

LUCÍOLA GALVÃO GONDIM CORRÊA FEITOSA

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: DO SIGNO
ALIENISTA A UMA POSSÍVEL (RE) SIGNIFICAÇÃO NO CONTEXTO DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA?**

MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

UFPI

TERESINA / 2007

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

LUCÍOLA GALVÃO GONDIM CORRÊA FEITOSA

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: DO SIGNO
ALIENISTA A UMA POSSÍVEL (RE) SIGNIFICAÇÃO NO CONTEXTO DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA?**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em
Políticas Públicas, da Universidade Federal do Piauí,
como parte dos requisitos para obtenção do título de
Mestre em Políticas Públicas, sob a orientação da
Prof^a. Dr^a. Lúcia Cristina dos Santos Rosa.

UFPI

TERESINA / 2007

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: DO SIGNO
ALIENISTA A UMA POSSÍVEL (RE) SIGNIFICAÇÃO NO CONTEXTO DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA?**

LUCÍOLA GALVÃO GONDIM CORRÊA FEITOSA

Dissertação de Mestrado submetida ao Curso de Mestrado em Políticas Públicas do Centro de
Ciências Humanas e Letras da Universidade Federal do Piauí, na área de Concentração:
Estado e Políticas Públicas.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Lúcia Cristina dos Santos Rosa – UFPI
Orientadora e Presidente

Examinador

Examinador

TERESINA / 2007

*Reune as energias benéficas que se encontram disponíveis, e com elas
impregna o teu ser e a tua ação.*

*Dessa maneira equilibraras um pouco da desarmonia que se avoluma
no mundo.*

*Lembra-te de que maior alcance do que o falar tem o viver, mais
impida do que as palavras claras e a ação correta.*

Tua vida deve ser tua mensagem.

Teu trabalho e servir em silêncio.

Teu instrumento, a entrega.

Teu campo de labor, a vida interna.

Tuas sementes, as chispas da luz latente em teu ser.

Recebeste as chaves para iniciar nova jornada.

*Adianta os passos, pois tens as bênçãos dos céus por tua pureza de
intenções.*

Jose Trigueirinho Neto

A DEUS, onipotente, onipresente, e onisciente em nossas vidas pelo dom da vida e amor incondicional.

A Maria, mae cast ssima, indelevel em nossa protecao e guarda, seja sempre presença constante em nosso lar e em nossas vidas.

*Ao Alan, esposo e amigo de todas as horas, amor presente em minha vida; pelo carinho, apoio e dedicacao que iluminam a minha vida.
Amo voce!*

AGRADECIMENTOS

Ao meu avô, António Urbano Cavalcante Gondim (in memoriam) que neste ano partiu, mas que em vida sempre demonstrou confiança em minha capacidade e sempre me fez forte quando precisei. Sua história de vida é exemplo de dedicação, benevolência, amor, humildade e resignação.

Ao meu avô, António Diomedes Galvão (in memoriam), manso e humilde de coração, que muito me ensinou com sua simplicidade, seu sorriso ficará para sempre comigo.

Aos meus pais, Francisco António Urbano Sales Gondim e Maria Margareth Galvão Gondim, pela vida, estímulo e confiança.

Aos meus irmãos, Lígia e Anderson, pela amizade e risos contagiantes.

A minha orientadora, Dra. Lúcia Cristina dos Santos Rosa, que iluminou meu caminho com suas sábias orientações e me fez aprender muito com suas leituras e seu conhecimento.

Ao Professor Dr. Francisco de Oliveira Barros Júnior, pela valorosa contribuição no Exame de Qualificação e pelas competentíssimas aulas ministradas que produziram em mim uma 'sede de saber', o que contribuiu para o meu crescimento.

A Dra. Judite Oliveira Lima Albuquerque e a Dra. Lídyia Tolstenko Nogueira, exemplos e estímulos desde os tempos de graduação, pelo apoio, incentivo, exemplo, suavidade e reconhecimento. Em muitos momentos me espelho em vocês e nos sábios conselhos que sempre dirigiram a mim, muitas vezes em tom maternal.

A minha amiga, Márcia Milanês, pela amizade e companheirismo, presente em todos os momentos.

À Universidade Federal do Piauí e à Coordenação do Mestrado em Políticas Públicas, pela oportunidade e pelos saberes adquiridos em mais essa jornada.

Aos Professores Doutores do Mestrado em Políticas Públicas/UFPI, Rosário Silva, Dione Moraes, Simone Guimarães, Guiomar Passos e Maria D'Alva, pelas aulas e discussões em Políticas Públicas, aprendi muito com vocês.

A Faculdade Integral Diferencial - FACID, em especial ao Professor Paulo Raimundo Machado Vale e Dra. Maria Joseci Lima Cavalcante Vale, pelo apoio em prol do conhecimento.

A Dra. Márcia Astrês Fernandes, Diretora do Hospital Areolino de Abreu - HAA, pelo apoio e atenção, sempre disponibilizando o material solicitado, o que foi indispensável para a pesquisa.

Aos companheiros do Mestrado em Políticas Públicas/UFPI, Tânia, Elvira, Maria Helena, Edilson, Derivaldo, Íris, Lourdes, Iolanda, Manuela e Giovana, pelo convívio harmonioso e pela oportunidade de fazer novas amizades.

A Neila Palácios, sempre dedicada e atenciosa em todas as solicitações.

A Professora Mestre Adriana da Cunha Menezes Parente, pelas preciosas contribuições na construção deste estudo.

A Professora Doutora Ana Valéria Marques Fortes Lustosa, pela contribuição no Exame de Qualificação.

Aos participantes do estudo, pela disponibilidade ao conduzirem as entrevistas.

Aos meus alunos do Curso de Graduação em Enfermagem (Faculdade Integral Diferencial/FACID e Universidade Federal do Piauí/UFPI), por se constituírem no fruto de um grande desafio, a formação profissional na área de Saúde Mental.

Ao cidadão que vive com algum transtorno mental e seu cuidador, estamos plantando sementes no Rompimento dos Muros através da Humanização, continuamos buscando caminhos...

SUMÁRIO

Lista de Siglas

Resumo

Abstract

APRESENTAÇÃO

CAPÍTULO 1

OS TEMPOS E AS FUNÇÕES DO HOSPITAL GERAL E DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NA SOCIEDADE MODERNA

1.1	Protoformas do hospital geral contemporâneo	20
1.2	Emergência e desenvolvimento do hospital geral contemporâneo	27
1.3	O surgimento e as transformações do hospital psiquiátrico no mundo Ocidental	31
1.3.1	Emergências das reformas psiquiátricas no Pós Segunda Guerra Mundial	34
1.4	A emergência do modelo hospitalocêntrico no Brasil	39
1.4.1	Gênese e desenvolvimento histórico do modelo hospiciocêntrico no Brasil e no Piauí	40

CAPÍTULO 2

FORMAÇÃO PROFISSIONAL E A CLÍNICA DA REFORMA: O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO AINDA COMO LÓCUS DOS SABERES E DAS PRÁTICAS DE ENSINO

2.1	Os caminhos da formação profissional na área de saúde	58
2.1.1	As expressões paradigmáticas do relatório flexneriano e do SUS	59
2.1.2	Diretrizes curriculares e formação profissional	72
2.2	Desvelando a clínica da reforma	90

CAPÍTULO 3

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1	Eixos teórico-metodológicos da pesquisa	100
3.2	O campo da pesquisa e a pesquisa de campo	106
3.2.1	Organização dos protocolos científicos e éticos	108
3.2.2	Os sujeitos envolvidos no estudo	108
3.3	Procedimentos para a coleta e registro das informações: construindo instrumentos para a análise	112
3.4	O surgimento das categorias e a análise das informações: clarificando o objeto de estudo	113

CAPÍTULO 4

FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO HOSPITAL AREOLINO DE ABREU: MANEIRAS DE PENSAR, MANEIRAS DE AGIR

4.1	O hospital psiquiátrico como hospital de ensino	118
4.2	A equipe multiprofissional como egrégora salutar	131
4.3	A construção e condução da formação profissional no hospital psiquiátrico	143

CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
-----------------------------	-----

REFERÊNCIAS	162
--------------------	-----

ANEXOS E APÊNDICES

LISTA DE SIGLAS

ACSM – PI – Associação Comunitária de Saúde Mental do Piauí
AIS – Ações Integradas de Saúde
AMA – Associação Médica Americana
AMRP – Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CELAM – Conselho Episcopal Latino-Americano
CEO – Centro Especializado em Odontologia
CES – Câmara de Educação Superior
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNE – Conselho Nacional de Educação
CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGERTS – Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
ENADE – Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
FACID – Faculdade Integral Diferencial
FAMEPI – Faculdade de Medicina do Piauí
FESPI – Fundação de Ensino Superior do Piauí
FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa
FUFPI – Fundação Universidade Federal do Piauí
HAA – Hospital Areolino de Abreu
HDTNP – Hospital de Doenças Tropicais Dr. Nathan Portella
HGV – Hospital Getúlio Vargas
HILP – Hospital Infantil Lucídio Portella
IAP – Instituto de aposentadoria e Pensão
IAPM – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
IAPRS – Associação Internacional dos Serviços de Reabilitação Psicossocial
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IES – Instituição de Ensino Superior

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INEP – Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental

LDB – Lei de diretrizes e Bases da Educação Superior

MDER – Maternidade Dona Evangelina Rosa

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NOVAFAPI – Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PNASH – Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares

PPC – Projeto Pedagógico de Curso

PRH – Programa de Reestruturação Hospitalar

PSF – Programa de Saúde da Família

PSMC – Programa de Saúde Mental Comunitária

PTM – Portador de Transtorno Mental

SESAPI – Secretaria de Saúde do Piauí

SESU – Secretaria de Ensino Superior

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior

SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais

SRT – Serviço de Residência Terapêutica

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UESPI – Universidade Federal do Piauí

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFPI – Universidade Federal do Piauí

RESUMO

FEITOSA, Lucíola Galvão Gondim Corrêa. **Formação Profissional no Hospital Psiquiátrico: do signo alienista a uma possível (re) significação no contexto da reforma psiquiátrica?** 2007. 173p. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Centro de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2007.

Apesar de todas as conquistas do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira no redirecionamento do modelo assistencial psiquiátrico brasileiro, o modelo hospitalocêntrico persiste como modalidade hegemônica de atenção e ensino. Teoricamente prevalece a leitura negativa dessa organização que, para Goffman (1996) é uma instituição total; para Foucault (1978) é uma instituição que tem por tarefa aniquilar o não ser (da loucura) e para Basaglia (1985) é uma instituição de violência. Essa visão ganha aceitação até mesmo de organismos internacionais, como a Organização Panamericana de Saúde, que a visibilizam pelos seus aspectos iatrogênicos e violadores de direitos humanos. Historicamente é impossível negar essa fase cruel, repressora, controladora e violadora dos hospitais psiquiátricos. Nesta perspectiva o presente estudo partiu da seguinte indagação: como é possível implementar a formação profissional baseada na reforma psiquiátrica, tendo por campo de prática de estágio, de pesquisa e de ensino, o hospital psiquiátrico? Tem por objetivo compreender como se dá a formação profissional dos discentes de nível superior tendo como base os pressupostos da reforma psiquiátrica no HAA e inventariar as preocupações centrais inseridas no cotidiano de prática docente em termos de aproximação aos objetivos propostos pela Reforma Psiquiátrica, descrevendo as possíveis contribuições da prática docente na concretização da reforma psiquiátrica a partir das práticas no HAA. A metodologia adotada foi qualitativa, e as estratégias de campo empregadas nesse estudo de caso foram: a entrevista focada na experiência didático-pedagógica dos sujeitos da pesquisa complementada pelas técnicas de observação direta e observação participante. O período de coleta das informações ocorreu nos meses de agosto a dezembro de 2006. O campo empírico focou o Hospital Areolino de Abreu, um hospital escola público estadual, referência da assistência e do ensino em psiquiatria, no Piauí, para os cursos de enfermagem, serviço social, psiquiatria e psicologia, de cinco instituições de ensino superior. Constituíram-se como sujeitos da pesquisa 06 docentes de 04 categorias profissionais distintas. A análise das informações aponta as contradições vivenciadas no cotidiano da formação profissional pelos docentes e a nosso ver ainda não houve uma ressignificação da formação profissional no âmbito do Hospital Psiquiátrico. Embora hegemonicamente a formação ainda se centre em tal instituição, ela ainda tem que ser repensada no contexto da reforma psiquiátrica, tendo em vista que as diretrizes do Ministério da Saúde apontam para a diminuição de sua importância. Os depoimentos dos docentes indicaram a necessidade de um repensar da função do HAA como espaço de formação profissional, o que ainda está por ser feito. Acreditamos que para tal, há que haver empenho de cada docente em particular, da direção do HAA e dos gestores dos currículos das IES.

PALAVRAS-CHAVES: Formação profissional; Hospital psiquiátrico; Reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

FEITOSA, Lucíola Galvão Gondim Corrêa. **Professional formation in the Psychiatric Hospital: of the alienist sign to possible meaning in the context of the psychiatric reform?** 2007. 173p. Thesis (Master in Public Politics) - Center of Languages and Human Sciences, Federal University of Piauí, Teresina, 2007.

