



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

**PRÁTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL: SABERES,
POSSIBILIDADES E CUIDADO NA INTERNAÇÃO
PSIQUIÁTRICA EM HOSPITAL GERAL**

ELIZANGELA GONÇALVES CAÇULA

Fortaleza – Ceará
2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Elizângela Gonçalves Caçula

**PRÁTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL: SABERES,
POSSIBILIDADES E CUIDADO NA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA
EM HOSPITAL GERAL.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Políticas e Gestão em Serviços de Saúde.

Orientador: Prof^a. Dr^a Maria Salete Bessa Jorge

Fortaleza – Ceará
2009

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

**PRÁTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL: SABERES,
POSSIBILIDADES E CUIDADO NA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA
EM HOSPITAL GERAL.**

Autor: **Elizângela Gonçalves Caçula**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

Presidente e Orientadora

Profa. Dra. Denize Cristina de Oliveira

1º Membro

Profa. Dra. Norma Faustino Rocha Randemark

2º Membro

Aos meus pais e a minha irmã, que sempre acreditaram no meu potencial e constantemente me encorajaram com palavras de apoio para o meu crescimento profissional.

Ao meu esposo, Marcos, pelo carinho, pelo amor, pela compreensão, pela motivação nos momentos difíceis e pelo estímulo para continuar.

Ao meu amado filho, João Victor, pelos momentos de ausência e impaciência que muitas vezes permearam nosso cotidiano durante a realização deste trabalho. Você representa para mim fonte de paz e alegria, o qual representa inspiração e coragem para minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre se fazer presente na minha vida, refúgio nos momentos de aflição e fonte inesgotável de fé, o que me fez levantar todas as manhãs.

A Prof. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, pelas sábias orientações, na condução e orientação da pesquisa, pelo seu exemplo de dedicação e competência.

À equipe de trabalhadores da Unidade Ana Carneiro, que me proporcionaram um espaço acolhedor para o desenvolvimento de minha pesquisa.

Ao Instituto Dr. Vandick Ponte, na pessoa da Dra. Marluce Oliveira, pelo incentivo e disponibilidade em muitas vezes me liberar de meu expediente de trabalho para minhas orientações.

Ao meu amigo Edyr Marcelo Costa Hermeto, pela dedicação profissional e o compartilhamento de idéias e saberes.

A Antonio Germane Alves Pinto pela sua competência, tranqüilidade e leveza nas discussões críticas e debates reflexivos em torno deste objeto de estudo, acolhendo minhas angústias e com contribuições importantes para o meu crescimento no Mestrado.

A todos aqueles que durante este período diferente e diverso transversalizaram o meu cotidiano. Amigos, colegas e “conhecidos” que de toda forma mantiveram uma interação direta ou indireta para comigo neste processo de aprendizagem. Agradeço hoje e sempre, distante ou presente, triste ou sorridente, afetiva ou objetivamente. Muito obrigado.

RESUMO

O objeto do estudo é a análise das práticas da equipe de saúde mental em uma unidade psiquiátrica no hospital geral, tomando como recorte a prática clínica operada pelos trabalhadores de saúde. A internação psiquiátrica em leitos de hospitais gerais é uma diretriz da política nacional de saúde mental. Nesse sentido, objetivou-se analisar a produção das práticas da equipe de saúde mental em uma Unidade Psiquiátrica no Hospital Geral na cidade de Fortaleza-CE; descrever as atividades (individuais e coletivas) desenvolvidas pela equipe no cotidiano da referida unidade; e, apontar limites, avanços e perspectivas das práticas de saúde mental operadas pela equipe na UPHG. A metodologia aponta a pesquisa com abordagem qualitativa, sob forma de estudo de caso. Os participantes do estudo foram 8 trabalhadores de saúde de uma unidade psiquiátrica do Município de Fortaleza – CE, sendo utilizada a entrevista semi-estruturada, a observação sistemática e a análise documental para coleta de dados. A análise dos dados pautou-se na análise de conteúdo. Os resultados revelaram que a clínica configura-se no espaço do cuidado conduzindo homogeneamente os elementos que integralizam ou não o cuidado em saúde mental, e que as atividades desempenhadas, os procedimentos implantados e executados e, ainda, os saberes interpostos têm na práxis cotidiana a sua efetiva resolutividade. As abordagens terapêuticas grupais absorvem o campo da contemplação contextual no cenário ao incidir a clínica perante a subjetividade humana na busca de uma melhor adequação de vida. As práticas dos trabalhadores na UPHG inserem-se no contexto dos espaços e cenários do cuidado em saúde mental de forma dialética e histórica. O processo de trabalho operado neste campo adentra por meio das tecnologias e saberes na consolidação de um transformar de realidades e situações em consonância aos determinantes sociais e históricos. Ainda assim, a atenção psicossocial em suas dimensões, emana a necessidade da ação intersetorial. Dessa forma, a UPHG demonstra que é possível repensar a clínica e dotá-la de uma dimensão ampliada para com a vida dos sujeitos em sofrimento psíquico. Ao transpor a unidade prospectiva de diagnosticar e assumir também a dimensão da escuta e da parcialização de resoluções, o ato clínico pode encontrar o caminho da humanização em seu lócus prático.

Descritores: Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Práticas da equipe interdisciplinar; Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral.

ABSTRACT

The object of this study is the analysis of practices of mental health staff in a psychiatric unit at general hospital, taking as cut the clinic practice developed by health workers. The psychiatric hospitalization in rooms of general hospitals is a diatribe of national politic of mental health. In this sense, it aimed to analysis the production of practices of staff of mental health in a Psychiatric unit at General Hospital in city of Fortaleza/Ce.; to describe the activities(personal and collective) developed by staff in quotidian of referred unit; and, to point out limits, advances and perspectives of practices of mental health developed by staff at UPHG. The methodology points out to research with qualitative approach, under way of case study. The participants of study were 8 workers of health of a psychiatric unit from municipal of Fortaleza/Ce., being used the semi-structured interview, the systematic observation and documental analysis to collect data. The analysis of data based on content analysis. The results revealed the clinic is made of space of care conducted equally the elements that integrate or not the care in mental health, and the activities accomplished, the procedures increased and accomplished and, still, the knowledge inserted have in quotidian praxis its solubility effective. The group therapeutic approaches absorb the field of context contemplation in scenario as hit the clinic before the human subjectivity in search of better adequate of life. The practices of workers of UPHG inserted in context of spaces and scenarios of care in mental health of dialectic and historical form. The process of work developed in this field inside through technologies and knowledge in consolidation of change realities and situations in accord with social and historical determinant. However, the psychosocial attention in its dimensions, came out the need of interlinked action. Thus, the UPHG demonstrates that is possible to rethink the clinic and provide it of a broader dimension to life of subjects in psychic suffering. When overcome the unit prospective to diagnosis and assume also the dimension of hearing and partly the resolutions, the clinic act can find the way of humanization in its practice locus.

DESCRIPTORS- Mental health; Services of mental health; Practices of interdisciplinary staff; Psychiatric unit at General Hospital.

LISTA DE SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial – Infantil
CCS - Centro de Ciências da Saúde
CID - Classificação Internacional das Doenças
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
EUA – Estados Unidos da América
HBM – Hospital Batista Memorial
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Previdência Social
MS – Ministério da Saúde
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OMS – Organização Mundial de Saúde
PSF - Programa Saúde da Família
RASM - Rede Assistencial de Saúde Mental
SER – Secretaria Executiva Regional
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS - Sistema Único de Saúde
UECE - Universidade Estadual do Ceará
UPAC – Unidade Psiquiátrica Ana Carneiro
UPHG – Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Rede de Atenção à Saúde Mental.....	44
Figura 2 - Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza.....	51
Figura 3 – Hospital Batista Memorial – Fortaleza-CE.....	52

LISTA DE QUADROS

Quadro I – Descrição dos leitos da UPAC.....	54
Quadro II – Descrição dos trabalhadores da UPAC.....	54
Quadro III – Representantes dos trabalhadores de saúde participantes do estudo.....	55
Quadro IV - Síntese do entrecruzamento dos depoimentos.....	59
Quadro V – Síntese do entrecruzamento das observações sistematizadas.....	60
Quadro VI – Entrecruzamento das unidades analíticas.....	60
Quadro VII - Entrecruzamento das categorias empíricas.....	61

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1. Aproximação do Pesquisador.....	12
1.2. Objeto de Estudo.....	14
2. BASE TEÓRICA DO ESTUDO.....	18
2.1. Modelo e construção histórica da saúde mental.....	18
2.2. Produção das práticas da equipe de saúde mental.....	31
2.3. Organização da rede de serviços de saúde mental e o lugar da unidade psiquiátrica em hospital geral.....	42
3. CAMINHOS DA PESQUISA.....	49
3.1. Natureza e tipo de estudo.....	49
3.2. Cenário da pesquisa.....	49
3.3. Participantes da pesquisa.....	55
3.4. Técnicas e instrumentos de coleta de dados.....	56
3.5. Questões éticas.....	57
3.6. Análise dos dados.....	58
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES DAS CATEGORIAS EMPÍRICAS.....	63
4.1. Temática I - O processo de trabalho no cotidiano da unidade psiquiátrica em hospital geral e sua articulação com a rede de atenção à saúde.....	63
4.2. Temática II – Abordagens terapêuticas e sua interface com o cuidado em saúde mental.....	87
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
REFERÊNCIAS.....	101
APÊNDICES.....	108
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	109
Apêndice B – Roteiro de Entrevista para os trabalhadores de saúde.....	110
Apêndice C – Roteiro de Observação no campo.....	111
ANEXOS.....	112
Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE.....	113

1- INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação do Pesquisador

A iniciativa em trabalhar a pesquisa sobre as práticas da equipe de saúde mental é atravessada por inúmeras situações vivenciadas, ao longo de uma trajetória acadêmica e profissional.

O interesse por esse tema se manifestou ainda no curso de graduação em Terapia Ocupacional quando surgiram diversas oportunidades de atuar em serviços de saúde mental, ainda como estagiária. Desde então, iniciou a preocupação com questões relacionadas à forma pela quais os diversos profissionais componentes de equipes de saúde integram os diferentes trabalhos e interação entre si.

No ano de 2000 ocorreu a participação em uma seleção para fazer parte do Grupo de Extensão Universitária na área da saúde mental no Hospital Universitário Walter Cantídio. Nesse estágio observou-se a existência de equipes que se destacavam pela sua integração no trabalho; porém, na maioria das vezes, constatou-se que o grupo de trabalho, aparentemente integrado, na prática exercia ações independentes e desarticuladas.

Dessa forma, apreendeu-se que a falta de conexão entre as ações de saúde exercidas pelos diferentes agentes e as dificuldades de interações destes representavam dificuldades no desenvolvimento do trabalho, gerando insatisfação dos usuários com o atendimento recebido.

Portanto, o entendimento dos aspectos referente ao trabalho em equipe de saúde merece atenção e destaque, tendo em vista a sua importância para a realização do trabalho coletivo e para a qualidade da assistência prestada aos usuários.

Além disso, vale ressaltar, a experiência profissional breve, porém relevante, como terapeuta ocupacional de uma equipe de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em que foram vivenciadas diversas situações de trabalho em equipe. Através dessa oportunidade foi possível refletir sobre algumas questões, dentre elas: as divergências existentes entre o que é preconizado para o trabalho em equipe e o que é realizado de fato na prática cotidiana.

Diante da experiência relatada, evidenciou-se as dificuldades que os profissionais tinham em integrar suas ações e atuar coletivamente, pois cada um estava envolvido com suas

atividades específicas, havendo poucos momentos de interação entre eles. As reuniões de equipe, as quais seriam relevantes nesse contexto, eram pouco valorizadas, ocupando um papel de atividade secundária.

Atualmente encontro-me inserida em uma equipe de uma instituição que superou o modelo tradicional de assistência em psiquiatria, implantando vários serviços de saúde mental e tornando-se a primeira instituição na Cidade de Fortaleza a implantar uma Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral (UPHG), sendo este o motivo que determinou o ponto de encontro com a temática abordada.

Enquanto profissional da área da saúde, a proposta de ter como campo de estudo uma unidade psiquiátrica em hospital geral foi escolhida porque representa um momento histórico dentro dos princípios das políticas públicas de saúde, da reorientação do modelo assistencial em saúde mental dentro deste novo conceito de cuidar, de tratar fora dos muros dos hospitais psiquiátricos os portadores de transtornos mentais. Acredita-se ser relevante analisar as práticas da equipe de saúde mental que atuam nesse novo contexto, com o objetivo de obter indicadores que contribuam para que esses serviços não reproduzam as práticas manicomiais.

Far-se-á necessário ressaltar aqui o caráter participativo do pesquisador, enquanto profissional envolvido na equipe da instituição há aproximadamente dez anos, participando do processo da reforma tanto estrutural, como assistencial, acompanhando o crescimento, as transformações e a dedicação de todos os envolvidos. Neste sentido, percebe-se a complexidade da pesquisa devido à familiaridade quanto ao afeto, ao espaço, aos agentes de transformação social e ao próprio cotidiano do serviço.

No entanto, associando as vivências destacadas às experiências da vida acadêmica, é que se compreende a importância da pesquisa, com o intuito de investigar os aspectos pertinentes à integração do trabalho em equipe de saúde no âmbito da saúde mental.

O trabalho em equipe apresenta-se como uma das estratégias para o desenvolvimento do trabalho na área da saúde. Portanto, deve-se investir no fortalecimento de um vínculo positivo entre os membros da equipe, a fim de que os objetivos do serviço sejam contemplados.

Os trabalhadores possuem um papel fundamental dentro da equipe, pois tendo em vista seu potencial articulador dos diversos trabalhos, podem ser capazes de atuar como

agente de mudança, em busca da consolidação de novas práticas de saúde voltadas à integralidade das ações e comprometidas com as reais necessidades dos usuários.

Entende-se que os resultados deste estudo podem contribuir para a busca de estratégias que possibilitem novas formas de atuação da equipe de saúde, vislumbrando uma prática que considere e valorize a articulação do trabalho dos diferentes trabalhadores e a interação destes como condições fundamentais para o atendimento integral das necessidades de saúde dos usuários.

1.2 O objeto de estudo

A pesquisa tem como objeto de estudo as práticas da equipe de saúde mental em uma unidade psiquiátrica em hospital geral na cidade de Fortaleza.

O processo de construção social das práticas em saúde é definido pela dialética transformação das realidades, conjunturas e ambientes em que a produção do cuidado está sendo operada, dinamicamente, e sob atuação de vários trabalhadores sob uma lógica produtiva determinada macro e micro politicamente (PINTO, 2008).

O processo de transformação no campo da saúde mental decorre de uma longa construção histórico-social. A distinção principal desta evolução perpassa pela prática assistencial empreendida. O modelo hegemônico manicomial é contraposto por uma nova forma de pensar e de agir direcionada a desinstitucionalização da assistência.

O novo modelo de assistência em saúde mental procura construir um novo espaço social, possibilitando o resgate da cidadania e o suprimento das necessidades de saúde do sujeito portador de transtorno mental. Assim, contextualizar sócio-historicamente e em ato as práticas da equipe de saúde mental em uma unidade psiquiátrica no hospital geral, proporciona o debate, a análise e a compreensão das atividades empreendidas e promove a elaboração dos sentidos e significados deste contexto laboral.

A mudança de paradigma do tratamento da loucura exige do trabalhador de saúde mental uma nova postura, não apenas técnica, mas, sobretudo ética, comprometidos na busca de realização de ideais sociais, relativos às transformações na relação da sociedade com a loucura, através de um conjunto de fenômenos que estão circunscritos ao âmbito da relação de indivíduos e seus ideais e a construção da subjetividade da doença mental.

Muitos trabalhadores de saúde têm procurado acompanhar e responder às influências e aos desafios de um contexto que envolve, a partir da crítica ao modelo tradicional da institucionalização psiquiátrica, da concepção de doença mental e dos novos modelos de assistência propostos para o portador de transtorno mental tem também exigido e propiciado novas formas de olhar, conhecer e interagir com a experiência do adoecer e da exclusão social.

A partir destas questões e após várias reflexões, surge o desejo de contribuir com o processo de construção para uma nova prática para saúde mental, sabendo que a substituição do modelo asilar, como resposta social à loucura, tem tornado necessária a criação de novos dispositivos de tratamento.

No que se refere ao trabalho em equipe, entende-se que a intervenção busca promover a mudança das práticas de saúde, no sentido da integração das ações de saúde e dos trabalhadores, para assegurar assistência e cuidado que respondam, de forma pertinente no sentido ético e técnico, às necessidades de saúde dos usuários (SCHRAIBER, 1999).

De acordo com Peduzzi (2007), equipe é um conjunto de atores engajados em determinada ação, socialmente constitutiva e constituinte de outras ações. A equipe só existe em função do trabalho, da atividade que realiza. Assim, ela se constitui como o corpo de profissionais envolvidos na realização da tarefa.

A constituição da equipe multiprofissional carrega vários aspectos de mudança, dentre eles, a estratégia e ruptura do modelo e do saber médico no contexto das práticas de saúde mental. Ela retira o lugar de hegemonia do psiquiatra e relativiza seu saber ao incluir outras categorias profissionais em seus respectivos campos teórico-técnicos no âmbito das práticas.

Desse modo, inclui-se ao campo da saúde mental, como constituição de outros saberes e práticas que deverão ser reestruturados, revisados, superados em alguns aspectos para compor o referencial comum no qual a equipe se organiza.

Amarante (2007) coloca que a assistência em saúde mental procura construir um novo modelo terapêutico, baseando-se na ampliação da clínica e no enfoque do sujeito-usuário. O acolhimento no território emerge na formação do vínculo e pela co-responsabilização na busca da resolubilidade das necessidades de saúde. A escuta proporciona a evidência dos problemas reais e a criação de possibilidades no convívio com o sofrimento psíquico e suas relações sócio-culturais, na perspectiva de construção do cuidado integral.

Pinheiro e Guizardi (2005a) fazem menção à noção de cuidado, reportando-se a uma ação integral, com significados e sentidos que objetivam a compreensão da saúde como o direito de ser, em detrimento de apreender o cuidado como um nível de atenção do sistema de saúde ou procedimento técnico. Para compreender o universo que rodeia o sofrimento e o adoecimento é necessário transcender o modelo de dualidade corpo – mente, entendendo o sujeito como uma totalidade. Conforme Lacerda e Valla (2005), o cuidado deve ser levado além da dimensão física e basear ações de forma integral, propiciando uma forma de aliviar o sofrimento das pessoas acometidas com doença mental.

Os autores referem que a ampliação da compreensão da doença para além do nível biológico implica que o profissional de saúde leve em consideração a forma como cada pessoa é afetada na sua existência e o significado que a situação de adoecimento representa na sua vida pessoal. O portador de transtorno mental, além do diagnóstico, deseja ser acolhido e se sentir cuidado em suas demandas e necessidades. Considerando que o cuidado é vantajoso para o paciente no sentido de que pode minimizar o impacto do adoecimento, a falta de cuidado pode agravar a situação e aumentar o isolamento social naturalmente causado pela doença.

Merhy (2007) comenta sobre as tensões que o trabalho de cuidador geram nos profissionais de saúde, tanto ao realizar o trabalho quanto nos momentos de reflexão. Eles operam no papel não só de clínicos (quando vivem a tensão de produção de procedimentos X produção de cuidados), como de gerentes do processo de cuidar, sendo responsáveis pelo projeto terapêutico. Para operar no papel de cuidador, este trabalhador deve ser capaz de ampliar suas ferramentas nos processos relacionais, podendo atuar nas tecnologias leves, tecnologias de relação com o vínculo, acolhimento e responsabilização, articulando as necessidades dos usuários, trabalhadores e organizações, promovendo ganhos de autonomia dos usuários e compromissos com a defesa da vida individual e coletiva.

Para tanto, o processo de construção e transformação no campo da saúde mental vem acompanhando um longo percurso histórico e social, o processo evolutivo da prática assistencial. Este vem superando o modelo hegemônico manicomial, proporcionando assim, uma nova modalidade terapêutica de assistência, visando novos meios de pensar e de agir direcionados à assistência no campo da saúde mental.

Diante do exposto, o presente estudo aponta as seguintes **questões norteadoras** de todo o processo de investigação:

- Como são produzidas as práticas da equipe de saúde mental em uma unidade psiquiátrica em hospital geral?
- Como se dão as relações de cuidado entre a equipe e os outros serviços de atenção a saúde mental nos modelos de atenção psicossocial?
- Quais os limites, avanços e perspectivas das práticas de saúde mental operadas pela equipe da unidade psiquiátrica em hospital geral?

Diante de tais questionamentos, elaboraram-se os **objetivos** da pesquisa:

- Analisar a produção das práticas da equipe de saúde mental em uma unidade psiquiátrica no hospital geral na cidade de Fortaleza-CE.
- Descrever as atividades (individuais e coletivas) desenvolvidas pela equipe no cotidiano da referida unidade.
- Apontar limites, avanços e perspectivas das práticas de saúde mental operadas pela equipe da UPHG.

2. BASE TEÓRICA DO ESTUDO

2.1. Modelo e construção histórica da saúde mental

A história das sociedades nos últimos séculos aponta que no tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais, encontra-se um relato de violência caracterizada por torturas, prisões e até mortes. Enfim, os comportamentos humanos poderiam ser aceitos ou não por uma determinada sociedade.

No campo dos fenômenos mentais em diversas culturas e épocas, os portadores de transtorno mental foram vítimas de condenação muitas vezes ligada ao misticismo. Não era raro, na Idade Média, as pessoas que se posicionavam de modo diferente dos valores morais da época serem consideradas possuídas pelo demônio e com isso sofrerem com as mais variadas formas de violência, como a repressão, a tortura, a prisão e a morte (CASTEL, 2001).

Com o aguçamento da questão social, na Europa, foram criadas por medidas legislativas as casas de correção e as grandes instituições chamadas de hospitais gerais, mas que não tinham nenhuma função médico-curativa, pois o seu papel era exercido apenas como forma de reclusão dos desempregados, mendigos, doentes entre outros (CASTEL, 2001).

Deu-se início à ampliação dos hospitais gerais, tendo como data de referência de sua criação o ano de 1656, quando é decretada a fundação do Hospital Geral de Paris. Vale ressaltar que as razões para a criação dos hospitais gerais têm causas bem diferentes do que a preocupação com a cura dos adoecidos (FOUCAULT, 2007).

O hospital geral daquela época era caracterizado não como um estabelecimento médico, mas como uma instituição semi-jurídica que tem como ordem a repressão. Com tantas contradições econômicas e sociais na Europa, nada mais fácil do que esconder as conseqüências da desigualdade social dentro de instituições de caráter segregador (FOUCAULT, 2007).

Quanto aos loucos internados, Amarante (1995, p. 24) destaca que “a fronteira se estabelece a partir da razão ou não-razão, sem a adoção de critérios patológicos”.

Acrescentamos a descrição de Machado (1988, p.63):

(...) na época clássica, as instituições que recebiam loucos, os critérios de internação, a designação de alguém como louco e sua conseqüente exclusão da sociedade não dependem de uma ciência médica, mas de uma 'percepção'

do indivíduo como ser social; (...) a partir de critérios que dizem respeito não à medicina, mas à transgressão às leis da razão e da moralidade.

É importante destacar que eram internados os loucos, as prostitutas, desempregados, deficientes, mendigos, ou melhor, como pontua Nicácio (1992), todos aqueles incapacitados de tomar parte do mundo da produção, circulação e acumulação de riquezas.

No século XVII, a loucura foi silenciada pela prática das internações hospitalares, juntamente com uma parcela heterogênea da população que se encontrava à margem da sociedade. A instituição era situada como o seu local natural de permanência (FOUCAULT, 2007).

Em todo o mundo foi dado nome aos hospitais e o louco teve definitivamente o próprio lugar: o manicômio. Nesse momento, foram criadas as grandes instituições especializadas, os hospícios para “loucos”. Logo, o portador de transtorno mental foi segregado em instituições, assegurado como incapaz, tendo que ser vigiado dia e noite, tudo isso legitimado pelo saber médico (FOUCAULT, 2007).

Além de Pinel, na França, foram também precursores desse movimento: Tuke, na Inglaterra; Chiaruggi, na Itália; Todd, nos Estados Unidos, entre outros. Foi dado o tratamento moral à loucura, onde o portador de transtorno mental passou a receber cuidados psiquiátricos sistematizados, porém ainda dentro da “grande internação”, longe do convívio familiar e dos demais segmentos da sociedade (FOUCAULT, 2007).

A loucura permaneceu por muito tempo silenciada dentro dos hospitais psiquiátricos, não recebendo tratamento adequado, sofrendo as mais cruéis formas de punição e tortura. Esses hospitais eram localizados longe das cidades, contando com higiene precária, fome, doentes trancados em celas sendo vítimas de maus tratos, preconceito, estigma e exclusão social (FOUCAULT, 2007).

Por outro lado, os ideais da Revolução Francesa, tendo como princípios à fraternidade, igualdade e liberdade se chocavam com a política oficial de exclusão até então imposta. Não seria coerente discriminar cidadãos por sua condição social ou deficiências físicas. Ao final do século XVIII, teve início uma política de reinserção social daqueles que se encontravam nas casas de internamento. O enquadramento da loucura em um novo *status* se deu ao final deste século, quando foi decretada a liberação dos internos, exceto dos loucos e criminosos condenados (FOUCAULT, 2007).

Na Inglaterra, a reorientação da assistência direcionava-se, cada vez mais para a iniciativa privada, o que favoreceu as teorias desenvolvidas por Tuke, que defendia a criação de instituições específicas para os loucos. Este, o Retiro, construído em local bucólico onde era possível a vida sadia, o contato com a natureza e, principalmente, um resgate da vida simples, conduziria à cura da loucura (FOUCAULT, 2007).

Para Tuke e seus contemporâneos, a loucura não era produto da natureza ou do homem; a sociedade, com sua agitação, as incertezas e emoções levariam a um afastamento da natureza, da essência do homem, que não é outra senão a razão. Desta forma, a vida no campo permitiria um aplainamento da agitação e a reaproximação desta essência, da natureza, do homem. De acordo com sua teoria, na loucura a razão ficaria adormecida, como conseqüência das agitações da vida urbana. O contato com a vida campestre, ar puro, passeios, jardinagem propiciariam a cura, através do retorno daquela razão que permaneceu intacta, mas inacessível durante o período de turbulência ao qual o homem vinha sendo submetido. Um retorno às origens, a pureza do mundo (FOUCAULT, 2007).

Esse tipo de instituição propunha um modelo de assistência cujo objetivo era reproduzir relações fraternais paralelamente a uma rigidez de condutas e regras. Não era complacente, mas se propunha a uma ação justa (FOUCAULT, 2007).

Quanto à obra de Pinel, a constituição do asilo enquanto local ideal para o tratamento da loucura foi possível, conforme expressa Foucault (2007, p. 467), devido “à ambigüidade da situação dos loucos no momento da Revolução”.

