionar se em sendo a cidadania dos portadores de transtorno mental uma das principais reivindicações da Reforma, como dissociar a clínica feita cotidianamente da política? O envolvimento dos trabalhadores com a proposta da Reforma Psiquiátrica é muito evidente, na medida em que se busca uma clínica com novos modos de cuidado, mas essa prática deveria ser na perspectiva de emancipação dos sujeitos, tanto daqueles que são cuidados como dos trabalhadores de saúde mental.

No ASM, percebemos em alguns momentos haver dissociações de problemas vivenciadas no cotidiano das questões políticas e da gestão. É inegável que os problemas de má gestão do trabalho são sofridos pelos trabalhadores que estão “na ponta”. Santos-Filho e Barros (2007) aponta que alguns estudos a partir do Sistema Único de Benefícios do Ministério da Previdência Social têm apontado que o afastamento por doença de trabalho dos trabalhadores celetistas da saúde é de 423,25/10 mil, sendo destes um reduzido número para acidentes de trabalho. As doenças mentais/comportamentais são responsáveis por 54,18/10 mil, sendo a depressão uma das causas mais prevalentes.

No âmbito da gestão de políticas públicas, através da implementação do SUS, tem-se convocado à população e os diversos atores sociais a participar dos processos

decisórios de gestão em saúde através da articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos Conselhos Comunitários de Saúde. O processo de Reforma Psiquiátrica, ao inspirar-se no modelo italiano e seguindo os princípios dos SUS, é um projeto de horizonte democrático e participativo, onde seus protagonistas são os gestores do SUS, os trabalhadores em saúde, os usuários e os familiares dos serviços substitutivos, na participação através de fóruns de negociação e deliberação do SUS (conselhos gestores de unidades, conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde, conferências). As relações entre trabalhadores e gestores têm sido estimuladas através de processos de gestão compartilhada, onde os gestores, trabalhadores e usuário nos serviços de saúde estejam fazendo parte de projetos de co-gestão.

Essas propostas estão ancoradas em uma concepção transversal de política pública que atravessa diferentes instâncias gestoras do SUS, ultrapassando um modelo verticalizado de gestão em política pública, implicando deste modo em uma tradução dos princípios do SUS nos diferentes equipamentos e sujeitos, na construção de trocas solidárias comprometidas na produção de saúde e de sujeitos, contagiar a rede do SUS (gestores, trabalhadores da saúde e usuários) por atitudes e ações humanizadoras.

Para isso, um dos dispositivos criados a partir da Política Nacional de Humanização, denominado de contratos de gestão tem contribuído, onde esses contratos seguiriam um processo de 'co-gestão', extrapolando um sentido formal, normativo ou mesmo jurídico. Segundo Santos-Filho e Barros (2007), contratar significa o estabelecimento de contato, criando conexões, redes, alterando os modos de gerir o/no trabalho. Em termos práticos, nos contratos é importante desencadear movimentos simultâneos em duas direções: em uma, o movimento de oficinas envolvendo gestores dos serviços e coordenação central; em outra, um desdobramento e aprofundamento de

discussões entre gestores e suas equipes, criando assim espaços efetivos de atualização das diretrizes dos projetos, propiciando sua apropriação pelo conjunto dos trabalhadores e ajustamento coletivo de metas no nível local. As metas devem ser discutidas e definidas coletivamente.

A possibilidade de processos de pactuação com co-responsabilidade em torno de metas não-definidas de modo verticalizado. Para isso, é necessário valorizar a formação dos gestores, desenvolvendo e capacidade de escuta, para aprimorar a atuação do gestor enquanto apoiador institucional. Ou seja, em que este esteja próximo dos espaços de trabalho, provocando e estimulando inovações no trabalho, sustentando os processos e movimentos. Nessa formação, é importante também que se subsidie o gestor quanto ao aporte de conceitos, ferramentas e instrumentos de gestão, que possibilite a capacidade de envolver os trabalhadores em práticas institucionais de planejamento, avaliação, contratualizações (com base em metas), ampliando a capacidade de intervenções de toda a equipe. Nesse sentido ressaltamos “a democratização das relações e intensificação das ações comunicativas entre dirigentes, técnicos e usuários deve-se constituir como um dos produtos desses instrumentos de gestão, instituindo-se como espaço para mudança das práticas institucionais“ (Santos-Filho e Barros, 2007, p.181).