Although all the conquests of the Movement of the Brazilian Psychiatric Reformation in the new direction of the assistance model psychiatric Brazilian, the hospital center model persist as hegemonic modality of attention and education. Theoretically the negative reading prevails of this organization that, for Goffman (1996) is a total institution; for Foucault (1978) it is an institution that has for task to overwhelm not to be (of madness) and for Basaglia (1985) it is a violence institution. This vision gains acceptance of international organisms even though, as the Organization Panamerican de Health, that appearance it for its doctor behavior and violating aspects of human rights. The history is impossible to deny this cruel, repression phase, controller and violator of the psychiatric hospitals. In this perspective the present study it left of the following investigation: how it is possible to implement the established professional formation in the psychiatric reform, having for field of practical of period of training, of research and education, the psychiatric hospital? It has for objective to understand as if it gives the professional formation of the learning of superior level having as base the estimated ones of the psychiatric reform in the HAA and to inventory the concerns inserted central offices in the daily one of practical professor in terms of approach to the objectives considered for the Psychiatric Reformation, describing the contributions of the practical professor in the concretion of the psychiatric reform from the practical ones in the HAA. The adopted methodology was qualitative, and the used strategies of field in this study of case had been: the interview focus in the didactic-pedagogical experience of the citizens of the research complemented for the techniques of direct comment and participant comment. The period of collection of the information occurred in the august months december of 2006. The empirical field focus the Hospital Areolino de Abreu, a hospital state public school, reference of the assistance and education in psychiatry, in the Piauí, for the courses of nursing, social service, psychiatry and psychology, of five institutions of superior education. 06 professors of 04 distinct professional categories had consisted as citizens of the research. The analysis of the information points the contradictions lived deeply in the daily one of the professional formation for the professors and ours to see still it did not have a new meaning of the professional formation in the scope of the Psychiatric Hospital. Although hegemony the formation still if centers in such institution, it still it has that to be rethink in the context of the psychiatric reform, in view of that the lines of direction of the Health department point with respect to the reduction of its importance. The depositions of the professors had indicated the necessity of one to rethink of the function of the HAA as space of professional formation, what still it is for being made. We believe that for such, it has that to have persistence of each professor in proper, of the direction of the HAA and the managers of the resumes of the IES.

KEY-WORDS: Professional formation; Psychiatric hospital; Psychiatric reformation.

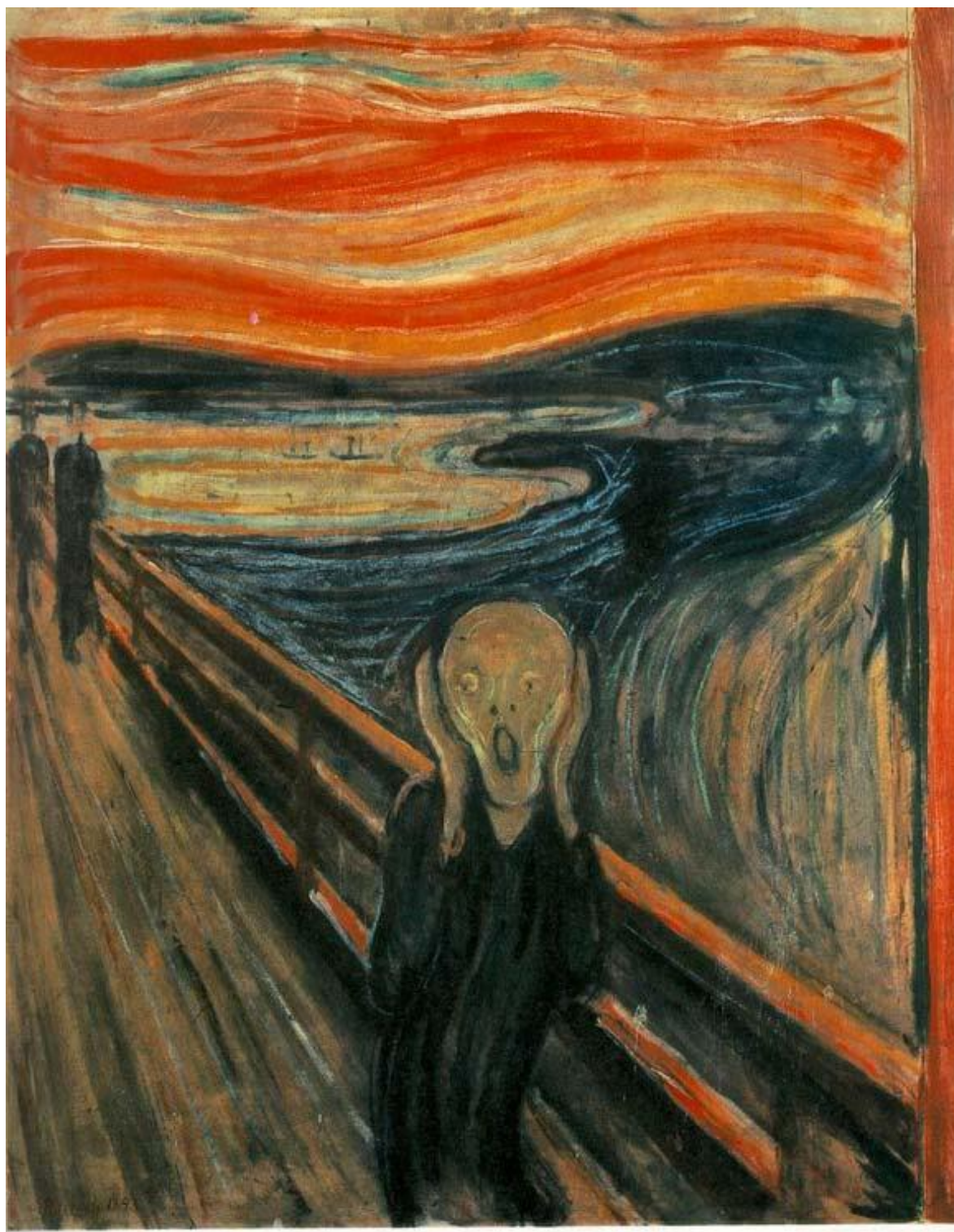
APRESENTAÇÃO



Estigmatizado, de Paul Klee

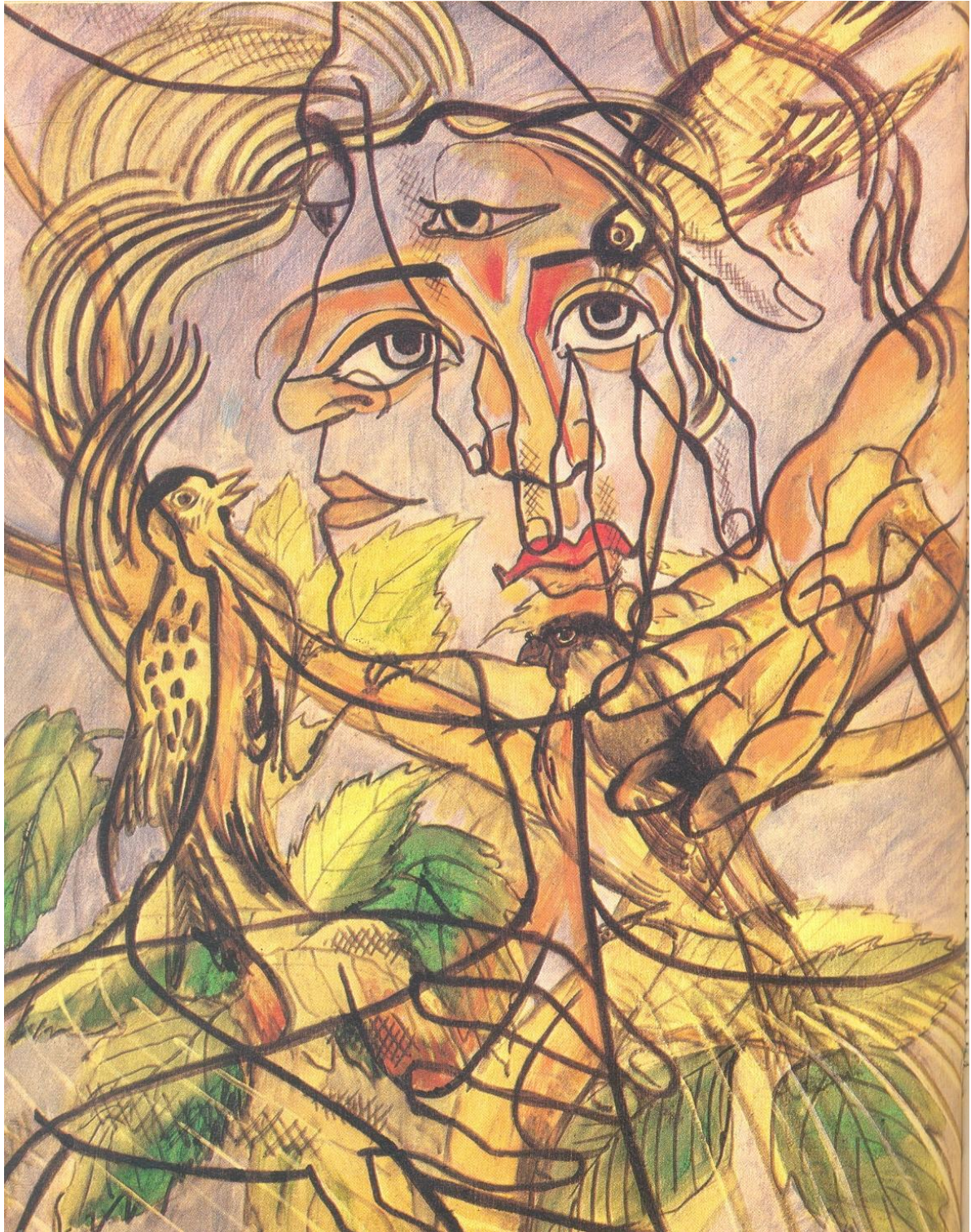
CAPÍTULO 1





O Grito, de Edvard Munch

CAPÍTULO 2



Tarín, de Francis Picabia

CAPÍTULO 3





Os Girassóis, de Vincente Van Gogh

CAPÍTULO 4



CONSIDERAÇÕES FINAIS



REFERÊNCIAS



ANEXOS E APÊNDICES



F 311f Feitosa, Lucíola Galvão Gondim Corrêa.
 Formação profissional no hospital psiquiátrico: do signo alienista a
 uma possível (re) significação no contexto da reforma psiquiátrica? /
 Lucíola Galvão Gondim Corrêa Feitosa. – Teresina: UFPI, 2007.
 173p. : il.

 Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Centro de Ciências
 Humanas e Letras - Universidade Federal do Piauí.
 Orientação: Lúcia Cristina dos Santos Rosa.

 1. Formação profissional. 2. Hospital psiquiátrico. 3. Reforma
 psiquiátrica. I. Título.

C. D. D. 370.11

APRESENTAÇÃO

A busca é contínua e sobre ela repousa um tripé de convicções: a de que me sinto apenas no início de uma longa caminhada; a de que preciso continuar buscando; e a certeza de que minha busca, apesar de todos os esforços, será interrompida antes de chegar aonde gostaria de chegar (FERNANDO PESSOA).

A escolha pelo tema *Formação Profissional no Hospital Psiquiátrico: do signo alienista a uma possível (re) significação no contexto da reforma psiquiátrica?* Encontra-se diretamente vinculada à área de inserção profissional desta pesquisadora na docência do ensino superior no curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (2003-2005) e na Faculdade Integral Diferencial (desde 2005) e se constitui num esquadrinhar apaixonado pela política de saúde mental, em seus avanços e retrocessos.

Ao perquirir por este caminho, outrora como graduanda em enfermagem (1998) e agora como docente, pude vivenciar mais de perto o cotidiano dos profissionais que atuam dentro do hospital psiquiátrico e que vivenciam *in loco* os impactos do processo de reforma psiquiátrica.

Valendo-me então desta experiência didático-pedagógica no exercício de minhas atividades docentes dentro de um hospital psiquiátrico em Teresina, sendo este, o principal hospital de ensino do Estado do Piauí e referência no tratamento de pessoas com transtorno mental e constituindo-se como o maior prestador de serviços da rede estadual do Estado do Piauí, começara a surgir o interesse pelas inquietações vivenciadas no cotidiano do hospital psiquiátrico. Tais inquietações fazem parte do cotidiano dos docentes dos cursos de graduação na área de enfermagem, serviço social, psicologia e medicina de diversas faculdades do Estado do Piauí e que utilizam o hospital psiquiátrico como campo de prática de estágio, de pesquisa e de ensino.

Discutir esse tema interessa, diretamente, a quem vive o desafio de ocupar dois lugares muitas vezes contraditórios no exercício da docência para os cursos de graduação (enfermagem, serviço social, psicologia e medicina) de diversas faculdades do Estado do Piauí e que utilizam o hospital psiquiátrico como campo de prática de estágio, pesquisa e ensino. Esses dois lugares, a saber, sala de aula e hospital psiquiátrico, a primeira, onde se lecionam teoricamente assuntos

que versam sobre a reversão do modelo assistencial em direção à cidadania, vida comunitária e gestão do cotidiano, temas que se confrontam com as vivências no cotidiano da prática hospitalar. Conseqüentemente, o segundo, como campo empírico de nosso estudo, o hospital psiquiátrico, que no seu dia-a-dia, em geral, contradiz diretamente a temática analisada e discutida em sala de aula.

Em terrenos assim contraditórios, ao que parece, somos solicitados a responder a 'dois senhores'. E, com frequência, as respostas recaem nos paradoxos: os paradoxos pressupostos pela reforma psiquiátrica, da qual me utilizo no curso de graduação *versus* efetivamente a manutenção de muitas práticas manicomiais. Em algumas ocasiões, convive-se com expressões do tipo 'mas na prática...', numa negação ou restrição ao que pretende os princípios reformistas, protegidos que ficamos todos por não ter como justificar, nem para o hospital nem para a academia, as divergências de nosso trabalho assistencial.

Na realidade, refletir sobre essas questões orientaram o desafio de construir esse estudo em que houve momentos de muitas reflexões, de incertezas; mas, sobretudo, de um grande encontro com o objeto de estudo e *pari passu* com sua complexidade. Um tema encantador e ao mesmo tempo desafiador; encantador, por se constituir em um elo entre duas vertentes apaixonantes para esta pesquisadora, a educação e a saúde mental. Desafiador, porque ao mesmo tempo, ambas convergem em seus avanços e retrocessos, mas sobremaneira no seu processo de constante devir.

Nesse aspecto, algumas indagações se firmaram a exigir respostas sobre como é possível implementar a formação profissional baseada na reforma psiquiátrica, tendo por campo de prática de estágio, de pesquisa e de ensino, o hospital psiquiátrico? Para nortear esse estudo, suscitaram-se outras questões:

- ✚ Como estabelecer e efetivar a formação profissional dos discentes de nível superior tendo como base os pressupostos da reforma psiquiátrica no Hospital Areolino de Abreu - HAA?
- ✚ Quais são as preocupações centrais que se inserem no cotidiano de prática do docente em termos de aproximação aos objetivos propostos pela Reforma Psiquiátrica?
- ✚ De que modo o docente em suas práticas contribui para a concretização da Reforma Psiquiátrica?