Entretanto, o lugar reservado ao louco por algum tempo permaneceu confuso. Não seria possível o enclausuramento de qualquer cidadão, sem uma justificativa jurídica. A construção da noção de irresponsabilidade e periculosidade constituiu-se na autorização dessas ações. O imaginário de violência e dos assassinatos fazia parte dos temores da sociedade há muito. Sendo assim, a loucura se transformava em um risco, mas de modo peculiar, pois o insensato não era responsável por seus atos. O distúrbio de sua razão o impedia de seguir as regras estabelecidas pelo contrato social. Conseqüentemente, não seria adequado permitir que retornasse ao convívio dos cidadãos, não era um sujeito de direito sendo necessário à tutela (FOUCAULT, 2007).

Devemos considerar que, quando Pinel assumiu Bicêtre, em 1793, a instituição já se configurava enquanto o principal local de internamento dos insensatos. Havia uma grande ambigüidade na política direcionada aos loucos, o que acarretava condutas confusas e

tentativas de solução pouco efetivas. Não havia locais oficialmente destinados a sua permanência, da mesma maneira que não estava constituído um saber com respaldo científico que justificasse a manutenção do louco internado. Por outro lado, o clamor popular de temor em relação aos estigmas que circundavam a loucura era responsável por grandes insatisfações (FOUCAULT, 2007).

A teoria defendida por Pinel surgia em um momento propício à nova ordem da época. Segundo Desviat (1999, p. 16) “A nova ordem social exigia uma nova conceituação da loucura e, acima de tudo, de suas formas de atendimento”. Além disso, o mito da libertação dos loucos de suas correntes foi determinante na constituição do imaginário social, no sentido de ser o asilo o local privilegiado de tratamento dos alienados (DESVIAT, 1999).

O tratamento moral preconizado por Pinel advinha de sua concepção que considerava a loucura um distúrbio da razão. O louco, denominado alienado mental, ainda possuía uma subjetividade, uma parcela de razão mantida. As origens da alienação seriam: os vícios, a vida desregrada e a ociosidade. Sendo assim, a correção destes permitiria o acesso à razão e a cura da alienação mental. O diálogo entre o médico e o doente seria através da ordem moral que o primeiro tinha por função estabelecer no asilo (DESVIAT, 1999).

De acordo com Castel (1991), Pinel teve como principal mérito à articulação de três dimensões heterogêneas na síntese alienista: a classificação do espaço institucional, o arranjo nosográfico da doença mental e a relação de poder entre médico e doente.

O tratamento moral sustentava-se em três princípios: o isolamento do mundo externo; a organização do espaço asilar e manutenção de sua disciplina; e a submissão à autoridade. Todas as ações tinham como justificativa serem a forma de tratamento (CASTEL, 1991).

A concepção de que a loucura era um produto de relacionamentos promíscuos, paixões, vícios e outros desregramentos da vida mundana eram as justificativas para o isolamento. O sujeito, em sua fragilidade, não conseguia resistir a esses “prazeres”, sendo necessário para a cura um afastamento completo do meio onde vivia. Este método passou a ser considerado natural, pois era inerente à natureza da doença. O paradigma da internação inicia seu reinado com respaldo da ciência (CASTEL, 1991).

A organização de o espaço asilar também deveria ser contemplado como forma de potencializar a cura. Sua organização implicava uma distribuição metódica dos insanos, a partir de seu quadro. As subdivisões seriam tantas quantas fossem as grandes síndromes

comportamentais classificadas. Esta racionalidade é determinante na constituição da loucura enquanto doença (CASTEL, 1991).

O ordenamento desse espaço pressupunha a viabilidade da disciplina entre seus internos. Regras não mutáveis regiam a ocupação do tempo, a articulação dos lugares, o trabalho, enfim, tudo o que envolvia o cotidiano do doente. Desta forma, havia a necessidade de manter a vigilância ininterrupta visando à autodisciplina. A estrutura arquitetônica também fazia parte desse ordenamento (CASTEL, 1991).

O terceiro princípio advinha da relação de autoridade que deveria ser estabelecida como forma de permitir o resgate da razão. A relação terapêutica se estabelecia a partir da relação de soberania entre médico e doente. Um de seus aspectos era a fidelidade absoluta, que ultrapassava os limites de uma compreensão da necessidade de mudança do comportamento para ser um instrumento de imposição de uma vontade racional externa (CASTEL, 1991).

O modelo de assistência centrado no asilo permaneceu por mais de um século como a principal forma de tratamento em psiquiatria. Apesar de ter sofrido inúmeras críticas, nenhuma questionava sua existência ou seu valor terapêutico. As colônias agrícolas foram uma vertente do mesmo pressuposto, com o diferencial de incluir o fator trabalho em um local bucólico, considerado um método mais eficaz na cura da enfermidade (CASTEL, 1991).

A partir do século XX, foi iniciado um processo de reflexão crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência psiquiátrica. Em vários países, surgiram movimentos questionadores que não estavam dispostos a dar continuidade a assistência à saúde mental da maneira como vinha sendo realizada desde o final do século XVIII (ROTELLI, 1990).

Um dos primeiros movimentos de questionamento da assistência psiquiátrica hegemônica foi o da psicoterapia institucional. Defendia que o hospital psiquiátrico era o espaço terapêutico privilegiado, se resolvidas suas características doentias. Desta forma, pressupunha o questionamento permanente das relações intra-hospitalares. A repressão e violência reproduzidas em seu interior, o caráter de segregação e o poder médico eram combatidos como forma de transformar o espaço hospitalar em local competente para condução da cura (DESVIAT, 1999).

A grande crítica a este processo se deve ao trabalho prioritariamente asilar. A função social estabelecida para o asilo e seus técnicos não fazia parte das discussões. Apesar dos questionamentos dos papéis de cada ator institucional e da busca de uma transformação, a

construção de uma estrutura exterior de suporte não estava em pauta. O modelo assistencial permanecia hospitalocêntrico e a internação o principal instrumento de tratamento. Desviat (1999, p. 25) considera este movimento “a tentativa mais rigorosa de salvamento do manicômio”.

Nesta vertente de reformulação do espaço asilar, encontramos também o movimento da comunidade terapêutica. Este surgindo na Inglaterra em 1959. A comunidade terapêutica se caracteriza segundo Amarante (1995, p. 29) por:

(...) Um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas democráticas, participativas e coletivas, objetivando a transformação da dinâmica institucional asilar (...).

Tal experiência estabelecia uma relação de troca horizontalizada entre todos aqueles inseridos na instituição. A terapêutica, bem como o funcionamento cotidiano, era uma construção coletiva. Os espaços de discussão diários com assembléias gerais e reuniões por setores definiam todo o andamento das unidades.

Apesar de não questionar a necessidade do hospital psiquiátrico, a comunidade terapêutica vislumbrava a possibilidade de alguns doentes mentais serem tratados em locais fora do manicômio. Como pressupostos deste tipo de intervenção, observa-se a reabilitação ativa, a democratização, a permissividade em contraponto ao sistema social, em que o médico não seria mais o detentor único da conduta terapêutica. No entanto, esta experiência não questionava a função social de exclusão que o manicômio cumpria para a sociedade no sentido da desconstrução de seu papel (DESVIAT, 1999).

Dentre as principais críticas a este modelo estão as premissas estabelecidas dentro do hospital, não condizente com a realidade externa, ou seja, não seria possível sua reprodução no local real de convívio, a comunidade. A crítica considerava que as transformações internas ocorreram através de atores comprometidos *a priori*, os quais se abstiveram do exercício do poder em busca de outra ética, sobretudo, tal relação de forças não é o que se encontra na sociedade. Como consequência, não havia preocupação em instrumentalizar os sujeitos para o embate no mundo externo. Ainda se mantém o modelo assistencial hospitalocêntrico, que, apesar da reformulação de técnicas, não realiza uma ruptura efetiva com os saberes consagrados pela psiquiatria. É também considerado um movimento de reforma do manicômio (DESVIAT, 1999).

A psiquiatria de setor surgiu como uma proposta de modificação da postura da sociedade em relação à doença mental. Estabelecia uma ação de saúde pública, com uma organização de serviços voltada para a territorialização e que buscava garantir o acesso universal (DESVIAT, 1999).

Nesse período surgiu uma grande insatisfação com os custos da internação psiquiátrica. O dispositivo asilar não mais respondia às questões demandadas como seu papel social. Neste sentido, a busca de alternativas mais eficazes e menos onerosas culminou com a adoção da proposta do setor como política oficial (AMARANTE, 1995).

Nessa experiência, o hospital caracterizava-se como um local de passagem e o tratamento deveria ser realizado na comunidade. Era uma tentativa de estruturar um serviço público com acesso universal. Dentre suas premissas estavam: a manutenção do doente em sua comunidade durante o tratamento; a não-ruptura dos vínculos afetivos, bem como da relação estreita com a equipe de saúde mental local. Neste sistema, adotado oficialmente na França, em 1960, havia uma subdivisão por setores (áreas geográficas delimitadas) nos quais se encontrava a equipe de Saúde Mental responsável por todos os doentes daquela comunidade. Havia um hospital geral de referência cujas enfermarias também possuíam uma subdivisão por setor (DESVIAT, 1999).

As equipes eram responsáveis pelo acompanhamento em todo o percurso. Em cada setor havia recursos extra-hospitalares que eram priorizados. Ações de prevenção e acompanhamento era o cerne prioritário.

Para Amarante (1995, p. 37), os motivos para esta experiência não ter alcançado os resultados esperados são vários. A resistência de setores conservadores em relação a reinserção do louco na sociedade, resgatando a imagem dos loucos vagando pelas ruas, e o questionamento de setores da intelectualidade em relação à abrangência da psiquiatria, ou melhor, do caráter normatizador que a especialidade representa e o risco deste tipo de difusão, eram fatores citados. Entretanto, o autor refere como provavelmente o fator mais importante, os custos da implantação de serviços pós-cura e das ações de prevenção.

Apesar dos resultados, a psiquiatria de setor efetivamente se propôs a uma transformação do modelo assistencial. A mudança do enfoque prioritário do hospital para a comunidade, mesmo considerando o hospital como um dos dispositivos disponíveis, sinaliza para uma transformação dos instrumentos e técnicas utilizadas.

Obviamente não há uma ruptura com o modelo anterior, já que a doença permanece como o objeto. Entretanto, podemos perceber uma diferenciação de enfoques. Dentro da perspectiva de uma assistência comunitária, com uma intervenção centrada na prevenção e promoção da saúde mental, outra referência importante é a psiquiatria preventiva ou comunitária nos Estados Unidos da América (AMARANTE, 1995).

Esta experiência constituiu-se permeada por um imaginário em que a doença mental pode ser prevenida – existem indivíduos suspeitos que podem ser detectados precocemente. No bojo desta concepção, estava a possibilidade de resolução dos desvios sociais através de uma ação preventiva (AMARANTE, 1995).

A hierarquização da assistência com ações dos profissionais de saúde mental nos três níveis de complexidade (primário, secundário e terciário); os conceitos de prevenção, risco e população de risco, são alguns dos pilares desta experiência. Preconizava um atendimento não restrito ao doente mental, defendendo que a atenção deveria perpassar as instituições de convívio (escola, asilo, centro de trabalho) com vistas a transformar os fatores de risco existentes nestes locais, prevenindo o desencadeamento do distúrbio mental. O hospital psiquiátrico não seria mais necessário, pois a intervenção primária impediria o desenvolvimento da doença (AMARANTE, 1995).

Amarante (1995, p. 41) considerou:

(...) como 'alternativa' ao modelo clássico, pois possuía um novo objeto: a saúde mental; um novo objetivo: a prevenção da doença mental; um novo sujeito de tratamento: a coletividade; um novo agente profissional: as equipes comunitárias; um novo espaço de tratamento: a comunidade (...).

Nesta perspectiva, segundo Birmam e Costa (1994) a estrutura de organização da atenção preconizava uma hierarquia com: prevenção primária, visando ações de detecção de condições facilitadoras do desencadeamento da doença mental, buscando uma intervenção sobre estas; prevenção secundária, buscando uma detecção diagnóstica e tratamento precoces com o objetivo de redução da duração do transtorno mental; prevenção terciária, cuja ação é na readaptação do sujeito a vida social.

Para implementar essas ações, foram criados serviços comunitários, os Centros de Saúde Mental. Nestes eram realizadas todas as etapas discutidas acima. A acessibilidade, a informação adequada à população sobre os programas em andamento, a gratuidade e disponibilidade eram os princípios norteadores destes serviços. Em 1955, existiam nos EUA 600 mil leitos psiquiátricos. Em 1990, estes haviam sido reduzidos para 120 mil. A alternativa

comunitária foi incorporada efetivamente como o eixo condutor do modelo de assistência em saúde mental americano (DESVIAT, 1999).

Entretanto, a realidade dos EUA, no que se refere ao bem-estar social, caminha na contramão das políticas oficiais para a assistência em saúde mental. A inexistência de um Sistema Nacional de Saúde de características universalizantes, a exclusão de significativa parcela da população do sistema de seguro saúde e a precariedade das políticas de suporte social levaram a um impasse. As críticas feitas em relação à geração de um contingente de população de desassistidos oriundos dos hospitais psiquiátricos demonstram a dimensão do problema. A psiquiatria preventiva americana restringiu a discussão da desinstitucionalização a um sinônimo de desospitalização, não ampliando as ações em relação ao direito ao trabalho, à moradia ou mesmo ao estabelecimento de laços de solidariedade na comunidade onde se insere o louco (DESVIAT, 1999).

A ênfase preventivista da experiência demonstra seu viés normatizador através dos métodos utilizados. Um rastreamento da população por questionário foi uma das principais ações da atenção primária. Os critérios elaborados indicariam o risco dos indivíduos avaliados de apresentarem doença mental. O objetivo era evitar sua manifestação, já que nessa concepção preventivista havia um agente causal que deveria ser combatido. Havia um marcante controle normatizador no programa observado, sobretudo através dos encaminhamentos ao psiquiatra, os quais poderiam ser realizados por qualquer pessoa baseada na suspeita de um comportamento desviante (DESVIAT, 1999).

Apesar da reorientação da ênfase assistencial, a psiquiatria comunitária/preventiva americana não questionava o modelo racionalista que embasava as práticas exercidas no manicômio. O papel normatizador da psiquiatria mantinha-se na ordem do dia, apresentado de modo mais atraente, já que incorporava o discurso em voga nas décadas de 60 e 70.

A Antipsiquiatria foi o primeiro movimento que procurava romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial em saúde mental vigente, questionando a psiquiatria em seus saberes e práticas; o paradigma biomédico e o hospital psiquiátrico como lugar de tratamento da doença mental.

A proposta de intervenção não era centrada no sujeito, ou seja, no louco, mas nas condições da sociedade. Propunham uma ação não-medicamentosa e o questionamento da ordem social e familiar dos indivíduos. Amarante (1995, p. 47) expõe sobre a loucura:

A loucura é um fato social, político e até mesmo uma experiência positiva de libertação (...) O louco é, portanto, uma vítima da alienação geral tida como norma, e

é segregado por contestar ordem pública e colocar em evidência a repressão da prática psiquiátrica (...).

A intervenção terapêutica ocorria através de um processo denominado metanóia, que consistia em valorizar o discurso delirante através do uso do psicodrama ou da regressão. Por sua vez o lugar do tratamento eram os centros comunitários espalhados pelo país (AMARANTE, 1995).

Desviat (1999, p. 41) aponta para uma problematização do caráter contracultural desse movimento que o excluía como uma reforma psiquiátrica. Destaca o fato de ser mantido na marginalidade do sistema de saúde inglês e seu posicionamento ao questionar tanto a psiquiatria quanto à doença mental.

Por fim, como a principal experiência de transformação do modelo assistencial em saúde mental dentre as reformas que tiveram curso na década de 60/70, o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana surge no início da década de 60 com a intervenção no manicômio de Gorizia. Esse processo se consolidou apenas na década de 70, com o projeto de transformação do modelo assistencial desenvolvido na cidade de Trieste. Entre os principais expoentes, citamos: Franco Basaglia, Franco Rottelli e Giuseppe dell'Acqua (AMARANTE, 1995).

Na elaboração teórica dessa reforma, estava a proposta de uma ruptura com a cultura psiquiátrica e o modelo manicomial hegemônico. Sua crítica surge no sentido da negação do manicômio como espaço de tratamento e da doença mental como objeto de intervenção. Desta forma, a mudança de paradigma se expressava no deslocamento do objeto do conhecimento, que passa a ser o indivíduo, ou melhor, o sujeito em sua complexidade (AMARANTE, 1995).

A principal bandeira do movimento, a desinstitucionalização, apontava para uma intervenção paralela no universo clínico e da sociedade, a partir da desconstrução do manicômio. Através do questionamento do saber médico e do mandato social de exclusão da psiquiatria, buscava construir uma nova práxis na saúde mental. A ação se traduzia, no que diz respeito à organização de serviços, numa desospitalização com o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a construção de uma rede de serviços inseridos no território, como refere Amarante (1995 p. 51):

(...) A tradição basagliana é um movimento político: traz a polis e a organização das relações econômicas e sociais ao lugar de centralidade e atribui aos movimentos sociais um lugar nuclear, enquanto atores sociais concretos, no confronto com o

cenário institucional que, simplesmente, perpetuam/consomem ou questionam/reinventam (...).

A experiência rompia com os conceitos advindos do paradigma racionalista, introduzindo uma nova forma de lidar com a loucura. A rede de serviços territoriais, construídas em Trieste, desenvolveu uma lógica centrada nos direitos do sujeito e a noção de que o dispositivo terapêutico tinha como principal papel se estabelecer como um elemento mediador das relações daquele com a comunidade, com vistas à emancipação e à reprodução social (AMARANTE, 1995).

Em 1978, após uma grande mobilização da sociedade civil, é aprovada pelo parlamento italiano a Lei nº 180 (Lei da Reforma Psiquiátrica), que proíbi a recuperação de velhos manicômios e a construção de novos ao tratamento psiquiátrico qualificado em serviços extra-hospitalares, redirecionando os recursos para uma rede de atenção psiquiátrica (ROTELLI; AMARANTE, 1992). Essa nova Lei implementou a extinção de condutas violentas, o que demandou uma nova forma de entender e tratar a doença mental, possibilitando com isso negar a instituição psiquiátrica que isola os sujeitos e anula toda e qualquer forma de interação social.

A moderna luta brasileira em prol da cidadania da pessoa portadora de transtorno mental, da organização extra-hospitalar do sistema assistencial, da prática interdisciplinar e da coordenação de uma política de saúde mental realiza um salto de qualidade frente a uma história repleta de tentativas abortadas, onde o ideal asilar sempre foi dominante (SAMPAIO; BARROSO, 2001).

A assistência psiquiátrica no Brasil carrega por muito tempo a fama de oferecer serviços de má qualidade, de reduzir o complexo fenômeno da doença mental apenas a sua vertente biológica e de violar constantemente os direitos humanos e de cidadania (SAMPAIO; BARROSO, 2001).

A partir do final da década de 70, dentro de um contexto político que envolve o fim da Ditadura Militar e do Centralismo Federativo, quando as palavras de ordem passam a ser a Democracia, Ética e Municipalismo, surge o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica, através do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e do Movimento da Luta Antimanicomial (SAMPAIO; BARROSO, 2001).

Vários fatores sociais e econômicos contribuíram para desencadear, em todo Brasil, um processo de construção de uma nova política de saúde mental, que pudesse

oferecer ao indivíduo, portador de transtorno mental, uma atenção mais humanizada e efetiva, dando-lhe alternativas de tratamento extra-hospitalar. Este movimento incluiu outros elementos na equipe de saúde; retirando, do médico, a exclusividade das decisões com relação à atenção ao portador de sofrimento psíquico (OGATA; FUREGATO; SAEKI, 2000).

Neste contexto, a psiquiatria sai em busca de uma nova forma de tratar o indivíduo com sofrimento mental, iniciando-se a derrubada dos muros que aprisionam a loucura.

O hospital psiquiátrico é o símbolo maior de um modelo de atenção à saúde mental que reproduz a violência e impede os mais elementares direitos de cidadania aos portadores de transtornos mentais. Em todo o mundo, o papel do hospital psiquiátrico está progressivamente perdendo sua importância e sendo substituído por uma rede de atenção integral em saúde mental que seja descentralizada, hierarquizada e integrada às demais ações de saúde (DELGADO, 1999).

Com a Constituição de 1988, o povo brasileiro conquistou a saúde como direito de todos e foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) e, em 1990, foi aprovada as Leis 8.080 e 8.142, que regulamentam a legislação básica da área da saúde.

Com a promulgação da nova Constituição Brasileira em 1988, que tem como um de seus fundamentos “a dignidade da pessoa humana”; aliados ao movimento de desospitalização, novos horizontes se abrem para que o doente mental venha resgatar sua cidadania, volte a ser sujeito pleno de direitos (DELGADO, 1999).

O processo de desinstitucionalização surge no Brasil, respaldado pela Lei 3.657/1989, de autoria do deputado Paulo Delgado, objetivando alterar a Legislação de 1934, que privilegia o modelo segregador e dissocializante do hospital psiquiátrico, como único recurso terapêutico e, enfatiza ser o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão dos doentes mentais em todo o país. Porém, somente em 06 de abril de 2001, foi promulgada como Lei Federal 10.216, que estabelece os direitos dos pacientes, limita e regula as internações psiquiátricas, tornando-se, esta, a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Como refere Dias (2001 p. 88):

(...) Este projeto foi construído com base na mobilização do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, somente em 2001 foi aprovado e sancionado, após 12 anos de disputas entre setores envolvidos (...).

Esperidião (2001), afirma que a aprovação desta lei constituiu um avanço histórico, culminado pelo empenho de uma série de segmentos sociais engajados no Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, embora ainda insista em que há um longo caminho pela frente, a fim de incorporar as alterações decorrentes da lei nas ações de saúde coletiva.

A Política de Atenção em Saúde Mental tem em seu alicerce os princípios do SUS, as recomendações dos Relatórios das Conferências de Saúde/Saúde Mental e as discussões oriundas dos Movimentos Sociais. Surge a partir do ideário da Reforma Psiquiátrica, como um processo de construção da redemocratização do país, na luta pelo resgate dos direitos civis da população, dentro da lógica antimanicomial e não hospitalocêntrica (FORTALEZA, 2006).

Os modelos de atenção psicossocial se constituem através de experiências surgidas no processo de negação do paradigma manicomial, e a partir da necessidade de se propor uma forma diferenciada de lidar com a loucura. O modelo de assistência à saúde que predominava no país, nos anos 90, tinha suas práticas centradas no atendimento terciário, tendo o hospital como meio e fim do cuidado aos indivíduos que sofrem agravos à saúde (COSTA-ROSA, 2000).

A noção da atenção psicossocial abarca uma abordagem mais ampla de cuidado em saúde mental. É atravessada por diferentes disciplinas do conhecimento e, nos dias atuais, a inclusão do "usuário" nesse cenário tem significado importantes mudanças em sua orientação.

Desta forma, ao discutirmos a transformação do modelo, nos deparamos com uma mudança de referenciais não apenas no que diz respeito à ação técnica. Engloba a perspectiva de uma intervenção no sentido de desconstrução de valores e envolve múltiplos atores.

Em seu último relatório sobre a *Saúde Mental no Mundo*, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) referenciava como um dos objetivos a serem atingidos, a construção de um processo de desinstitucionalização. Este termo, ressignificado pela Psiquiatria Democrática Italiana, constituiu seu marco teórico referencial e traduzia de forma abrangente a concepção do tipo de transformação a ser operada.

Para a OMS (2001), essa noção implica não apenas a desospitalização, mas a perspectiva da construção de uma rede de serviços alternativos. Neste sentido, os novos modelos envolvem não apenas as reformulações da ação técnica e da organização de serviços,

mas também a discussão das relações de poder institucionais e sociais visando ao estabelecimento de um novo contrato com a loucura.

Uma das concepções que permitiram a reorientação da forma de lidar com o portador de transtorno mental foi o reconhecimento deste enquanto sujeito que possui história de vida e desejos. De modo diferenciado do paradigma hegemônico, o louco não é mais reduzido à sua doença, a qual passa a ser considerada uma das dimensões de sua existência. Esta noção desloca o louco da condição de "doente mental" e, como consequência, pressupõe uma intervenção em que o foco principal não é a remissão sintomatológica. Deste modo, a ênfase no sujeito traz diversos aspectos da problemática do seu cotidiano, gerando a demanda por uma assistência que ultrapasse os limites do serviço. Para além das questões de saúde, a dimensão social se insere na agenda do novo paradigma (DELGADO, 1999).

2.2. Produção das práticas da equipe de saúde mental

A constituição do modelo de atenção em saúde mental instaura um período paradigmático ao apresentar elementos de ruptura com antigas concepções e fundamentos e a elaboração de novos saberes e práticas.

O cenário das ações de saúde constitui um espaço de contínua transformação. Estando implicados ou não, as estratégias de organização de serviços, os elementos e atores do processo de cuidar dinamizam a relação tensa e conflituosa de experimentar sempre o ato vivo, por si e em si, novo (MERHY, 2002).

O resgate da prática clínica na dimensão produtiva dos atos de saúde proporciona o debate em torno das concepções e papéis de cada elemento constitutivo do processo de cuidar em saúde mental. O trabalho em equipe surge assim como uma estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços. Caracteriza-se por envolver as atividades de diversos profissionais de diferentes áreas de conhecimento, os quais atuam de acordo com seus saberes específicos, a fim de satisfazer às necessidades de saúde dos indivíduos e da coletividade (LEOPARDI, 1999; PIRES, 2000).

Os estudos sobre equipes e processos de formação de equipes tiveram início nas décadas de 50/60. Entretanto, a partir da década de 80 é que as equipes começaram a ocupar um espaço nas organizações de trabalho.

Embora haja muitos modelos conceituais demonstrando a importância do trabalho em equipe, há ainda muita confusão acerca dos conhecimentos, habilidades e atitudes que compreendem sua dinâmica. Além disso, as equipes enfrentam uma variedade de determinantes situacionais que impactam o seu processo de estruturação (ROBBINS, 2002).

A definição ainda hoje predominante é a de um grupo de dois ou mais indivíduos interagindo de forma adaptativa, interdependente e dinamicamente voltada para um objetivo comum. Robbins (2002) afirma que as equipes são capazes de melhorar o desempenho dos indivíduos quando a tarefa requer múltiplas habilidades, julgamentos e experiências, pelo fato de serem mais flexíveis, reagindo melhor às mudanças.