Gostaríamos de destacar ainda as indicações destacadas por Santos-Filho e Barros (2007) sobre as habilidades necessárias atualmente para a gestão de pessoas, dentre elas ressaltamos a capacidade de arbitrar, lidando com a dimensão do encontro nos ambientes técnicos e humanos e de gerir a dimensão histórica e singular de cada situação. Os administradores devem valorizar as potencialidades e construir “sinergias coletivas”, fomentando o envolvimento dos trabalhadores, criando condições para co-produção de projetos. Só a partir disso, ressaltam esses autores, seria possível ampliar o papel do gestor e inovar a gestão do processo de trabalho em saúde.

Para superar esse modelo, o planejamento pode ser uma importante estratégia para articular a dinâmica dos serviços e para fomentar a construção coletiva de objetivos, processos e viabilidade desses projetos desejados. Ênfase na metodologia do “apoio institucional” para assessorar os coletivos na discussão e enfrentamento de situações, compartilhando e fazendo ofertas, inclusive de ferramentas. Segundo Santos-Filho e Barros (2007), as ferramentas de planejamento são as metas (o que se tem alcançado), estratégias, direções, e mudanças propostas. “Esse processo ajuda na reflexão contínua sobre a proposta de desinstitucionalização, sobre o que ela traz como objetivos e quais componentes (‘indicadores’) realmente delimitam o caráter ‘substitutivo’ dos serviços, isto é, faz pensar sobre os objetivos e o que está efetivamente sendo posto em prática” (p.173). Nessa perspectiva de gestão e de práticas em saúde nos serviços substitutivos, os processos de planejamento não estão dissociados da clínica, que aqui denominaremos de clínica ampliada. Os dispositivos ‘projetos terapêuticos’ ocupam um lugar de necessária indissociação entre ‘clínica’ e ‘planejamento’ e entre ‘atenção’ e ‘gestão’.

Santos-Filho (2009), ao compreender a função da gestão como sendo também um apoiador institucional, analisa a sua experiência de intervenção em Belo Horizonte (MG) para estruturar um CERSAM/CAPS a partir de um ambulatório ligado ao Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) a importância da participação dos gestores responsáveis pelo serviço na formação de um grupo apoiador da reorganização do serviço. A estratégia de oficinas buscando um planejamento participativo na promoção de modos de atuar e de pensar os processos de trabalho e de gestão. Enfatizou-se nesse processo a necessidade de ajudar/tratar os problemas do âmbito do processo de trabalho, com o exercício do cuidado em uma dimensão propositiva auxiliando a equipe a encontrar novos rumos, de modo a inquietar a equipe acerca dos

processos de planejamento articulados com uma perspectiva clínica. Nesse sentido, esse autor destaca que:

a potência do planejamento se estende quando se pensa que tudo isso está na perspectiva de rede, uma vez que os 'casos' (as necessidades, demandas) circulam em vários pontos de uma rede, para tal carecendo de bons (e pactuados) arranjos e fluxos. Mas, tudo na perspectiva do que são exatamente as necessidades (compreendidas no âmbito da clínica ampliada) dos sujeitos-usuários da saúde mental. Pode-se notar que o que se nomeia como dispositivo de 'projetos terapêuticos', em um sentido, ocupam esse lugar de necessária indissociação entre 'clínica' e 'planejamento' e entre 'atenção' e 'gestão' (p.176).

O reconhecimento da necessidade de uma supervisão clínica passa necessariamente por pensar também em oficinas de planejamento como espaços de levantamento, reflexão, problematização, baseados em situações do serviço e indo para a esfera de gestão do serviço. As discussões mais amplas, no sentido de pensar a rede, a gestão dos serviços e a intersetorialidade, por exemplo, ajudam a não cristalizar a prática, a questionar a demanda, refletindo sobre uma série de pontos críticos do processo e relações de trabalho, fazendo aparecer e/ou fortalecer estratégias que têm coerência com as práticas substitutivas.