Com esses pressupostos, este trabalho se configura na presente Dissertação de Mestrado que parafraseando Santos (2002), se constitui em um texto final exigido como condição parcial para obtenção do grau acadêmico de Mestre, e seu principal alicerce “consiste no aprofundamento, isto é, na identificação, tratamento e fechamento de uma questão científica de maneira competente e profunda” (SANTOS, 2002:46).

Nessa direção, o estudo busca compreender como se dá a formação profissional dos discentes de nível superior tendo como base os pressupostos da reforma psiquiátrica no HAA e inventariar as preocupações centrais inseridas no cotidiano de prática docente em termos de aproximação aos objetivos propostos pela Reforma Psiquiátrica, descrevendo as possíveis contribuições da prática docente na concretização da reforma psiquiátrica a partir das práticas no HAA. Os sujeitos da pesquisa foram seis docentes e o estudo fundamentou-se na pesquisa qualitativa.

Em termos gerais, as principais dificuldades e desafios ao desenvolvimento desta pesquisa foram os concernentes ao agendamento e posterior execução das entrevistas, assim como a recusa da maioria dos participantes do estudo em fornecer a ementa das disciplinas na área de saúde mental, da qual são titulares. Dessa forma, as estratégias de campo empregadas nesse estudo de caso foram: a entrevista focada na experiência didático-pedagógica dos sujeitos da pesquisa complementada pelas técnicas de observação direta e observação participante. O período de coleta das informações ocorreu nos meses de agosto a dezembro de 2006.

Almejando atender aos objetivos expostos, o resultado do presente estudo encontra-se estruturado, em quatro capítulos.

No primeiro capítulo, *Os tempos e as funções do hospital geral e do hospital psiquiátrico na sociedade moderna*, reconstruímos a trajetória histórica do processo de institucionalização do modelo hospitalocêntrico na sociedade Ocidental, identificando as influências das mudanças econômicas, científicas e societárias em sua conformação.

O segundo capítulo, *Formação profissional e a clínica da reforma: o hospital psiquiátrico ainda como locus dos saberes e das práticas de ensino* resgata os caminhos da formação profissional na área de saúde e discute o desvelar da clínica da reforma em suas expressões teóricas e práticas no que diz respeito ao

cotidiano dos cursos de Enfermagem, Serviço Social, Psicologia e Medicina que se encontram inseridos no hospital Areolino de Abreu e deste fazem uso para suas práticas de ensino, pesquisa e extensão.

No terceiro capítulo, *Trajetória metodológica*, o intuito foi o de conduzir o leitor ao campo de pesquisa, apresentando seus eixos teórico-metodológicos, os sujeitos envolvidos no estudo, a construção dos instrumentos para análise e o surgimento das categorias.

O quarto capítulo apresenta a *Formação Profissional no Hospital Areolino de Abreu: Maneiras de Pensar, Maneiras de Agir*, e converge para a análise em três categorias temáticas que discorrem sobre o hospital psiquiátrico como hospital de ensino, a equipe multiprofissional como egrégora salutar e a construção e condução da formação profissional no hospital psiquiátrico.

Em síntese, o presente estudo pretende contribuir para o enriquecimento das reflexões acerca da formação profissional no hospital psiquiátrico, em especial no Hospital Areolino de Abreu, fomentando novos diálogos e questionamentos nessa área, protagonizado por toda a equipe multiprofissional que se insere no hospital psiquiátrico como terapeuta e/ou docente e se constitui como formadores de opinião dos futuros profissionais: enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e psiquiatras.

Refletir sobre as práticas docentes neste momento foi singular dado os 100 anos, completados pelo Hospital Areolino de Abreu em 25 de janeiro de 2007, o que se espera então, é que este trabalho possa se constituir em um presente ao analisar as práticas e sinalizar para mudanças que apontam no endosso da cidadania e de uma formação profissional mais fortalecedora do SUS e da reforma psiquiátrica.

CAPÍTULO I

OS TEMPOS E AS FUNÇÕES DO HOSPITAL GERAL E DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NA SOCIEDADE MODERNA

*Para tudo há um tempo, para cada coisa há um momento
debaixo dos céus:*

*Tempo para nascer, e tempo para morrer; tempo para plantar, e
tempo para arrancar o que foi plantado; tempo para matar, e
tempo para sarar; tempo para demolir, e tempo para construir;
tempo para chorar, e tempo para rir; tempo para gemer, e tempo para
dançar; tempo para atirar pedras, e tempo para ajuntá-las;
tempo para dar abraços, e tempo para apartar-se.*

*Tempo para procurar, e tempo para perder; tempo para guardar, e
tempo para jogar fora; tempo para rasgar, e tempo para costurar;
tempo para calar, e tempo para falar; tempo para amar, e tempo
para odiar; tempo para a guerra, e tempo para a paz
(ECLESIASTES 3, 1-8).*

Este capítulo tem por objetivo reconstituir a trajetória histórica do processo de institucionalização do modelo hospitalocêntrico na sociedade Ocidental. Tal empreitada se faz necessária por várias razões. Primeira, o hospital é uma instituição datada e situada no tempo e em cada sociedade. Segunda, no seu transcurso histórico incorporou várias funções, dentre as quais a de ensino e pesquisa, que foram se transformando em decorrência das alterações econômicas, políticas, científicas, tecnológicas e sociais. Dessa forma, será identificada como uma instituição que muda historicamente, sendo influenciado e também influenciando mudanças econômicas, científicas e societárias. No item 1.1 – apresentam-se as protoformas do hospital geral, o desenho do que alguns autores consideram como os primeiros estabelecimentos que, em seu tempo histórico e na cultura específica em que emergiram, tiveram suas funções, guardadas as devidas distâncias e contextos, relativamente análogas ao que contemporaneamente é cumprida pelos hospitais gerais. Os hospitais na antiguidade até a Idade Média se constituíram de forma hegemônica como entidades religiosas, assumindo uma identidade predominantemente assistencial, em alguns momentos também se conformaram como espaços repressivos. No item 1.2 – retrata-se o contexto sócio-histórico que demandou alterações substanciais no hospital geral da Idade Média, a partir dos avanços científicos e de mudanças profundas na economia e na

concepção de ser humano, ocasião em que emerge o hospital geral contemporâneo, totalmente medicalizado, com sua identidade voltada para a cura, o ensino, a pesquisa e a prática médica. No item 1.3 – promove-se uma reconstituição da emergência dos hospitais psiquiátricos na Europa, destacando-se na França, um modelo a partir da teoria alienista, que apregoa o tratamento moral e o isolamento terapêutico. Nesta ocasião, é mostrado como a instituição se modifica em diferentes contextos históricos e tradições teóricas. No item 1.4 – resgata-se o processo de criação, consolidação e expansão do modelo hospitalocêntrico no Brasil e sua crítica, que culmina com o processo de reforma psiquiátrica, em curso no país a partir dos anos 90, como política pública. No item 1.5 – reconstitui-se a implantação da assistência psiquiátrica no Piauí, mostrando que o Hospital Areolino de Abreu tornou-se o eixo deste processo.

O resgate da história do modelo hospitalocêntrico no mundo Ocidental, sobretudo na Europa, nos Estados Unidos e no Brasil foi empreendido tendo em vista oferecer o “pano de fundo” histórico, político, cultural, econômico e científico em que se configurou o objeto de estudo – o Hospital Areolino de Abreu – em sua função de hospital de ensino.

1.1 PROTOFORMAS DO HOSPITAL GERAL CONTEMPORÂNEO

A guisa de introdução, de maneira sintética, para maior compreensão dos percalços vividos pelo hospital contemporâneo, valemo-nos aqui, de um pouco da história social desta instituição. Historicamente, a instituição hospitalar descende da Grécia Antiga, suas atividades atravessaram o Império Romano, os primeiros cristãos, passando pela Idade Média e adentrando a Idade Moderna sob o signo do hospital geral. O curso seguido pela instituição hospitalar no século XXI reservar-se-á aos caminhos percorridos outrora, às lições aprendidas, as esperanças depositadas naqueles que continuamente buscam caminhos em prol de uma saúde mais digna e no reordenamento do próprio sistema de saúde, no qual o hospital configura-se como um de seus eixos.

Na Grécia Antiga, por volta do século VI a.C., tem origem em Tessália o culto a *Asklepion* (Esculápio, para os latinos), uma divindade curadora, que segundo Antunes (1991, p.19) motivou a edificação de estabelecimentos em toda a Grécia para onde os doentes acorriam na esperança de serem curados por

intercessão divina. Tais templos constituíram-se em sítios suntuosos e providos de encanto e beleza paisagística.

No Império Romano, a assistência aos doentes, tinha caráter doméstico e era atribuição devida ao *Pater familiae*, a quem cabia zelar, na saúde e na doença, por todas as pessoas de sua casa, conforme Antunes (1991, p.31). Em Roma, entre os séculos I antes e depois de Cristo, foram instaladas as primeiras instituições médicas dedicadas especificamente ao abrigo e tratamento de doentes: os *Valetudinaria*¹ que podem ser considerados como os precursores do hospital no Ocidente. Durante a gestão de Alexandre Severo, de 205 a 235 d.C., o Império Romano edificou as primeiras salas para o ensino médico – as *scholamedicorum* – e regulamentou sua carreira e docência, sendo este o primeiro registro de que se têm conhecimento. Roma não fundara hospitais em perímetro urbano porque à época, como afirma Antunes (1991, p.33), nada insinuava a primazia do atendimento aos enfermos em estabelecimentos criados especificamente para esse fim, já que o costume dos romanos era cuidar dos enfermos em casa.

Os primeiros hospitais cristãos surgem a partir do século IV d.C. fundados pelo clero em nome dos fundamentos da nova fé e para atender às diversas modalidades de assistência social. À época eram difundidas sete tarefas da caridade cristã, entre elas: alimentar os famintos, saciar a quem tem sede, hospedar os estrangeiros, agasalhar a quem passa frio, cuidar dos enfermos e visitar os presos, assim como, sepultar os mortos. Na consecução de tais tarefas, eram concedidas a remissão dos pecados e o merecimento de indulgências.

Rosen (1980, p.40) relata que o imperador Justiniano, cuja gestão transcorreu nos anos de 527-565, regulamentou os asilos existentes em sua época. No Código Justiniano figura os *Brephotrophia* como os asilos que recebiam crianças enjeitadas pelos pais; os *Orphanotrophia*, para os órfãos; os *Gerontodochia* que recebiam os idosos; os *Ptocotrophia*, pobres e desamparados; os *Xenodochia*, que anos depois receberiam o nome de *Hospitium*, eram os refúgios dos forasteiros; *Lobotrophia* como asilos que assistiam os inválidos e os “leprosos”; os *Nosocomia*, próximos ao hospital que concebemos hoje e que recebiam doentes em geral.

¹ Hospitais militares de campanha, cujo nome deriva de *Valetudo*, sinônimo de deusa *Salus*, deusa conservadora da saúde, que se identificava com a deusa *Higéia* dos gregos e que personificava a prosperidade e o bem-estar do povo.

Assim sendo, os *Xenodochia* (refúgio dos forasteiros) foram compelidos a adicionar serviços de enfermagem às suas tarefas de hospitalidade, passando desse modo, a diferenciar pouco dos *Nosocomia*.

Dentre os primeiros e principais *Nosocomia* daquela época, Antunes (1991, p.41) destaca aquele organizado por São Basílio junto ao convento que ele estabeleceu no ano de 369 em Cesaréia, na Capadócia, sua sede episcopal, distante cerca de 800 quilômetros ao leste de Antioquia, na Ásia Menor. Para Faxon (1943), essa instituição é o modelo utilizado na difusão do hospital cristão em todo o Império Romano. Dentre diversos outros hospitais renomados, Childeberto I, rei dos francos, inaugurou em 542, aquele que até nossos dias viria a ser reconhecido como Hotel-Dieu de Lyon, reformado inúmeras vezes desde então.

Os *Nosocomia* e os *Xenodochia* constituíram a base de um sistema de atenção às doenças que ampliou o número de beneficiados. Contrariando a medicina grega, o cristianismo primevo não propugnava a origem natural das doenças, e sim, assimilava-as aos castigos divinos, pondo à prova a têmpera dos fiéis.

O cuidado destinado aos corpos enfermos era realizado de modo paliativo, complementar à condução das almas; pois para a efetivação da cura, mais do que medicamentos, seriam essenciais à conversão, o arrependimento e a oração.

O fim da antiguidade e o início da Idade Média são delimitados basicamente por três fatos históricos, que para Antunes (1991, p.49) são: a transferência para Constantinopla da capital do Império Romano; a divisão de seus domínios entre Arcádio e Honório (os dois filhos de Teodósio); a tomada de sua porção ocidental por Odoacro, rei dos hérulos, que em 476 subjugou Rômulo Augustulo.

No campo da atenção às doenças, duas inovações merecem ser citadas como marcos da passagem a nova era. Para Antunes (1991, p.49), a primeira delas é premonitória das alterações medievais e adveio das idéias introduzidas pela doutrina teológica de Santo Agostinho de Tagaste (354-430) que reconciliou o cristianismo com a cultura clássica, aproximando-o progressivamente da filosofia laica e possibilitando uma prolongada e frutífera conjunção entre ciência e religião, revolucionando assim o funcionamento dos hospitais cristãos e permitindo a apropriação dos conhecimentos disponíveis para a prática clínica.

A segunda inovação medieval nesse campo foi a iniciativa de São Bento de Núrsia (480-547) que organizou a Ordem monástica em 524. A Ordem de São Bento espalhou-se então por toda a Europa modificando consideravelmente a relação dos clérigos/devotos e ampliando a assistência aos doentes.