De acordo com Bergamini (1982), embora os indivíduos sejam tecnicamente capazes de desenvolver tarefas sozinhos, não o fazem porque têm a necessidade social de agirem em grupos sociais. Assim, os sujeitos estão constantemente se reunindo em grupos, formais e informais, para satisfazerem suas necessidades de segurança, status, auto-estima, associação, poder e facilitação do alcance de suas metas individuais (MATHEUS, 1995; MUNARI, 1997; INGRAM; DESOMBRE, 1999; ROBBINS, 2002).

Nas relações de trabalho, embora essa dinâmica seja válida, se torna mais complexa pelo fato de que os indivíduos não escolhem seus grupos, mas são neles inseridos de acordo com suas responsabilidades e atividades dentro da instituição. Esses grupos são denominados grupos formais, uma vez que não são compostos de acordo com as afinidades pessoais, mas sim de acordo com uma estrutura formal de trabalho (INGRAM, DESOMBRE, 1999; ROBBINS, 2002).

Já os chamados grupos informais são aqueles compostos a partir das escolhas pessoais dos indivíduos, de acordo com suas afinidades, que se formam naturalmente dentro dos ambientes formais. São os grupos de amigos de uma empresa, os colegas de escola, enfim, aqueles grupos que respondem pelas necessidades sociais dos sujeitos (INGRAM, DESOMBRE, 1999; ROBBINS, 2002).

Embora os termos grupo e equipe sejam largamente utilizados para denominar um conjunto de sujeitos, é importante considerar que tanto o grupo quanto a equipe definem um conjunto de pessoas que desenvolvem suas tarefas de acordo com um objetivo comum definido pelo conjunto, de maneira que o resultado não seja simplesmente a soma das habilidades individuais de cada membro (ROBBINS, 2002; ABREU et al., 2005). Ambos são trabalhos coletivos, que congregam profissionais interagindo entre si e articulando suas ações.

O que diferencia o trabalho em grupo do trabalho em equipe seria a situação do trabalho, a dinâmica do processo. O grupo pode existir sem a necessidade de produzir resultados – como o grupo de amigos – mas a equipe sempre estará pautada na dinâmica do processo de trabalho, com a preocupação de produzir resultados.

A equipe deve ser organizada de forma coesa, a partir de um processo de maturidade do grupo, no qual cada agente se sinta responsável pelo trabalho coletivo. Tanto o processo de planejamento como a tomada de decisão são desenvolvidos por todos os agentes do grupo, sendo que a tarefa de liderar a equipe é alternada entre seus membros, de acordo com as necessidades do trabalho, assim como a partir do grau de maturidade da equipe e de seus membros (BERGAMINI, 1982).

Na busca de tornarem-se eficientes e eficazes, as equipes devem percorrer o caminho em direção a maturidade, estudada por autores como Bergamini (1982) e Robbins (2002). De acordo com esses autores, as equipes caminham por diversas etapas do desenvolvimento humano em grupo, para criar uma “cultura” que permita sua atuação plena enquanto equipe.

A maturidade das equipes ocorre a partir de estágios de desenvolvimento. Segundo Robbins (2002), estes estágios são: a) formação – caracterizado por uma fase de incerteza acerca dos objetivos do grupo e da determinação de suas regras de comportamento. Essa fase se encerra no momento em que os agentes se percebem enquanto parte da equipe; b) tormenta – é uma fase de conflitos entre a existência do grupo e os limites da individualidade de cada membro. Também é o estágio no qual se configura a imagem do líder; c) normalização – na busca pela maturidade, o grupo começa a demonstrar coesão e identidade grupal; d) desempenho – os agentes da equipe transferem seus esforços em conhecer e compreender os outros para o desenvolvimento da atividade para qual a equipe foi formada.

De acordo com Bergamini (1982) a maturidade dos grupos se desenvolve em três etapas, segundo as necessidades dos indivíduos. Tais etapas são: inclusão, que corresponde a formação do grupo; controle, relacionada a determinação das posições dentro do grupo, assim como as relações de poder; e, finalmente, a fase de afeição, na qual os agentes estão inseridos no grupo como seus membros e preparados para desenvolver suas atividades, de forma a agir colaborativamente na busca dos objetivos determinados.

O alcance da maturidade da equipe pode ser reconhecida a partir dessas duas análises. No momento em que os indivíduos do grupo se reconhecem como membros da

equipe sentem-se responsáveis tanto pelos seus fracassos quanto pelos seus sucessos, participam da tomada de decisão e, principalmente, possuem clareza quanto à comunicação das informações relevantes para o trabalho em equipe.

Segundo Peduzzi (1998), o termo *equipe* deriva da palavra francesa “esquif”, cujo significado se relacionava com filas de barcos amarrados uns aos outros e rebocados por homens ou cavalos. Como os homens que puxavam os barcos trabalhavam coletivamente na busca de um objetivo comum – rebocar a fila de barcos amarrados, compartilhando uma tarefa – acabou-se por utilizar o termo equipe de trabalhadores para designar o trabalho coletivo, compartilhado, de vários trabalhadores no desenvolvimento de uma tarefa, compreendida como a meta comum do grupo.

Apesar de proposto a décadas, o termo “trabalho em equipe” é utilizado na literatura indistintamente tanto para denominar o conjunto de agentes de uma mesma instituição, caracterizados como equipe apenas por trabalharem juntos, como para denominar a possibilidades de trabalho cooperativo e integrado, no qual os saberes são articulados em busca de metas comuns (FORTUNA et al., 2005).

Segundo Peduzzi (2001), o “trabalho em equipe consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes” (p.103). Para Fortuna et al.(2005), o trabalho em equipe pode ser compreendido como “uma rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, em que é possível identificar processos grupais. Trabalhar em equipe equivale a se relacionar” (p.264).

A origem da concepção trabalho em equipe, na área da saúde, está relacionada a três vertentes: a busca estratégica pela integração, no campo da medicina preventiva; a adoção do conceito de multicausalidade do processo saúde-doença; e as alterações no processo de trabalho, a partir das mudanças da finalidade do trabalho, seus objetos de intervenção e as novas tecnologias em saúde (PEDUZZI, 2006).

César Vaz (1999) considera que o trabalho em saúde está inserido na racionalidade de uma dada sociedade, tendo suas funções determinadas pelas necessidades sociais que emergem desta, atendendo a finalidades individuais e coletivas.

A atualidade nos remete à importância do trabalho em equipes compostas por profissionais diversos, principalmente a partir da implantação do Sistema Único de Saúde – SUS e do Programa de Saúde da Família – PSF. As equipes de saúde obedecem a uma mesma

diretriz ou idéia reguladora – a integralidade da saúde, que busca no trabalho em equipe a resposta às necessidades de saúde na modalidade de atenção integral à saúde (CANOLETTI, 2008).

Embora uma equipe de trabalho possa, de forma sumária e restrita, ser definida como um grupo de pessoas trabalhando com uma meta comum, não se pode deixar de compreender que tais grupos apresentam diferenças relevantes se analisados à luz da idéia de equipe. Peduzzi (2001) nos auxilia a entender essa diferenciação quando trabalha os conceitos de equipe agrupamento e equipe integração.

A equipe agrupamento se configura em um conjunto de pessoas que desempenham esforços individuais para planejar e decidir acerca de objetivos que auxiliem cada membro no desenvolvimento de sua área de responsabilidade. Não se percebe a articulação entre os agentes, mas sim a justaposição das ações dos agentes agrupados. Dessa forma, os projetos de cada área de atuação são independentes do todo, sendo cada qual complementado pelos demais, retornando à idéia de plena autonomia técnica dos agentes, enfatizando o caráter de especificidade do trabalho (PEDUZZI, 2001).

Embora traga benefícios, a organização do trabalho em equipe expõe a diferente valoração social dada ao trabalho intelectual, desenvolvido principalmente pelos profissionais médicos, e ao trabalho manual, desenvolvido pelos demais profissionais de saúde. Embora não haja diferença no que se refere à necessidade técnica dos trabalhos intelectual e manual, socialmente essa diferença de valor representa um entrave no desenvolvimento das equipes compostas por profissionais de diversas áreas do conhecimento (MCCALLING, 2001).

Já a equipe integração pode ser considerada um grupo onde todos os membros se envolvem no processo de trabalho de maneira a determinar e compartilhar objetivos e metas comuns, o que resulta em projetos desenvolvidos pelos diferentes profissionais de forma interdependente e complementar, colaborando entre si no exercício de autonomia técnica. A ênfase do trabalho, na equipe integração está, dessa forma, relacionada à articulação das ações e interação dos profissionais (PEDUZZI, 2001).

Assim, o trabalho em equipe expressa uma possibilidade real de alcançar a integração de diferentes áreas profissionais e disciplinares, incluindo suas intervenções técnicas e a interação dos diferentes agentes – profissionais (SCHOFIELD, AMODEO, 1999). PEDUZZI (1998; 2001) reitera que é por meio da relação entre trabalho e interação que os

agentes da equipe são capazes de construir projetos comuns, que respondam às necessidades de atenção integral dos usuários dos serviços de saúde.

A comunicação entre os membros de uma equipe de trabalho, e especificamente nas equipes de saúde, revela-se como a chave necessária à solução de diversos problemas, como a discussão dos valores, da filosofia e dos objetivos da equipe, e o planejamento de suas ações e dos recursos necessários ao seu trabalho (WIECHA, POLLARD, 2004; MCCALLING, 2001).

Os agentes que compõem a equipe de trabalho apresentam como característica a capacidade de elaborar conjuntamente a linguagem, objetivos, propostas e projetos comuns, isto é, a elaboração de uma cultura comum à equipe de trabalho, desde a concepção até a execução do trabalho (PEDUZZI, 1998; 2001; INGRAM, DESOMBRE, 1999).

Portanto, uma equipe representa, para além das relações de trabalho, relações de saberes, poderes e, principalmente, relações interpessoais, o que configura duas dimensões de uma equipe: a articulação das ações executadas pelos diversos profissionais que a compõem e a interação destes agentes (PEDUZZI, 2001; FORTUNA et al. 2005; PEDUZZI, CIAMPONE, 2005).

Segundo Peduzzi e Ciampone (2005), o trabalho em equipe eficiente exige certas competências que devem ser constantemente desenvolvidas, tais como: “o aprender a viver junto, a viver com os outros, a conviver (...) aprender a questionar o próprio conhecimento, aprender a aprender com o outro (...). Implica, em última instância, em trabalhar o conhecimento e a auto-estima” (p.15).

Assim, embora muito se fale acerca do termo equipe, sua utilização se restringe àquele conjunto de sujeitos que trabalham em busca do alcance de uma meta comum determinada por eles mesmos, que articulam suas ações de acordo com os seus diferentes saberes e experiências, e interagem entre si, de maneira que seus esforços estejam em sinergia, isto é, os esforços da equipe são maiores do que simplesmente a soma dos esforços individuais (LORIMER, MANION, 1996; INGRAM, DESOMBRE, 1999; MCCALLING, 2001; ABREU et al., 2005; WASCH, 2005).

Essa situação gera conflitos, mas também pode estimular a criatividade, conduzindo a equipe na direção de uma tomada de decisão mais consciente e consistente, através da análise dos problemas sob as várias perspectivas trazidas pelos diversos

profissionais da equipe (ROBBINS, 2002; WIECHA, POLLARD, 2004; FORTUNA et al., 2005; PEDUZZI, CIAMPONE, 2005).

Dessa forma, percebe-se que o trabalho em equipe não pode ser considerado uma atividade automática ou natural da capacidade técnica ou profissional dos sujeitos, mas sim uma qualidade constantemente desenvolvida como propriedade coletiva, na qual as habilidades necessárias ao trabalho em equipe eficaz devem ser constantemente desenvolvidas e amadurecidas (MATHEUS, 1995; MCCALLING, 2001).

Assim, na atualidade observa-se o interesse das instituições em promover o trabalho em equipe. Esse interesse está relacionado ao fato de que as equipes eficientes podem facilitar o trabalho e melhorar o desempenho dos indivíduos por conter em si diferentes competências e experiências. Além disso, as equipes podem ser mais flexíveis que os indivíduos isolados, reagindo melhor às situações de mudança, tão rápidas e vitais nos dias atuais (ROBBINS, 2002).

A partir da década de 1990, a busca pelo cuidado integral em saúde tem se tornado mais freqüente (MCCALLING, 2001). No Brasil, com a implantação do Sistema Único de Saúde e, principalmente, com o Programa de Saúde da Família é que se apresenta o trabalho em equipe como pressuposto e diretriz operacional para a reorganização do processo de trabalho em saúde, é que o conceito de trabalho em equipe, assim como sua importância torna-se ponto vital para atingir o sucesso na área da saúde (PEDUZZI, 2006; 2007). O modelo assistencial atual em saúde baseia-se, assim, na estruturação do trabalho em equipes (ABREU et al., 2005).

Com a mudança do paradigma do processo saúde-doença para o modelo de atenção integral, a equipe de saúde torna-se questão central da prestação de cuidados, pois atende a busca pela integralidade da saúde – promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (PEDUZZI, 2006).

Trabalho em equipe, para além da integração dos agentes e da articulação das ações, exige o reconhecimento e o entendimento das práticas dos demais profissionais. O reconhecimento de que o conhecimento do outro é útil e indispensável ao atendimento das demandas apresentadas pelos usuários e população converge com a idéia de integralidade da atenção à saúde, pois o processo saúde-doença é apreendido em suas diversas dimensões. A integralidade é a principal justificativa que motiva o trabalho em equipe (PEDUZZI, 2007).

De acordo com Pinheiro (2006), a integralidade da atenção à saúde obedece a três conjuntos de sentidos: como prática médica adequada, compreendendo o sujeito para além de sua queixa inicial; como modelo de organização das práticas de saúde, articulando as demandas e superando a fragmentação das ações de saúde; e como estratégia política para atenção a problemas de saúde, de acordo com o novo paradigma de assistência à saúde do SUS, atendendo aos princípios da universalidade. A autora defende que, dessa forma, a integralidade é concebida como uma construção coletiva, que ganha forma e expressão no espaço de encontro com os diferentes sujeitos implicados na produção do cuidado em saúde.

De acordo com Mattos (2004), a atenção integral em saúde busca uma lógica ampliada para o atendimento das necessidades de saúde, que contemple tanto a esfera da prevenção quanto à esfera da assistência. O que significa dizer que a responsabilidade profissional, na atenção à saúde, está tanto em responder à demanda espontânea que trouxe o usuário até o serviço, quanto utilizar a oportunidade do encontro entre usuário e equipe de saúde para agir na oferta de ações preventivas. Esse conjunto de ações preventivas e assistenciais deve ser, portanto, oferecido por uma equipe de trabalho, capaz de responder às diferentes necessidades.

Ainda de acordo com Mattos (2004), “o que caracteriza a integralidade é obviamente a apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente essa habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde” (p. 1414).

Essa maneira de compreender a atenção em saúde implica em si construir, a partir da relação dialógica uns com os outros – equipe de saúde e usuário do serviço – um projeto terapêutico individualizado para cada usuário e um projeto comum de trabalho para a equipe (PEDUZZI, 2001).

Assim, o trabalho em equipe responde à busca pela integralidade do cuidado, uma vez que se coloca como alternativa frente à fragmentação da assistência, e nesse sentido, relaciona-se com a quebra da divisão rígida do trabalho em saúde, com a co-responsabilização dos profissionais pelos problemas e suas soluções, assim como com a busca pela superação da inércia e da burocracia do trabalho (ALMEIDA FILHO, 1997; PEDUZZI, 1998; 2007; PEDUZZI, CIAMPONE, 2005).

Dessa forma, justifica-se também pela diminuição dos custos decorrentes da otimização da assistência especializada e integral. Os custos da assistência podem, num

primeiro momento, aumentar, em função dos esforços para estruturar e alcançar a eficiência das equipes, porém o trabalho em equipe claramente definida reduz os custos da assistência integral em saúde (INGRAM, DESOMBRE, 1999; MCCALLING, 2000).

Há, portanto, duas justificativas para o trabalho em equipe: a atenção integral em saúde; a racionalização dos serviços e o controle dos custos (PEDUZZI, 2007).

O trabalho de equipe é compreendido como modalidade de trabalho coletivo, composto por diferentes profissionais, que também contempla as relações entre as diferentes disciplinas ou áreas do conhecimento, sendo que a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade aparecem como uma maneira de responder à necessidade de recomposição dos trabalhos especializados (PEDUZZI, 1998; 2001; SCHOFIELD, AMODEO, 1999). Tais conceitos são por vezes utilizados como sinônimos e no senso comum perdem suas particularidades e suas potencialidades na implantação da equipe (ALMEIDA FILHO, 1997; SCHOFIELD, AMODEO, 1999; WIECHA, POLLARD, 2004; MCCALLING, 2001; IRRIBARY, 2003).

A equipe interdisciplinar se configura quando os esforços dos diferentes profissionais são coordenados e interdependentes na assistência em saúde (SCHOFIELD, AMODEO, 1999; WIECHA, POLLARD, 2004; MCCALLING, 2001; IRRIBARY, 2003). O trabalho interdisciplinar observa relações recíprocas entre os profissionais, com possibilidade de crescimento mútuo. As ações são coordenadas pela disciplina mais próxima da temática central, procurando mediar e integrar os discursos, direcionando as relações de poder à horizontalização (ALMEIDA FILHO, 1997).

As equipes interdisciplinares, nas quais o planejamento da assistência é realizado com a participação de todos os profissionais da equipe de maneira ativa, apresentam maior facilidade em solucionar problemas, uma vez que podem contar com diversas disciplinas e seus pontos de vistas específicos (MCCALLING, 2001; WASCH, 2005).

Além disso, no trabalho em equipe transdisciplinares, a integração das disciplinas é característica singular, tendendo a horizontalização das relações de poder, borrando as fronteiras entre as disciplinas, sendo que a coordenação da equipe é assegurada pela finalidade do próprio projeto (ALMEIDA FILHO, 1997).

Acrescenta Iribary (2003) que o trabalho transdisciplinar pode ser compreendido como o “diálogo e a cooperação entre as diferentes áreas do conhecimento” (p.490),

procurando explicar os fenômenos que não podem ser compreendidos pelo domínio de uma disciplina única. Dessa forma, busca recolocar o homem no “centro do conhecimento”.

O trabalho em equipe é essencial no processo de inversão de modelos de atenção à saúde, em que a horizontalidade nas relações começa a constituir o cotidiano do trabalho. Representa um processo de relações a serem pensadas pelos próprios trabalhadores de saúde e possui múltiplas possibilidades de significados.

Peduzzi (2001) ressalta que esse trabalho não pressupõe abolir suas especificidades, pois as diferenças técnicas possibilitam a contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite não só o aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação bem como maior produção.

Entende-se que a intervenção busca promover a mudança das práticas de saúde, no sentido da integração das ações de saúde e dos trabalhadores, para assegurar assistência e cuidado que respondam, de forma pertinente no sentido ético e técnico, às necessidades de saúde dos usuários (SCHRAIBER, 1999).

A constituição da equipe multiprofissional carrega vários aspectos de mudança, entre eles, a estratégia e ruptura do modelo e do saber médico no contexto das práticas de saúde mental. Ela retira o lugar de hegemonia do psiquiatra e relativiza seu saber ao incluir outras categorias profissionais em seus respectivos campos teórico-técnicos no âmbito das práticas.

Desse modo, inclui-se ao campo da saúde mental, como constituição de outros saberes e práticas que deverão ser reestruturados, revisados, superados em alguns aspectos para compor o referencial comum no qual a equipe se organiza.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica, a partir da desinstitucionalização, propõe mais que a reestruturação da atenção em saúde mental sugere um trabalho para além da oferta de novos serviços ou da reestruturação de modelos assistenciais. Implica em mudanças de ordem política, ideológica, ética e das concepções de clínica e reabilitação, visando, entre outras, produzirem transformações no que diz respeito ao lugar social dado à loucura e flexibilidade da atuação dos trabalhadores de saúde mental (TOLEDO, 2007).

Ao nos referimos à clínica como um conjunto de práticas destinadas a proporcionar saúde física ou mental de pessoas ou coletividades, podemos deduzir que ela se refere, nesse sentido, a uma ética de cuidados com a vida. Tal ética se revela na busca de

respostas efetivas e eficazes às demandas dos usuários do serviço de saúde, o que pressupõe a implementação de esforços teóricos, metodológicos e também técnicos (JORGE, 2009b).

A partir da reforma no modelo de assistência à saúde mental, a clínica não mais se mostra como sinônimo de clínica psiquiátrica, e passa então, a assimilar os preceitos e propostas de atenção psicossocial, a dimensão subjetiva do usuário é incorporada como um dos alicerces teórico-práticos do tratamento. Desse modo, o processo do tratamento é orientado tomando a fala do paciente não no registro da patologia, mas como índice da sua condição existencial (GOLDBERG, 1996).

Na compreensão de Goldberg (1996), a clínica deve favorecer a construção de um projeto pessoal, marcado pelas vicissitudes da doença, mas com o desejo e a intenção de atingir uma meta específica. É a partir desse enfoque que se deve tentar criar condições para que se estabeleça um vínculo, seja pela relação individual com o usuário ou ainda pelo próprio agenciamento do próprio espaço coletivo como dispositivo.

A convergência entre clínica e saúde mental viria ao encontro do que se pode chamar de “clínica ampliada”. A clínica vem nos dizer que existe um sujeito no indivíduo que está no mundo e a saúde mental vem nos lembrar das determinações sociais, políticas e ideológicas que o envolvem neste mundo. A proposta da clínica ampliada é ser um instrumento para que a equipe de saúde possa enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes (CAMPOS, 2001; 2003).

Desse modo, conforme explicita Campos (2001), a clínica não se manifesta somente na prática do médico, mas na prática de todas as profissões que estão atuando no cotidiano do diagnóstico, tratamento e reabilitação. A interlocução com a clínica é imprescindível no sentido de viabilizar uma mudança nos serviços de saúde.

Nesse novo modelo de atenção são necessárias práticas não cristalizadas e que estejam sempre em processo de (des)construção, pois a complexidade que envolve o adoecimento psíquico e as reais necessidades do sujeito acometido e seus familiares não cabem numa estrutura organizacional preestabelecida. A composição de modelos ideais padronizados indica um engessamento das práticas, uma burocratização das ações, um enrijecimento do poder contratual das interações sociais e, conseqüentemente, a reprodução de um modelo inflexível, excludente e segregador (AMARANTE; GULJOR, 2005).

2.3. Organização da rede de serviços de saúde mental e o lugar da Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta rede é organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 90. O SUS regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, estadual e municipal (BRASIL, 2005).

São princípios do SUS: o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (BRASIL, 2005).

O princípio de controle social do SUS merece destaque, na medida em que impulsiona o protagonismo e a autonomia dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva. Assim, os Conselhos e as Conferências de Saúde desempenham papel fundamental na conformação do SUS, no ordenamento de serviços e ações e no direcionamento dos recursos (BRASIL, 2005).

Compartilhando destes princípios, a rede de atenção à saúde mental, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e leitos em Hospitais Gerais, dentre outros, caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. O papel dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, assim como das Conferências de Saúde Mental, é por excelência garantir a participação dos trabalhadores, usuários de saúde mental e seus familiares nos processos de gestão do SUS, favorecendo assim o protagonismo dos usuários na construção de uma rede de atenção à saúde mental. De fato, são as Conferências Nacionais de Saúde Mental, e em especial a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, que consolidam a Reforma Psiquiátrica como política oficial do

SUS e propõem a conformação de uma rede articulada e comunitária de cuidados para as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

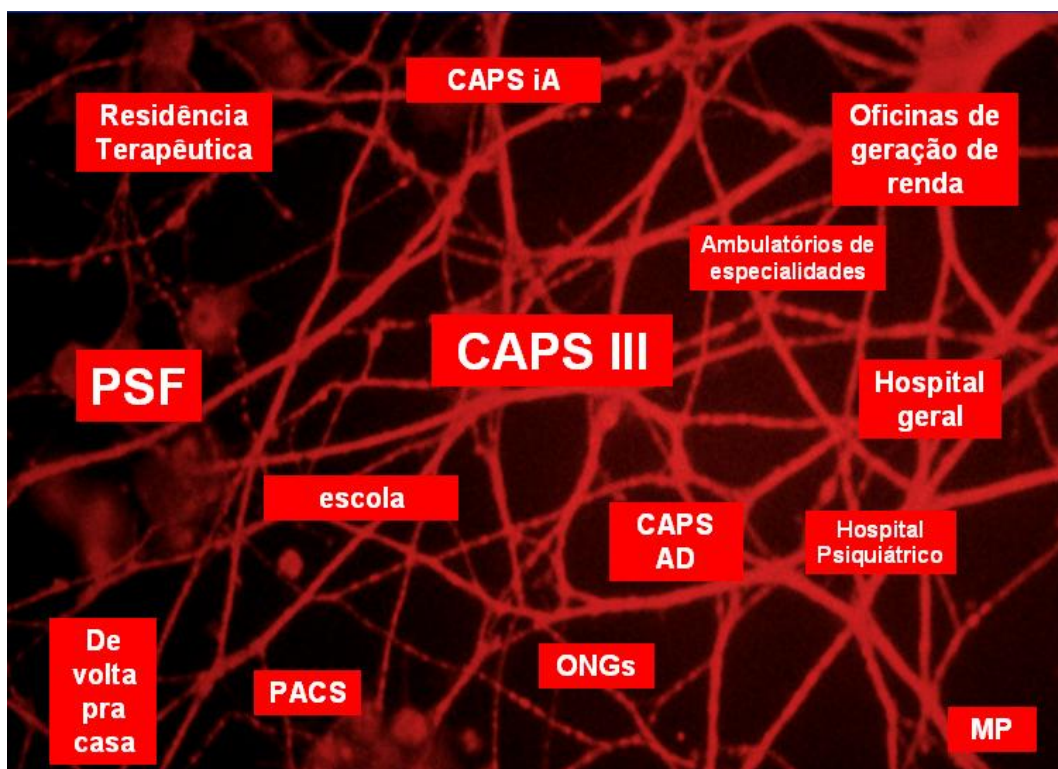
A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas a outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim como de base comunitária. É, portanto fundamental para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

A idéia fundamental aqui é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais. Para a organização desta rede, a noção de território é especialmente orientadora (BRASIL, 2005).

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a idéia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (BRASIL, 2005).

Como bem observamos na figura 1, os serviços de saúde mental funcionariam como articuladores das ações de saúde mental dentro da macro rede de serviços que compõem o SUS. Não seria uma rede de serviços de saúde mental separada da grande rede de serviços, mas funcionariam em interconexão com os diversos serviços de saúde, além de estarem interconectados com os diversos setores que estão inseridos no território.

Figura 1 – Rede de Atenção à Saúde Mental



Fonte: Pitta (2006)

Estes serviços atuam como articuladores das ações de saúde mental nos territórios onde estão inseridos. Seriam responsáveis por ações que possibilitem o acompanhamento das pessoas com transtornos mentais em atividades individuais e coletivas, promovam suporte aos familiares, atuem em educação em saúde e na reabilitação psicossocial dos portadores de transtornos mentais (JORGE, 2009).