Santos-Filho e Barros (2007) tem expressado que são diversas as dificuldades de imprimir no cotidiano das organizações uma gestão participativa, tendo uma defasagem entre a diretriz da PNH e a viabilização efetiva dessa proposta, e mesmo quando são instaurados colegiados gestores, algumas vezes, eles são banalizados, ora sendo prescritivos, ora sendo apenas administrativos.

Tradicionalmente, no âmbito dos processos de trabalho existe uma multiplicidade de referenciais que falam sobre gestão no trabalho, principalmente duas vertentes teórico-operacionais: uma tecnocrata e gerencial influenciada pela qualidade

total e buscando avaliação de resultados, e outra que busca reduzir a autonomia do médico e de outros profissionais de saúde. As duas buscam controlar o trabalho em saúde através de protocolos disciplinares e normativos. Formas de gestão desse tipo não atendem às especificidades e singularidades dos usuários, seguindo sempre protocolos rígidos de atendimento. Para se atender a essas singularidades, é necessário que os trabalhadores tenham um relativo grau de autonomia nos processos de trabalho em saúde (Campos e Amaral, 2007).

Essa relação entre a equipe e a coordenação de saúde mental expressa a prevalência de métodos tradicionais de planejamento e de tomadas de decisão, com gestões burocráticas e verticalizadas. A dissociação entre trabalho cotidiano e gestão indica a prevalência da heterogestão, onde os trabalhadores se sentem desautorizados a pensar sobre aquilo que rege seu trabalho e a política pública, havendo, deste modo, uma contradição em relação ao controle social proposto atualmente pelo SUS e pelas políticas de saúde mental. A separação entre gestão do trabalho e trabalho de gestão tem gerado sofrimento para os trabalhadores (Santos-Filho e Barros, 2007).

Na heterogestão, os coletivos acabam desapropriados do saber sobre si, sobre os processos sociais dos quais fazem parte, e o poder de decidir acaba sendo reduzido. No período da apresentação do Pastoril, a equipe desconhecia os incentivos financeiros do Ministério para o desenvolvimento de projetos culturais no campo da saúde mental e a coordenação de saúde mental, quando consultada, a princípio, não forneceu apoio nessa perspectiva, e este momento poderia ser, por exemplo, uma oportunidade importante para conseguir verbas e incentivos investindo em uma estratégia terapêutica diferenciada.

Ressaltamos, nesse sentido, que a manutenção de estratégias verticalizadas de coordenação e gestão propicia a manutenção do Paradigma Hospitalocêntrico. No âmbito da Atenção Psicossocial em Natal, é necessário que a gestão esteja mais próxima

dos serviços substitutivos, co-gerindo os modos de intervenção em saúde mental. Ressaltamos ainda a necessidade do envolvimento da coordenação de saúde mental junto, por exemplo, à supervisão institucional, para superar que haja uma co-gestão, com planejamento da rede de serviços e de estratégias intersetoriais necessárias.

Entretanto, é necessário sair do lugar de postular culpados e vítimas na responsabilização dos problemas, como temos visto no ASM, onde as equipes de saúde, no geral, e as de saúde mental em particular, ficam imóveis frente à má administração política. Além disso, é necessário também ultrapassar a postura sindicalista mantida com relação aos administradores de reivindicação apenas de melhores salários, lutando também por melhores condições de trabalho e por maior participação nas esferas de decisão.

Diante desse quadro de tensões que envolvem o cotidiano do ASM e as dificuldades que envolvem a sua relação com a gestão, nos questionamos que saídas os técnicos encontram no seu cotidiano? Essas saídas têm proporcionado a invenção no cotidiano, estimulando a dimensão organizante ou tem servido à repetição?

3.2. Estratégias de enfrentamento: Compaixão X Solidariedade

Os processos de cronificação presentes nos dispositivos tipos CAPS e também encontrados no ASM apontam para a dificuldade de se aliar clínica e política aos processos de trabalho e clínica às análises das instituições (Barros, 2003). As saídas encontradas ou apontadas no ASM para esses processos de cronificação têm variado desde a compaixão até a solidariedade.