Na Alta Idade Média, por iniciativa de Cassiodoro² ou do próprio São Bento, quase todos os conventos da Europa organizaram instalações anexas de um *Nosocomium* ou de um *Xenodochium*. Embora a medicina leiga não tenha desaparecido totalmente no Ocidente, durante a Alta Idade Média, o número de práticos não-religiosos diminuiu sensivelmente o exercício da arte de curar. A procura pelos mosteiros, pela maioria dos enfermos, tornara-se não apenas a melhor opção, como talvez a única possibilidade de uma assistência especializada. Bullough (1966) traz um registro do Capítulo XXXVI da Regra Beneditina, no qual São Bento reveste a atenção aos enfermos de fundamental importância para a organização funcional dos mosteiros:

Antes de tudo e acima de todas as coisas, há que se cuidar dos doentes, servi-los como ao Cristo, pois Ele dissera: 'Eu estava doente e tu me visitaste!'. (...) Que o abade esteja atento para que eles não sofram negligências. Que seja designada uma sala especial para os irmãos doentes e um atendente cuidadoso, diligente e que tema a Deus (...). Que o abade esteja atento para que eles não sejam negligenciados pelos despenseiros e atendentes, pois ele deve responder por todos os descuidos de seus discípulos³.

Na Baixa Idade Média as ordens monásticas que sucederam aos beneditinos também apregoavam o dever de tratar os doentes da forma como desejariam ser tratados. Permanece o modelo dos mosteiros com um *Nosocomium* ou *Xenodochium* anexo, com pelo menos um *receptaculum* para assistência aos doentes, pobres e viajantes; alguns eram constituídos por uma seção especial, o *infirmarium*, uma enfermaria.

A origem dos termos hospital e hospício surgem na Baixa Idade Média. O termo hospital designa as instituições de atenção aos doentes e surgiu em decorrência de uma determinação do Concílio de Aachen (Aix-la-Chapelle), realizado em 816. O termo grego *nosokhomeion* fora traduzido para o latim e tornou obrigatório a instalação e construção do *Hospitalis pauperum* pelos bispos nas

² Patrício romano que fundou um mosteiro com vasta biblioteca e uma escola de medicina, onde eram obrigatórios a leitura regular de obras médicas (Hipócrates, Galeno e outros), sua compilação e o estudo das ervas medicinais.

³ *The Rule of St. Benedict*, translated by Dom Justin McCann, Latrobe, Penn.: The Archabbey Press, 1950.

dioceses e pelos abades em seus conventos. Nesse mesmo período, a palavra “hospício” passou a ser atribuída aos *Xenodochia*, apontando uma notável diferença entre a etimologia do termo e a sua acepção atual.

Desde os seus primórdios no século IV os hospitais cristãos mantiveram-se ininterruptamente em funcionamento até seu apogeu no século XII e XIII, quando surge o declínio rápido e a conversão para instituições públicas de prestação de assistência social geridas pela iniciativa laica.

Diversos fatores asseguram e propiciam a multiplicação dos hospitais, dentre os quais, destacam-se a expedição de várias incursões militares e religiosas a partir do século XI.

As Cruzadas se constituem em um dos marcos do início da Baixa Idade Média e promovem a instalação de vários *Nosocomia* e *Xenodochia* por mobilizarem multidões de peregrinos em movimentação constante entre as cidades, o que tornou mais intensa a instalação dos hospitais cristãos desde a Europa Ocidental até a Terra Santa.

A necessidade dos hospitais surge em decorrência dos transtornos provocados pelas Cruzadas, pois tais multidões promoviam uma invasão de pessoas famintas e exaustas, onde muitas se encontravam doentes ou feridas em combate. Ainda em decorrência das Cruzadas, surge uma burguesia dedicada à indústria e ao comércio, o que revigora as cidades e favorece a construção de novos hospitais.

A maior força motriz da edificação de hospitais dirigidos aos benefícios dos carentes e desprovidos é, para Antunes (1991, p.64), a Irmandade do Espírito Santo, criada por Guy de Montpellier em 1170, uma das principais organizações de enfermagem do mundo medieval.

À Irmandade do Espírito Santo é atribuída a instalação do primeiro hospital na América. Além da construção de novos hospitais, a Irmandade melhorou os já existentes e incitou a desvinculação dos mesmos das igrejas e claustros, estimulando-os a assumirem um perfil mais definido de estabelecimentos específicos de atendimento aos doentes, diferenciando-os dos antigos *Xenodochia*.

As Ordens Monásticas, além de corporações assistenciais, podem ser consideradas como as primeiras organizações medievais de repasse institucional da sabedoria e da prática médica através do ensino da arte e da cura. Somente a partir do século IX é que os conhecimentos monásticos passam a ser oferecidos ao público leigo que buscava instrução nos conventos.

Ao final da Idade Média, inúmeras congregações cristãs haviam fechado as casas que mantinham, conforme Antunes (1991, p.72), transferindo assim para a iniciativa laica, os serviços assistenciais, de hospitalidade, ensino e atenção às enfermidades. Assim, ainda antes do Renascimento, os hospitais foram subtraídos da hierarquia eclesiástica pelas municipalidades em virtude de diversos fatores, entre os quais podemos destacar: a incapacidade de coibir a malversação dos recursos destinados a sua manutenção, o cerceamento pelos conflitos e disputas com o poder civil e pela insatisfação com os constantes atritos gerados pela competição entre monges médicos e profissionais leigos que praticavam a arte da cura.

Ao contrário do que se imaginava no período imediatamente posterior à secularização, poucas características se alteraram, os representantes do poder público ao assumir suas tarefas de gestão e controle estiveram apenas preocupados em se sobrepor à Igreja, mantendo-a em uma posição subordinada. Tal situação perdurou até o século XVI, a partir de então, é que as transformações econômicas e sociais que acompanharam o Renascimento repercutiram nos hospitais gerais, impondo-lhes novos parâmetros e alterando o conteúdo de sua inserção na vida urbana.

Os hospitais preservaram o seu caráter de estabelecimentos de assistência social durante toda a Idade Moderna, agora não mais voltada à realização das vocações piedosas, mas às obrigações tidas como de interesse coletivo como, por exemplo, albergues para pobres e doentes desprovidos e contenção de grupos populacionais considerados potencialmente perigosos à vida em cidades (mendigos, imigrantes e portadores de moléstias repulsivas e/ou contagiosas).

No século XV surge o termo “lazareto” para designar outro tipo de estabelecimento hospitalar destinado a recolher e isolar pessoas vindas de cidades ou regiões em que grassava a peste bubônica. Ante a propagação da peste, o termo lazareto passou a se referir, de modo depreciativo, aos dispensários para os doentes de lepra.

Os leprosários, de fato, serviram de modelo à instalação dos lazaretos, mas, cada qual, preservou características funcionais distintas e autônomas. Os lazaretos estão mais associados à realização de quarentenas preventivas para o

controle de fluxos migratórios em um período histórico posterior. Os leprosários eram tipicamente destinados à exclusão social e ao recolhimento asilar.

Foucault (1978) afirma que o papel abandonado pelo leproso no século XIV seria, por muito tempo ainda, infligido aos pobres, aos presidiários, aos vagabundos e aos alienados.

Surgidos com a lepra, os procedimentos de exclusão social de doentes e seu recolhimento asilar teriam ultrapassado e sobrevivido ao surto medieval daquela enfermidade, destacando-se enquanto mecanismos de controle da vida urbana.

O legado da exclusão social advindo com a lepra teria configurado para Foucault (1978), o primeiro paradigma para atenção à doença mental:

A lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimí-la, mas sim mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa. Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se ponha de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado (FOUCAULT, 1978:93).

O hospital moderno configurou um novo tipo de instituição sanitária que continuara preferencialmente devotada aos desprovidos e atendia não apenas aos enfermos, mas também às vítimas de toda sorte de infortúnios, a quem despendiam não serviços médicos, mas cuidados gerais e assistência social.

O intuito principal que segundo Thompson; Goldin (1975) teriam motivado a retomada dos hospitais não teria sido outro senão a instituição de um sistema de ajuda social minimamente eficaz, que permitisse fazer da cidade um lugar mais saudável para se viver.

O hospital moderno teria evoluído paulatinamente, até assumir o perfil contemporâneo, como afirma Rosen (1980, p.137). Cisneros (1954, p.48) destaca que a partir do século XVII, os hospitais começaram a assumir como prioridade as tarefas do cuidado a assistência aos enfermos, enquanto outros estabelecimentos, como as casas de trabalho na Inglaterra, foram se destacando como instituições diferenciadas, para suprirem funções asilares. Para Thompson; Goldin (1975, p.40), os hospitais construídos a partir de meados do século XVIII teriam antecipado uma disposição contemporânea, pois obedeceram a critérios de racionalização de recursos.

O “dispensário” surge em Londres e depois nas demais províncias britânicas em meados do século XVIII como o primeiro exemplo de outro tipo de instituição sanitária, que consistia naquilo a que hoje chamamos de unidades hospitalares de consulta externa e que visava a despender cuidados médicos e de hospitalidade em regime isento de internação. O termo “ambulatório”⁴ também foi aplicado para nomear os dispensários, usados por pessoas que podiam se locomover por seus próprios meios, sendo a internação prescindível.

Rosen (1980, p.138) destaca alguns elementos propiciadores que favoreceram a gradual conversão do hospital geral que emergira da secularização das entidades cristãs de atenção às doenças nos estabelecimentos de saúde de nossos dias: a introdução da medicina profissional em seus recintos; a redefinição de seu perfil institucional; a especificação de suas atribuições terapêuticas e o aproveitamento racional dos recursos disponíveis.

A caridade como parte de um propósito medieval e extemporâneo de promover assistência de modo indiscriminado a todos os necessitados em virtude de sua vinculação com os religiosos trouxe sérias dificuldades para a gestão hospitalar durante toda a Idade Moderna, um modelo desse fato foi o Hotel-Dieu de Paris.

No fim do século XVIII, um estudo sobre o Hotel-Dieu de Paris⁵ concluiu que a instituição constituía-se como um modelo negativo para a organização hospitalar, um protótipo de tudo quanto os hospitais deveriam evitar na gestão contemporânea. Os hospitais cada vez mais passam a ser identificados como locais insalubres, “lugar para o pobre morrer”.

Em suma, a identidade e as funções do hospital típico da Idade Média entram em crise, exigindo intensas mudanças para cumprir novas funções que a nascente sociedade moderna demanda.

1.2 EMERGÊNCIA E DESENVOLVIMENTO DO HOSPITAL GERAL CONTEMPORÂNEO.

Este subitem tem por objetivo apresentar a emergência e o desenvolvimento do hospital geral contemporâneo, mostrando como esta instituição é ressignificada a partir da

⁴ Originalmente designava as passagens encobertas ao redor de um claustro ou a via de procissão em torno do altar de uma basílica.

⁵ Os primeiros registros datam de 829, situado às margens do Rio Sena, no coração de Paris, onde permaneceu por mais de mil anos, o Hotel-Dieu apresentava taxa de mortalidade de um em cada quatro doentes.

constituição da sociedade moderna, sendo totalmente medicalizada a partir das possibilidades que o desenvolvimento científico permitiu, transformando-se então em uma instituição de cura, de ensino e pesquisa.

Como desdobramento dos resultados consignados historicamente pela Revolução Francesa, emerge entre os séculos XVII e XVIII a sociedade burguesa, com os representantes dos comerciantes se tornando hegemônicos no poder Estatal, representados no Estado Moderno. Inicia-se o desenvolvimento da sociedade capitalista.

Na nova sociedade há uma ressignificação de toda ordem social justificada por várias teorias, sobretudo pelo *jus naturalismo*. Há uma secularização da visão de mundo, com a separação entre a Igreja e o Estado onde cada indivíduo passa a ter uma relação de deveres e de direitos para com o Estado. O ser humano passa a ser percebido em sua importância individual, como pessoa, e não mais em função de uma linhagem ou descendência. Também é visto como fonte da riqueza das nações, tendo cada ser humano um valor em si mesmo e para o desenvolvimento das riquezas de cada Estado. Essa visão antropocêntrica comanda o desenvolvimento das novas relações entre seres humanos e destes com a natureza. O ser humano passa ser entendido como senhor de si e de seus atos, um ser livre, surgindo o cidadão moderno, a pessoa ativa e que é livre para estabelecer relacionamentos com base no contrato social. Assim, o ser humano passa a ser percebido como construtor de sua realidade, a partir do livre arbítrio e do uso da razão.

Neste contexto, o desenvolvimento científico ganha intenso impulso, sobretudo na área da saúde, com o trabalho do francês Louis Pasteur, no campo da microbiologia, que revoluciona conceitual e metodologicamente a área de combate às doenças infecciosas e Claude Bernard que aprimorou os métodos de estudo da fisiologia (BERTOLLI FILHO, 1996). A partir do método científico introduzido por René Descartes (1596-1650) (pensamento cartesiano) a medicina passa a incorporar os conceitos mecanicistas da ciência, promovendo-se uma intensa separação entre a mente e o corpo (FONTES, 1995). O corpo humano é percebido analogicamente de maneira mecânica, metaforicamente como um “mecanismo de relógio” (IDEM). Simultaneamente, a ciência passa a ser encarada como instrumento de emancipação humana, ganhando força social, política e econômica ao propor soluções que asseguram a salubridade humana. Com a intensificação da

industrialização, concentrada no espaço urbano, há uma intensa migração do campo para as cidades, que passa a abrigar, em pouco tempo, e de maneira desordenada, uma população cada vez maior. Neste cenário, são improvisadas as moradias, o que paulatinamente repercute nos sistemas de água e escoamento urbano, ficando o saneamento urbano totalmente comprometido.

Com base nos saberes científicos, paulatinamente há um reordenamento urbano, explícito, por exemplo, no trabalho da “polícia as famílias” (DONZELOT, 1986) que esquadrinha e perpassa todo tecido social, disciplinando o meio ambiente, modo de vida nas cidades e os hospitais. Estes passam a ter uma nova arquitetura e organização funcional

O hospital geral é medicalizado, com os médicos assumindo a direção destes estabelecimentos, que ganham uma nova imagem com a intensificação de seu caráter terapêutico e higiênico. Sua população interna, composta anteriormente por várias pessoas consideradas improdutivas para o capital (prostitutas, desordeiros, órfãos, viúvas, pessoas com deficiência, criminosos etc), é redistribuída, com o fenômeno da desospitalização, limitando-se o seu público alvo aos doentes. Assim, o hospital geral tem sua face e função social transformada, passa a ser um local de cura, ensino e pesquisa médica.