A rede é uma construção coletiva, que vai se definindo durante o processo de aproximação de pessoas e instituições que se comprometem a superar de maneira integrada os problemas, que definem coletivamente seus objetivos a partir da compreensão compartilhada da realidade social (JUNQUEIRA, 2000).

Durante muito tempo as pessoas portadoras de transtornos mentais viveram à margem da sociedade, no entanto, a partir da segunda metade do século XX, o modelo de atenção em saúde mental mudou da institucionalização de indivíduos portadores de transtornos mentais para um enfoque baseado na atenção comunitária, apoiada na disponibilidade de leitos para casos agudos em hospitais gerais. Essa mudança baseia-se tanto

no respeito aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais como no uso de intervenções e técnicas atualizadas (DELGADO, 1997).

Neste sentido, a rede de atenção integral em saúde mental deve conter um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais fundamentados em uma visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção, tais como social, educativo, assistencial e de reabilitação. Requer a concepção de um saber e de cuidados em saúde mental que superem os reducionismos estritamente médicos ou psicológicos, na direção de uma atenção psicossocial interdisciplinar, ampla, que aborde todas as esferas da existência humana.

O Ministério da Saúde refere que a rede de serviços de saúde mental compreende três áreas de atendimento: a de atenção básica, onde atuam principalmente as equipes do PSF e os serviços municipais de saúde mental; a rede ambulatorial especializada em saúde mental, composta pelos CAPS e pelas residências terapêuticas, voltadas à reabilitação e inserção social do paciente crônico; a do atendimento hospitalar, realizado em hospitais gerais e em hospitais especializados em psiquiatria (BRASIL, 2004).

Para a efetivação da assistência pública em saúde mental é necessária que cada município viabilize, de acordo com a realidade local e no contexto do SUS, a partir dos recursos disponíveis e/ou da criação dos dispositivos pertinentes à sua realidade, a implementação de uma rede de serviços de saúde mental capaz de oferecer atenção integral ao usuário e aos seus familiares, em todas as suas necessidades, fortalecendo a diversidade de ações.

A organização do sistema e dos serviços de saúde em redes assistenciais, com a integração das redes sociais de apoio e outros setores da sociedade é um dos arranjos organizacionais que favorece e potencializa o SUS.

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992, dispõe sobre as diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, normatizando as diretrizes para a criação e o funcionamento de leitos ou UPHG. Segundo a portaria, o número de leitos psiquiátricos em hospital geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos. Deverão, além dos espaços próprios de um hospital geral, ser destinadas salas para trabalho em grupo terapias, grupo operativo, dentre outros (BRASIL, 1992).

Segundo o atual modelo de atenção em saúde mental, a unidade psiquiátrica em hospital geral é considerada um serviço de retaguarda hospitalar para os casos nos quais a internação se faça necessária depois de esgotadas todas as possibilidades de atendimentos em unidades extra-hospitalares e de urgência. De modo geral, a internação visa, principalmente, os cuidados ao paciente até sua estabilização, no menor tempo possível, até poder dar continuidade ao acompanhamento nos demais dispositivos comunitários (BOTEGA; DALGARRONDO,1993)

Essas unidades passaram a ser, portanto, vistas como uma das peças fundamentais da reforma psiquiátrica, pois recomendam internações curtas e prevêm o rápido retorno do doente à comunidade. Com isso se evitariam, tanto a institucionalização, quanto à perda dos vínculos sociais. Ao mesmo tempo, o fato de os doentes mentais serem atendidos em um hospital geral, bem como de a psiquiatria estar junto das demais especialidades médicas, diminuiria a estigmatização da doença mental (DELGADO, 1997).

Desde o século XIX, na Europa, há notícia da existência de serviços de saúde mental em hospitais gerais, mas foi só a partir da metade do século XX, que as unidades de saúde mental em hospitais gerais, que aqui passarão a ser chamadas de Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral, começaram a desempenhar um papel significativo na atenção psiquiátrica mundial (BOTEGA; DALGARRONDO,1993)

O crescimento no número dessas unidades teve início predominantemente nos países desenvolvidos no hemisfério norte e deu-se basicamente por causa da experiência de pequenas enfermarias psiquiátricas nos hospitais militares durante a segunda guerra mundial, dos movimentos pelos direitos civis do doente mental, pela humanização do atendimento psiquiátrico, do desenvolvimento de tratamentos biológicos eficazes para os transtornos mentais, do reconhecimento da importância do ensino da psiquiatria na prática médica e da possibilidade de diminuir os custos da assistência psiquiátrica (GRENHILL, 1979; MAYOU, 1989; BOTEGA; DALGARRONDO, 1993).

No Brasil, as primeiras enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais surgiram em 1954. Uma na Bahia, coordenada pelo Prof. Nelson Pires e ligada a Universidade Federal, e outra em São Paulo, criada pelo Dr. Laertes Ferrão no Hospital dos Comerciários. Posteriormente, criaram-se outras unidades, particularmente em hospitais universitários.

Na década de setenta, as UPHG ganham novo impulso com o surgimento da reforma psiquiátrica. Esse movimento, liderado por trabalhadores de saúde mental, propunha

a criação de modelos alternativos aos hospitais psiquiátricos tradicionais, seguindo os princípios e as diretrizes da reforma sanitária, uma reestruturação mais ampla do sistema de atenção à saúde mental que já vinha sendo discutida havia algum tempo, e levantando questões sobre os direitos humanos do doente mental (BOTEGA, 1997).

O lema era desinstitucionalização, ou seja, evitar que o indivíduo portador de doença mental desenvolvesse uma longa história de dependência junto às instituições psiquiátricas e rompesse seus vínculos com a sociedade. Para isso, deveriam ser criados serviços em parceria com a comunidade, ficando as internações, preferencialmente em UPHG, como último recurso terapêutico (ALVES et al, 1994).

Levantamento da Divisão de Saúde Mental do Ministério da Saúde apontou que apenas 2% dos leitos de internação psiquiátrica se encontravam em hospitais gerais em 1987 e dez anos depois, outro estudo feito –mostrou que esse percentual não passava de 2,5% (BOTEGA; DALGARRONDO,1993).

Esse aumento pouco expressivo deve-se provavelmente à falta de adesão da rede privada e à resistência dos profissionais dos hospitais gerais. Tanto as empresas ligadas ao sistema suplementar de assistência à saúde quanto os prestadores privados do SUS defendem a continuidade do antigo modelo assistencial (BOTEGA; DALGARRONDO,1993)

Além disso, encontram-se dificuldades dentro do próprio hospital geral. A maioria dos profissionais desses hospitais não pertence à área da saúde mental, poucos tiveram contato com pacientes que necessitam de cuidados em saúde mental ou participaram das discussões sobre a “reforma psiquiátrica”. A proposta criou um impacto muito grande e gerou muita resistência mesmo nos poucos hospitais onde as UPHG foram implantadas, sendo seu funcionamento diretamente afetado pela organização do hospital (SONENREICH; ESTEVÃO,1996).

Articuladas com o restante da rede assistencial, as UPHG parecem sempre ter tido como linha mestra de seu funcionamento a busca da manutenção dos vínculos sociais, permitindo que o doente mental fique em sua comunidade de origem o máximo de tempo possível e “minimizando a cronificação do quadro clínico” (BACHARACH,1985). Para isso, privilegiaram a redução do tempo de internação, que paulatinamente passou a ser um critério determinante para a admissão de paciente nas UPHG (MILLER, 1981).

Conforme definido, o hospital geral é “uma composição de várias clínicas” ou um “todo dividido em partes”. Quanto à internação hospitalar, é uma ação requerida por

profissionais especializados, quando se instala determinada condição do processo saúde-doença que requer tratamento especializado, intensivo, entre outros. Como afirma a literatura, o doente mental é uma pessoa com problema, e, estando sua fase aguda, na maioria das vezes necessita de lugar especial com assistência específica, nada impedindo que esse lugar seja uma unidade dentro de um hospital geral (PEDRÃO, 1990).

3. CAMINHOS DA PESQUISA

3.1 Natureza e tipo de estudo

Este estudo se caracterizou por ser um estudo de caso, com abordagem qualitativa.

O estudo de caso é uma categoria da pesquisa qualitativa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente, e uma de suas características são dadas por duas circunstâncias principais: a natureza e a abrangência da unidade (TRIVIÑOS, 1992). Assim, a prática da equipe de saúde mental é a unidade que permeia todo o processo de trabalho, organiza a assistência e escuta dos usuários.

A abordagem qualitativa foi escolhida como possibilidade de entender (analisar) o fenômeno social e suas relações no campo da saúde mental. Ainda é possível, por meio desta opção, dimensionar a compreensão dos significados, dos sentidos, das intencionalidades e das questões subjetivas inerentes aos atos, às atitudes, às relações e às estruturas sociais, conforme sinaliza Minayo (1999).

A pesquisa qualitativa

(...) se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1999, p.21).

A construção do estudo exigiu a utilização de um conjunto de instrumentos e técnicas que possibilitasse a investigação científica do objeto de pesquisa indagado. A realidade do campo social requisiu um manejo mais sensível às várias condições e/ou situações cristalizadas e/ou dinâmicas pela natureza processual e produtiva.

O estudo das relações, das representações, das opiniões e percepções da produção interpretativa humana, sobre como estabelecem seu modo de vida (produção, sentimentos e pensamentos) encontra no método qualitativo a guarida necessária para que o pesquisador possa adentrar neste universo complexo e ativo (MINAYO, 2006).

3.2. Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza-CE. Considerada a quinta maior cidade do país, sua área de 313,8 Km² e sua população estimada pelo IBGE de

2.374.944 habitantes em 2005 resulta uma densidade demográfica em torno de 6.818 habitantes por Km². Destes, 53,2% são do sexo feminino, 40,4% encontram-se na faixa etária de 0 a 19 anos e a população com 60 anos e mais de idade corresponde a 7,48% do total (FORTALEZA, 2006).

O Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza apresenta capacidade instalada para a realização de serviços primário, secundário e terciário. Integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, sendo referência em âmbito micro e macrorregional e em espaços interestaduais (FORTALEZA, 2006).

O sistema local dispõe de 1.712 estabelecimentos de saúde inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), destes 7% estão sob a gerência direta de uma das esferas governamentais de gestão do SUS, ressaltando-se que a gestão do Sistema, em âmbito local, é de responsabilidade do gestor municipal (FORTALEZA, 2006).

A rede constitui-se de 133 estabelecimentos públicos (8%) e 1.578 privados (92%). Dos públicos, 107 são da esfera administrativa municipal (80%), 21 da estadual (16%) e 5 (4%) da federal. Dos privados, 141 (9%) prestam serviços para o SUS de Fortaleza e dos públicos municipais, 81% são do tipo Unidades Básicas/Centro de Saúde (FORTALEZA, 2006).

A cidade de Fortaleza iniciou em 2005 o processo de implementação da Reforma Psiquiátrica, criando a Política Municipal de Saúde Mental, com princípios e diretrizes voltados para a promoção de direitos em saúde mental, comprometida com as necessidades da população, seguindo o ideário da Reforma Psiquiátrica, defendido amplamente em Fóruns, nas Conferências Nacionais de Saúde em Geral e Saúde Mental, em conformidade com as determinações constantes na Legislação Federal, pela Lei 10.216/01, dentro de uma lógica antimanicomial e não hospitalocêntrica (FORTALEZA, 2005).

O processo de desinstitucionalização psiquiátrica com a desativação de leitos psiquiátricos ocorre mormente na capital, pois, 6 (seis) dos 7 (sete) hospitais psiquiátricos ainda em funcionamento no Estado estão instalados na cidade de Fortaleza (JORGE, 2009).

Em Fortaleza, atualmente, estão funcionando 14 unidades do tipo CAPS, sendo que cada área das 6 (seis) Secretarias Executivas Regionais (SER) possui uma unidade em cada modalidade de CAPS: 01 CAPS tipo Geral e outro do tipo Álcool e Droga (ad); existem ainda 02 CAPSi (infantil) direcionados à atenção junto a crianças e adolescentes sendo

instalados na área da SER IV (referência para todas áreas pares) e outro na SER III (referência para áreas ímpares) (JORGE, 2009).

A RASM conta ainda com 01(um) SRT; 01(uma) UPHG, composta de 25 (vinte e cinco) leitos; 16 (dezesesseis) leitos psiquiátricos distribuídos em cinco hospitais clínicos da capital; 04 (quatro) Hospitais-dia e 02 (duas) Oca Comunitária (FORTALEZA, 2006).

A Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza está sendo construída com serviços públicos de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico, interligado aos demais serviços públicos de saúde e a equipamentos, dispositivos e recursos existentes na própria comunidade (ANDRADE et al, 2007).

Figura 2 - Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza (FORTALEZA, 2006).



Fonte: SMS / Rede Assistencial de Saúde Mental.

O campo de realização da pesquisa foi a Unidade Psiquiátrica Ana Carneiro, serviço privado, localizado dentro de um hospital clínico, o Hospital Batista Memorial (HBM), com sede e foro na Rua Pe. Antonio Tomás, 2056 - Bairro Aldeota, Fortaleza-Ceará.

Figura 3: Hospital Batista Memorial – Fortaleza-CE



Fonte: HBM, 2009.

O HBM, entidade filantrópica, iniciou suas atividades assistenciais em 1969, administrado por evangélicos. É conveniado ao SUS e a diversos convênios da rede suplementar. Realiza atendimentos na área de clínica médica, internamentos clínicos e cirúrgicos. Realiza cirurgias em diversas áreas, como: vascular, neurológica, cardíaca, geral, ortopédica, pediátrica, proctológica, urológica, obstetrícia, ginecologia, plástica e buco-maxilo-facial.

A negociação para abertura da Unidade Ana Carneiro no HBM foi uma decisão formada por iniciativa da Instituição Psiquiátrica Casa de Saúde São Gerardo e do Instituto Dr. Vandick Ponte e não por uma iniciativa da Gestão Municipal. A decisão tomada por essas duas instituições foi apoiada legalmente pela Gestão Municipal.

A Casa de Saúde São Gerardo (CSSG), foi fundada em 1932. Instituição de administração familiar, de caráter privado e que teve início apenas com 20 leitos particulares até quando firmado convênio com o Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), o que lhe transformou em mais um hospital psiquiátrico com mais de 100 leitos. A partir da regulamentação da Portaria 224 e, posteriormente, da Lei 10.216, passou por várias mudanças, principalmente sobre a nova filosofia da Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil e no mundo.

A CSSG há vários anos trabalhou em prol da Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental, empenhada em atender às recomendações da Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipal de Saúde de Fortaleza e no intuito de construir perspectivas no campo sócio-comunitário promovendo a transformação social decidiu pelo fechamento da instituição psiquiátrica e abertura do Instituto Dr. Vandick Ponte.

Para concretização deste processo, essas duas instituições realizaram várias reuniões com a Coordenação Colegiada de Saúde Mental, com a Coordenadora da Célula de Atenção Básica, com o Secretário de Saúde da época, com os Gestores Estaduais, com a Universidade Estadual do Ceará (UECE) e várias audiências públicas.

Em 2006 e 2007, ocorreu a realização de dois Seminários Internacionais sobre os Modelos de Saúde Mental, com intercâmbio Brasil (Ceará) e Espanha (Andaluzia). Onde contou em 2007, com a presença de Dr. Marcelino Lopez, consultor da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Durante a pactuação, foi deliberado que seriam fechados 97 leitos psiquiátricos da CSSG e abertos 30 leitos psiquiátricos no HBM, na Unidade Psiquiátrica Ana Carneiro, e com a diferença dos recursos seriam abertos novos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) na cidade de Fortaleza.

A referida Unidade faz parte dos serviços que compõem o Instituto Dr. Vandick Ponte. Esse Instituto constituído em 14 de março de 2005 é uma entidade civil, sem fins lucrativos, de caráter privado, que atua na área de saúde mental, com título de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

Essa instituição implantou vários serviços de saúde mental que procura garantir novos espaços de cuidados, inovando e executando o que é preconizado pela Reforma Psiquiátrica, conforme orientação da Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde.

Esta unidade representa um marco histórico no contexto do processo da Reforma Psiquiátrica na cidade de Fortaleza. Implantada em 06 de julho de 2007, tem como proposta a criação de um espaço de tratamento que transcenda o modelo tradicional de assistência em psiquiatria, contribuindo assim com a construção do novo modelo de atenção em saúde mental, rompendo com o paradigma da exclusão e do preconceito em relação ao portador de transtorno mental.

A referida unidade disponibiliza um total de 35 leitos no total, distribuídos em 30 leitos SUS e 5 leitos credenciados a rede suplementar e/ou particular. Presta assistência para portadores de transtornos mentais graves, exceto os usuários de substâncias psicoativas, de acordo com os critérios da CID 10. São assistidos preferencialmente usuários de primeira internação ou com até 06(seis) internamentos e/ou jovens. Os familiares são estimulados a acompanharem os portadores de transtornos mentais na Unidade.

Quadro I – Descrição dos Leitos – Unidade Psiquiátrica Ana Carneiro

Apt° / Enfermaria	Quant. de Leitos	Convênio	Disponível para:
Apartamento 1	01 Leito	Particular	Homem ou Mulher
Apartamento 2	01 Leito	Particular	Homem ou Mulher
Enfermaria 1	04 Leitos	SUS	Homens
Enfermaria 2	04 Leitos	SUS	Homens
Enfermaria 3	03 Leitos	Particular	Homens
Enfermaria 4	05 Leitos	SUS	Mulheres
Enfermaria 5	08 Leitos	SUS	Mulheres
Enfermaria 6	04 Leitos	SUS	Homens
Enfermaria 7	05 Leitos	SUS	Homens

Os clientes são assistidos por uma equipe técnica de saúde mental que atua de forma interdisciplinar, composta da seguinte forma:

Quadro II – Descrição dos Profissionais – Unidade Psiquiátrica Ana Carneiro

Profissionais	Quantidade
Médico Psiquiatra Assistente	01
Enfermeiros	04
Psicóloga	01
Assistente Social	01
Terapeuta Ocupacional	01
Auxiliares de Enfermagem	10
Auxiliar de Enfermagem / Farmácia	01
Auxiliar de Serviços Gerais	03
Coordenadoras (Administrativa e Técnica)	02
Supervisora Clínica e Diretora Técnica	01
Médicos de Sobreaviso	03

Os clientes são assistidos pelo médico assistente da unidade três vezes por semana, no período da manhã, e possui uma escala de sobreaviso de um médico psiquiatra em caso de admissões e intercorrências psiquiátricas.

O atendimento realizado pelos trabalhadores funciona em regime de plantão, existindo a equipe assistente e a equipe plantonista (para os técnicos). Cada profissional tem seu dia e horário para realizar suas atividades e para dar suporte ao funcionamento da unidade.

3.3. Participantes da Pesquisa

Os participantes da pesquisa foram definidos pela composição operacional da equipe de trabalhadores de saúde mental da unidade psiquiátrica sob investigação. O termo trabalhador de saúde expande o núcleo profissional restrito à formação técnica ou acadêmica e inclui outros participantes do processo de produção do cuidar.

Quadro III– Representantes dos trabalhadores de saúde participantes do estudo.

Trabalhador de Saúde	Quantidade
Auxiliar de Enfermagem	5
Terapeuta Ocupacional	1
Psicóloga	1
Enfermeira	1

O alcance de respostas e descrições sobre o objeto de estudo e a opção pela pesquisa qualitativa isenta a inclusão de dimensões quantitativas e/ou numéricas no processo de seleção dos sujeitos participantes.

Para a formação dos trabalhadores informantes-chave, foram considerados os critérios abaixo.

Para a confecção dos critérios de inclusão, optou-se por privilegiar os trabalhadores que possuíam mais tempo de serviço na área de saúde mental, pois acumularam uma maior experiência e estiveram presentes em momentos distintos da conformação da Reforma Psiquiátrica na cidade de Fortaleza. Optou-se também por trabalhadores que pudessem ter trabalhado no hospital psiquiátrico no modelo tradicional, para que apreendêssemos a visão de dois momentos da transformação do modelo em saúde mental.

A equipe de saúde mental referida na seleção dos representantes foi selecionada de acordo com a disponibilidade e aceitabilidade para participar do estudo, onde algumas categorias profissionais mostraram resistência, sendo respeitada sua decisão.

3.4. Técnicas e instrumentos de coleta de dados

Para coleta de dados, foram utilizadas a técnica de entrevista semi-estruturada, a observação sistemática e a análise documental.

A entrevista (Apêndice B) possibilitou a obtenção de informações a partir das falas dos entrevistados. A neutralidade na relação empreendida no processo de aplicação da entrevista é limitada pelo fato de os sujeitos (pesquisador-entrevistado) estarem inseridos em um mesmo contexto, e, portanto, vivenciam também o espaço onde está focalizada a investigação (MINAYO, 1999).

A estruturação prévia da entrevista que vai caracterizar a “entrevista semi-estruturada” parte de questionamentos e reflexões baseados em teorias e/ou hipóteses formuladas antes, e até mesmo no processo de aplicação do instrumento, o que decorrerá o aumento da amplitude investigativa (TRIVIÑOS, 1992).

Minayo (1999, p.191), ao descrever sobre a entrevista semi-estruturada, considera importante a elaboração de um roteiro que “deve desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas”.

Neste estudo, foi elaborado um roteiro de entrevista destinado aos trabalhadores de saúde mental da UPAC, independente do nível de escolaridade, pelo entendimento de que todos exercem e operam o cuidado clínico aos usuários.

A observação é imprescindível para a realização de qualquer processo de pesquisa científica. Optou-se pela observação sistemática. Ela sugere uma maneira de compreender a realidade de forma complementar a análise obtida a partir da entrevista, pois permite captar uma realidade empírica em suas diferentes dimensões, tais como atos, significados e relações (TRIVIÑOS, 1992).

A observação sistemática foi orientada por um roteiro (Apêndice C) com o intuito de possibilitar o entrecruzamento com os dados apreendidos entre a representação (fala/depoimento) e a prática concreta no serviço de saúde mental.

Em relação às observações, estas foram registradas em um diário de campo; a memória do dia observado, desde a recepção dos usuários, encontros entre usuários e trabalhadores de saúde, estrutura física da unidade, suas condições de higiene, iluminação e

organização do serviço até as práticas de relação que se estabeleceram durante o desenvolvimento das atividades e a identificação dos limites/dificuldades; avanços/facilidades e perspectivas. O momento do registro se deu enquanto aguardávamos as entrevistas com os informantes-chaves, na recepção do serviço e através de conversas com as pessoas (trabalhadores/usuários/familiares) que estavam circulando pelos serviços.

As fontes documentais foram selecionadas de acordo com a sua importância de complementação dos dados coletados através da entrevista. Entre as fontes pesquisadas, selecionamos as que seguem:

- 1- Projeto Terapêutico da Unidade Psiquiátrica Ana Carneiro.
- 2- Termo de Parceria firmado entre o Instituto Dr. Vandick Ponte e a Secretaria Municipal de Saúde.

Os documentos não foram analisados a partir dos quadros classificatórios, mas foram utilizados de maneira a complementar o material empírico coletado, sendo de extrema relevância para o enriquecimento do estudo, possibilitando confrontos importantes e dando subsídios à comprovação do material empírico coletado e observado.

Em síntese, a coleta do material empírico manteve os princípios éticos que norteiam o trabalho científico, guardando o anonimato e o sigilo quanto à autoria das respostas dos entrevistados e observados.

3.5. Questões éticas

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob o processo nº 08476448-1 e a pesquisa de campo somente teve seu início após aprovação conforme o parecer (Anexo 1). Os sujeitos do estudo tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que ao assinar, assumiam que estavam esclarecidos sobre a participação na pesquisa, sob os auspícios éticos delineados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998). O termo de consentimento foi assinado por todos os sujeitos entrevistados (Apêndice A).

Em se tratando dos aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, consta na Resolução 196/96 que: “toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade”

(BRASIL, 1998). O pesquisador ficará responsável, caso necessário, por suspender a pesquisa imediatamente se perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante.

Na submissão e, conseqüente, aprovação do Comitê de Ética, foi realizada uma reunião com a diretoria do Instituto Dr. Vandick Ponte, na qual o projeto de pesquisa foi explicitado em relação ao corpo teórico e metodológico do estudo.

Em etapa subsequente, depois de concebida a autorização consensual para realização da pesquisa na unidade psiquiátrica Ana Carneiro, foi comunicada a decisão junto à coordenação e aos trabalhadores da referida unidade.

A inserção do estudo no campo de pesquisa foi inicialmente autorizado por meio de ofício do Instituto Dr. Vandick Ponte, em que foi solicitada e realizada uma apresentação do projeto de pesquisa para toda a equipe.

O período de obtenção dos dados ocorreu entre os meses de janeiro a março de 2009. A coleta foi iniciada com a realização das entrevistas.

Em relação à aceitação e privacidade (presentes no Termo de Consentimento) no momento da realização das entrevistas, foi feita de forma adequada ao se reservar um espaço mais privativo, e também confortável, para obter mais facilidade em disponibilizar as informações por parte da equipe. Cada entrevista durou em média de 20 a 30 minutos oportunidade em que os entrevistados tiveram total liberdade para discorrer a temática proposta.

A observação sistemática ocorreu de forma simultânea com o período de entrevistas, pois o reconhecimento de “viés” em relação ao processo precisou ser minimizado, fato este facilitado também pela experiência acumulada no campo de conhecimento da saúde mental, naquele momento, pelo pesquisador.

3.6. Análise dos dados

A análise qualitativa dos dados foi operacionalizada seguindo os passos recomendados por Minayo (2008): ordenação, classificação dos dados e análise final.

I - Ordenação dos dados

No primeiro contato com os “dados brutos” realizou-se a transcrição fiel e a leitura geral do conjunto das entrevistas. Em seguida, ocorreu à organização dos dados

contemplados nas entrevistas e observações, com o objetivo de estabelecer um mapeamento horizontal do material empírico coletado no campo de estudo, organizando-o em diferentes conjuntos. As entrevistas foram classificadas e organizadas como seguem as etapas subseqüentes.

II - Classificação dos dados

Etapa I – leitura exaustiva e fluente do material coletado nas entrevistas e observações, na busca de estabelecer relações e elaborar unidades categoriais, a partir das idéias centrais sobre o tema em questão.

Os dados contidos nas entrevistas foram classificados a partir de categorias que emergiram da leitura repetitiva dos textos, bem como das questões norteadoras e dos objetivos propostos. A identificação das categorias nas entrevistas e observações contribuiu para a estruturação das categorias empíricas.

Após a elaboração das categorias empíricas, foram selecionadas, em cada entrevista e observação, as falas e os registros no diário de campo que se identificaram com as categorias, “recortando-as” e “colando-as” na categoria correspondente. Em seguida, foi feita a síntese de todos os trechos recortados em cada categoria e montados dois quadros de análise.