Ao fazermos essa denominação, estamos colocando tal questão em uma ordem ética, não apenas epistemológica, mas também de ordem micropolítica, de uma estética

da existência (Alarcon, 2005). Aquilo que chamamos de compaixão diz respeito às respostas pautadas em um fazer em saúde ligado a uma ética pautada no querer fazer o “bem”, seja ao outro ou ao serviço. Nessa perspectiva, a desassistência da coordenação de saúde mental, as dificuldades cotidianas são resolvidas pela equipe a partir da busca por si própria de benefícios de outros, de se colocar na posição de pedir algo, na dependência de favores.

Para exemplificar isso, voltemos ao grupo de dança do pastoril e da festa no natal, ocasiões em que houve falta de recursos financeiros e de mão-de-obra, e não recebendo inicialmente apoio da coordenação de saúde mental, equipe queixa-se da ausência, seja dos familiares seja da coordenação de saúde mental, e recebem de uma usuária um kit da natura e, com muita alegria diante da saída encontrada, pegam os produtos e rifam para obtenção dos recursos. Nesse sentido, diante da falta de recursos financeiros e da necessidade de vestuário, ornamentos, recursos para a festa do Natal, houve uma ampla articulação de alguns funcionários do Centro Clínico Dr. José Carlos Passos que voluntariamente ou por uma pequena quantia trabalharam auxiliando nesse evento. Ou ainda, poderíamos destacar muitas outras situações onde a equipe precisa pedir favor, seja para consultas psiquiátricas, seja para atendimento de emergência, para conseguir realizar passeios e festas... para prestar assistência aos usuários.

Não estamos aqui negando a positividade e a criatividade dessa experiência, mas o quanto ela acaba estimulando a sobrecarga de trabalho e reproduzindo subjetividades assujeitadas às formas tradicionais de gestão dissociadas da atenção. A aceitação da verticalidade da psiquiatria, dos especialismos, da sobrecarga de trabalho, da cisão com a gestão, com respostas “despolitizadas”, indica uma produção de uma repetição na realidade do instituído, de “querer” viver em uma realidade segura, definida antecipadamente. Nesse sentido, Alarcon (2005) nos lembra no risco do fascismo que

está em cada um de nós, de viver acreditando e desejando a subordinação, estando no limite entre o conforto e o sofrimento.

Desse modo, apontamos o risco de reduzir os portadores de transtornos mentais a mero objeto de compaixão. Foi em nome da bondade e do humanismo que as práticas pinelianas, entre outras surgiram, tentando salvar o louco, reestabelecer sua razão e sua liberdade. Nesse sentido, se construiu

todo um emaranhado de exercício de ‘salvação’ em nome da liberdade, da tomada de consciência, da boa vontade em se reparar maldades históricas ou as más vontades presentes – e fala-se em direitos humanos também - , em nome, enfim, de uma humanidade que intrinsecamente não suporta a idéia de que por detrás da máscara que nos separa e segrega a loucura, pode não existir a nossa verdade mais íntima, nem nossa deficiência ontológica, nem rosto algum para além de outras máscaras possíveis? (Alarcon, 2006, p. 27).

Nesse sentido, Guattari e Rolnik (2005) propõem que os trabalhadores sociais (jornalistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores, etc.) são profissionais que atuam na produção social da subjetividade e que acabam entrando no jogo de reprodução de modelos de subjetividade ou de produção de processos de singularização, negando a postura de neutralidade e objetividade que se propõe o saber científico. Esses profissionais são formados desde cedo em instituições que atravessam seus modos de agir nos serviços, não estando isentos dessa construção de novos valores que alternam entre a compaixão e a solidariedade.

A partir do micropolítico que podemos fazer transformações, respondendo a essa repetição e ao comodismo, investindo em algo novo, no inominável, como diz Alarcon (2005). O inominável surge a partir do momento em que as certezas que conduzem nossa vida não nos satisfazem, nos fazendo obedecer a uma cultura de morte,

ultrapassar os limites das certezas. É nesse campo que queremos situar as práticas de solidariedade como construção coletiva de um novo modo de se relacionar.