Foucault (1978, p.80) relata a anulação dos efeitos negativos do hospital como o primeiro fator de transformação que deu origem ao hospital contemporâneo; o segundo fator residiria no deslocamento da intervenção médica que passou a privilegiar outros objetos para sua ação.

O estatuto de contemporaneidade do hospital foi conferido a partir do estabelecimento da distribuição do espaço como elemento da terapêutica, como lugar ideal para a constituição do microcosmo individualizado, afirma Antunes (1991, p.163). Foram essas mudanças que instituíram a figura paradigmática do doente, pelo predomínio do paradigma newtoniano-cartesiano. Com ele “os médicos passaram a concentrar suas atenções na máquina corporal e a negligenciar os aspectos psicológicos, sociais e ecológicos da doença” (FONTES, 1995:18).

Os avanços científicos permitiram a assimilação pela medicina do conceito da etiologia específica das doenças, traduzida na relação causa e efeito, em que um único agente específico seria o causador de uma doença.

O fortalecimento da busca das relações causais e do agente causador da doença conformou uma leitura reducionista da pessoa doente, o que levou ainda à

busca de medicamentos específicos para eliminar os microorganismos patogênicos, reforçada pela descoberta da penicilina em 1928, fato que deu início à era dos antibióticos.

Com o centro da atenção no hospital; o foco do olhar médico na biologia e na fisiologia e com o desenvolvimento da farmacologia, a base da ação médica, paulatinamente, concentrou-se na doença, conseqüentemente, nos exames laboratoriais; nos medicamentos e na internação. A sociedade e o Estado Moderno delegam ao médico e aos serviços de saúde o poder de decidir sobre a saúde individual e coletiva.

O desenvolvimento de novas tecnologias de equipamentos e a produção de novos medicamentos reforça a visão mecanicista da medicina e os valores da sociedade capitalista, calcada no lucro e na mercantilização de tudo. Tal tendência é reforçada e ganha nova vitalidade em 1910 quando é lançado o relatório Flexner. O médico e educador americano Abraham Flexner (1866-1959) foi comissionado pela Fundação Carnegie dos Estados Unidos para realizar um estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos da América e Canadá, publicado em 1910. Como desdobramento deste relatório é criado o modelo flexneriano que passa a orientar o ensino médico americano, tendo significativas repercussões no mundo Ocidental, sobretudo no Brasil. Este modelo consolidou-se em virtude das recomendações apontadas por Abraham Flexner que ao visitar as 155 faculdades de medicina existentes, identificou que destas, 120 apresentaram péssimas condições de funcionamento, cujas conclusões tiveram amplo impacto na formação médica culminando com o fechamento de várias destas escolas médicas que não tinham condições adequadas de ensino, levando nos anos seguintes ao financiamento de várias outras escolas para que se adequassem ao modelo John Hopkins. (SANTANA; CAMPOS; SENA, 2006).

O *Medical Education in the United States and Canada*, conhecido como Relatório Flexner, fundamenta-se na especialização da medicina orientada ao indivíduo. O seu conteúdo influenciou profundas repercussões não só na formação médica, mas, sobretudo, na estrutura organizacional e funcional do sistema público de saúde em várias partes do mundo. O Relatório Flexner tratava entre outros assuntos da redução do número de instituições de ensino existentes à época, influenciando não apenas a formação, mas também a prática médica, tanto naquele país como em todo o mundo. Consolidou-se, assim, o paradigma da medicina

científica, que orientou o desenvolvimento das ciências médicas, do ensino e das práticas profissionais em toda a área da saúde ao longo do século XX. As características ainda hoje tão marcantes da educação superior nessa área, quais sejam a segmentação em ciclos básico e profissional, o ensino baseado em disciplinas ou especialidades e ambientado predominantemente no hospital, a integração docente-assistencial, têm origens neste Relatório.

Com o contínuo desenvolvimento científico e tecnológico, e a conseqüente diversificação de possibilidades propedêuticas e terapêuticas, o Relatório Flexner foi conduzido à glória e, paradoxalmente, também à limitação do modelo que hoje alcunhamos de flexneriano, dada a crescente expansão dos gastos, associada ao consumo de mais e mais possibilidades de diagnósticos e tratamentos, em contraste com a escassez de recursos para seu custeio, mormente no caso dos países pobres ou em desenvolvimento, explica esse aparente paradoxo (SANTANA; CAMPOS; SENA, 2006). Na década de 40, os primeiros sinais de desgaste do modelo flexneriano já se faziam sentir. No pós-guerra, com a introdução do estado de bem-estar social nos países europeus foi colocada em discussão nos Estados Unidos a questão da assistência médica. É neste contexto que surge a proposta da reforma preventivista e da medicina integral, encampada pela própria Associação Médica Americana (AMA), antecipando-se a propostas mais radicais que propugnavam a intervenção do Estado na assistência médica.

Dos intensos custos do modelo hospitalocêntrico e como resposta a lutas sociais, sobretudo nos Estados Unidos e na Europa surgem várias propostas visando à implantação de novos modelos de atenção em saúde na comunidade, no domicílio, na atenção primária, que passam a ser difundidos pela Organização Pan-Americana de Saúde, tal como ocorreu em Alma Ata (1978) que ficou definida como a “Saúde para todos até o ano 2000”.

Mesmo com todos os esforços de alguns países Ocidentais em universalizar a assistência, descentralizá-la do hospital e da doença, o modelo hospitalocêntrico e a medicina baseada no modelo cartesiano mantêm seu predomínio, reforçados pela “Medicina das Evidências”, que ainda leva o profissional de saúde a focar sua intervenção na doença e nos medicamentos que agem no corpo doente. Como afirma Ribeiro, as “novas drogas perseguem o agente infeccioso no corpo doente, tentando inibir sua reprodução (bacteriostase) ou

destruí-lo (ação bactericida). Não mais é, unicamente, uma tecnologia do corpo social: é, sobretudo, do corpo individual adoecido” (RIBEIRO, 1993:58).

Como um dos desdobramentos dos avanços científicos no Mundo Ocidental a relação médico-paciente passa preponderantemente a ser centrada na doença, no organismo ou órgão afetado. O profissional dialoga mais intensamente através de diagnósticos e cada vez mais, com os avanços da tecnologia hospitalar, através de equipamentos.

A histórica resolutividade apresentada pelo hospital geral, que cumpre uma importante função curativa, atendendo o “paciente” comumente em um caso de urgência ou emergência, ou seja, em situações em que os sintomas de sua enfermidade encontram-se exponenciados, reforçam a sua legitimidade social, mas também a dimensão autoritária que minimiza o cidadão, pois tem como público alvo o “paciente”.

Por paciente entende-se o sofredor resignado, manso, vítima, doente, aquele que recebe a ação praticada por um agente. Nos sentidos usuais do termo já se percebe a negatividade impressa à condição de paciente, uma condição duplamente negativa.

O caráter duplamente negativo deve-se ao fato de que o doente hospitalizado experimenta a doença como um fator de negação de si mesmo, o qual pode conduzi-lo à morte, quer tendencial, quer efetivamente. Por outro lado, a doença, o internamento nos estabelecimentos médicos contemporâneos também é vivenciado como fator de negação da pessoa enferma (ANTUNES, 1991:164), onde conforme o autor, os contornos da cidadania tendem a ser suspensos.

A ação hospitalar ao oferecer destaque para a doença, para os procedimentos diagnósticos e terapêuticos, para a alta tecnologia; e os efeitos adversos da intensa medicalização, exemplificado, de um lado, nas infecções hospitalares e nas iatrogenias e, de outro lado, na impessoalidade que passa a espelhar suas relações; mostram os efeitos contraditórios da instituição, como espaço de vida e morte, humanização e desumanização; construção e destruição da cidadania. Com toda força de suas possibilidades e limitações o hospital geral se mantém, se consolida e se renova influenciado por forças internas no campo científico e por forças oriundas das mudanças sociais, políticas e econômicas, conformando-se assim o modelo hospitalocêntrico a partir de sua especificidade histórica e da formação social de cada sociedade.

1.3 O SURGIMENTO E AS TRANSFORMAÇÕES DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NO MUNDO OCIDENTAL

O objetivo deste subitem é recompor o cenário sócio-histórico que possibilitou a criação do hospital psiquiátrico na França, levantando todo ordenamento teórico que configurou uma maneira específica de compreensão e de abordagem da pessoa com transtorno mental e da sua enfermidade, materializando-se em uma maneira específica de tratamento, que se consolidou, tornando-se hegemônico e se expandindo no mundo Ocidental.

Com a emergência da sociedade moderna, uma nova compreensão do louco e da loucura é demandada. No processo de secularização do Hospital Geral, sobretudo quando este sai da alçada das irmandades religiosas e passa para a gestão do poder público, em 1789, inicia-se um processo de classificação de seus internos, constituída por uma variedade de pessoas em diferentes situações sociais, tendo como única condição homogeneizadora, a sua origem de classe, sendo no geral, pobres. Assim inicia-se a desospitalização que encaminha os aptos ao trabalho para instituições de cunho repressivo-assistencial, onde a correção moral pelo trabalho se impõe; as mulheres idosas, viúvas e as crianças órfãs eram encaminhadas para as instituições nascentes, de assistência social. Os loucos figuram como um dos poucos personagens que ainda permanecem ocupando este espaço social, posto que na sociedade baseada no trabalho humano, na razão, que funda a cidadania, o louco, percebido como inapto para o trabalho é um personagem ainda sem lugar definido.

Neste novo contexto social, no século XVIII, é Phillippe Pinel que vai justificar a permanência dos loucos na condição de clausura, ao justificar sua condição como de doença/alienação. A alienação é concebida como uma enfermidade das “paixões”, uma questão moral. Com seu arcabouço teórico e intervenções cria a psiquiatria, primeira especialidade médica, tendo como marco histórico a criação da ciência alienista por que: a) justifica o asilamento; b) cria um saber, expresso no arranjo nosográfico que promove e estabelece uma relação de poder entre médico e alienado, por intermédio do tratamento moral (CASTEL, 1978).

Dessa maneira, é criado o asilo, posteriormente denominado hospital psiquiátrico, com uma diferença substancial em relação ao hospital geral, congregando simultaneamente as funções de assistência (abrigo, lugar de moradia, alimentação, gestão cotidiana da vida de seus moradores); de cuidados médicos e de produção da ciência. Assim, a loucura é medicalizada.

No plano jurídico o louco é encarado de maneira ambivalente pela lei francesa de 1838. Considerado um alienado, doente, de um lado é equiparado à criança, sendo justificada sua tutela, custodiada pela psiquiatria. De outra maneira, é considerado imprevisível e por isso perigoso. Incapaz de discernimento e perigoso torna-se inimputável.

Estabelece-se o que Delgado (1992) chama de “psiquiatrização do crime e criminalização da loucura” fatos que conferem à psiquiatria o poder de seqüestrar o “doente” alienado, por meio da internação asilar.

Com esses pressupostos justifica-se o princípio do “isolamento terapêutico” dinamizado pela ciência alienista nascente. Tal princípio, transposto das ciências naturais que entendia que para conhecer um objeto de estudo seria necessário colocá-lo em um meio totalmente controlado, para ser bem observado, acompanhando o método científico experimental. Dessa maneira, o isolamento partia de uma base epistemológica, sendo alçado a princípio terapêutico. Neste contexto, Pinel foi considerado um revolucionário.

Assim, o louco e a loucura transformam-se, através da norma médica, em uma questão da alçada do Estado e dos trabalhadores de saúde, diferente da Idade Média, quando era uma questão exclusiva de sua família.

Castel (1978) ao referir-se à criação dos asilos na França admite que com a internação asilar dá-se a modernização das práticas do Antigo Regime, que, por se repetirem, ganham características, dimensões e legitimidades diferentes. A instituição hospitalar de caráter meramente repressivo passa a sofrer uma metamorfose.

Em suma, no tratamento moral instituído por Pinel, como terapêutica, usava-se o afastamento do indivíduo das causas da enfermidade e das outras possíveis forças de oposição à cura, sobretudo a família (ROSA, 2003). Uma rigorosa disciplina era imposta na gestão dos asilos e no cotidiano dos “alienados”. O trabalho era um dos itens no processo de cura, pela geração de esforço e, conseqüente produção de suor. Este tratamento perdeu gradativamente sua força no final do século XIX. A perspectiva positivista se acentua na medicina, centrando sua análise na base biológica e anatômica, a anátomo-patologia. No campo da psiquiatria, sua vertente alemã ganha hegemonia a partir de 1883 com a obra de Emil Kraepelin que entende a doença mental como enfermidade do encéfalo.

As explicações físicas e morais vão oscilar em termos de hegemonia, em vários momentos históricos. Com a descoberta do inconsciente por Sigmund Freud, as explicações “morais” retornaram com força no século XX.

Na segunda metade do século XX, a quimioterapia tornou-se uma importante área de pesquisa e prática do tratamento da “doença mental”, cujas bases biológicas de estudo foram reforçadas. Em 1949, foi descrito o tratamento da excitação maníaca com o lítio, considerado um momento importante na história da psicofarmacologia, e que passa a ser o início de um processo farmacológico no tratamento da “doença mental” (KAPLAN *et al.*, 1997).

Assim, o uso dos psicofármacos introduziu uma mudança no tratamento das pessoas com transtornos mentais, em meados dos anos 50 daquele século. “Foram os pacientes esquizofrênicos os primeiros a se beneficiarem dos efeitos das drogas antipsicóticas, também chamadas drogas antiesquizofrênicas ou neurolépticos” (ROLIM *et al.*, 1997:93). O uso de tais substâncias passou a permitir a permanência de algumas pessoas com transtornos mentais graves no seu meio social. Mas foi o advento da Segunda Guerra Mundial e todos os horrores impostos pelos campos de concentração nazista, com a intensificação da violação de direitos humanos de vários segmentos sociais que contribuiu para a crítica às condições de vida e gestão dos asilos/hospitais psiquiátricos.