Em cada entrevista, foram recortados os discursos correspondentes às unidades categoriais e, em seguida, produziu-se uma síntese. Ao final, montou-se um quadro, mostrado a seguir, no qual se confronta a categoria de cada texto.

Quadro IV - Síntese do entrecruzamento dos depoimentos (8 pessoas)

Unidades analíticas	Entrevista 1	Entrevista 2 (...)	Entrevista n	Síntese horizontal
Dispositivos do Cuidado				
Práticas em Saúde Mental no Hospital Geral				
Limites, Avanços e Perspectivas.				
Síntese Vertical				

Fonte: Adaptado de Assis (1998).

Elaborou-se um quadro para o grupo de entrevistados como representado no modelo acima. Posteriormente, houve o confronto da síntese das observações de cada unidade, conforme segue descrito.

Quadro V - Síntese do entrecruzamento das observações sistemáticas

Unidades analíticas	Observação 1	Observação 2 (...)	Observação n	Síntese horizontal
Dispositivos do Cuidado				
Práticas em Saúde Mental no Hospital Geral				
Limites, Avanços e Perspectivas.				
Síntese Vertical				

Fonte: Adaptado de Assis (1998).

Após a montagem dos quadros de análise, iniciou-se a leitura transversal de cada corpo de comunicação, estruturado a partir das unidades temáticas empíricas. O cruzamento das idéias contidas nos diferentes discursos que compõem a análise fez-se na filtragem dos temas mais relevantes relacionados ao objeto e às questões norteadoras, buscando-se o confronto de idéias entre as diferentes representações específicas e singulares, num processo de refinamento e aprofundamento classificatório.

Etapa II – leitura transversal dos corpos de comunicação estruturados a partir dos núcleos de sentido. Por fim, de forma mais acurada sob o material analisado, foi possível realizar a articulação dos temas relacionados com o objeto, de modo a refazer e reagrupar as categorias deste estudo.

Quadro VI - Entrecruzamento das unidades analíticas (depoimentos e observações)

Unidades analíticas	Sínteses dos Depoimentos	Síntese das Observações	Síntese horizontal
Dispositivos do Cuidado			
Práticas em Saúde Mental no Hospital Geral			
Limites, Avanços e Perspectivas.			
Síntese Vertical			

Fonte: Adaptado de Assis (1998).

Em seguida, realizou-se o entrecruzamento da síntese de cada categoria, conforme descrito.

Quadro VII - Entrecruzamento das categorias empíricas (depoimentos e observações)

Categorias Empíricas	Síntese 1	Síntese 2	Síntese n	Síntese horizontal
O processo de trabalho no cotidiano da unidade psiquiátrica em hospital geral e sua articulação com a rede de atenção à saúde				
Abordagens terapêuticas e sua interface com o cuidado em saúde Mental				
Síntese Vertical				

Fonte: Adaptado de Assis (1998).

Assim, realizou-se o confronto com todos os sujeitos do estudo, e, posteriormente, entre os 2 (dois) grupos. O confronto pressupõe a própria dialética das idéias e posições dos sujeitos no campo da práxis em saúde mental. O referido confronto realizou-se por meio das convergências, divergências, diferenças e complementaridades no processo dinâmico da (re) construção dos saberes e concepções emergidas no mesmo.

III - Análise final dos dados

Enfatiza-se, nessa forma de análise, segundo Assis et al (1998), o encontro da especificidade do objeto, pela prova do vivido, com as relações essenciais que são estabelecidas nas condições reais e na ação particular e social. Para análise do contexto, exige-se um movimento contínuo entre os dados empíricos e o referencial teórico eleito pelo pesquisador.

A análise dos dados empíricos, que teve como referência às categorias empíricas resultantes do cruzamento entre as diferentes informações e a articulação com o referencial teórico, através da técnica de triangulação do material empírico (TRIVIÑOS, 1992) possibilitou as várias dimensões de o processo investigativo confrontar-se.

Para Minayo (2008), essa intersecção de diferentes olhares possibilita a verificação e validação da pesquisa por meio do uso simultâneo de diversas técnicas de análise, diferentes sujeitos e pontos de vista distintos.

Nessa etapa, houve a possibilidade da fusão entre o real vivenciado pelos sujeitos sociais da pesquisa em seu cotidiano e em seus contextos práticos e o mundo conceitual e teórico e também vivo do pesquisador, ambos com suas condições sócio-históricas e culturais.

O processo de investigação no campo social e humano é produzido e produz, ao mesmo tempo, uma objetivação da realidade, assim como a objetivação do investigador que se torna também produto de sua própria produção (MINAYO, 2008).

4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS EMPÍRICAS

Este capítulo constitui-se de duas categorias temáticas, são elas: *O processo de trabalho no cotidiano da unidade psiquiátrica em hospital geral e sua articulação com a rede de atenção à saúde* e *Abordagens terapêuticas e sua interface com o cuidado em saúde mental*, as quais foram interpretadas, buscando-se os significados e sentidos do contexto da investigação.

4.1 Temática I - O processo de trabalho no cotidiano da unidade psiquiátrica em hospital geral e sua articulação com a rede de atenção à saúde.

No campo da saúde mental, as relações entre os trabalhadores de saúde conformam um processo de fabricação operacional em que os participantes, definidos socialmente, em sua práxis operam um modo inerente de atuação na atenção à saúde dos usuários.

As atitudes e as intervenções compõem uma harmonia seqüencial que se intercala pelas tensões, vinculações e operacionalizações de um ambiente produtivo. Os saberes decorrem da experiência e na própria inovação diante do inusitado, do imprevisto, do inesperado, comumente vivenciado na área *psi*.

As práticas em saúde mental se constituem no próprio cotidiano do cuidado, das relações e dos atos terapêuticos. Os atores, enfim, trabalhadores se articulam em diversas conexões para potencializar a realização de seu trabalho que tem como objeto-fim: a saúde mental coletiva.

Neste universo, as conotações e denotações se interpõem na medida do tempo, do espaço, dos encontros e desencontros numa trajetória delineada pela complexa dimensão humana. Os caminhos terapêuticos são diversos e difusos, simples e, por vezes, intensos. As definições das práticas são momentâneas e temporais, pois são constituídas no contexto em que existem e acontecem.

Neste contexto, os sujeitos fabricam novas possibilidades a cada dia. No entanto, a conjuntura demonstra algumas consolidações ligadas ao modo de pensar e agir em saúde

mental. Por um lado, conformam-se as perspectivas mais diretivas e objetivas, decorrentes de um pensar mais positivo e resolutivo. Por outro, convergem às práticas mais inerentes a complexidade do ser, e que envolvem as relações, as subjetividades e a possibilidade de transformação contínua.

A diversificação ocorre na medida em que se visualiza a ação terapêutica da conduta biomédica, com suas intervenções prescritivas envolvidas com a linha direta da cura. Assim também, o contexto está múltiplo quando ocorre a execução de diálogos e interlocuções dimensionando sempre o existir humano e seus modos de enfrentamento e adaptação no mundo, ou seja, os atos para com a subjetividade.

No desenvolvimento das práticas terapêuticas em saúde mental, os trabalhadores se organizam e se dimensionam no posicionamento dinâmico de sua atuação profissional. Os cargos, funções e lotações, embora definidos previamente numa lógica organizacional comum, são readaptados continuamente e seguem um significado mais ligado ao cuidado do que a ocupação funcional.

O processo de trabalho é construído durante a execução das práticas pelos sujeitos. A análise deste processo precisa conceber a determinação social inerente ao mesmo e a lógica operacional.

O trabalho em saúde mental gera vida e significa a produção direta de cuidado e promoção de saúde. Nesse processo, os elementos condutores são determinados pela sua visão de mundo, pelos saberes adquiridos, pela prática realizada e, também, pela inserção no contexto social.

Entender de que maneira os trabalhadores de saúde estão inseridos no contexto do trabalho em saúde mental, assim como a maneira através da qual as relações ocorrem, permite compreender ações e situações da realidade que interferem de forma decisiva na dinâmica deste processo de trabalho.

A idéia de trabalho deve ser compreendida como um processo dinâmico e histórico, isto é, não se pode analisar o trabalho como uma atividade estanque no tempo e no espaço, mas sim como algo que está em constante movimento (CANOLETTI, 2008).

O processo de trabalho foi bastante alterado ao longo do tempo. Iniciado pelo trabalho do artesão, no qual o trabalhador era profundo conhecedor de todo o processo de produção, tanto em sua dimensão intelectual como manual, até a divisão técnica do trabalho

observada na modernidade, na qual cada indivíduo executa sua parcela de habilidade e conhecimento em uma etapa do processo produtivo (CANOLETTI, 2008).

A produção de saúde decorre de um processo de trabalho diferenciado, já que precisa incorporar novos elementos na anterior lógica de construção de um produto. No caso do setor saúde, o próprio produto recompõe o processo, pois não se torna algo final, nem ao menos, terminado. O cuidado é consequência e causa ao mesmo tempo, pois reflete a relação dual e contínua do processo em execução.

Ao discutir o processo de trabalho, Merhy (1997) apresenta o conceito de trabalho vivo e trabalho morto. Para uma aproximação a estes conceitos, este autor registra que, para Marx: [...] o trabalho não é compreendido somente em sua dimensão mais operativa como uma atividade, mas, antes de tudo, como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção. E, assim, o trabalho "produz" o homem, mesmo quando é a fonte daquele e, em potência, de modo virtual, é o lugar da criação e o momento de existência e expressão do trabalho vivo em atividade.

Merhy (1997) enfatiza que o modo de produção social tem uma interface direcionada a cada etapa de realização. A interconexão das etapas do processo de trabalho em saúde acontece no momento em que ocorre o encontro entre os sujeitos, nos olhares múltiplos da equipe e na forma compartilhada de gerir o cuidado.

Ainda na perspectiva marxista, está concebida a determinação social das situações de saúde e das estratégias de entrecruzamento definidas nas relações de cuidado. O potencial cuidador de tais relações está inserido no campo das práticas e dos saberes, mas são delimitadas pela linha interventora instituída ou instituinte (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2006).

Assim, o cuidado torna-se objeto e produto do processo de trabalho em saúde. A integralidade do cuidado se faz na constituição direta de práticas inclusivas e na perspectiva transformadora e resolutiva da atenção em saúde.

A ampliação do conceito de cuidado ocorre na medida em que se toma a transversalidade dos atos cuidadores oriundos dos diversos núcleos de saberes, instrumentalizados pelas tecnologias inerentes a cada abordagem empreendida, e, ainda amplificados pelos significados dos sujeitos participantes deste processo, com suas peculiaridades, singularidades e, principalmente, subjetividade (FRANCO, MAGALHÃES JR, 2006; MERHY, 1997).

Neste sentido, novos fazeres, novas práticas se materializam em "tecnologia de trabalho", usada para produzir saúde. Tecnologia ora entendida como o conjunto de conhecimentos e ações aplicadas à produção de algo.

Ainda de acordo com a literatura, as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde classificam-se em três tipos: leve, considerada a tecnologia de relação do tipo de produção de vínculo, acolhimento e gestão, estabelecida nos encontros entre os diferentes componentes do trabalho em saúde; leve-dura, aquela dos saberes estruturados que atuam na operacionalidade das práticas, como a clínica médica e a epidemiologia; e dura, operada por equipamentos tecnológicos do tipo máquina, normas, estruturas organizacionais, e outros (MENDES-GONÇALVES, 1994; MERHY, 1997).

Por outro lado, este conhecimento pode estar disperso nas experiências e no modo singular de cada profissional, bem como na produção de relações tão fundamentais para o trabalho em saúde. Esta função criativa e criadora que pode caracterizar os serviços de saúde, a partir das relações singulares, é operada por tecnologias leves, território onde se inscreve "o trabalho vivo em ato". Isto só será possível por conquista ou por política institucional, que cada trabalhador utilize o máximo de sua potência para resolver efetivamente os problemas de saúde dos usuários (MERHY, 1997).

No seu dia-a-dia o trabalhador de saúde mental vivencia um cotidiano múltiplo e diverso e ainda assim pode ter à sua disposição um conjunto de ferramentas ou instrumentos capazes de propiciar ou não a resolutividade das suas ações e intervenções. A necessidade de saúde é uma imagem-objetivo mais ampla, densa e que para seu suprimento, o cuidado precisa de formas mais abrangentes e participativas de agir.

Para com as demandas, o processo é mais simples e diretivo. Nas portas e entradas dos serviços de saúde mental, atender o imediato ou a queixa apresentada é mais rápido e fácil de ser operacionalizado. Muito embora, até mesmo na situação emergente da demanda, o trabalhador ainda esteja na condição de possibilitar o diálogo e a escuta. A realidade que se apresenta no cotidiano ainda é um arcabouço simplório de organização e planejamento que não dá conta até mesmo das demandas em saúde mental.

Para tanto, faz-se preciso renovar também a atitude clínica e incorporá-la à lógica da produção do cuidado em saúde, pois a mesma caracteriza-se por contradições e conflitos, e sua utopia seria a construção da autonomia e emancipação do usuário do serviço de saúde

mental. A resolutividade em atenção psicossocial será a construção destes elementos na perspectiva cidadã, e não-tutelar da assistência e atenção/gestão.

Desta forma, o desenvolvimento do planejamento das ações de saúde mental incorpora as possibilidades, tensões, desafios e tendências de trabalho e suas práticas. O desenrolar dinâmico e contraposto propicia a interrogação precípua da consciente troca de saberes, relações entre instituições e sobreposição de poderes. As contradições e divergências da prática em saúde são permeadas pela própria subjetividade humana (PINHEIRO, GUIZARDI, 2006).

Os trabalhadores de saúde convivem com o limite tênue entre as subjetividades envolvidas no processo de trabalho. As equipes de saúde são conduzidas e gerenciadas pela incisiva determinação do poder com forma de cadenciar o processo. A participação nas decisões e previsões é decorrente do modo de operar o cuidado em cada instituição.

As práticas de gestão do trabalho demonstram um construto operativo em que o autogoverno é uma meta, mas que a realidade, ainda alienada sobre o objeto e missão, não deixa se apresentar como medida estanque. Mesmo tendo diversas linearidades no campo técnico de cada profissional, o que deve ser priorizado é a magnitude e aproximação de cada trabalhador, e por que não, de cada usuário.

As interrogações e a significativa interlocução do trabalhador com a clínica passam a se tornar realidade, quando este ressignifica o seu modo de ser e agir em prol do outro de forma ativa e sensibilizada para com a construção autônoma de sua participação. Assim, a clínica do sujeito torna-se um requisito para a prática clínica e o referido diálogo deve acontecer na própria rede de cuidados de saúde mental (CAMPOS; AMARAL, 2007).

O ato clínico é uma prática da produção do cuidado. A potência deste devir consome o porvir ou dele se alimenta. Na incerteza do que é possível apresentar-se como solução, diagnóstico ou tratamento, a clínica se transforma e determina novas práticas e novos saberes.

De forma crítica, impulsiona-se a discussão acerca dos saberes e poderes instituídos e instituintes que referenciam a utilização de novas práticas cotidianas no campo da saúde mental e que, por fim, habilita os sujeitos nos espaços públicos e no arranjo social e institucional do setor saúde (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

A pujante e vivaz relação dimensionada no cotidiano da assistência em saúde mental construída no espaço do hospital geral consolida o novo pensar da atenção psicossocial

em que o ato clínico não premissa o isolamento nem tampouco a unilateralidade terapêutica. A clínica psicossocial decorre de um trabalho vivo e, ainda assim, promotor de vida.

Quando os poderes propiciam a construção da vida em comum, conseguem transpor uma finitude do processo de trabalho geralmente definido em fábricas e operadoras de matérias duras e se conformam numa superação direta com as práticas de saúde, onde o ato é vivo e se faz no cuidado.

De acordo com Merhy (1997), trabalho morto é definido como todos aqueles produtos/meios neles envolvidos, ou como ferramentas ou como matéria-prima, e que são resultados de um trabalho humano anterior, isto é, não existiam antes da sua produção como resultado de um processo de trabalho anteriormente realizado.

O trabalho vivo é aquele concretizado em ato, é trabalho em ação, é trabalho realizado mediante utilização de certo saber operante e de determinados instrumentos materiais, com a possibilidade de expressão de criação por parte do trabalhador. O trabalho vivo faz uso do que é dado (trabalho morto) e pode exercer alguma autonomia sobre esse já dado. No trabalho vivo em saúde, temos trabalho vivo permanentemente, trabalho em ato, e nele podem estar presentes a finalidade, a antecipação em pensamento e o acionamento de processos de criação, satisfazendo necessidades desse próprio homem, que se reconhece nessa forma de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1994; MERHY, 1997).

Pela expressão do trabalho vivo, o trabalhador pode se apropriar dos meios/instrumentos para recriação do trabalho, de si e dos outros, fazendo-se produto e produtor de trabalho.

Entretanto, o trabalho em saúde possui suas especificidades, porque o trabalho vivo não se deixa capturar plenamente, em face da impossibilidade de obter estratégias com tal competência, haja vista que "a captura do global do autogoverno nas políticas de saúde não é só muito difícil e restrito, mas impossível pela própria natureza tecnológica desse trabalho" (MERHY, 1997).

Evidenciar esses aspectos é de profunda relevância, pois permite a compreensão do trabalho em saúde como uma prática social detentora de finalidades definidas social e historicamente. Tal prática utiliza-se de tecnologias diversas, instrumentos e saberes, e toma como objeto da sua ação o homem na condição de sujeito social. Assim, a tecnologia do processo de trabalho em saúde é tomada como um saber e seus desdobramentos em técnicas

materiais. Estas, ao darem um sentido técnico ao processo, dão-lhe também um sentido social (MENDES-GONÇALVES, 1994; MERHY, 1997).

O trabalho em uma unidade psiquiátrica, por estar inserido no contexto hospitalar, dá-se com base em um projeto intelectual, em torno do qual se articulam saberes e práticas que têm a finalidade de produzir cuidados individuais e coletivos de diagnóstico e terapêutica, atendendo as necessidades dos usuários.

Em uma unidade psiquiátrica o processo de trabalho envolve contribuições de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, farmacêuticos, além de outros trabalhadores que desenvolvem atividades de apoio à prestação de cuidados à saúde.

Portanto, a produção de cuidados nesse local se dá por meio de ações realizadas por todos os trabalhadores envolvidos. Nessa perspectiva, o conjunto de trabalhadores formados por pessoas em relação com suas práticas e saberes distintos, provenientes de contextos culturais e sociais diversos.

O território do hospital geral emerge tão somente nos encontros que ocorrem no cotidiano das práticas e dos processos. Deste modo, são interpostas as loucuras, os desejos e as vontades contidas em cada relação de sujeito-usuário, sujeito-trabalhador e território. Os encontros revelam a grupalidade social e contextual que se coloca diante dos mesmos e sobrepostos pelas determinações e constituição de saber-fazer, saber-existir, e fazer-poder que, muitas vezes, apresentam-se até na vontade e na ação de interditar o outro, inclusive no seu pensamento (MERHY, 2007b).

É neste momento que ocorre e se faz o encontro autopoiético que ocorre, micropoliticamente, entre duas, três ou mais vidas e em mútuas produções. Define-se assim o movimento da própria vida, vida esta que produz vida. Pode se configurar que pensar de forma antimanicomial seria conceber um cuidado autopoiético (MERHY, 2007b).

A auto gestão do processo de trabalho seria permitida na condição direta de cada trabalhador de saúde ao determinar e executar em ato o cuidado. As linhas seriam delineadas pela propulsão de idéias e vontades oriundas de um campo aberto de práticas e experiências fundamentadas na significativa necessidade e condição humana de viver.

No entanto, a auto gestão requisita sentimento de pertencimento por parte daqueles que favorecem o pulsar da fábrica produtiva do cuidado em saúde. Os sistemas e instituições, muitas vezes, colocam os trabalhadores de saúde numa situação e posição inerte

em que o cuidado parece ser apenas uma obrigação diretiva e desmembrada da condição subjetiva (CAMPOS 1994; MERHY, 1997).

Conduzir o campo de produção do cuidado sob a ótica da produção ininterrupta e alienada não resulta em cuidado, resulta em procedimentos duros ou leve-duros e que não acarreta mudança de vida, nem tampouco transformação de condição na sociedade.

Em equipe, a produção do cuidado consegue uma harmonia procedimental que embora corra o tenso risco de tornar-se fragmentada, pode ressurgir a cada discussão, a cada confronto e contradição possibilitada pelos encontros, desejos e intenções.

Para os trabalhadores sujeitos deste estudo, trabalhar em equipe possui um significado de trabalho conjunto, no qual todos os envolvidos devem ter participação, ou seja, cada membro deve dar sua contribuição para o planejamento das ações, a fim de que se obtenha um resultado final satisfatório.

O planejamento das ações passa a ser uma decisão do grupo de operacionalizar esta forma de agir ou não. As atividades da unidade psiquiátrica no hospital geral são deslocadas na medida em que se faz necessário rever situações cotidianas, dimensionar problemáticas e construir soluções e/ou caminhos terapêuticos e de gestão do cuidado.

Na abertura de um novo espaço para o cuidado em saúde mental, no caso, a unidade psiquiátrica em hospital geral, houve também a mudança no lócus da atenção, em que a doença passa a ser uma condição momentânea e que sua relevância está no humano e no real.

Pelo que se apresenta, o agir interdisciplinar não deve ser tão somente uma sobreposição de núcleo de saberes, mas sim, uma não-limitação de obrigações e deveres do campo das categorias profissionais e de seus saberes.

A interdisciplinaridade se constrói no espaço a mais, para além da intersecção ao permear diferentes desafios, cores, mundos e condições. A ação interdisciplinar é propensa ao diálogo e a multiplicidade de olhares para com o sujeito em sofrimento psíquico.

De acordo com o consenso, a importância do processo de trabalho em saúde mental está nivelada pela constante variação de cada trabalhador de saúde para com o seu objeto: o cuidado. Nos discursos, podemos perceber o constante compromisso com as ações e atividades a serem realizadas, até mesmo com o seu planejamento operacional.

Trabalhar em equipe é trabalhar em conjunto, discutir as coisas; é não conseguir trabalhar sem discutir as ações, sem dividir (ENT. 1).

Acho que trabalhar em equipe é fundamental [...] anteriormente o trabalho era fragmentado, despedaçado e, hoje, é uma soma de experiências (ENT. 2).

[...] o trabalho em equipe, ele depende de cada um: não funciona com uma ou duas pessoas, todos têm que fazer parte [...] seria a união da equipe em função de alguma coisa, fazer um planejamento, sentar, discutir. Acho que cada um tem sua importância dentro da equipe (ENT. 3).

Ao recompor o entendimento teórico-empírico, tomamos a discussão evidenciada na literatura que esclarece a necessidade do trabalho em equipe e da interdisciplinaridade como decorrente do sofrimento psíquico complexo e não apenas como um fenômeno homogêneo e simples.

Urge recompor as formas de acesso do usuário também sob o ponto de vista das abordagens cuidadora. Estas devem ser as mais diversificadas possíveis, transitadas por diferentes profissionais e olhares. A requisitada diversidade pode constituir práticas que ousem imaginar o ainda não imaginado e o ainda não experimentado. Enfim, pode desenvolver formas de cuidados que atendam à globalidade da pessoa em sofrimento psíquico (OLIVEIRA, 2002).

Na constituição da rede de atenção em saúde mental no Brasil, com base nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica e em sua articulação (saúde mental e atenção básica), adotam-se as seguintes diretrizes como fundamentais: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; e construção da autonomia possível para usuários e familiares (BRASIL, 2003).

Muito embora, primeiramente, a atenção psicossocial se consolide no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os demais dispositivos da linha de cuidado em saúde mental precisam ser elaborados ou ressignificados como espaço de cuidado e favorecedor da integralidade almejada junto a quem sofre em todos os momentos deste sofrimento.

O hospital geral assume o atendimento às crises e desequilíbrios inerentes da mente humana e ressurgem uma nova relação entre os trabalhadores de saúde e pacientes. Ao mesmo tempo, remonta o seu próprio processo de trabalho com a possibilidade de recriar protocolos, rotinas e formas de atuação em cada núcleo de saber.

Nos diferentes serviços substitutivos do campo psicossocial, a atuação multidisciplinar em saúde mental propicia a necessidade também da interdisciplinaridade no agir em saúde, ao articular práticas e saberes diferentes na promoção da assistência integral.

Para tanto, é fundamental que os trabalhadores disponham de formação permanente, no sentido de permitir a auto-realização, tanto no plano pessoal quanto profissional do trabalho psicossocial (JORGE; RANDEMARK; QUEIROZ, 2006).

Diante do cenário investigado, segundo percebemos, os trabalhadores destacam, ainda, a importância de a equipe estar integrada e voltada a um objetivo comum para haver um bom andamento do trabalho; como afirmam, se essa coesão estiver prejudicada, começa a haver entraves na realização das ações.

Para os trabalhadores de saúde mental o objetivo pressupõe a melhoria da condição de saúde dos usuários internados e sua articulação com o modo de enfrentar o transtorno ou sofrimento em seu cotidiano social.

A missão exposta por cada trabalhador em seus discursos define que o conjunto de sujeitos envolvidos com o cuidado toma como responsabilidade institucionalizada a promoção da saúde mental e a reabilitação psicossocial. Assim, a crise psiquiátrica e a sintomatologia evidenciada no desenrolar difuso da subjetividade humana são percebidas como momento de intervenção única, parcializada e não-permanente.

Converge-se assim, que a meta é fruto de um processo dialético entre todos os sujeitos em práxis. Diferentemente da lógica pontual da fabricação de procedimentos e a quantificação direta de intervenções, o trabalho no hospital é construído por iniciativas que requerem a resolução de problemas inerentes ao sujeito-usuário.

Desta maneira, o cotidiano do hospital geral torna-se um espaço de aprendizado construtivo formando na prática clínica, na gestão ampliada e na diversidade técnica. O apreender propiciado pela experiência com o novo remete a uma dimensão complexa na qual se presencia o que se faz e nele se fixa o conceito, a definição, a norma e a rotina. Impõe-se, então, o trabalho em equipe.

As relações assim vão acontecendo neste cotidiano múltiplo e fértil para com as práticas de saúde mental. Algumas confluências são permitidas no mesmo instante em que hegemônicas e tradicionais práticas são refutadas por não condizer com a realidade do cuidado a ser efetivado.

Desde que seja uma equipe coesa e com os mesmos propósitos e objetivos [...] o trabalho é prazeroso e proveitoso [...] eu aprendi a ver equipe de um jeito bem diferente do que via no hospital psiquiátrico, que era mais a supremacia do médico [...] aqui eu vejo de uma maneira mais horizontal (ENT. 4).