O Paradigma Psicossocial contempla transformações de um processo civilizador que foi cunhado a partir da filosofia iluminista, onde a razão, instrumentalizada pela ciência, passou a ser tida como mediadora entre a ação humana e o mundo, substituindo a arbitrariedade e a violência do Estado, mas acabou justificando a dominação de um povo sobre o outro (Yasui, 2009). A partir das reflexões propostas pela Reforma Psiquiátrica e pela Reforma Sanitária brasileira, buscamos mais do que modificar relações técnico-assistenciais, mas mudar valores sociais que propiciem a universalidade do acesso às políticas públicas, a equidade, a integralidade, etc., valores que propiciem atos e gestos concretos no cotidiano que façam a diferença naqueles que são cuidados, como por exemplo, atos de generosidade, de hospitalidade, de respeito à diferença. Yasui (2009), citando Birman, afirma que a solidariedade é a consequência do laço fraterno, sendo uma ética que implica necessariamente em uma política, uma ação coletiva. Nesse sentido, a solidariedade é promotora de bons encontros que produzem efeitos, ressonâncias.

No ASM, vemos os agentes sociais a partir de suas práticas de promoção desses bons encontros, de um serviço que acolhe as diferenças dos usuários, que busca promover saúde e vida, mas que ainda necessita de um investimento em projetos enquanto projetos políticos. Vimos como cenas do cotidiano, por exemplo, o discurso de uma das técnicas em investir em uma organização política dos usuários, mas que necessitaria de um investimento prático.

Através das propostas da Reforma Psiquiátrica, resgata-se a discussão sobre a relação com alteridade, referindo-se à “ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, por meio da criação de espaços de produção de relações sociais

pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco” (Yasui, 2009, p.03). O destaque sobre a humanização vem tentar reagir às políticas, ao mercado, à gestão, às muitas instituições que tendem a nos reduzir a objetos, defendendo a recriação de sistemas públicos de cultura, de lazer, educação, saúde, ecologia, produção agrícola, etc. Pensar em humanização quer dizer apostar em uma proposta ético-estético-política:

Ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2006, pp. 43-44).

Apostando em um compromisso ético-estético-político é que concordamos com Yasui (2009) quando este nos fala da necessidade de apostar no campo de possibilidades que é o existir, tendo a esperança como princípio ético.

É necessário desconstruir os dispositivos sociais que produzem os manicômios e produzir outros que tenham os loucos, os excluídos, os marginalizados, etc. como protagonistas de sua história, fazendo acontecer revoluções cotidianas.

Desse modo, voltamos a Basaglia, como destacamos no início desse capítulo, que as práticas de compaixão podem estar reatualizando a exclusão e, desse modo a violência. Para a superação desse quadro, somente a partir da análise de práticas pautadas na solidariedade, onde haja a implicação de cada ator social, entendendo toda a prática como construção política. A análise da implicação permite ao trabalhador de saúde mental sair da condição de objeto a que se submeteu por regimes de saber-poder

históricos, contestando o modo como tem se estruturado os regimes de trabalho e de vidas conseqüentemente, rejeitando o conformismo de esperar por uma instância superior para produzir mudanças políticas.

4. Breves considerações sobre o processo de pesquisa

O ato de pesquisar é uma invenção, invenção de possíveis, tentando atualizar virtualidades na rigidez que se impõe à vida atualmente. Através desse caminho, procuramos criar novos mundos, questionando-nos, inconformando-nos com as respostas prontas, que tentam nos dar conforto e sossego. Entretanto, acreditamos que a vida é feita de outros possíveis, de resistência aos limites que nos impomos e que criamos para nós mesmos, limitando a nossa capacidade de inventar modos de melhores de viver.

A partir desses desassossegos provocados é que buscamos questionar a realidade colocada para as pessoas, trabalhadores, usuários, familiares, nós pesquisadores, que constroem suas vidas muitas vezes a partir do conformismo com as instituições já dadas. Por isso, nos lançamos na tarefa de pensar na cronificação, no instituído que a produz nos dispositivos de saúde mental, percebendo-a enquanto uma despotencialização da vida, da reforma da vida proposta na Reforma Psiquiátrica.

Nesse percurso de pesquisa, mapeamos o fluxo de entrada e de saída dos usuários e percebemos que existe um grande número de usuários que vieram encaminhados dos CAPS mas não obtiveram alta do ASM, muitos estando no serviço desde sua fundação. Alguns usuários que poderiam estar de alta do serviço são encontrados, mas isso não ocorre, por diversos motivos. Existem diversos benefícios obtidos pelos usuários, desde consultas psiquiátricas até um espaço de lazer e circulação social, e a falta de flexibilidade na rede assistencial e de dispositivos diversificados que pudessem dar suporte aos usuários acaba favorecendo aos processos de cronificação. Algumas iniciativas da intersectorialidade são feitas a partir dos técnicos do ASM, mas

não existe um suporte para tal pela gestão. Percebemos através disso a coexistência explícita dos dois Paradigmas.