1.3.1 – EMERGÊNCIA DAS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS NA PÓS-SEGUNDA GUERRA MUNDIAL

Com o fim da Segunda Guerra Mundial há intensas transformações sociais, econômicas e políticas no mundo Ocidental. As alterações econômicas do capitalismo, nos países de primeiro mundo, perpassam de capitalismo concorrencial ao estágio imperialista, e impactam as políticas de emprego, que se estabelecem como política de pleno emprego, assegurando amplas coberturas nas políticas sociais.

Na esfera política emerge o Estado de bem estar social, sobretudo na Europa, que universaliza os direitos sociais.

O momento histórico, para Vasconcelos (1992, p.46), é propiciador da emergência de processos de reforma psiquiátrica: escassez de mão-de-obra e

necessidade de revalorização do trabalho humano; situações de guerra, onde se reforçam a solidariedade nacional e recuperação dos feridos; processos de democratização na consolidação de direitos civis, sociais e políticos; várias formas de *Welfare State* dinamizando direitos e políticas sociais; alteração na produção e financiamento de direitos e serviços sociais; modificações demográficas; novas teorias e práticas terapêuticas; estratégias de modernização e o desenvolvimento da psicofarmacologia a partir da década de 1950.

Nestas circunstâncias históricas, a estrutura do saber-poder instituído pela psiquiatria até então será problematizado, iniciando-se vários processos reformistas, sobretudo nos países de primeiro mundo.

A área de abrangência da psiquiatria passa a incorporar não apenas a enfermidade, mas também a saúde mental, com a emergência da psiquiatria social. Há profundas alterações internas ao campo, abrangendo várias áreas, cujos desdobramentos são deslindados por Birman; Costa (1994) em 03 arenas. Primeiro, a configuração da inserção dos psiquiatras no mercado de trabalho, até então como liberais, passa também a contar com o assalariamento, aprofundado posteriormente com o crescimento dos investimentos realizados através dos planos/seguros privados. Segundo, instala-se uma crise paradigmática entre doença mental e saúde mental. Terceiro, com novos saberes dialogando com a psiquiatria, há uma ampliação no campo conceitual, envolvendo a área da antropologia, comunicação, dentre outras.

Birman; Costa (1994) analisam cronologicamente as transformações, distinguindo dois períodos que guardam características específicas, que agregam cada um seus contextos históricos e tradições teóricas particulares.

O primeiro período vai ser identificado como aquele que agrega toda crítica à estrutura asilar, onde denúncias sobre os desvios das funções terapêuticas dos hospitais psiquiátricos emergem. A forma de organização predominantemente autoritária das instituições consideradas de tratamento; a reprodução e o agravamento da doença em seu interior e outros aspectos iatrogênicos passam a ser identificados, sobretudo, a partir da contribuição da sociologia. Todo esforço teórico e prático passa a se concentrar na recuperação da função terapêutica dessas instituições. Esses processos de questionamentos são sintetizados nas experiências da **comunidade terapêutica inglesa e na psicoterapia institucional francesa**,

ambos caracterizando-se como uma reforma interna do estabelecimento de tratamento.

O segundo período de alterações teóricas e práticas são qualificados por Birman e Costa (1994) tendo como eixo a expansão da psiquiatria para o espaço público, extra-hospitalar, para a comunidade mais ampla. As coletividades e a dimensão preventiva ganham destaque. Desse modo, ao lado das tentativas de resgatar as funções terapêuticas das instituições criadas para tratar, sobretudo os hospitais psiquiátricos, novas arenas são criadas, processo este materializado nas propostas de **psiquiatria de setor francesa e comunitário-preventiva norte americana**.

Maxwell Jones e Tosqueles destacam-se como os principais teóricos do primeiro período, influenciado, sobretudo pelos campos de concentração nazista, segundo Birman; Costa (1994). As Comunidades Terapêuticas serão identificadas como as primeiras experiências reformistas. Tais experiências caracterizam-se por mudanças internas ao modelo hospitalocêntrico, tendo por eixo a democratização das relações entre equipe e pacientes, isto é as relações de poder. A comunidade é considerada terapêutica, sendo valorizada a aprendizagem através das vivências cotidianas, através de reuniões. Nestes espaços as pessoas começavam a problematizar o cotidiano, através do significado e do resultado de suas ações.

Muitas experiências desta natureza são implementadas, destacando-se nos anos 60, na Inglaterra a **antipsiquiatria**, com Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson à frente com todo caldo cultural da contracultura, cuja propagação de idéias e tentativas de construir o novo se explicita através das experiências desenvolvidas no Pavilhão 21 (1962-1966) e da comunidade Kingsley Hall (1965-1970).

A Psicoterapia Institucional criada na França inicia-se, com as ações do catalão François Tosqueles, no Hospital de Saint-Alban. Como o próprio nome sugere, se concentrou no tratamento da própria instituição, na busca de resgatar sua missão primeira, constituir-se como um espaço terapêutico e de cura. A psicanálise tem intensa influência nesta experiência, sobretudo a produção de Jacques Lacan.

O segundo período tem por característica o investimento no espaço extra-hospitalar, na comunidade.

A psiquiatria de setor emerge na França, em meados dos anos 40, do século XX, tendo por principal expoente Lucien Bonnafé, suas ações são complementares à Psicoterapia Institucional, e partem das mesmas premissas, as instituições têm características doentias,

portanto é necessário estender a psiquiatria para os espaços cotidianos onde a vida acontece. A internação hospitalar passa a ser compreendida como uma fase do tratamento. A denominação psiquiatria de setor ocorre porque a cidade foi dividida geograficamente por áreas e para cada área haveria uma equipe responsável pela prestação de atenção em psiquiatria. Nos anos 60 tais experiências são transformadas em uma política oficial na França.

A psiquiatria comunitário-preventiva norte americana, tem início nos anos 60, do século passado no governo de John Kennedy, sendo seu formulador Gerald Caplan, que a apresenta como a Terceira Revolução Psiquiátrica, Pós-Pinel e Freud. Tem como central a atuação sobre as causas e a evolução das enfermidades mentais, numa perspectiva de profilaxia. O principal centro de atenção em saúde mental se tornou centro comunitário. Outra inovação deste modelo decorre das ações desenvolvidas por equipes multiprofissionais e atuação intersetorial, em que outras políticas são articuladas à saúde mental, tais como educação, assistência social, justiça.

Embora todas as experiências tenham agregado novos elementos nos processos reformistas, é a experiência inglesa de antipsiquiatria e a experiência conduzida por Franco Basaglia na Itália que vão colocar em questão o saber psiquiátrico, colocando em xeque o próprio conceito de doença mental.

A Antipsiquiatria, uma das expressões e legado da contracultura, vai questionar o conceito de doença mental. Através da antipsiquiatria americana, cuja expressão principal localiza-se na obra de Thomas Szasz (1973), sobretudo, o mito da doença mental, onde é explicitada a confusão ente mente e cérebro, onde o autor contesta a existência da doença mental como doença anátomo-patológica. Szasz (1973) defende que a interpretação da sintomatologia – comportamento desviante – é guiada por juízo de valor, tendo por finalidade invalidar o diferente. A enfermidade mental passa a ser vista como uma doença relacional. Os antipsiquiatras ingleses vão defender a mesma tese, afirmando que a origem da esquizofrenia está nas relações familiares rígidas, autoritárias, que bloqueiam processos de crescimento pessoal.

Franco Basaglia, no início dos anos 60, na Itália, instaura uma experiência no hospital psiquiátrico de Gorizia, colocando em prática as experiências de comunidade terapêutica. Nestes estabelecimentos tem origem toda sua crítica aos limites da própria

comunidade terapêutica, a partir dos quais, passa a implementar um processo de desconstrução, que parte do interior da instituição tradicional de tratamento em psiquiatria.

A doença mental enquanto objeto da psiquiatria é colocada entre parênteses por Basaglia, que passa a priorizar o sujeito que sofre e a sua “existência-sofrimento”. Isto é o sujeito enfermo e suas condições de vida ganham relevância para a clínica que passa a focar a intervenção na “invenção da saúde” / “produção da vida”. O sujeito enfermo é reconstituído em toda sua complexidade existencial, nas suas relações comunitárias, familiares, de trabalho. Há uma negação da visão reduzida aos sintomas e tipologias diagnósticas, embora tais aspectos sejam também destacados.

A emancipação, a ampliação do poder de trocas sociais da pessoa com transtorno mental, a reabilitação psicossocial passam a ser centrais nas intervenções.

A própria concepção de reabilitação é compreendida como sinônimo de cidadania, definida por Saraceno (2001) como:

“conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos: é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito “habilitador” (...) reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes” (SARACENO, 2001:112).

Neste contexto o conceito de tratar é ressignificado como “um ocupar-se no aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo transforme a sua vida concreta cotidiana” (ROTELLI, 1990: 94).

Estas experiências influenciaram em menor ou maior grau todo processo reformista brasileiro, em diferentes conjunturas. Como analisa Vasconcelos (1989) pela própria dependência não só econômica, mas política e cultural dos países de Terceiro Mundo, e pela forma de operar do capitalismo no plano mundial, que enquanto constrói um Estado de Bem Estar Social em alguns Estados Nacionais, pode estar promovendo *diswelfare* em outros, como pelo fato dos países periféricos poderem reproduzir em sua política social, de maneira “prematura” ou “antecipatória”, sobretudo no plano legislativo, uma forma de antecipação aos desdobramentos das questões sociais e aquisição do controle social. Neste sentido, o modelo norte americano influencia, sobretudo, no início, o discurso acerca da saúde mental do governo brasileiro nos anos 70. Contudo, paulatinamente é a experiência italiana que se torna hegemônica, no movimento da luta antimanicomial, como se verá a seguir.

No novo milênio, a política de corte neoliberal passa a comandar parte significativa dos Estados do Mundo Ocidental. Com estes ideais em vigor há um crescente desinvestimento em políticas sociais, as leis do mercado passam a comandar de maneira ainda mais intensa as relações sociais, havendo uma barbarização do social e o crescimento do individualismo. O aprofundamento do individualismo e dos ideários neoliberais por todo meio social vai se refletir também no campo científico, pois, é defendida uma ciência cada vez mais desligada do social, de forma que, por exemplo, critérios de produtividade científica são destacados, sem importar a relevância social de um artigo ou tema. Simultaneamente observa-se uma intensificação da perspectiva biologicista em psiquiatria, com a criação de novos medicamentos e as possibilidades abertas pelas pesquisas genéticas e novas tecnologias médicas, sobretudo por imagem.

Como analisa Blazer (2002) ao final do século XX nos Estados Unidos começa a ganhar força o campo das neurociências e da neuropsiquiatria, que traz em seu cerne os estudos do cérebro e seus desequilíbrios químicos. Neste paradigma, a mente fica reduzida ao cérebro e neste, por sua vez, tem destaque apenas, a rede neural.

“Uma consequência da ascensão da neuropsiquiatria tem sido um paradigma que se transferiu do verbal para o visual na investigação psiquiátrica (...) “o paradigma para a compreensão das doenças psiquiátricas tem se transferido do processo de ouvir o desdobrar das queixas do paciente através do tempo para as entrevistas de diagnóstico instantâneo e testes”. A história do paciente psiquiátrico é, portanto, menos valiosa. (...) A psiquiatria não é a única na sua busca pelo visual; nossa sociedade tem acolhido a imagem com boas vindas. (...) Se o psiquiatra pode “ver” uma anormalidade química no sangue ou uma imagem anormal num exame de ressonância magnética (...) então a prática da psiquiatria pode, na teoria, ser efetivada por contatos limitados e discretos com o paciente” (BLAZER, 2002:129).

Desse modo, o relacionamento terapeuta-paciente tende a perder importância. Os impactos produzidos pela enfermidade nas relações sociais deixam de ganhar ênfase. Novamente, pode haver uma intensa separação entre o clínico e o social. Entre o sujeito e o objeto de conhecimento. Entre a enfermidade e o contexto social.

1.4 - A EMERGÊNCIA DO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO NO BRASIL

Como explicitado acima, o modelo hospitalocêntrico voltado para a pessoa com transtorno mental também emerge no Brasil, acompanhando a tendência hegemônica no mundo Ocidental, em 1852, tendo como marco a criação do Hospício Pedro II no Rio de Janeiro. Supracitado modelo é transposto ao país

paulatinamente, haja vista que há inicialmente uma intensa luta política entre a medicina, os médicos e o arcabouço organizativo da instituição que é predominantemente religiosa, estando sob o comando das irmãs religiosas. A primeira metamorfose de tal instituição envolve sua progressiva medicalização, que só se completa em 1890, quando as freiras são substituídas por enfermeiras leigas, oriundas da Europa (MACHADO, 1978). No desenvolvimento histórico do país, o hospital mantém-se com poucas mudanças, com exceção da tentativa de sua transformação em Colônias Agrícolas, projeto que se mostrou inviável, perdurando por pouco tempo. As denúncias sobre o predomínio de suas características desumanizadoras é uma constante no seu transcurso histórico, só vindo a acirrar tais críticas em meados dos anos 70, com a crise da previdência, onde propostas de ambulatorização da assistência ganham força, e posteriormente seguem com a emergência do Movimento Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, a partir do qual passa a ser constituída a possibilidade de novas experiências, inclusive extra-hospitalar. Raras foram as experiências que buscaram expressar as particularidades da cultura brasileira, como as de Ulisses Pernambucano, em Recife nos anos 20, do século XX.

O Piauí, pela sua própria característica de estado economicamente periférico no contexto nacional também vai importar o modelo hospitalocêntrico/hospiciocêntrico na atenção às pessoas com transtorno mental, em 1907, através da criação do Hospital Areolino de Abreu. Tal instituição torna-se desde sua criação em centro de todo movimento político, assistencial e psiquiátrico do Estado. Duas características passam a comandar a assistência psiquiátrica no Piauí, sua concentração no modelo hospitalocêntrico e sua centralização na capital. Nos anos 80 há uma tentativa de descentralizar a assistência da capital, experiência que durou pouco tempo. É somente em 2005, isto é, no novo século, que os serviços comunitários são criados e se expandem por vários municípios do Estado, mantendo-se contudo, o Hospital Areolino de Abreu, sem grandes alterações.