O trabalho em conjunto é bom e sempre um novo aprendizado [...] percebo o quanto é importante trabalharmos em equipe, antes não tinha muita importância para mim [...] hoje

vejo como é importante, a equipe é mais valorizada [...] o trabalho é menos cansativo, porque todo mundo trabalha mais próximo, se um não estar bem, isso reflete no trabalho do outro [...] (ENT. 5).

O cotidiano de trabalho da unidade psiquiátrica apresenta um cenário operativo permeado por relações pactualizadas nas intenções, desejos e objetivos de toda a equipe. Assim, desde a entrada na unidade até a própria atuação técnico-assistencial, remete-se um sentimento de acolhimento e vínculo perpassado pela responsabilização de todos os trabalhadores de saúde mental. O enfrentamento das dificuldades e limitações clínico-operacionais se dispõe como um espaço propício para criação e articulação de idéias e estratégias. As relações empreendidas nas práticas convergem para um pensar integral e um cuidado resolutivo (Observação).

Neste contexto, o trabalho em saúde nos serviços de saúde mental, representa um desafio, em virtude de sua complexidade. Tal fato ocorre pelas diversas interfaces presentes neste cotidiano, que vão da reestruturação dos serviços à qualidade da assistência prestada, passando pelas relações de trabalho e pela adoção de novos saberes, metodologias e tecnologias de trabalho (JORGE et al, 2007)

Pode-se então tomar a integralidade como um constituinte iniciado no próprio processo de trabalho em saúde, em que às ações multiprofissionais adicionam-se os elementos de vínculo e responsabilização. Daí provém um cuidado a partir da interação de diversos saberes e práticas envolvidas no ato produtivo (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

Nesta dimensão da integralidade, inerente ao próprio processo de reforma psiquiátrica como eixo norteador das práticas e saberes em saúde mental, é fato a superação da organização de serviços e/ou constituição de modelos ideais de cunho limitador para um processo gestor de ordem social, no qual recoloca uma demanda historicamente excluída, ou seja, o doente mental, na dimensão horizontal de relação com a sociedade (AMARANTE; GULJOR, 2005).

Como observamos, a linguagem utilizada pelos trabalhadores para definir o trabalho em equipe caracteriza-o como um processo dinâmico e de cooperação entre as pessoas. Diante disso, na nossa ótica, uma equipe, quando valoriza a comunicação no trabalho e atua de forma cooperativa e integrada, tem maiores possibilidades de diminuir o distanciamento existente entre as categorias profissionais, na medida em que é considerada a importância do trabalho de cada integrante da equipe.

A expressão da linguagem torna-se um constituinte importante na transmissão das informações no processo de troca de saberes, principalmente, entre os trabalhadores de saúde e usuários. A forma de interpor esta ferramenta no processo terapêutico, mantém a possibilidade de pactualizar responsabilidades e manter ou não vinculações.

No desenrolar do adoecimento e do sofrimento, os usuários podem emitir seus sentimentos e suas angústias. Nos discursos, está sendo presumida a convergência de que o processo comunicacional no campo da saúde mental reflete tal pensar:

Trabalhar junto [...] muitas vezes sentia falta, mas agora vejo como é importante e gratificante podermos falar e ser ouvida [...] me sinto tranqüila trabalhando em equipe, percebo a melhora do trabalho na unidade e dos pacientes que atendemos que é nosso foco principal [...] (ENT. 6).

É trabalhar, pensar, agir, de forma que a equipe colabore, antes de trabalhar na unidade Ana Carneiro, trabalhava mais isolada, sem muita interação com a equipe [...] acho que anteriormente o trabalho era isolado porque o hospital psiquiátrico era grande demais e muitas vezes cada um fazia seu trabalho individual, hoje devido o espaço ser menor o trabalho é mais unido (ENT. 7).

Inegavelmente, o processo comunicacional entre pacientes, familiares e equipe faculta a interação ativa no processo terapêutico. Por si só, a própria condução clínica toma um desenrolar único e integralizado para com as necessidades mais próximas da realidade vivenciada por cada paciente.

Nesse contexto, conforme refere Peduzzi (1998), a interação dos diversos agentes dá-se pela comunicação, ou seja, pela mediação simbólica da linguagem e constitui instrumento capaz de promover a cooperação e a integração na equipe de trabalho.

Em face dos discursos e observações, contextualiza-se, no cenário de Fortaleza-CE, uma realidade da atenção psicossocial brasileira. Como percebemos, a implantação de leitos psiquiátricos em hospital geral consolida uma premissa oficial da política nacional, por um lado, e institui um espaço novo na produção do cuidado em saúde mental, por outro.

Neste contexto, o usuário é tido como o foco de todo o conjunto de intervenções e abordagens terapêuticas. Segundo pressupõe Amarante (2007), na prática psicossocial a doença deve ficar entre parênteses e, assim, o que deve tomar-se como foco do agir em saúde mental é o sujeito e sua reprodução social na comunidade.

Diferentemente, no hospital psiquiátrico a doença toma forma em seu conceber e na forma hegemônica de se comprometer com o pathos do ser e em seu comprometimento quase totalmente orgânico e fisiológico. Ao devir, cabe somente a particularização do transtorno e de sua sintomática, e quando assim se faz, deixa por menor, a capacidade do sujeito de se transformar e se reconstruir.

Na configuração do hospital geral como espaço de cuidado em saúde mental, sobressai uma cartografia tecnológica no qual vários dispositivos clínicos podem ser

utilizados – o encontro e acompanhamento familiar disponível, a humanização das relações em prol da subjetividade e singularidade de cada paciente e a diversificação dos saberes, com uma equipe múltipla em prol das ações inter e transdisciplinares.

No hospital geral, as relações são potencializadas em todos os sentidos. O próprio fazer no hospital, outrora configurado numa clínica bio-orgânica se refaz no pensar psi-subjetivo. A interação dos sujeitos, trabalhadores e usuários remete a um universo novo e permeado por sentimentos de inclusão, reflexão e ressocialização ativa.

Ao relacionarmos os conceitos de Peduzzi (1998; 2001) sobre os tipos de equipe com o significado atribuído pelos trabalhadores ao trabalho em equipe, conforme podemos verificar, as falas dos entrevistados, apresentadas no decorrer deste capítulo, revelaram que, na prática diária de trabalho, a atuação dos trabalhadores possui identificação com o modo de ser e fazer de uma equipe integração, pois os trabalhadores exercem ações de forma interdependente e complementar. Desse modo, colaboram entre si no exercício de autonomia técnica, compartilhando objetivos e metas comuns.

Nesta nova realidade, a participação de todos os trabalhadores e a presença de um projeto de trabalho comum são condições indispensáveis para um trabalho em equipe verdadeiramente integrado. Porém, conforme refere Peduzzi (1998; 2001), tais condições, por si só, não são suficientes, é necessário que os trabalhadores estejam dispostos a flexibilizar a divisão do trabalho, compartilhar conhecimentos, interagir no cotidiano, enfim, valorizar o caráter de complementaridade e interdependência dos diferentes trabalhos.

Na visão dos trabalhadores, no trabalho em equipe, cada trabalhador de saúde deve atuar com seus conhecimentos específicos e com sua competência particular. Assim, ele poderá contribuir na busca de soluções para os problemas de saúde dos usuários. Ressaltam, ainda, a importância das discussões e troca de idéias entre a equipe para a tomada de decisões conjuntas. Ademais, todos os profissionais devem sentir-se responsáveis pelos problemas surgidos.

Como evidenciamos, os discursos convergem para a existência de um cenário onde as práticas multidisciplinares se fazem presentes em todo o trabalho da equipe da unidade psiquiátrica.

[...] todas as pessoas da equipe, cada um com seu conhecimento, com seu saber, procura trabalhar junto, interagindo para ajudar os pacientes que estão internados [...] independente de ser auxiliar de enfermagem, médico, TO, todo mundo nas reuniões de equipe tem a sua voz ativa, cada um contribui com seu conhecimento [...] é trabalhando todo mundo junto, sem divisão, cada um dentro do seu campo de competência (ENT. 8).

Este contexto remonta à concepção teórica de que cada núcleo de saber profissional atua de modo a operar suas ferramentas e instrumentos de forma integrada e específica para compor o cuidado em saúde mental. A divisão do trabalho em saúde mental comporta as dimensões profissionais específicas de cada núcleo de saber, e, assim, é favorecida no sentido de incorporar saberes e práticas interdisciplinares que colaboram também com a minimização da tensão cronológica das ações (MERHY, 1997).

Nas falas, os trabalhadores expressam a importância dos saberes específicos de cada profissional na composição de uma prática conjunta, considerando que o êxito do trabalho depende de cada um deles.

Conforme Peduzzi (1998; 2001), no trabalho em equipe, não se deve desconsiderar as diferenças técnicas das diversas profissões, pois elas possibilitam a melhora dos serviços prestados, visto que a especialidade proporciona maior conhecimento sobre determinada área e, conseqüentemente, melhor desempenho técnico. Porém, é necessário que haja flexibilidade na divisão do trabalho, ou seja, os trabalhadores devem realizar ações específicas de sua área de atuação, mas também executar atividades comuns, provenientes da integração dos diversos saberes, tais como formações de grupos terapêuticos, acolhimento, dentre outros.

Tais ações referem-se ao campo de competência e responsabilidade, definido por Campos (1994); e a dimensão cuidadora, conforme Merhy (2002). Portanto, compreende-se que o envolvimento dos trabalhadores em atividades diversas dessa natureza pode estimular o estabelecimento de relações mais próximas entre eles e o compartilhamento de saberes e experiências, possibilitando a interação dos trabalhadores e a articulação de suas ações no trabalho em equipe. Isso ocorre porque o profissional não fica aprisionado em seu núcleo de conhecimentos específicos, podendo expandir suas fronteiras na realização de atividades comuns às diversas profissões e, a partir disso, vislumbrar possibilidades diversas antes desconhecidas por ele.

Ainda como evidenciamos, os trabalhadores demonstram ter clareza de que, independentemente de cada membro da equipe exercer sua função específica e realizar partes do trabalho como um todo, inúmeras questões são de responsabilidade de todos e exigem trocas de conhecimentos, idéias e informações entre a equipe. Essa necessidade ocorre porque, quando o trabalhador está de plantão na unidade psiquiátrica, ele assume a

responsabilidade tanto por todos os usuários internados, como pelo funcionamento da unidade.

O modelo de atenção psicossocial é construído também no cotidiano das práticas, no processo de trabalho peculiar à saúde mental e envolve a diversidade e multiplicidade de abordagens, técnicas e intervenções decorridas da hermenêutica relação entre os sujeitos envolvidos.

Entre estas abordagens, ao constituir uma rede de cuidados em saúde mental, a política nacional interpõe possibilidades por meio de financiamento e custeio. No entanto, a estruturação operacional desta rede não consome tão somente repasses e formatações normativas. Ela se refaz também na oportunidade de cada serviço demonstrar seu potencial terapêutico na resolução das necessidades de saúde.

No momento histórico, em que a prática asilar e manicomial apresentava-se como única alternativa clínica para o sofrimento e transtorno psíquico, as lutas e processos de embates teórico-assistenciais findaram em um movimento que culminou com uma série de medidas e pressupostos para a implementação do campo das práticas em saúde mental (AMARANTE, 2007).

O alvo de todo este processo seria instituir uma nova ordem do ponto de vista clínico-conceitual. Transpor a doença era apenas um dos passos para consolidar um campo no qual as dimensões jurídico-político e sociocultural também compunham o leque complexo e amplo de saberes e práticas (AMARANTE, 2007).

Embora tenhamos avançado na conquista das premissas articuladas pelo movimento reformista e assim por consequência na política nacional de saúde mental, na desinstitucionalização e na expansão da rede de cuidados em saúde mental, ainda existem desafios logísticos a serem superados na integralidade das ações de saúde mental (BRASIL, 2003).

O desafio atual é conseguir construir a reabilitação psicossocial de forma ampla com uma interface emancipatória e cidadã. Nos discursos e nas observações converge a realidade de um vínculo tenso em um dos pólos, normalmente por parte do usuário.

A condição sócio-econômica inerente à conjuntura brasileira produz um universo limitado de possibilidades de inserção pelo serviço de saúde. A tutela permeia várias atividades, muito embora, não seja planejada nem tampouco almejada.

Indiferentemente, nos leitos psiquiátricos de hospital geral, presencia-se um verdadeiro escape social daqueles que pouco ou nada têm em sua vida normal. O espaço terapêutico limita-se por não ter condições operacionais de conjugar com outros organismos para construir um caminho para a cidadania.

No hospital geral inicia-se uma nova perspectiva clínica centrada não somente sobre o diagnóstico patologista, nem tampouco na terapêutica isolada. São reconstruídos modos diferentes de cuidar, embora ainda se exijam novas e diferentes articulações.

Durante o período de internação, se faz visível a carência dos usuários. Muitas vezes, o espaço é o único lugar em que o mesmo mantém suas necessidades mínimas de sobrevivência. A equipe, por assim conviver, tenta ininterruptamente se articular para evitar a cronificação, a tutela e procura ainda refazer o caminho da reabilitação psicossocial (Observação).

A preocupação com a cidadania do portador de transtorno mental, nos serviços substitutivos da rede de atenção em saúde mental, é percebida em todas as relações com os usuários, seja da equipe de apoio, seja da equipe de saúde. A dual relação para construção da autonomia do usuário torna-se o foco terapêutico. Nesse ínterim, o cuidado caminha tanto pela postura de substituição, como pela postura de anteposição. Os trabalhadores sofrem a influência da tradição, e, ao mesmo tempo em que se abrem para a possibilidade da proposta da reforma, muitas vezes, encontram-se na prática tutelar. A proposta de atenção psicossocial nasce das entranhas da tradição, do que ela construiu como cuidado à saúde mental, mas pode se resignificar (GARCIA; JORGE, 2006).

É visto que a saúde mental na dimensão psicossocial extrapola a ramificação do saber médico e se enraiga nas diversas possibilidades dos campos da vida humana. Por este caminho, percorre a ética, a filosofia, a arte, a cultura, o social e o econômico, e em todo o trajeto resgata a subjetividade inerente do campo psi.

Outra convergência, diz respeito à participação dos familiares durante a internação no hospital:

A presença dos familiares é oportunizada na rotina da unidade psiquiátrica. Muitas vezes, esta oportunidade não é aproveitada, pois na prerrogativa da falta de tempo e condição, a família ausenta-se do estar hospitalar da internação. Mesmo assim, nos momentos de troca entre a equipe do hospital, os familiares conseguem visualizar o diferencial entre a antiga internação e a atual, onde a equipe integral é entendida como necessária e atuante (Observação).

É sensível ao olhar da investigação que a vulnerabilidade em uma situação de doença mental é também concebida como sentimento de ameaça da perda da autonomia por

parte do sujeito, sob pressão da doença, da família e das relações e conseqüências decorrentes de seu sofrimento (PETTENGILL; ANGELO, 2006).

Dessa forma, deve-se entender que a rede cuidadora não está restrita aos serviços de saúde, aliás, pressupõe a articulação com outros instrumentos e organismos sociais como família, religiosidade, enfim, as redes sociais de apoio (SILVA JUNIOR; ALVES; ALVES, 2005).

Portanto, a presença do familiar se faz necessária, sobretudo para que a acomodação momentânea no período de internação esteja particularizada e protegida socialmente de atos de exclusão e repasse à instituição de um problema a ser solucionado, diversas vezes, de forma co-responsabilizada.

Uma realidade freqüente no cotidiano da prática na unidade psiquiátrica é a interação médica especializada. Na conduta terapêutica, o entrecruzamento de saberes específicos de várias especialidades (clínica, neurologia, infectologia, dentre outras) e a psiquiatria é vivenciado continuamente.

Muito embora, o projeto terapêutico da unidade requirite uma ação interdisciplinar na equipe multiprofissional, impasses e obstáculos são vencidos e derrubados a cada dia para que se possam fortalecer as relações entre aqueles que cuidam. As observações desta prática demonstram um processo de transformação e compreensão por ambos os profissionais na busca da resolutividade.

Na construção do projeto terapêutico, a equipe de saúde mental deve instaurar medidas de participação e implementação contínua. Os diversificados saberes podem estar interpostos à medida que conduzem os casos, interagem com a família e rede social, assim como, na articulação com outros organismos condizentes com a clínica psicossocial.

Neste desenrolar, evita-se a hegemonia de algumas práticas em relação a outras, em especial porque a eleição da melhor atitude clínica na abordagem psicossocial estará sendo construída no contato direto com o sujeito-usuário. A singularidade é quem define a melhor forma de atuar e estar próximo na produção do cuidado para com ele.

Outro aspecto a ser enfatizado é o processo de acolhimento. Tido como uma etapa transversalizada em todo o projeto terapêutico no campo da saúde, deve ser propositadamente construído nas relações e nos diálogos da equipe.

(...) configurando-se numa verdadeira teia comunicacional, tanto para os trabalhadores entre si, como para os trabalhadores e usuários. Sendo assim,

cada encontro é um ponto de eminente tensão ou acolhimento, que poderá (ou não) produzir o cuidado. Finalmente, a confluência dos encontros de maneira acolhedora possibilita que o resultado do cuidado seja a conquista da saúde, na sua integralidade (SANTOS et al, 2007).

Portanto, o acesso aos serviços de saúde deve passar a ser a prioridade da rede de atenção, bem como a dinâmica operacional das condutas empreendidas no favorecimento de ações de saúde que privilegiem a manutenção da vida. Requisita-se, assim, uma articulação direta do conjunto de saberes, práticas e serviços em todos os níveis de complexidade.

Ainda sob o ponto de vista assistencial e/ou terapêutico, a inserção do usuário no sistema ocorre por meio da igualdade alijada de toda espécie de “viés” ou deformação do princípio cidadão da necessidade de saúde. A política nacional de saúde conecta-se com a própria reforma psiquiátrica e o modelo de assistência voltado para a emancipação dos sujeitos com transtorno psíquico (BRASIL, 2003).

Urge que a construção de um novo modelo de atenção à saúde que subordine a assistência individualizada aos preceitos coletivos e direitos de cidadania e que efetive as atividades de promoção e proteção à saúde sob os princípios éticos da universalidade, equidade e integralidade constitua um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

A política de saúde mental brasileira considera os CAPS como dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. O território deve ser o espaço de atitude e ação. Entende-se que a atuação com base territorial inclui a geografia do convívio social (família, escola, trabalho, igreja, entidades, etc.) dos usuários e deve favorecer o resgate das potencialidades nos recursos comunitários circunscritos, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental (BRASIL, 2003).

A reinserção social pode ter o início no CAPS, mas sempre em direção à comunidade e nunca como o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Pelo contrário, esta atenção deve ser feita dentro de uma rede de cuidados (atenção básica, residências terapêuticas, ambulatórios, centros de convivência, clubes de lazer, entre outros). (BRASIL, 2003)

No hospital geral, na conduta terapêutica, o componente de sofrimento subjetivo está associado a toda e qualquer doença e reduz, assim, os diversos entraves à adesão de práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Neste raciocínio, possibilita a integralidade

conceitual na perspectiva de que todo problema de saúde é também “mental”, e toda saúde mental é também “produção de saúde” (AMARANTE, 2007).

Mas algumas divergências ou limites apresentam-se neste cotidiano. No concernente a estes, um dos mais enfatizados foi em relação ao espaço físico, devido à unidade localizar-se no primeiro andar do hospital clínico, não havendo área de lazer. Essa preocupação se justifica, pois, de acordo com o conhecimento dos trabalhadores, estes pacientes precisam de espaço, precisam realizar alguma atividade prazerosa, até mesmo para aliviar as tensões.

Quanto à estrutura física dos novos serviços, denominados substitutivos, condiz com a própria história destes. Como é visível, na recomposição operacional de espaços outrora voltados para outras práticas, nem sempre é possível adaptar adequadamente todos os setores e perspectivas terapêuticas em construção.

Mesmo diante destas limitações, critica-se a falta de condições para execução de atividades que exigem mais espaço tal como no caso de meios grupais de intervenções ou até mesmo de recreação. Ainda assim, o local harmoniza a mente por conter elementos de apoio e suporte para necessidades físicas e psíquicas com segurança e resolutividade.

Um dos pontos referentes aos limites encontrados seria o espaço físico, para realização dos atendimentos, como para as necessidades dos clientes. Eles gostam de espaço para andar, se movimentar e só encontram os corredores da unidade para fazer isso, então a maioria fica a maior parte do tempo próximo da entrada, onde fica o posto de enfermagem. (ENT. 1).

Na unidade existem as enfermarias, um consultório, uma sala para realização dos grupos, um posto de enfermagem e uma sala de apoio. Quando os clientes não estão em atendimento individual e/ou grupo, eles ficam em seus leitos ou ficam pelos espaços externos das enfermarias (corredores). Esses espaços são bem decorados, considerados agradáveis pelos clientes (observação).

Inegavelmente a estrutura física adequada para portadores de patologias psíquicas deve favorecer a orientação no tempo e no espaço, ter um refeitório, uma área de lazer para poderem participar de atividades físicas, sala de estar com rádio e televisão. Ademais, deve situar-se em andar térreo, para facilitar o acesso (BOTEGA, 1995).

Desta forma, a questão do espaço físico dificulta a implantação dos leitos psiquiátricos em hospital geral, pois esta reorganização para adequar os hospitais está vinculada à disponibilidade de espaço e implica em investimentos financeiros (MION; SCHNEIDER, 2003).

Embora limitados, muitas vezes, por paredes e espaços diminutos, os trabalhadores inseridos na reabilitação psicossocial devem estar conscientes dos seguintes aspectos: ao atuarem na promoção da saúde mental, eles devem trabalhar com o olhar voltado para o sujeito em toda sua complexidade e se familiarizam com o sofrimento e a fragilidade do ser humano. Eles devem acreditar na reabilitação que diariamente estão implementando na prática (JORGE et al, 2006).

No hospital geral, a conduta clínica psicossocial deve seguir a orientação segundo a qual a intervenção hospitalar é basicamente momentânea e que a complexidade no campo psi ocorre no território. Portanto, durante a crise, só será possível atuar em elementos sintomáticos da subjetividade humana. O nível de complexidade em que se determina maior resolução acontece na comunidade, no lar e nas relações sociais deste sujeito (AMARANTE, 2007).

Ter espaço é essencial, mas os espaços físicos dos leitos psiquiátricos em hospital geral não precisam reproduzir os enormes asilos ou manicômios onde existiam os parques de circulação dos pacientes, embora não significasse liberdade à vida.

A experiência em propiciar espaços cômodos para o acompanhamento terapêutico hospitalar pode estar condizente com o modo de acolher inerente à cultura dos sujeitos, onde o simples cobertor pessoal ou até mesmo a presença de um amigo ou familiar já favorece uma dimensão acolhedora e também cuidadora.

Como identificamos, as limitações são obstáculos ao andamento das atividades desenvolvidas na unidade. No entanto, a percepção da equipe, esses obstáculos são apenas simples interpostos em face do trabalho desenvolvido no cotidiano da equipe.

No atual modelo de atenção à saúde mental, a unidade psiquiátrica em hospital geral é uma proposta inovadora. Contudo, não pode sucumbir à perspectiva de internação duradoura. Na medida em que se restabelece a condição de relação mínima com o outro, já se pode evidenciar uma possibilidade de alta e encaminhamento para a rede assistencial.

Outro ponto considerado relevante pela equipe de saúde mental foi o preconceito que existe em relação ao portador de transtorno mental. Apesar dos profissionais reconhecerem os benefícios advindos com a internação do paciente psiquiátrico em hospital geral, referidos portadores são discriminados e sua doença está vinculada, sobretudo, à pobreza. Desse modo, revela as discrepâncias na assistência à saúde, de acordo com a qual não se pode ter, convivendo num mesmo espaço, pessoas de diferentes níveis sociais.

Ainda existe muito preconceito em relação ao portador de transtorno mental, principalmente pela equipe do hospital geral (ENT. 2).

[...] existe ainda algumas dificuldades por ser um trabalho novo, onde estamos tentando sensibilizar outros profissionais de outras áreas (ENT. 3).

Para muitos, ainda, “lugar de loucos é no hospício”. Também domina o temor de os doentes mentais poderem representar o risco de agressão física para outros doentes do hospital e para o pessoal técnico. Tais temores, porém, não se sustentam perante as evidências de mais de cinquenta anos de UPHG nos países desenvolvidos (BOTEGA; DALGALARRONDO, 1993).

No cotidiano dos serviços de saúde, o estigma está enraizado. Para superá-lo, urge o reconhecimento e a aceitação da doença, pois dessa forma o tratamento pode ser entendido como essencial para a melhora da qualidade de vida de pacientes e familiares. Ainda assim, o êxito do tratamento está diretamente relacionado ao modo como o paciente compreende sua doença e sua ação em face de tudo a partir disso (SPADINI; SOUZA, 2006).

Tenório (2002, p.17) descreve: “a penetração crescente de uma nova mentalidade no campo psiquiátrico; a permanência continuada de diretrizes reformistas; a existência de experiências renovadoras positivas; a manutenção da vitalidade de experiências antigas; alguns indícios de um novo olhar sobre a loucura e um olhar menos estigmatizado”.

Na trajetória da reforma é ainda preciso superar o crescimento desordenado da oferta de internações psiquiátricas gratuitas e, para tanto, é necessário que se possibilite alternativas consistentes e eficazes na (des)construção do ciclo manicômio-dependente.

Considerada avançada, a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais. Conforme previsto, proíbe, em todo o Brasil, a construção de novos hospitais psiquiátricos e a contratação pelo serviço público de leitos e unidades particulares deste tipo. Ainda como estabelece, os tratamentos devem ser realizados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental cuja finalidade primordial seja a reinserção social do doente mental em seu meio (ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

No campo investigado, segundo percebemos, a realidade constitui um mecanismo propulsor para inversão da lógica de internação no município de Fortaleza-CE por tornar factível a internação com atendimento ampliado em hospital geral.

Refaz-se do rechaço histórico de manicomializar a prática psiquiátrica de não promover a vida e tampouco a cidadania. Na unidade psiquiátrica é possibilitado um exemplo a ser criticado, avaliado e ressignificado cada momento, em cada ato terapêutico.

A própria forma de gestão e custeio deve ser revista e pormenorizada por todos os envolvidos na condução desta iniciativa. A finitude não se dá em momento algum deste processo, pelo contrário, abre-se um espaço a ser transfigurado na história da saúde mental. Cabe, aos sujeitos envolvidos nesta história, procurar interpor soluções e adaptações para que o modo de ver o outro de forma digna seja sempre expandido.

Diante do avanço constante do movimento de Reforma em Saúde Mental em curso no Brasil, sabemos o quanto é difícil promover mudanças de paradigma que propiciem discussão e planejamento de intervenções sociais capazes de alavancar o desenvolvimento de uma ética social e cidadã por tanto tempo relegada. Atualmente a histórica exclusão dos indivíduos portadores de transtornos mentais tem sido cada vez mais evidenciada e revela as atrocidades cometidas nesta área.