Essa coexistência acaba gerando tensões no cotidiano do serviço, tensões que vão desde uma verticalização do saber psiquiátrico, uma fragmentação nos processos de trabalho, entre outros, que têm gerado desprazer entre os técnicos. Isso é reforçado pela cisão da equipe com a gestão, e pela despolitização dos problemas cotidianos vivenciados pela equipe. Ao mesmo tempo, existe um movimento instituinte de tentar romper com o Paradigma Hospitalocêntrico e Medicalizador, tentando inventar novas práticas ligadas a horizontalização dos saberes, à co-responsabilização da demanda, etc.

Apontamos aqui a necessidade de investir na problematização dos modos de gestão e de trabalho no âmbito da EAPS, principalmente apontando para uma maior participação política dos técnicos e dos usuários, implementando e ampliando os espaços de co-gestão, para que os diversos atores sociais se apropriem das mudanças propostas com a Reforma Psiquiátrica e sejam mais atuantes nesse processo. tentar modificar o quadro de

Acreditamos que é possível e necessário, acima de tudo, fazer expandir-se esse novo, atualizando-o, evidenciando-o, e criando juntos aos coletivos a necessidade de inventar outros mundos, e para isso precisamos do incorformismo construído coletivamente, e que só assim podemos construir um outro mundo possível.

5. Referências Bibliográficas

- ABRE Brasil - Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia. (2007). *Associações Afins*. Acessado em 15 de outubro de 2007 do Word Wide Web: <http://www.soesq.org.br/>.
- Afonso, M. L., & Abade, F. L. (2008). *Para Reinventar as Rodas: rodas de conversa em Direitos Humanos*. Belo Horizonte: RECIMAM.
- Alarcon, S. (2005). Da reforma psiquiátrica à luta pela 'vida não-fascista'. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, 12 (2), 249-263.
- Alarcon, S. (2006). Aos homens de boa vontade: estudos sobre sujeição e singularidade. In P. Amarante (Org.), *Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade* (pp. 25-40). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Altoé, S. (Org.). (2004). *René Lourau. Analista em tempo integral*. São Paulo: Hucitec.
- Alverga, A. R. (2004). *A loucura interrompida nas malhas da subjetividade manicomial*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte.
- Alves, D. S., & Guljor, A. P. (2004). O cuidado em saúde mental. In R. Pinheiro & R. A. de Mattos (Orgs.), *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (pp. 221-240). Rio de Janeiro: Hucitec.
- Amarante, P. D. C. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. D. C. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Baremblytt, G. (1992). *Compêndio de Análise institucional e outras correntes*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Barfkanecht, K. S. (2005). *Economia Solidária, Saúde Mental e Trabalho em uma cooperativa de confecção de Porto Alegre*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal Do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Barreto, M. (2009). Saúde Mental e Trabalho: a necessidade de escuta e olhar atentos (CD – ROM). Disponível em: *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1 (1). (01/maio/2009).
- Barros, R. B. (2003). Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Loucura, Ética e Política: escritos militantes* (pp. 196-206). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Basaglia, F. (1985). *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal.
- Basaglia, F. (2005). *Escritos Seleccionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond.