1.4.1 GÊNESE E DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DO MODELO HOSPICIOCÊNTRICO NO BRASIL E NO PIAUÍ

O modelo assistencial psiquiátrico brasileiro com caráter e metodologia hospitalocêntrica/hospiciocêntrica, foi importado da experiência européia, sobretudo francesa e implantado no século XIX. Mas as circunstâncias históricas do Brasil

eram distintas da realidade de apogeu e intenso desenvolvimento do Estado burguês e industrialização europeia do século XVIII. A assistência psiquiátrica hospiciocêntrica institui-se no Brasil a partir de uma sociedade colonial, rural e escravocrata, que tinha o trabalho como algo negativo, indigno, “atividade dos negros”, e uma economia agrário-exportadora fundada no comércio importador-exportador e numa oligarquia rural (RESENDE, 1990).

A institucionalização do hospício, no Brasil, antecede à própria emergência da psiquiatria. Foi administrado inicialmente pelas irmandades religiosas, e, principalmente, pelas Santas Casas de Misericórdia, primeiras instituições de saúde do País. As ordens religiosas mantinham a hegemonia dos serviços de saúde do Brasil Colônia desde 1543, quando foi criada em Santos (São Paulo) a primeira Santa Casa do País, com a finalidade de atender aos militares.

Em 1852⁶ é inaugurado no Rio de Janeiro o Hospício Pedro II, o marco institucional da assistência psiquiátrica do País, este surge como resposta à loucura e ao louco, como proposta de resolução para os problemas sociais, dentre eles, as ameaças à ordem pública e à paz social, desencadeadas pelo crescimento do número de pessoas livres e ociosas que circulavam pelas cidades mais importantes do Império e, principalmente, na sede da Corte.

A criação do hospício se coaduna com a forma como a questão social era tratada no período — como caso de polícia — como uma questão ilegal, subversiva e, portanto, tratada como crime ou desordem e, por isso, reprimida. Seus agentes eram detidos e reclusos em cadeias públicas, excluídos do cenário social. Embora igualmente excluídos da sociedade e privados da liberdade de ir e vir, os loucos, com a criação do hospício, recebiam tratamento distinto, sendo reclusos nos porões das Santas Casas de Misericórdia, mantidos sob a vigilância de guardas e carcereiros, submetidos à camisa de força e a maus tratos. A função principal do hospício nesta fase foi de remover, excluir e sanear a cidade de um segmento que potencialmente era considerado desordeiro/perigoso (RESENDE, 1990).

⁶ Os serviços de saúde desde suas origens tinham uma conotação religiosa e, portanto, sem finalidade lucrativa ou particular, como a Casa de Saúde Dr. Eiras do Rio de Janeiro, fundada em 1860. Os interesses privados já se faziam presentes na gênese da constituição do serviço de saúde no país (AMARANTE, 1982).

Os loucos, antes da fundação do hospício, se calmos, eram acolhidos pela sociedade e assim podiam circular “livremente”, porém, se agitados e agressivos, eram reclusos nas cadeias públicas. Além do critério comportamental, a classe social também definia a abordagem do louco, pois os ricos eram tratados domiciliarmente ou enviados para tratamento na Europa (RESENDE, 1990).

As questões do louco e da loucura foram remetidas em sua maioria à intervenção estatal e essa demanda se originava de três fontes:

a) Social, pela intranquilidade provocada pela “loucura solta na rua”, que ganha maior visibilidade em meio aos riscos de tumultos urbanos, gerados pelo crescimento do contingente de homens livres e desocupados.

b) Clínica, pois os médicos, majoritariamente higienistas, em nome de princípios humanitários e da higiene pública, passam a denunciar os maus tratos a que são submetidos os loucos (principalmente furiosos e agitados), detidos em prisões comuns e sem tratamento médico, já reivindicando para si, desde 1830, através da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, o monopólio da cura e do tratamento.

c) Caritativa, pois as irmandades religiosas pleiteavam uma ação sobre a loucura, a fim de atenuar os sofrimentos humanos dela decorrente.

Vale lembrar que a força política e científica da medicina começa a se fazer sentir no país neste período, pelas próprias necessidades econômicas, pois, o país identificado na divisão internacional do trabalho como exportador de bens primários, precisava estar livre das pestes e endemias que assolavam a sua população e fazia com que o Brasil e seus produtos ganhassem visibilidade negativa fora do país. Melhorar as condições sanitárias das principais cidades, sobretudo as portuárias torna-se um desafio de saúde pública. Os governos federal e estadual, sobretudo paulista, passam a investir no saneamento urbano e também no avanço científico. Neste contexto surgem os primeiros institutos de pesquisa do país. Em 1892 são criados os laboratórios Bacteriológico, Vacinogênico e de Análises Clínicas e Farmacêuticas, denominados posteriormente de Instituto Butantã e Adolfo Lutz, inaugurando o que Bertolli Filho (1996) classifica como “a Era dos Institutos”. Avaliando a etiologia da febre amarela, os “médicos ligados à teoria miasmática afirmavam que a doença era causada pela poluição dos ares ou pelo vômito dos enfermos e indicavam o isolamento dos infectados como forma de combate à enfermidade” (...) (De outra maneira, outros) “Emílio Ribas, (...) afirmava que a

doença era causada por um micróbio, veiculado pelo mosquito *Aedes aegypti* quando picava as pessoas” (BERTOLLI FILHO, 1996:18).

No Rio de Janeiro é criado em 1899 o Instituto Soroterápico de Manguinhos, com o objetivo de produzir soros e vacinas, posteriormente transformado em Instituto Oswaldo Cruz.

Nunca o país tinha investido tanto em ciência, ao ponto de cientistas brasileiros terem descoberto, por exemplo a Doença de Chagas, cujas pesquisas tiveram início em 1909, por Carlos Chagas.

Desse modo, têm-se o ano de 1903, no governo Rodrigues Alves, como o marco em que se inicia a primeira política pública campanhista em saúde no país, com o objetivo de sanear o meio urbano, que associa a assistência à repressão policial, haja vista que sua ação imediata e autoritária, não foi acompanhada de uma ação educativa com seu público alvo.

A saúde pública, com Oswaldo Cruz à frente, e a psiquiatria, com Juliano Moreira, como seu representante, se unem para sanear e disciplinar o espaço urbano.

Mas, antes de se impor como um saber-poder para a cidade, a psiquiatria vai enfrentar uma luta política, sobretudo com o saber-poder religioso, para se impor no espaço hospiciocêntrico e como um saber-poder sobre o louco e a loucura. Mesmo com a criação do modelo hospitalocêntrico e com sua secularização a partir da Proclamação da República, quando há uma separação entre Igreja e Estado, principalmente a partir de 1890, a assistência psiquiátrica não é totalmente submetida aos cânones científicos, como analisa Machado (1978) haja vista que a observação rigorosa não é uma regra geral, pois a intervenção ainda não está pautada na educação moral (p. 448) como preceitua a ciência alienista. As freiras, o poder das religiosas e da Igreja ainda dominam o espaço hospiciocêntrico e seus usuários são encaminhados, “triados” e recebem alta não pela decisão dos médicos, mas por decisão de delegados de polícia, “juiz dos orfãos e até da própria família”. Os médicos, através de suas instituições políticas, empreendem uma luta que parte da crítica do modelo de organização dos hospícios, por transformar tal estabelecimento em uma arena efetivamente comandada pela ciência médica e pelo poder médico, haja vista que “o médico não tem todo poder sobre a loucura, mas está subordinado ao pessoal religioso ou é tolhido pela incompetência, ignorância ou maldade dos enfermeiros (...). Não se trata, portanto, de uma crítica à figura do

psiquiatra. O que é denunciado pelos médicos é justamente o que escapa a seu controle: são os obstáculos institucionais e mesmo jurídicos a uma gestão intrinsecamente médico-administrativa. Sentem-se impotentes; sugerem reformas; pedem ou exigem poder. O que mostra que não conseguem dar as cartas ou mesmo ser senhores de sua própria casa” (MACHADO, 1978).

Há uma intensa luta pelo controle médico do hospício, sobretudo como diretor de tal instituição e, conseqüentemente pela definição do destino social e médico dos loucos. Em suma, a luta pela transformação interna do hospício dá-se em duas frentes, para que se transforme em uma “casa de saúde”, espaço de cura e, simultaneamente, se constitua “em local de aprendizado e produção do saber médico” (MACHADO, 1978: 285). Desse modo, as funções de mera assistência religiosa do hospício, vão sendo metamorfoseadas, através da luta política e legislativa, para transformação do hospício em lugar de cura e de ensino médico.

A luta política passa a se direcionar para a constituição de uma lei nacional sobre a matéria, empreendida sobretudo por Teixeira Brandão, um alienista, que em 1903 é eleito deputado. No mesmo ano é aprovada a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados – pelo Decreto nº 1.132, de 22/12/1903, lei que,

“faz do hospício o único lugar apto a receber loucos, subordina sua internação ao parecer médico, estabelece a guarda provisória dos bens do alienado, (...) regulamenta a posição central da psiquiatria no interior do hospício (...) Esta lei faz do psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura” (MACHADO, 1978:484).

Tais conquistas médicas permitem uma resignificação de todo aparato legislativo pois o que muda é que “tanto o poder de isolar quanto o de sequestrar são legitimados técnica e cientificamente pela psiquiatria. Por isso, a luta dos médicos é não de legalizar a repressão, mas de medicalizar a legislação” (IDEM, p.489).

Para Machado (1978), o discurso, as lutas políticas e as conquistas dos médicos “alienistas” ganham importância não só prática mas também simbólica, pois, é neste contexto que “nasce o ensino de psiquiatria, em que o hospício se articula com a formação de especialistas e surgem os primeiros psiquiatras que aliam sua importância teórica ao trabalho clínico e administrativo” (p.490).

Desde então, sobretudo a partir do advento da República, delimitou-se uma nova fase para as instituições psiquiátricas, que sai do empirismo para entrar na fase científica.

Dos estudos de Ronaldo Jacobina (1986) se pode concluir que os primeiros “alienistas” eram autodidatas, haja vista que “o caráter autodidata do processo, ou seja, o asilo foi criado e os médicos passaram a atuar nele, sem que tivessem previamente um ensino que os habilitassem exercer aquela nova prática. Pelo contrário, o asilo foi justamente o espaço de elaboração do conhecimento e experimentação de técnicas que se constituíram nos meios de trabalho do alienista” (JACOBINA, 1986: 14).

Por sua vez, a população psiquiátrica, nos primórdios da assistência psiquiátrica brasileira, compunha-se predominantemente de homens livres, brancos e pobres, deslocados numa sociedade que se estruturava sobre o trabalho escravo. Os loucos inicialmente no Brasil, foram “um subproduto da cristalização das relações de trabalho do Estado escravista, em certa medida uma vítima ou consequência do não progresso”, como bem sumariza Resende (1990, p.41).

Com tal perfil e em um contexto de desconhecimento dos direitos à cidadania, serão principalmente, as pessoas dos segmentos de baixa renda, o alvo do aprendizado médico. O foco da ação médica será, desde então, a doença e a evolução do quadro mórbido do enfermo.

Desde então, além das inovações no arcabouço normativo e institucional, poucas alterações marcaram significativamente os hospícios no país. A principal exceção decorre da experiência das Colônias Agrícolas, que surgiram como um desdobramento do saber alienista e “como uma modalidade assistencial oposta aos asilos fechados, com declarado intuito de transformá-los em hospitais psiquiátricos, com aparência de normalidade e não de exceção, de liberdade e não de clausura” (AMARANTE, 1982: p.08).

As Colônias Agrícolas tentaram aperfeiçoar o hospício e se tornaram uma extensão dele, no projeto medicalizante, que se difunde paulatinamente para a sociedade extra-hospitalar, tendo como alvo outros segmentos sociais. As Colônias Agrícolas que tiveram algum êxito no país foram poucas, tendo maior projeção as experiências implementadas por Juliano Moreira no Rio de Janeiro e Franco da Rocha em São Paulo. Foram criticadas por Resende (1990) que as considerou uma experiência anacrônica em relação a uma sociedade crescentemente urbana e

industrial, que requeria uma mão de obra voltada para a indústria e não para a agricultura.

Neste contexto de consolidação e aperfeiçoamento do modelo hospiciocêntrico medicalizado nas regiões mais desenvolvidas economicamente, sobretudo no Rio de Janeiro e em São Paulo, e com uma política nacional orientada para sua difusão, é criado no Piauí, o primeiro serviço desta natureza.

Historicamente, a assistência às pessoas com transtornos mentais no Piauí não diferiu muito daquela prestada no país como um todo, até quando passou a vigorar o modelo hospitalocêntrico/hospiciocêntrico. No Piauí, no final do século XIX e início do século XX, os doentes mentais desprovidos de recursos financeiros eram abandonados à própria sorte e muitos vagavam sem destino pelas ruas da cidade de Teresina amontoando-se às outras vítimas das mazelas sociais já presentes em nossa sociedade (vadios, mendigos, prostitutas e ladrões, ou simplesmente pobres); aos 'afortunados', era-lhes oferecido um quarto de confinamento nos fundos dos quintais de suas próprias residências.

A própria saúde em geral era prestada na residência do enfermo, quando podia pagar pelo serviço médico. As primeiras instituições de saúde do Estado só foram criadas no século XIX, quando se inicia as protoformas de atenção às pessoas com transtornos mentais. Em 17 de agosto de 1861, segundo Guimarães (1994, p.30), é oficialmente instalado o Hospital de Caridade da Santa Casa de Misericórdia em Teresina, sendo que o mesmo já funcionara por força de lei (Lei nº 361 Art. 7º., de 14 de setembro de 1853) desde o dia 1º de janeiro de 1854, ainda que de modo provisório e precário em um quartel de polícia por não possuir sede própria. Somente em 1890, por um Decreto Provincial (Decreto nº 25 de 22 de abril) citado por Guimarães (1994), faz-se pela primeira vez uma menção no seu artigo 40, aos doentes mentais e em sua referência classifica-os como aqueles que teriam o direito a internar-se em um hospital, nos seguintes termos:

Art. 40 – o serviço será classificado segundo a natureza das enfermidades:
1º.) Em Clínica Médica-Geral, abrangendo os inválidos e os loucos de todo o gênero (GUIMARÃES, 1994:30).