No país, o movimento de reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental cresce em todo o sistema desse tipo. Inúmeras iniciativas são documentadas na tentativa de desenvolver um sistema eficiente de atendimento não excludente e que reabilite o indivíduo portador de transtorno mental. O alvo desejado é único: a (re) inclusão desses indivíduos na sociedade, com conseqüente melhora da qualidade de sua vida e na de seus familiares.

[...] a implantação dessa unidade foi um grande avanço, pois facilita principalmente em poder contar com uma equipe clínica, onde diminui os riscos, já que o cliente pode ter um atendimento mais rápido, assim como trata de uma unidade de poucos leitos [...] Temos avançado e com boas perspectivas, visto que estamos fazendo um trabalho com via de mão dupla, onde nossos profissionais muitas vezes já prestaram atendimento especializado em saúde mental na enfermarias clínicas do HBM, criando assim um vínculo cordial e satisfatório (ENT. 4).

[...] uma das vantagens da unidade psiquiátrica dentro do hospital clínico é na hora de intercorrências clínicas, pois agiliza a transferência do cliente com maior rapidez no atendimento (ENT. 5).

A unidade psiquiátrica demonstra que é possível repensar a clínica e dotá-la de uma dimensão ampliada para com a vida dos sujeitos em sofrimento psíquico. Ao transpor a unidade prospectiva de diagnosticar e assumir também a dimensão da escuta e da parcialização de resoluções, o ato clínico pode encontrar o caminho da humanização em seu lócus prático.

Como menciona a literatura, faz-se, portanto, desnecessário a adoção alienada de modelos predefinidos e simplificadores da ação em saúde em que o emolduramento

desconsidera a multiplicidade de saberes e práticas que validam o fazer solidário e experimental do campo psicossocial. O lugar da crítica, da auto-análise, da ressignificação da práxis nasce dessa mudança de postura, a qual viabiliza a elaboração de novos sentidos, de novas vidas, para além da eliminação e interdição dos desejos (MERHY, 2007).

Assim, torna-se inevitável à construção de uma metodologia organizacional que combine a padronização de condutas diagnósticas e terapêuticas com a necessidade e a possibilidade de adaptação dessas regras gerais às inevitáveis variações presentes em cada caso (CAMPOS, AMARAL, 2007).

Na unidade psiquiátrica, segundo observamos, mesmo sob o olhar clínico-epidemiológico tradicional, em que as entradas e altas são contabilizadas e os sintomas resolvidos são transpostos aos prontuários, ainda assim, é possível configurar uma melhoria da assistência em saúde mental no contexto hospitalar.

Segundo propõe o novo modelo, a logística da informação de saúde transfigura-se e consegue delinear-se por entre tensões e quebras de trajetória ante os diversos dispositivos de cuidado na rede assistencial e nas demais constituições do cuidado em saúde da população. Por meio do comprometimento da equipe, busca-se a comunicação direta com outros trabalhadores, com familiares e, assim, se fortalece a prática do cuidado integral.

Desse modo, o cuidado enquanto ato de saúde e comprometido com um jogo social implicado com certas formas de se produzir às necessidades de saúde, enquanto valor de uso será sempre e ao mesmo tempo tarefa tecnológica (MERHY, 2006).

Como a equipe de saúde mental reconhece, houve melhoria na acessibilidade e nos serviços oferecidos pelo Hospital Batista Memorial (HBM), principalmente na integração com a equipe clínica, que garante muitas vezes suporte nas emergências dos clientes da UPAC. Além disso, o HBM solicita avaliação da equipe de saúde mental a respeito dos clientes internados nas suas dependências, mediante interconsultas.

Nos discursos dos entrevistados, algumas perspectivas são apresentadas. Estas, por unanimidade, dimensionam-se até criação de leitos e/ou outras unidades psiquiátricas em hospitais gerais, pois, desse modo, os portadores de transtornos mentais poderão se beneficiar de um tratamento no qual haja mais respeito, dignidade e qualidade da assistência prestada.

[...] a perspectiva que se idealiza é que outras unidades psiquiátricas desenvolvam esse processo de integração (clínico/psiquiátrico), proporcionando um atendimento mais eficaz e humanizado para o cliente. Além de proporcionar uma interação entre funcionários da unidade psiquiátrica e da unidade clínica [...] esperamos abranger a quantidade de leitos nos hospitais gerais (ENT. 6).

Ativar mais leitos em hospitais gerais, avançando na reforma psiquiátrica e na melhoria do atendimento ao portador de transtorno mental (ENT. 7).

Tal como acontece em todo processo de mudança, a ruptura para com o modelo manicomial ocorre a passos lentos. Mas, como podemos evidenciar, a estratégia reformista ganha espaço ao apresentar novas possibilidades para o atendimento ao usuário com transtorno psíquico e a promoção da saúde mental em diversas áreas. Ainda assim, o atendimento universal das necessidades de saúde da população exige melhor adequação dos recursos investidos em setores e serviços mais resolutivos.

A rede de atenção à saúde mental precisa se configurar de forma ampla e complexa, aderindo à estruturas moldais de outros campos do saber e de organismos comprometidos com a saúde humana, o cuidado e a cidadania. A interconexão da referida rede apenas vai ocorrer quando as determinações administrativas estiverem consoantes com os objetivos claros de todos os elementos envolvidos do processo. As ações gerenciais que favorecem a participação em sua operacionalização têm a possibilidade de promover o pressuposto básico da integralidade.

A redução dos leitos psiquiátricos ocorre de forma reduzida. Considerando os últimos cinco anos, o número de leitos fechados é de apenas 37 unidades. A participação intensa dos organismos comunitários e representativos da sociedade leiga e/ou científico-profissional deve interpor ações para a efetivação concreta do cenário almejado pela legislação vigente no país (BRASIL, 2007).

É possível, que a política nacional de saúde mental, referendada também pelo financiamento e custeio de novas alternativas terapêuticas, possa ser co-responsável pela tendência verificada neste estudo, constatada da abertura de novos núcleos, centros, serviços, etc. voltados para a abordagem terapêutica e inovação de modelos no campo da saúde mental.

A construção da consciência sobre o direito humano de ser atendido e assistido passa tanto pelo seu reconhecimento e conscientização, como pela superação das barreiras e limitações, seja no plano das políticas públicas, seja dentro das instituições de atendimento e no próprio modelo assistencial, mas, de forma especial, no campo das idéias e processos de significação no que diz respeito ao tipo de relação estabelecida no cotidiano dos serviços e das práticas. A humanização do atendimento segue para além da melhoria da qualidade da relação profissional/paciente-cliente: aponta para o desenvolvimento, nesse espaço, do sentido de cidadania e participação crítica (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004).

Para Amarante (1999), avançar nessa linha de pensamento significa que se deixa de se ocupar da doença e passa-se a se ocupar dos sujeitos. A assistência ultrapassa a prescrição de medicamentos e a aplicação de terapias, indo à ocupação do cotidiano, do trabalho, do lazer, do ócio, do prazer, da atividade conjunta.

O desafio é tornar a saúde mental uma questão social incluída nas agendas do legislativo, do executivo, do judiciário, em todos os níveis: local, municipal, estadual e federal. Importante ainda ressaltar que o processo de Reforma Psiquiátrica não se faz apenas com leis e propostas. Essas precisam ser efetivamente implantadas e exercitadas no cotidiano das transformações institucionais, dos serviços e das práticas assistenciais e das relações interpessoais.

O trabalho em saúde, em particular nos serviços de saúde mental, representa um desafio, em virtude de sua dimensão/complexidade, comportando diversas interfaces que vão da reestruturação dos serviços à qualidade da assistência prestada, passando pelas relações de trabalho e pela adoção de novos saberes, metodologias e tecnologias de trabalho (JORGE et al, 2007).

4.2. Temática II – Abordagens terapêuticas e sua interface com o cuidado em saúde mental.

Na tentativa de aproximação entre os sujeitos, define-se abordagem como estratégia de tornar próximo. Na relação cuidadora, abordar significa chegar perto de quem deve ser cuidado. Terapeuticamente, concebe-se que tal aproximação define-se no olhar dado, na intenção almejada e no desejo a ser alcançado.

O processo terapêutico surge de relações duais entre quem cuida e é cuidado. Assim, na medida em que se desenvolve uma atitude para efetivar o cuidado, aquele que pressupõe tal medida, organiza-se de tal forma a constituir um pensar prático, um modelo assistencial; enfim, uma perspectiva de abordar.

No campo da saúde mental, as abordagens terapêuticas seguem diversos caminhos na condução terapêutica de cada sujeito, na busca tanto de um re-equilíbrio, como em outras vezes, na própria manutenção/promoção da saúde.

Dicotomiza-se a perspectiva diretiva do labor clínico vislumbrado como solução para a patologia e delineado pela indução direta da resolução da doença, tendo assim, como resultado efetivo a cura. Tal perspectiva se hegemoniza numa abordagem intervencionista onde complicações e sintomatologias orgânicas e psicossomáticas são entretidas com ações diretivas e biológicas.

Por outro lado, no campo psicossocial, as abordagens terapêuticas aglutinam outras perspectivas de atuação. A transversalização de tais práticas estão cartografadas na constituição de diversos mecanismos que favorecem a expressividade, o compartilhamento e a afetação dos sujeitos em suas singularidades.

Na abordagem psicossocial, as relações se abstêm de uma finitude clínico-operacional e tenta construir caminhos para espaços terapêuticos propensos a dar a cada sujeito um modo diferente de existir, ser e pensar.

A loucura toma a forma cultural de diversidade e multiplicidade expressiva. A normatização da consequência a mesma, ao retrair alguns jeitos singulares de viver e colocá-los em nível da submissão ou rejeição.

O saber sobre a loucura até o final do século XIX era, em essência, baseado no conhecimento sobre a doença e não sobre o homem doente. O guia do processo terapêutico era o quadro sintomatológico e a intervenção era marcada pela alienação social do sujeito referenciada para o contexto hospitalar. Nesse período, o homem era apenas um terreno onde se instalava a doença, onde evoluíam os sintomas e sobre o qual o poder de controle era exercido (PITIÁ; FUREGATO, 2009).

No processo histórico das mudanças de paradigmas das práticas em saúde mental e, sob as influências da sociologia, da antropologia, da filosofia e da psicanálise, a abordagem sobre a loucura mudou de foco – passando da doença para o doente – sendo então o homem visto em sua fala e corporificando a doença (PITIÁ; FUREGATO, 2009).

Dessa forma, o contexto da Reforma Psiquiátrica apresenta um conjunto de medidas que objetivam desospitalizar o atendimento em saúde mental e a desconstrução do modo asilar de atendimento, provocando a transformação da concepção do hospital psiquiátrico como única forma de cuidado. Assim, a exclusividade das decisões e ações terapêuticas deixa de se concentrar nas mãos do médico, passando a ser da responsabilidade de todos profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais,

psicólogos), como também de grupos da comunidade não-psiquiátricos como os grupos de auto-ajuda e os religiosos (AMARANTE, 1999).

Ao tomar como recorte de análise as práticas de saúde, especificamente as abordagens terapêuticas que são efetivamente realizadas pela saúde mental, orientadas pelo saber da clínica em suas dimensões tradicionais e inovadoras, é preciso compreender como vem se constituindo esta abordagem na produção do cuidado articulada ao SUS.

Os conceitos sobre as abordagens terapêuticas relativas à doença mental e ao sofrimento psíquico vão sendo recriados no processo de subjetivação destes tratamentos. Pela concepção que vem sendo construída sobre os atendimentos, o sujeito doente tem a possibilidade de ser avaliado e atendido por meio de um modo de atenção mais singular e ético. O foco passa a ser a saúde mental e, nesse sentido, a escuta passa a ser valorizada, sustentando-se a possibilidade de acolher diferentes formas de subjetivação, representadas pelas maneiras singulares de estar no mundo (BRONZ et al, 1997).

Este processo de transformação é lento e irregular, pois, apesar da criação dos serviços, da regulamentação das equipes e da normatização das ações, há necessidade de serem desconstruídas concepções manicomiais, instaladas nas mentalidades dos próprios profissionais, o que influencia, em grande medida, a qualidade do atendimento prestado aos usuários (PITIÁ; FUREGATO, 2009).

No cotidiano da unidade psiquiátrica Ana Carneiro o espaço do cuidado apresenta uma diversidade de atividades e procedimentos voltados para o restabelecimento da condição humana saudável de cada usuário atendido.

O sentido terapêutico de cada abordagem adotada e exercida pelos trabalhadores de saúde, na relação com o usuário, efetiva-se na manutenção do estado de equilíbrio da condição de saúde e na adaptação subjetiva às formas de convívio com o adoecer psíquico.

Nas atividades individuais realizadas pela equipe, evidenciou-se que cada trabalhador realiza suas funções de acordo com seus conhecimentos específicos e sua competência particular, contribuindo na busca de soluções para os problemas de saúde dos usuários.

[...] realizo atendimento com os clientes e seus familiares, facilitando maior compreensão sobre seu transtorno mental e estimulando sobre a importância da continuidade do tratamento (ENT. 4).

[...] realizo atendimentos individuais, específicos para cada cliente, valorizando suas vontades, com referência a cada diagnóstico. Sendo realizado escuta terapêutica e atividades direcionadas (ENT. 5).

Os familiares e acompanhantes, por vezes, apresentam e expressam a importância dada aos procedimentos clínicos individuais, tais como: a consulta psiquiátrica, psicoterapia e orientações do serviço social, talvez pelo fato de possibilitarem a manutenção do estado de “segurança” para evitar eventuais crises no domicílio (Observação).

Toma-se a concepção teórica de abordagem individual, mas, no entanto, a conduta terapêutica se faz no diálogo inerente a composição dual (paciente-trabalhador de saúde). Nesta relação dialógica, são transversalizados os elementos do cuidado integral que favorecem a subjetividade, que se configuram na escuta, no diálogo e, conseqüentemente, na compreensão.

Desta forma, todo trabalhador de saúde que se compromete com o cuidado em saúde mental de forma integral vai ao encontro do outro com propósito de criar laços de confiança e vínculo para acompanhar a pessoa de quem está cuidando. Somente assim, é possível a realização de uma prática que se constrói observando as singularidades, identificando recursos internos e sociais, e procurando de forma compartilhada o sentido em sua situação e para o seu projeto de vida, a fim de promover sua saúde, qualidade de vida e autonomia (ZOBOLI, 2007).

Os espaços terapêuticos nos quais estão presentes os sujeitos em adoecimento psíquico se caracterizam por interpor as singularidades e subjetividades que se disponibilizam em novos comportamentos e atitudes. Esta variação é percebida nos usuários e a equipe deve observar tais situações como momento de expressão diferente do que se expõe em outros espaços do setor saúde.

Na produção do cuidado, a forma de aproximação e de abordar os sujeitos deve favorecer os elementos da integralidade: acolhimento, vínculo, responsabilização, autonomia e resolubilidade da atenção.

O cardápio de serviços ofertados no hospital geral para aquele que sofre psicologicamente deve apresentar várias possibilidades de acesso ao serviço e incorporar saberes e práticas balizadas pela necessidade de cada usuário.

Em cada entrada, em cada permanência ou até mesmo na alta, a escuta pode proporcionar evidência dos problemas reais e a criação de possibilidades no convívio com o sofrimento psíquico e suas relações socioculturais, construída na perspectiva do cuidado integral (AMARANTE, 2007).

A atividade individual de cada trabalhador não remonta a um ato terapêutico isolado, pelo contrário, potencializa-se na ligação forte entre o significado de sua prática no serviço e na instituição.

A atendente que informa sobre o paciente a um familiar angustiado e com dúvida relaciona-se da mesma forma que uma enfermeira quando possibilita o conforto ao paciente em seu leito e informa à terapeuta ocupacional as condições psíquicas daquele sujeito. Esta interação de práticas e saberes está conformada na abordagem psicossocial, onde o objeto é sempre o sujeito e sua reprodução social.

Na unidade psiquiátrica, vislumbra-se um conjunto integrado de atividades para que a permanência do usuário na internação cumpra seu objetivo de restabelecimento psíquico e não fragmente ainda mais as relações psicossociais deste para com o seu cenário ou território.

A equipe da unidade psiquiátrica determina-se na execução de acompanhamentos individuais, conversas, visitas diárias, supervisão clínica, intervenções múltiplas, grupos de interação, entre outros.

Consideramos que essas situações ilustram bem o significado de trabalhar em equipe e o porquê de ser composta de profissionais de saúde com formações distintas: justamente para que um possa complementar o trabalho do outro de acordo com o que a sua formação permitir, cientes dos limites impostos por seus saberes.

Exerço na unidade Ana Carneiro atividades relacionadas ao controle, supervisão e assistência. Tanto aos clientes nela internados, como à equipe aqui distribuída (ENT. 6).

Realizo atividades de recepcionista, faturamento, arquivista, visita a outras unidades da própria instituição para troca de informações, recebo auditores de convênios, trabalhos estatísticos, entre outros (ENT. 7).

Em todos os setores da unidade psiquiátrica, é possível perceber a dedicação da equipe com a organização do atendimento terapêutico. A rotina se faz presente no sentido de fortalecer as obrigações precípua de cada trabalhador de saúde para com o usuário, mas que pode ser refeita na medida em que delimita o processo e dele extrai o essencial: a liberdade (Observação).

O poder gerencial na perspectiva do cuidado integral é constituído de medidas voltadas para a melhoria das relações entre cuidadores e usuários. O trabalhador de saúde detém, em alguns momentos, elementos para parcializar soluções. Mesmo assim, pode fazer com que tais elementos não sejam adequadamente utilizados e, portanto, compartilha-se idéias e sugestões por meio de supervisão e avaliação direta.

Além das atividades específicas de cada categoria profissional, os trabalhadores trabalham em regime de escala, ficando responsáveis, durante o seu plantão, pelo atendimento às urgências e às emergências, além de responderem pelas intercorrências dos clientes que se encontram internados.

Os auxiliares de enfermagem trabalham sob a supervisão das enfermeiras que gerenciam o trabalho. A eles são atribuídas tarefas que variam de acordo com o turno de trabalho. São os trabalhadores em maior número na equipe e efetuam grande parte dos cuidados de enfermagem. A dinâmica da organização do trabalho exige dos trabalhadores de nível médio um bom cumprimento das tarefas que lhes foram designadas.

Nas atividades desenvolvidas pelos auxiliares de enfermagem, além de mencionados suas funções específicas, destacou-se o acolhimento realizado no momento da chegada do cliente na unidade, estando este ligado ao processo de trabalho em saúde, de forma a atender a todos os que chegam ao serviço, assumindo assim uma postura acolhedora, de escuta e dando respostas adequadas à necessidade de cada cliente.

Realizo cuidados com os clientes no acolhimento admissional, higienização, administração de medicamentos, acompanhamento nas refeições [...] (ENT. 8).

Existe um compromisso de toda a equipe em manter um contato com os clientes que ali chegam por meio da escuta terapêutica. É presenciado este tipo de atitude por parte da equipe em vários momentos, muitas vezes, até em horários limítrofes de entrada e/ou saída da equipe, ou seja, nos próprios finais de expediente da unidade (Observação).

O acolhimento é compreendido como relação humanizada, acolhedora, em que os trabalhadores e o serviço, numa versão de totalidade, estabelecem com os diferentes tipos de usuários.

Nos discursos, os trabalhadores definem acolhimento como aceitar, ouvir, atender, considerar. Engloba a noção de proximidade entre o profissional e o cliente a partir de uma assistência que englobe as diferentes demandas do sujeito e promova a escuta de suas necessidades. Para Bueno (1997) o acolhimento na saúde vai além da recepção, ele é um produto da relação trabalhador/usuário, passando pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito. É a construção de novos valores de solidariedade, responsabilidade social, compromisso e construção da cidadania e pelo estabelecimento de vínculo.

O acolhimento é proposto também como elemento para interrogar processos intercessores que constroem relações nas práticas de saúde, buscando a responsabilização clínica por meio de uma intervenção resolutiva. Neste entender, é impossível a produção da

responsabilização sem o efetivo ato acolhedor e vinculado (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999).

Ao fragmentar o cuidado, perde-se a dimensão subjetiva de cada elemento proporcionar possibilidades terapêuticas, pois o nível de entendimento e envolvimento com o processo de adoecimento, muitas vezes, não está clarificado no interior de todos os membros e a tensão resultante desta desarmonia pode acarretar uma fragilidade nas ações necessárias à adaptação psicossocial do ser em sofrimento.

O acolhimento apresenta dificuldades no estabelecimento de escutas ampliadas, uma vez que estas suscitam problemas insolúveis e necessidades não-supridas pelo serviço de saúde, o que torna imprescindível a incorporação de uma articulação intersetorial pelas práticas das unidades de atenção à família; significa a efetivação de um diálogo com outros serviços, o surgimento de vínculos e ambiente de interação entre profissionais e outros contextos comunitários (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

As vinculações são determinadas no momento da prática clínica desenvolvida na unidade psiquiátrica. A afetação subjetiva perpassa os sentimentos de propulsão à resolubilidade da assistência prestada a cada paciente.

Este cotidiano, permite evidenciar um vínculo concebido sob à questão da responsabilidade e do compromisso. Desta forma a criação dos mesmos parece estar implicada com as relações dos trabalhadores de saúde e o usuário. E, em consonância com um dos sentidos de integralidade: as práticas em si (MERHY, 1994).

Das atividades de caráter coletivo, destacou-se a realização de grupos terapêuticos, onde diferentes profissões compartilham o mesmo objeto de trabalho, a ação terapêutica de saúde.

Os grupos terapêuticos são instrumentos que possuem um amplo espectro de possibilidades para a atuação clínica. As temáticas necessárias para evidenciação e expressão da subjetividade humana são incorporadas de forma significativa nas intervenções propostas.

O compartilhamento de experiências e vivências é permitido a partir da ocorrência de diálogos e encontros permeados pela escuta e orientação ativa na construção de projetos terapêuticos condizentes com as necessidades dos sujeitos envolvidos. A prática terapêutica grupal pode favorecer uma maior capacidade resolutiva, por possuir vários olhares direcionados para um problema em comum (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

[...] Realizo grupos terapêuticos com os clientes, facilitando troca de saberes para que possam analisar seus problemas junto com os demais clientes [...] utilizando atividades laborais, lúdicas e relaxantes. Tais como relaxamento, contoterapia, bingos, trabalhos manuais, expressivos, dentre outros (ENT. 1).

[...] os grupos terapêuticos são realizados por todos os profissionais de nível superior e as temáticas são definidas dentro do projeto terapêutico dos participantes de cada grupo. As técnicas utilizadas são bastante interessantes e tomam como sentido básico, a utilização de recursos simples, mas de fácil adesão pelos pacientes, tais como: jornal, revistas, cola, papel, cartolina, material reciclável, etc. A equipe demonstra habilidade terapêutica na condução dos mesmos e os problemas enfrentados apresentam uma resolutividade. Assim, a equipe busca sempre a troca de experiências e desafios nas reuniões semanais com todos os trabalhadores [...] (Observação).

As atividades terapêuticas se relacionam com a resolutividade e com a promoção da saúde ao promover a troca de experiências, opiniões e vivências acerca da adoção pactuada do projeto terapêutico.

Faz-se observar que tais grupos terapêuticos permeiam todas as iniciativas de intervir, assistir e cuidar. Portanto, desfaz-se a concepção de atendimento em massa ou espaço para imposição de saberes biomédicos intervencionistas unilaterais.

Pelo contrário, o grupo é a ferramenta operativa escolhida pela equipe multidisciplinar tanto para desenvolver o trabalho assistencial em saúde mental, como também, para promover o encontro de subjetividade da própria equipe. As tensões se flexibilizam na conversa direta, compartilhada e equânime entre os trabalhadores.

As abordagens terapêuticas grupais empreendidas na UPAC pela equipe multidisciplinar são constituídas de especificidades operacionais e conceituais que se apresentam nos tipos de terapias encontradas em cada situação em que o cuidado é efetivado.

As abordagens terapêuticas operadas na unidade psiquiátrica, embora expressivamente contextualizadas nos grupos terapêuticos, incorporam também outras atividades e formas de lidar com a assistência ao transtorno mental e na promoção da saúde mental.

Participação nas atividades terapêuticas, atuação da equipe para melhoria do bem estar do cliente [...] auxiliar nas atividades da terapia ocupacional, esclarecimento de normas e rotinas da unidade (ENT. 2).

Devido à equipe trabalhar em regime de plantão, o encontro de todos fica praticamente restrito ao dia de reunião de equipe, sendo este o momento em que todos se encontram para conversar, discutir casos clínicos e avaliar o trabalho desenvolvido na unidade. O discurso expressa esse sentido:

[...] Existe a realização de reunião de equipe semanal, para avaliação do serviço. Onde são discutidos casos clínicos, as questões relacionadas ao funcionamento da unidade e da equipe [...] (ENT. 3).

Para Dall’Agnol e Martini (2003, p.90), as reuniões de trabalho constitui condição indispensável para que haja um processo educativo, voltado para a busca do aprendizado contínuo. Especialmente na área de saúde e educação, as reuniões são necessárias, tendo em vista que o desenvolvimento do trabalho exige “interdependência intra e interequipes, e entre áreas de conhecimentos”. Tal situação gera a necessidade de diálogo, interação, debates e tomada de decisões coletivas no trabalho.

Ao transpor a linearidade terapêutica, toma-se a transversalidade como característica das práticas de abordagens terapêuticas no campo psicossocial, e assim como, na unidade psiquiátrica investigada.

Torna-se transversal o lugar de cada sujeito da práxis psi. Estes, além das leis objetivas que fundamentam seus movimentos e intervenções, pressupõem suporte e desejo na própria terapêutica psicossocial. Portanto, a transversalidade é uma dimensão que só se releva onde se tenta assumir o sentido da práxis e de instaurar-se um grupo sujeito (KAMKHAGI, 1986).

A transversalidade das ações de saúde mental constitui um caminho desfeito e refeito a cada momento, em cada cotidiano, seja no lar, na praça, no CAPS ou no hospital. O caminho é trilhado não por estradas, mas por caminhantes. A terapêutica dialética da vida se cartografa com possibilidades e criações contínuas no cotidiano do hospital geral e no próprio SUS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações a serem descritas se conformam a partir da vivência investigativa e da construção coletiva do conhecimento em que interage em si o saber instituído no formato acadêmico, as práticas desenvolvidas no campo da saúde mental e as observações do pesquisador.

Ao longo dos últimos anos, a atenção em saúde mental passou por transformações profundas, e avançou não somente na construção de novos serviços de saúde mental, mas também na substituição de um modelo de atenção manicomial excludente e biologista por um modelo de atenção psicossocial.