- Bezerra Júnior, B. (2007). Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In S.A. Tundis & N.R. Costa (Orgs.), *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (pp. 134-169). Petrópolis: Vozes.
- Brasil. (2001). *Lei nº 10.216, de 06 de Abril de 2001*. Acessado em 30 de outubro de 2007 do Word Wide Web: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm.
- Brasil, Ministério da Saúde (2005). *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2006). *Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Previdência Social (2007). *Diretrizes de conduta médico-pericial em transtornos mentais*. Brasília: Ministério da Previdência Social.
- Brito, M. A., Dimenstein, M., Severo, A. K., Cabral, C. de M. T., & Alverga, A. (2006). Reinserção Social e Cotidiano de Usuários de Psicotrópicos. *Mnemosine*, 2 (2), 130-149.
- Campos, G. (1998). O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (4), 863-870.
- Campos, G. W. de S., & Amaral, M. A. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12 (8), 849-859.
- Campos, G. W de S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (2), 399-407.
- Castel, R. (1987). *A Gestão dos Riscos*. Rio de Janeiro: Graal.
- Cecilio, L. C. O. (1997). Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma pirâmide a ser explorada. *Cadernos Saúde Pública*, 13 (3), 469-478.
- Coelho, M. (2008). A dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica e a Companhia Experimental Mu...dança. *Saúde em Debate*, 32, 92-98.
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante (Org.), *Ensaio, Subjetividade e Saúde Mental* (pp.141-168). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Crives, M. N. (2003). *Os Naps Leste e Oeste de Natal-RN: semeando mudanças em saúde mental*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte.

- Dell'Acqua, G., & Mezzina, R. (2005). Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In P. Amarante (Org.), *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2* (pp. 161-194). Rio de Janeiro: Nau.
- Desviat, M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dimenstein, M., & Liberato, M. (2009). Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede (CD – ROM). Disponível em: *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, 1* (1). (01/maio/2009).
- Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., & Bezerra, E. (2009). O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade, 8* (1), 63-74.
- Fonseca, T. M. G., Perrone, C. M., & Engelman, S. (2004). Bárbaros no Século XXI? In D. Lins & P. P. Pelbart (Orgs.), *Nietzsche e Deleuze - Bárbaros e Civilizados* (pp. 221-233). São Paulo: Annablume.
- Foucault, M. (1984). *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro.
- Furtado, J. P. (2009). Arranjos Institucionais e Gestão da Clínica: Princípios da Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade (CD – ROM). Disponível em: *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, 1* (1). (01/maio/2009).
- Goulart, M. S. B. (2004). Os descaminhos da política de saúde mental: um estudo sobre os serviços ambulatoriais nos anos 80. In I.F. Ferrari & J.N.G. Araújo (Orgs.), *Psicologia e Ciência na PUC MINAS* (pp. 291-312). Belo Horizonte: PUC Minas.
- Goulart, M. S. B. (2006). A construção da mudança nas instituições sociais: a Reforma Psiquiátrica. *Pesquisas e práticas psicossociais, 1* (1), 01-19.
- Guattari, F., & Rolnik, S. (2005). *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Ignácio, V. T. G., & Nardi, H. C. (2007). A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos. *Psicologia e Sociedade, 19* (3), 88-95.
- Jornal de Natal. (2000). *Projeto visa integrar doentes mentais à cidade*. Disponível em: <http://www.geranegocio.com.br/html/assoc/p1.html>. Acessado em outubro de 2007.
- Lougon, M. (2006). *Psiquiatria Institucional*. Do hospício à reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Lourau, R. (1993). *Análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Lussi, I. A. de O., Pereira, M. A. O., & Pereira Júnior, A. (2006). A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 14* (3), 448-456.