No entanto, dificuldades são enfrentadas, pois a (des)construção do antigo modelo de atenção não é uma tarefa fácil devido a toda uma construção teórica e prática do antigo modelo psiquiátrico clássico e o da assistência em saúde mental, ainda centrado na doença e na busca pela cura.

O ponto de partida para o desenvolvimento da pesquisa foi o questionamento sobre a forma de produção da prática clínica da equipe de saúde mental em um hospital geral e a relação de cuidado entre a equipe e outros serviços de atenção à saúde mental e, assim, discorre os comentários.

A prática da clínica em saúde mental na unidade psiquiátrica demonstra a integralidade da atenção, pois se observa e convergem discursos consoantes com a operacionalização de componentes, tais como: acolhimento, vínculo e construção da autonomia.

As ações desenvolvidas se adequam ao esperado e previsto no cotidiano da equipe. O esforço pactuado em efetivar abordagens mais subjetivas está presente em todos os momentos da assistência na UPAC. As atividades terapêuticas grupais permeiam a maioria das iniciativas de intervir, de assistir, de cuidar.

Na utilização das técnicas grupais, tal ferramenta operativa está escolhida pela equipe da UPAC tanto para desenvolver o trabalho assistencial em saúde mental, como também, para promover o encontro de subjetividades da própria equipe.

Durante as reuniões e encontros organizacionais da instituição para com os seus trabalhadores, são expressadas os conflitos do cotidiano, e assim, as tensões se flexibilizam na conversa direta, compartilhada e equânime entre os mesmos.

O cotidiano da unidade psiquiátrica incorpora uma diversidade de atores, elementos, complexidades e subjetividades no processo de trabalho desenvolvido diariamente. Respaldam-se, a seguir, a sua configuração descritiva e analítica, para que o entendimento comum seja interpenetrado nas propostas e discussões elaboradas.

Os trabalhadores de saúde mental inseridos na UPAC, apresentam-se na forma de equipe, pela necessidade de segmentar os passos necessários do cuidado em saúde mental. Nesse entendimento, torna-se produto de toda uma história de enfrentamento e convívio com as práticas de saúde desenvolvidas para com o usuário, normalmente, na lógica asilar e manicomial. À medida que novas atitudes começam a ser implementadas, este processo caminha e desenvolve a abertura de novas possibilidades e novos entendimentos.

As práticas psicossociais desenvolvidas na UPAC estão sendo exercitadas no dia-a-dia do cuidado em saúde mental ao emergir das próprias relações entre a equipe e os usuários devem conceber o dinamismo da subjetividade humana.

A participação do usuário em seu projeto terapêutico, requisita uma contínua análise por parte, principalmente, de quem dele participa: equipe e usuários. A linearidade da doença mental não coincide com a multiplicidade, complexidade e diversidade da subjetividade humana. As atividades inerentes à prática clínica tornam-se, obrigatoriamente, dependentes da concepção e definição do objeto de atuação. Na perspectiva da saúde mental, as ferramentas se diferenciam a cada momento e a (re) construção dos sujeitos em seu plano terapêutico compartilhado.

A tendência de fomentar determinadas tecnologias do processo do cuidar, mesmo que tenham o compromisso com a subjetividade humana, precisa ser examinada em cada momento histórico e operacional. A permeabilidade assistencial é exigida para se evitar o contra-senso clínico, a avidez teórica e a limitação diagnóstica.

A configuração imaginária e subjetiva da loucura humana por parte da equipe da UPAC permeia todas as etapas produtivas do cuidado em saúde mental. O lócus assistencial deve se basear no sujeito, estando o mesmo transtornado ou não. A rotulação do usuário, por parte da equipe, e sua inclusão numa arena de diagnósticos, condutas e resultados esperados, suprime a criatividade em efetivar a cidadania e inclusão social.

A premissa básica dos serviços substitutivos em saúde mental é a promoção da saúde e a reabilitação psicossocial. Primariamente, está definida como um estágio da atenção em saúde, e assim, resgata diversos elementos para a prática elaborativa, tais como: a vida cotidiana, os enlaces sócio-afetivos, a sobrevivência e a produção de renda; o lazer e a própria condição de saúde.

A integralidade no âmbito das práticas desenvolvidas no serviço de saúde incorpora esta forma de proceder perante às necessidades e demandas da população. O sujeito expande-se no diálogo clínico. O terapeuta assume o contexto subjetivo como parte integrante da assistência em saúde e, assim, favorece a parcialização terapêutica e a adequabilidade do plano ao modo de vida de cada usuário.

A produção do cuidado com eixo na integralidade demanda atitudes e participação de todos os sujeitos envolvidos no processo. A UPAC é o espaço para que esta produção seja conformada e constituída a partir dos encontros, acessos, intervenções e ações realizadas.

O acolhimento deve estar presente em todos os momentos do cuidado produzido. Embora a acolhida denote a idéia de chegada, de recebimento, de guarda inicial, ela deve permear todas as atividades individuais ou coletivas da assistência em saúde mental.

Assim, na prática diária, em que diversas atividades são realizadas, idéias e desejos tomam forma real, a responsabilização terapêutica deve estar presente em cada trabalhador de saúde mental. A indicação de possibilidades terá uma potente condição de existência se a responsabilidade do usuário para como o seu cuidado também existir, assim como a dos familiares, amigos e acompanhantes.

A equipe de trabalho em saúde mental, embora definida jurídico-politicamente nas portarias e legislações ministeriais, deve ser continuamente ressignificada. A proposição da integralidade no cuidado em saúde mental expande a dimensão nuclear de cada saber específico, e muitas vezes, a necessidade interdisciplinar da assistência refaz e reproduz novos sujeitos e novas atitudes.

A dimensão inovadora da Unidade Psiquiátrica em hospital geral está sendo construída na possibilidade real de integrar uma prática historicamente alijada do contato social, no caso a internação hospitalar, à proposição da reabilitação psicossocial. Desta forma, se faz constituir um novo espaço para reinserção social e inclusão com cidadania.

A organização da rede de atenção em saúde mental engloba o processo de trabalho. No entanto, ainda é observada a fragilidade comunicacional com as redes

assistenciais, o que resulta diretamente na tensão ou fragmentação da linha de cuidado em saúde.

Na unidade psiquiátrica Ana Carneiro o cotidiano se faz no presente e o dia seguinte já insere suas transformações, às vezes inócuas, de um trabalho feito ou desfeito. Quando se tenta intervir, constata-se uma perspectiva mais ampliada da clínica operada. A própria formulação de políticas públicas efetivas deve perceber tais singularidades do espaço vivo das práticas.

Apesar das conquistas, existem dificuldades. A principal destas no contexto da reforma psiquiátrica no Ceará é a constatação de um platô estável na redução de leitos psiquiátricos também em hospital público. Ainda assim, parece ainda ser incipiente a substituição dos leitos dos hospitais psiquiátricos por leitos psiquiátricos em hospital geral, uma vez que os leitos hoje instalados, por exemplo, no Hospital Batista Memorial foram iniciativas de duas instituições privadas do Município de Fortaleza-CE apoiadas pela Gestão Municipal.

Na nossa ótica, a territorialização concebida pela reforma psiquiátrica como um dos princípios para execução dos serviços substitutivos perde em não manter em cada espaço mais próximo da comunidade, como no caso de hospitais distritais ou regionais, uma atenção direcionada ou transversalizada para o sofrimento psíquico.

No entanto, após abertura dos leitos psiquiátricos no HBM, algumas das dificuldades esperadas com essa iniciativa aos poucos estão sendo superadas, por exemplo, hoje os médicos de especialidades clínicas prestam atendimento transversal aos clientes da UPAC e realizam, juntamente com a equipe da unidade, interconsultas aos pacientes, fazendo com que a cada dia a equipe da UPAC institua a redução de práticas isoladas e favoreça os encontros, em que o preconceito, o estigma e o difícil seja relativizado por todos que compõem a equipe do hospital clínico.

A experiência em transpor a internação hospitalar em psiquiatria para o hospital geral consolida uma diretriz da política nacional de saúde. No entanto, ainda urge consolidar um planejamento equânime com as necessidades do território de Fortaleza-CE onde a atenção em saúde mental está sendo construída.

Ademais, é essencial se adequar o custeio das internações psiquiátricas em prol de serviços voltados para a reabilitação psicossocial. As ações de saúde mental precisam acontecer

em rede, e esta, precisa ser estruturada e alicerçada com as premissas do paradigma psiquiátrico e da resolutividade.

A formação é uma estratégia importante na interação de práticas e saberes. A transversalização da prática em saúde mental transpõe o público e o privado, mas nesta mesma relação revela caminhos e trajetórias a serem seguidos, portanto, cabe a todos, caminhar.

REFERÊNCIAS

- ABREU, L. O.; MUNARI, D. B.; QUEIROZ, A.L.; FERNANDES, C.L. O trabalho de equipe em Enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Enferm.** v. 58, n. 2, 2005. p.203-207.
- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. II, n. 1/2, 1997. p. 5-20
- ALVES, D. S. M. et al. **A reestruturação da atenção em saúde mental: diretrizes e estratégias.** In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 195-202.
- AMARANTE, P. D.; GULJOR, A. P. Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização: a (Re)construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.
- AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M.I. (Org.) **Fim de século:** ainda manicômios? São Paulo: IPUSP, 1999. p.47-56.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995 .
- ANDRADE, L. O. M. et al. Saúde Mental & Cidadania: a resposta de Fortaleza, Ceará. **Divulgação em Saúde para Debate.** Rio de Janeiro, n. 40, p. 57-71, junho 2007.
- ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, jan. 2007. p. 207-215.
- ASSIS, M. M. A. et al. Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência coletiva de classificação. **Sitientibus:** Revista da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, n. 18, p. 64, jan/ jul, 1998.
- BERGAMINI C. W. **Psicologia aplicada à administração de empresas:** psicologia organizacional. São Paulo: Atlas; 1982.
- BIRMAN, J.; COSTA, J. F. **Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária.** In: AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica,* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 41-72.
- BOTEGA, N. J. (org.) **Serviços de saúde mental no hospital geral.** Campinas: Papyrus, 1995.
- BOTEGA, N. J. A assistência em saúde mental nos hospitais gerais: a atual situação no Brasil. **Cadernos IPUB,** v.6, 1997.
- BOTEGA, N. J.; DALGALARRONDO, P. **Saúde mental no hospital geral:** espaço para o psíquico. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde:** avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. 2ª. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 224,** de 29 de janeiro de 1992. Estabelece as diretrizes e normas para os atendimentos ambulatorial e hospitalar em saúde mental.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde** – CNES. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 19/06/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e a Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Editora MS, 2003.

BRONZ et al. **Acompanhamento terapêutico: uma prática em construção**. In: Anais do Congresso de saúde mental do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Te Corá, 1997.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teóricos-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

CANOLETTI, B. **Trabalho em equipe de saúde e de enfermagem: análise sistemática da literatura**. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1991.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

CESAR VAZ, M. R. C. **Trabalho em saúde: expressão viva da vida social**. In: LEOPARDI, M. T. O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Papalivros, v. 1, 1999. P. 47-67.

COSTA-ROSA, A. **O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar**. In: AMARANTE, P. Ensaios: Subjetividade, Saúde Mental e Sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 141-168,

DALL'AGNOL, C. M.; MARTINI, A.C. Reuniões de trabalho: mais que uma ferramenta administrativa, um processo educativo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis-SC, v. 12, n.1, 2003. p. 89-96

DELGADO, P. G. Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. **Cadernos do IPUB**, n. 14, 1999. p. 113-121.

DELGADO, P.G. Papel estratégico das unidades psiquiátricas em hospital geral na reforma psiquiátrica brasileira, **Caderno IPUB**, v.6, 1997.

- DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- DIAS, M. Saúde Mental: é possível uma política de saúde pública, coletiva, integral e de cidadania. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 23, dez. 2001. p. 86-95
- ESPIRIDIANO, E. Assistência em saúde mental: a inserção da família na assistência psiquiátrica. **Revista eletrônica de enfermagem**. Goiânia, v. 3, n. 1., Jan./Jun. 2001. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>> Acesso em: janeiro de 2008.
- FORTALEZA, **Política de Saúde Mental de Fortaleza**. Mimeo. Fortaleza, 2005.
- FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2005**. Saúde, Qualidade de Vida e a ética do cuidado. Imprensa Municipal. 2006.
- FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S.M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M.J.B. O trabalho de equipe no Programa Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v.13, n.2, 2005. p. 262-268.
- FOUCAULT, M. **A história da loucura**. São Paulo: Editora Perspectiva. 8ª edição. 2007.
- FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, n. 38, v. 2, p. 143-51, 2004.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 15, p. 345-53, 1999.
- FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR, H. M. **Integralidade na Assistência à saúde**: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E.; et al. (Org.) O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 125-133.
- GOLDBERG J. **Reabilitação como um processo**: o Centro de Atenção Psicossocial-CAPS. In: PITTA A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil, 1996.
- GREENHILL, M.H. **Psychiatric units in general hospital**. Hospital and Community Psychiatry, v.30, 1979.
- GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. **Quando a dádiva se transforma em saúde**: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 37-56.
- HOSPITAL BATISTA MEMORIAL. **Fachada do Hospital**. 2009. 1 fotografia, color. Disponível em: <<http://www.hospitalbatistamemorial.com.br>>. Acesso em: 23 de mar. 2009.
- INGRAM, H.; DESOMBRE, T. Teamwork in health care – lessons from the literature and from good practice around the World. **Journal of Management in Medicine**. v. 13, n. 1, 1999. P. 51-58.
- IRRIBARY, I. N. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. **Psicologia: reflexão e crítica**. v. 16, n. 3, 2003. p.483-490.
- JORGE, M. S. B. et al. Gestão de recursos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 417-25, jul./set. 2007.
- JORGE, M. S. B. et al. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 734-739, 2006.

- JORGE, M. S. B. **Práticas de abordagens terapêuticas grupais dos trabalhadores de saúde na produção do cuidado em saúde mental – Fortaleza/CE.** Relatório final da pesquisa. GRUPSFE-UECE: Fortaleza, fevereiro de 2009b, 201 p.
- JORGE, M. S. B.; RANDEMARK, N. F. R.; QUEIROZ, M. V. O. et al. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Rev. bras. enferm.** v. 59, n. 6, p. 734-739, 2006.
- JUNQUEIRA, L.A.P.; Intersetorialidade, Transetorialidade e redes sociais. **Revista de Administração Pública.** Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, , nov./dez, 2000. p. 35-45.
- KAMKHAGI, V. R. Horizontalidade. Verticalidade e transversalidade em grupos. In: BAREMBLITT, G. **Grupos: Teoria e técnica.** 4ª. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1986.
- LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo (orgs). **Cuidado – as fronteiras da integralidade.** 2ª ed. Rio de Janeiro. CEPESC/UERJ – ABRASCO, 2005, P 91-117.
- LEOPARDI, M.T. **Instrumentos de trabalho na saúde: razão e subjetividade.** In: LEOPARDI, M.T. (Org.) **O processo de trabalho em saúde. Organização e Subjetividade.** Florianópolis: Papa-livros, 1999. p.71-81.
- LORIMER, W.; MANION; J. Team-based organizations – leading the essential transformation. **PFCA review.** Spring, 1996.
- MACHADO, R. **Ciência e saber: a trajetória arqueológica de Foucault.** Rio de Janeiro: Editora Graal, 1988.
- MATHEUS, M. C.C. O trabalho em equipe: um instrumento básico e um desafio para enfermagem. **Rev. Esc Enfermagem USP.** v. 29, n. 1, 1995. p. 13-25.
- MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 20. n. 5. p- 1114-1416, set-out., 2004.
- MAYOU, R. **The history of general hospital psychiatry** *British Journal of Psychiatry,* v.155. 1898.
- MCCALLING, A. Interdisciplinary practice – a matter of teamwork: an integrated literatura review. **Journal of clinical nursing.** v. 10, 2001. p. 419-428.
- MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde.** São Paulo: Hucitec; 1994.
- MERHY, E. E. **A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território das tecnologias leves.** In: _____. **Saúde: cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde** In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 113-150.
- MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: HUCITEC, 1997b. p. 71-112.
- MERHY, E. E. **Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção.** In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e**

experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 15-35.

MERHY, E.E. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde:** os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) Inventando a mudança em saúde. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social:** teoria método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2008.

MION, J. Z.; SCHNEIDER, J. F. Leitos Psiquiátricos em hospital geral: visão de profissionais que atuam em hospital geral. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 1 p. 38 – 42, 2003. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/Revista>.

MUNARI, D.B. Processo grupal em Enfermagem: possibilidades e limites. **Rev. Bras. Enferm.** v. 50, n. 1, 1997. p. 37-52.

NICÁCIO, F. **O processo de transformação da saúde mental em Santos:** desconstrução de saberes, instituições e cultura. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1992.

OGATA, M. N.; FUREGATO, A.R.F.; SAEKI, T. Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil: convergências e divergências. **Nursing (São Paulo)**, São Paulo, v. 25, 2000. p. 24-29.

OLIVEIRA, F. B. **Construindo saberes e práticas em saúde mental.** João Pessoa: UFPB/Ed. Universitária, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Saúde Mental:** Nova Conceção, Nova Esperança. In: Relatório sobre a Saúde no Mundo. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2001.

PEDRÃO L.J. **Certezas e dúvidas do enfermeiro de unidade de psiquiatria de hospital geral: seu papel, sua educação.** Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1990.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** Tese de Doutorado. Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, 2001.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade do cuidado e da democratização das relações de trabalho.** In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.V.; MATTOS, R.A. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPES: ABRASCO, 2007.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe.** In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.) Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2006.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M.H.T. **Trabalho em equipe e processo grupal.** In: KURCGANT, P. (org.) Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 108-124.

- PETTENGILL, M. A. M.; ANGELO, M. Identificação da vulnerabilidade da família na prática clínica. **Rev. Esc. Enferm USP**. São Paulo, v. 40, n. 2, p. 280-5, 2006.
- PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006. p.65-112.
- PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. **Cuidado e integralidade**: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo (orgs). Cuidado – as fronteiras da integralidade. 2ª ed. Rio de Janeiro. CEPESC/UERJ – ABRASCO, 2005, P 21-36.
- PINTO, A.G.A. **Produção do cuidado em saúde mental**: significados e sentidos da prática clínica em Centro de Atenção Psicossocial. Dissertação de Mestrado. Fortaleza, Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde. Universidade Estadual do Ceará, 2008. 192p.
- PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador. v. 13, n.1/2, abr./out. 2000. p. 83-92.
- PITIÁ, A. C. A.; FUREGATO, A.R.F. O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** 2009 (prelo).
- PITTA, A. F. **Redes, territórios, intersectorialidade e Saúde Mental**. Congresso ABRASCO 2006. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. 26 diapositivos, color.
- ROBBINS S. P. **Comportamento organizacional**. São Paulo: Prentice Hall, 2002.
- ROTELLI, F. **A instituição inventada**. In: NICÁCIO, F. (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-99.
- ROTELLI, F.; AMARANTE, P. **Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil**: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Psiquiatria no hospício: contribuição para o estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. **Centros de Atenção Psicossocial e equipes de saúde da família**: diretrizes e experiências no Ceará. In: LANCETTI, A. et al. **Saúde Loucura Nº 7: Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 167-188.
- SANTOS, Adriano Maia dos et al . Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, jan. 2007 .
- SCHOFIELD, R.F.; AMODEO, M. Interdisciplinary teams in health care and human services settings: are they effective? **Health & Social Work**. v. 24, n. 3, 1999. P. 210-219.
- SCHRAIBER, L. B. Planejamento, gestão, avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.4, n.2, 1999.
- SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n.1, p. 127-34, 2008.
- SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 77-89.

SONENREICH, C.; ESTEVÃO, G. **Psiquiatria no Hospital Geral**: Atividades no Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira, TEMAS, vol.52, 1996.

SPADINI, L. S.; SOUZA, M.C.B.M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Rev Esc Enferm USP**. v.40, n.1, 2006. p. 123-127.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. Rev. **História, Ciências, Saúde** - Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

TOLEDO, B. **Repensando a prática do profissional em saúde mental**: o profissional de referência como meio para instituir desvio na clínica. Programa de Aprimoramento. Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2007.

TRAVERSO-YEPEZ, M.; MORAIS, N. A.. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa social em ciências sociais**: A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

WASH, J. E. Building the occupational health team – keys to successful interdisciplinary collaboration. **AAOHN Journal**. v.53, n.4, 2005. p. 166-70.

WIECHA, J.; POLLARD, T. The interdisciplinary eHealth Team: chronic care for the future. **J. Med Internet Res**. v.6, n.3, 2004. p.22.

ZOBOLI, E. Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007. p. 63-78.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa sobre **PRÁTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL: SABERES, POSSIBILIDADES E CUIDADO NA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA EM HOSPITAL GERAL.**

O objetivo desta pesquisa é analisar as práticas da equipe de saúde mental em uma unidade psiquiátrica no hospital geral. A pesquisa utilizar-se-á um estudo de caso com abordagem qualitativa. E como instrumentos de coleta dos dados utilizaremos a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática. Para a análise dos dados qualitativos utilizaremos a Análise de Conteúdo de Minayo. A pesquisa não oferece riscos aos participantes.

Os participantes da pesquisa terão acesso às informações, liberdade para desistir a qualquer momento, como também serão respeitados quanto ao sigilo e confiabilidade das informações e identificações. Em nenhum momento serão lesados financeiramente. As informações coletadas no decorrer do estudo somente serão utilizadas para os propósitos da pesquisa. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi elaborado de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, específico para ser assinado pelo entrevistado e submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Qualquer dúvida entrar em contato com: Elizângela Gonçalves Caçula pelo fone: (85) 3247-2820 ou (85) 8815-3571.

Declaro que fui informado (a) sobre o assunto acima resumido e que tive respostas para minhas dúvidas. Desta forma, concordo em participar deste projeto de pesquisa.

Fortaleza, Ce, ___/___/___.

Assinatura do(a) Participante

Elizângela Gonçalves Caçula
Pesquisador – Mestrado Saúde Pública/UECE

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista para os trabalhadores de saúde

Entrevista
Data: ___/___/___
Início: _____
Término: _____
Código do Entrevistado: _____

1 . Caracterização do (a) entrevistado (a):

Idade: _____ Sexo: _____

Profissão/Ocupação: _____

Tempo de experiência profissional: _____

Tempo de atuação na saúde mental: _____

2 . Questionamentos sobre:

2.1. O que é para você trabalhar em equipe?

2.2. Fale sobre suas atividades individuais desenvolvidas na Unidade Psiquiátrica Ana Carneiro.

2.3. Fale sobre suas atividades coletivas desenvolvidas na Unidade Psiquiátrica Ana Carneiro.

2.4. O que você aponta com relação aos limites, avanços e perspectivas do trabalho em equipe desenvolvido na unidade psiquiátrica localizada no hospital geral?

APÊNDICE C – Roteiro de Observação no Campo

Observação
Data: ___/___/___
Início: _____
Término: _____
Código do Entrevistado: _____

1. Caracterização da Unidade:

- Tempo de Funcionamento
- Números de Enfermarias
- Número de Leitos
- Serviços Oferecidos
- Higiene do ambiente

2. Atividades individuais e coletivas desenvolvidas pela equipe: consultas, atendimentos individuais, grupos terapêuticos, projetos terapêuticos, encaminhamentos, orientações, etc.

3. Integração da equipe da Unidade Psiquiátrica Ana Carneiro com outros serviços de saúde mental.

4. Limites, avanços e perspectivas das práticas de saúde mental operadas pela equipe numa unidade psiquiátrica no Hospital Geral.

ANEXO

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE



Universidade Estadual do Ceará
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
 Av. Paranjana, 1700 Campus do Itaperi CEP. 60.740-000 Fortaleza-Ce
 Fone: 3101.9890 E-mail: cep@uece.br

Fortaleza (CE), 03 de dezembro de 2008

Título: "Práticas da equipe de saúde mental em uma unidade psiquiátrica no Hospital Geral".

Protocolo No-08476448-1 de 24/11/2008. FR 233401

Nome: Elizângela Gonçalves Caçula. Orientadora: Prof^ª. Maria Salete Bessa Jorge.

Parecer

A presente investigação caracteriza-se por ser um estudo de caso, com abordagem qualitativa. O campo empírico no qual se desenvolverá a pesquisa será a cidade de Fortaleza. O estudo será desenvolvido na Unidade Psiquiátrica Ana Carneiro, localizada dentro de um hospital clínico, o Hospital Batista Memorial (HBM). Em julho de 2007, o HBM, pautado na evolução histórica da saúde e mais especificamente da saúde mental, realiza uma parceria com o Instituto Dr. Vandick Ponte propiciando a abertura da unidade Ana Carneiro. Disponibilizando um total 35 leitos, distribuídos da seguinte forma: 30 leitos SUS e 05 leitos de convênios credenciados pela Rede Suplementar e particulares. A referida unidade presta assistência para portadores de transtornos mentais graves, exceto os usuários de substâncias psicoativas. São assistidos, usuários de primeira internação ou com até seis internamentos e/ou jovens. Os participantes da pesquisa serão os profissionais que compõem a equipe multiprofissional formada por médicos, assistente social, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais e auxiliares de enfermagem. Como critério de inclusão, inicialmente serão selecionados de forma aleatória um representante de cada membro da equipe técnica (várias profissões) e uma amostragem significativa dos representantes de nível médio (auxiliar de enfermagem). Para coleta dos dados da pesquisa aplicar-se-á a técnica de entrevista que contempla o universo censitário dos 29 profissionais que compõe a equipe da unidade conceitual. Uma amostra inicial de 5 profissionais de nível superior e 5 de nível médio será tomada para obter os primeiros dados que possibilitarão iniciar a análise. Será adotado como critério de exclusão os auxiliares de serviços gerais, os estagiários e os prestadores de serviço que durante a pesquisa estiverem exercendo atividade na unidade. Será utilizada a técnica da entrevista semi-estruturada, além da observação sistemática da prática para reconhecimento do cotidiano da equipe. Como instrumentos de coleta de dados serão considerados: o roteiro para entrevista, onde será aplicado para um representante de cada categoria profissional e o diário de campo que será utilizado para transcrição da percepção do pesquisador sobre o transcorrer da investigação. Para a análise do material empírico, coletado com base nas entrevistas, optou-se por uma aproximação com a análise de conteúdo crítica e reflexiva. O referido projeto é relevante e de interesse para as instituições envolvidas. O orçamento está explícito, em valores monetários, sendo financiado pela pesquisadora, importando em R\$ 1.559,00, contendo despesas de custeio, suportadas pela mestranda Elizângela Gonçalves Caçula. O TCLE para as entrevistas aos membros equipes está adequado ao projeto. O projeto está bem estruturado e é relevante havendo retorno para o sujeito e a comunidade. Ele atende aos ditames da resolução 196/96 do CNS, portanto, está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE. E o relatório final deverá ser apresentado ao CEP ao término do estudo".

Prof.ª. Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE

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](#)