- Menezes, F. A. (2002). Cuidado de si e gestão da vida: da ética grega ao biopoder. *Revista do Departamento de Psicologia-UFF*, 14, 75-94.
- Morana, H. C. P. (2008). Defesa profissional do psiquiatra na área administrativa. *Psychiatry on line no Brasil*, 14. Acessado em 20 de fevereiro de 2009 do Word Wide Web: <http://www.polbr.med.br/ano08/for0708.php>.
- Natal, Secretaria Municipal de Saúde. (2007). *(Re)Desenhando a rede de saúde na cidade do Natal*. Natal: Secretaria Municipal de Saúde.
- Natal, Secretaria Municipal de Saúde. (2008). *Relatório de Gestão*. Natal: Secretaria Municipal de Saúde.
- Oliveira, J. A. M. (2006). *O processo de desinstitucionalização da loucura em serviços de saúde mental no estado de Sergipe: um problema clínico-político*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro.
- Passos, E., & Barros, R. B. (2001). Clínica e Biopolítica na experiência do contemporâneo. *Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa*, 13 (1), 89-99.
- Passos, E., & Barros, R. (2004). Clínica, política e as modulações do capitalismo. *Lugar Comum*, 19-20, 159-171.
- Paulon, S. M. (2005). A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade*, 17 (3), 18-25.
- Pessoa, F. (1982). Milímetros. In B. Soares (Org.), *Livro do desassossego* (pp.192-209). São Paulo: Editora Braziliense.
- Peixoto, P. T. de C. (2007). *Do esquadrinhamento dos corpos à invenção de práticas instituintes nos ambulatórios de saúde mental: Três movimentos para a heterôgenese*. Tese de doutorado não-publicada, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro.
- Ramminger, T. (2005). *Trabalhadores de Saúde Mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação na saúde mental*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Ramminger, T. (2008). Saúde do Trabalhador de saúde mental: uma revisão de estudos brasileiros. *Saúde em Debate*, 32, 60-71.
- Resende, H. (2007). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In S.A. Tundis & N.R. Costa (Orgs), *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (pp. 134-169). Petrópolis: Vozes.
- Rocha, M. L. (2006). Psicologia e as práticas institucionais: A pesquisa-intervenção em movimento. *Psico*, 37 (2), 169-174.
- Rocha, M. L. da R., & Aguiar, K. F. (2003). Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23 (4), 64-73.

- Rocha, M. L. (2007). Micropolítica e o Exercício da Pesquisa-intervenção: Referenciais e Dispositivos em Análise. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27 (4), 648-663.
- Rodrigues, H. B. C. (2004). Análise institucional francesa e transformação social. O tempo (e contratempo) das intervenções. In S. Altoé (Org.), *SaudeLoucura 8 – Análise Institucional* (pp. 115-164). São Paulo: Hucitec.
- Rodrigues, H. B. C. (2006). “Sejamos realistas, tentemos o impossível”: descaminhando a Psicologia através da análise institucional. In A. L. Ferreira, F. T. Portugal & A. M. Jacó-Vilela (Orgs), *História da Psicologia, rumos e percursos* (pp.515-555). Rio de Janeiro: Nau editora.
- Romagnoli, R. C. (2006). Algumas reflexões sobre a clínica social. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, 18 (2), 47-56.
- Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização: uma outra via. In F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (pp. 89-99). São Paulo: Hucitec.
- Santos, Y. (2007). *O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal/RN*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte.
- Santos-Filho, S. B., & Barros, M. E. B. (Orgs.). (2007). *Trabalhador da Saúde: Muito prazer!* Ijuí: Ed. Unijuí.
- Santos-Filho, S. B. (2009). Articulando planejamento e contratos de gestão na organização de serviços substitutivos de Saúde Mental: experiência do SUS em Belo Horizonte (CD – ROM). Disponível em: *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1 (1). (01/fevereiro/2009).
- Saraceno, B. (2001). Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a passagem do milênio. In A. Pitta (Org.), *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (pp. 13-18). São Paulo: Hucitec.
- Silva, M. B. B. (2009). Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (1), 149-158.
- Silva Filho, J. F. (2007). A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In S.A. Tunds & N.R. Costa (Orgs.), *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (pp.75-102). Petrópolis: Vozes.
- Secretaria Municipal de Saúde. (2006). *Plano Municipal de Saúde: 2006-2009*. Natal, Rio Grande do Norte.
- Valente, V. (n.d.). *Pastoril*. Acessado em 15 de abril de 2009 do Word Wide Web: <http://www.fundaj.gov.br/notitia/servlet/newstorm.ns.presentation.NavigationServlet?publicationCode=16&pageCode=1364&textCode=10002&date=currentDate>.

- Vasconcelos, E. M. (2007). Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. *Vivência*, 32, 173-206.
- Vasconcelos, E. M. (2009). Epistemologia, diálogos e saberes: estratégias para práticas interparadigmáticas em saúde mental (CD – ROM). Disponível em: *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1 (1). (01/maio/2009).
- Venturini, E., Galassi, A., Roda, A., & Sérgio, E. (2003). Habilitar-se em saúde mental: observações críticas ao conceito de reabilitação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 55(1), 56-63.
- Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 32 (78-79-80), 27-37.
- Yasui, S. (2009). A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: outro mundo é possível (CD – ROM). Disponível em: *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1 (1). (01/maio/2009).

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](#)