No período de 1904-1907 governava o Piauí o oeirense Álvaro de Assis Osório Mendes que no final de 1905 ausenta-se de Teresina para uma viagem em serviço a cidade de Parnaíba. Tal viagem conforme Guimarães (1994, p. 30), se

estende até abril de 1906 em virtude das dificuldades de transporte, à época realizado somente por via fluvial e com muita morosidade. O vice-governador Areolino Antonio de Abreu⁷ assume o cargo e para Araújo (1995, p.83) no interior das estratégias de combate à mendicância, como modalidade política de enfrentar as consequências da seca de 1877, associada aos problemas oriundos em virtude da disseminação dos doentes mentais pelas ruas de Teresina, conclama os médicos, deputados, comerciantes e a população em geral a fim de angariar os recursos necessários à aquisição de um terreno e construção de um asilo.

O intento em busca de fundos conseguiu arrecadar cinco contos de réis (5.000\$000). Quando o governador efetivo reassume, a 2 de abril de 1906, apóia a causa e doa três contos de réis (3.000\$000) dos cofres públicos. Somados oito contos de réis (8.000\$000), segundo Guimarães (1994, p.31), é adquirida uma chácara no Campo de Marte, zona norte da cidade e, logo depois, com a aprovação, pela Câmara dos Deputados, de uma verba de vinte contos, é executada a construção do prédio, que só termina com o suplemento de quinze contos concedidos pelo Congresso Nacional. A inauguração ocorre em 25 de janeiro de 1907, sob a denominação de ASYLO DE ALIENADOS AREOLINO DE ABREU, tendo como primeiro diretor o Dr. Marcos Pereira de Araújo, um clínico não especialista em psiquiatria. Diferente do Hospital Nacional, as funções de citado estabelecimento como um lugar de ensino só vão acontecer depois de 1970, sendo a prática clínica realizada de forma autodidata até a década de 40, quando chegam os primeiros psiquiatras no Estado.

Ainda assim, apesar da direção do ASYLO DE ALIENADOS AREOLINO DE ABREU ser ocupada por médicos clínicos gerais e depois por psiquiatras, nos anos 40, a assistência psiquiátrica cotidiana ficou ao encargo das freiras desde 1912, as Irmãs de Caridade da Ordem das Filhas de Maria, até a década de 70 quando há um rompimento com a Ordem Monástica supracitada. O modelo asilar/hospiciocêntrico, como visto, no Brasil, assim como no Piauí, sofreu alterações pouco significativas. No Piauí, a experiência de colônia agrícola sequer foi implantada, apenas o nome do estabelecimento foi alterado nesta direção, sendo conhecido popularmente como “Colônia”.

⁷ Piauiense da cidade de União, médico graduado pela escola da Bahia, político e orador, ex-deputado e membro do Tribunal de Contas do Estado. Patrono da cadeira n.º 05 da Academia Piauiense de Letras. Vice-governador, com a morte do titular assume o governo como o 14.º. Governador republicano. Como o antecessor, também viria a morrer no cargo. Período de governo: 05/12/1907 – 31/03/1908 (GUIMARÃES, 1994:31).

As políticas de saúde do governo federal, desde o início do século XX voltado para o saneamento das cidades, volta-se cada vez mais em direção da saúde geral da população, atingindo não só os enfermos, mas também populações sadias. Nos anos 20 do século XX o ideário da higiene mental propagado através da Liga Brasileira de Higiene Mental, que tinha um programa eugenista, antiliberal, moralista e xenofóbico (COSTA, 1980:89) se difunde, até influenciar as políticas governamentais. Tal influência se faz sentir no campo psiquiátrico, através da psiquiatria higienista. O ideário da Liga Brasileira de Higiene Mental é implementado como uma forma de enfrentar a questão social emergente, que ganhava contornos de enfrentamento direto.

O regime republicano era instigado a dar respostas a vários e heterogêneos problemas:

- 1) A questão dos negros, que, após a abolição e o advento da República, embora livres e cidadãos (iguais, no plano formal), ainda, encontravam-se sem lugar, numa sociedade que requeria um outro tipo de trabalhador.
- 2) A questão dos imigrantes estrangeiros, que, com seus problemas específicos de adaptação, exigiam o cumprimento das promessas feitas para trabalharem e se fixarem no País, ao tempo em que disseminavam novas idéias no plano da organização da classe trabalhadora, de inspiração anarquista, para a resolução dos conflitos inerentes a uma sociedade de classes.
- 3) A questão da intensificação da migração interna, do campo para as cidades, que inchavam as áreas urbanas, sem infra-estrutura adequada, nem planejamento urbano para equacionar os problemas do crescimento populacional.
- 4) A questão social, que se intensificava na luta operária por direitos e melhoria na qualidade de vida.
- 5) A crescente urbanização.
- 6) A industrialização, que, ao tempo em que requeria do Estado investimentos em infra-estrutura, constituía um novo segmento de classe, os empresários industriais, com demandas específicas.

O Programa da Liga Brasileira de Higiene Mental contribuiu desta forma para o deslocamento da responsabilidade da resolução dos problemas sociais do período, das elites para a própria população, ao imputar a gênese dos problemas às

próprias vítimas e traduzir os efeitos como causas. “Os psiquiatras acreditavam que o Brasil degradava-se moral e socialmente por causa dos vícios, da ociosidade e da miscigenação racial do povo brasileiro” (COSTA, 1980:17).

A LBHM impulsiona o movimento de higiene mental e profilático do País e congregava várias e diferentes vertentes, que disputavam hegemonia em seu interior e, no decorrer histórico mudou sua orientação. Inicialmente, se propunha a melhorar os serviços psiquiátricos e a capacitar recursos humanos, ou seja, atuava sobre os doentes. Posteriormente, mudou seu objeto de ação para a prevenção em saúde mental, alterando seu alvo para a população considerada sadia, num explícito trabalho pedagógico, moralizador e normalizador das massas. Sua ação concentrou-se em campanhas higiênicas, tendo por alvo principalmente os alcoolistas.

A intervenção da LBHM extrapolou a ação da psiquiatria para a cultura, com um viés explicitamente etnocêntrico. Sua ação ganhou mais vigor a partir da “revolução de 1930”, quando integrantes e defensores da higiene mental passaram a ocupar espaços importantes na esfera administrativa, política e legislativa do governo federal, influenciando diretamente na formulação de políticas sociais voltadas principalmente para a educação higiênica, para o amparo da maternidade e da infância (VASCONCELOS, 2000). Objetivavam conquistar hegemonia no aparelho estatal a fim de promover uma revolução social e individual. O próprio Getúlio Vargas chegou a ocupar a condição de presidente de honra da Comissão Patrocinadora da Campanha Pró Higiene Mental, a partir de 1933 (IDEM), a qual atuava sobretudo através dos meios de comunicação de massa.

O arcabouço teórico da psiquiatria em consolidação e expansão no país é todo importado, poucas experiências de construção de uma psiquiatria com as marcas da realidade sócio-cultural brasileira foram empreendidas, como a de Ulisses Pernambucano de Melo Sobrinho, em Recife, a partir de 1920. Ulisses Pernambuco associa os estudos da psiquiatria com da antropologia, aproximando-se da realidade dos negros e dos “pais-de-santo”, isto é, da cultura afrodescendente. Ele introduz mudanças significativas no modelo hospitalocêntrico, humanizando-o e ampliando a sua ação para a realidade extra-hospitalar, criando o serviço de visitadoras domiciliares, que em seguida iria impulsionar a criação do Serviço Social em Pernambuco, cria ainda os primeiros serviços voltados para as pessoas com deficiência, estimulando o trabalho em equipe e interdisciplinar. Cria a Escola Psiquiátrica Pernambucana, que, conforme José Lucena, citado por Coelho Filho

(1977, p.124) tem em sua concepção de base a compreensão de que: “a psiquiatria não é apenas uma simples ciência mental. É uma integração das diferentes ciências do espírito, valorizando os trabalhos sociais e psicológicos; 2) é a frequência com que são tratados nas produções psiquiátricas (...) assuntos de alcance ou repercussão social; 3) é a valorização dos problemas local e regional, dos seus estudos”.

A principal inovação introduzida por Ulisses parece ser exatamente a preocupação com o trabalho interdisciplinar e com o impacto social da psiquiatria. Sua experiência durou pouco tempo, mas, todo o seu legado fora documentado em artigos e outros textos, pois a produção acadêmica e científica era também muito estimulada por Ulisses Pernambucano.

O Brasil sofre uma intensa metamorfose com a Revolução de 1930, considerada como “revolução burguesa” em face da instituição do Estado burguês no Brasil, “revolução pelo alto”(VIANA,1983) que caracterizou-se por uma mudança sem rupturas com a antiga ordem agro-exportadora, encerrando aspectos de continuidade e mudança. O poder público, desde então, investiu largamente na expansão e diversificação da economia. Emprega uma política de “substituição de importações”, estimulando o desenvolvimento da indústria nacional. Cresceram a urbanização, a industrialização e a exportação de manufaturados, além das exportações de matérias primas e produtos agrícolas.

O desenvolvimento extensivo e intensivo do capitalismo provoca os mais diversos movimentos de trabalhadores. As migrações internas se intensificam e os trabalhadores movimentam-se em busca de terra, trabalho, condições de vida, garantias e direitos. Como expressão da contradição entre capital e trabalho, a questão social emerge com o surgimento e organização do operariado urbano no cenário político. Manifesta-se na luta que esse segmento empreende, visando reconhecimento como interlocutor político e pela incorporação de suas demandas na ação governamental.

A questão social de “caso de polícia” metamorfoseia-se em “caso de política” ou de “controle da política” (VIEIRA, 1997). Passa a ser encarada como legítima, legal e de direito, mas é tutelada. Há o reconhecimento da classe operária, porém o discurso dominante insere a questão social na ótica da integração e do paternalismo. Portanto, camufla a luta de classes e combina o autoritarismo com o favor (CERQUEIRA FILHO, 1982).

A Constituição de 1934, embora em seu caráter geral seja perpassada pela concepção autoritária e higienista (VASCONCELOS,1992), reforça os direitos conquistados até então pelos segmentos operários. É a primeira carta a incorporar um capítulo destinado à ordem econômica e social, reconhecendo os direitos sociais. Institui-se todo o ordenamento legal e normativo no campo da proteção social, fundado no seguro social que conforma a “cidadania regulada” (SANTOS, 1987:68) parametrada sob o signo da outorga, da concessão restrita aos trabalhadores urbanos, portadores de carteira profissional assinada; sindicalizados e com profissão reconhecida legalmente (IDEM), pré-requisitos que permitem a contribuição compulsória para a previdência social.

O Estado, nessa perspectiva, passa a ser o agente central do desenvolvimento econômico e social, bem como principal articulador entre as classes, apresentando-se como um Estado arbitral, acima dos interesses de classes, apesar de centralizador e intervencionista. Secundariza segundo Rosa (2006) sua ação na reprodução da força de trabalho e privilegia a atuação voltada à acumulação de capital, buscando equacionar as necessidades de acumulação do capital às exigências de legitimação social. Embora subordine as políticas sociais às políticas econômicas, aliando a assistência à repressão, garante certos itens na agenda social, necessários à reprodução do trabalhador. Ainda que, simultaneamente, desmobilize com sua ação grupos sociais urbanos em organização, o Estado busca garantir o consenso e a tranquilidade social.

Os pilares do sistema de proteção social, no País, são instituídos a partir da criação do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos — IAPM (1933), seguidos pelos outros IAP's, organizados por categoria profissional, estes distribuíam os benefícios em função da importância econômica da categoria e de sua força organizativa e, da Consolidação das Leis do Trabalho — CLT (2005) editada pela primeira vez em 1943, reunindo as normas tutelares do trabalho, dos sindicatos, da previdência e da justiça do trabalho.

No campo da assistência psiquiátrica, embora as estruturas hospitalocêntricas permanecessem centrais e hegemônicas, na década de 30, dá-se um novo reordenamento normativo e institucional, reforçando a tendência centralizadora da União.

Sob a inspiração do movimento de higiene mental, em 1934, através do Decreto nº 24.559 de 3 de julho é promulgada a Segunda Lei Federal de Assistência

aos Doentes Mentais que “dispõe sobre profilaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos”. Tal decreto instituiu o Conselho de Proteção aos Psicopatas, composto por representantes das principais instituições relacionadas com a psiquiatria e a justiça.

Com este decreto, reforça-se o poder do psiquiatra na direção dos serviços de saúde e a internação psiquiátrica como principal meio de tratamento. O Artigo 26 suspende, parcial ou totalmente, a cidadania do “doente mental”; “os psicopatas, assim declarados por perícia médica processada de forma regular, são absoluta ou relativamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida social.” .

A assistência psiquiátrica é federalizada em 1944 (Decreto nº 7.055 de 18 de novembro), tendência reforçada a partir da criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais – SNDM, o qual só modificará sua política no final dos anos 50, quando o discurso da racionalização econômica passa a guiar as orientações governamentais, ocasião em que o estímulo à ação ambulatorial e comunitária emerge nos documentos oficiais.

Até a década de 50 a assistência psiquiátrica em serviços públicos predominava, tendência que será revertida a partir da ampliação da cobertura assistencial da previdência social para as internações psiquiátricas principalmente na rede hospitalar privada, contratada pelo Governo Federal. Resende (1990) explica a incorporação tardia da assistência psiquiátrica pela Previdência Social em função da ineficiência da terapêutica e das condições precárias (ambiental e humana) em que se apresentava a maioria dos hospitais psiquiátricos.

Em meados dos anos 50 as drogas psicotrópicas são disponibilizadas no mercado mundial, fato que passa a estimular o tratamento em sistema aberto, o que favorece a acumulação capitalista no período, que requeria uma psiquiatria que reparasse a mão-de-obra, desgastada no processo produtivo. Contudo, no Brasil, observa-se exatamente a tendência oposta, sobretudo a partir de meados dos anos 60, quando se institui a ditadura militar no país.

Com o golpe de 1964 o sistema hospitalocêntrico ganha, portanto, um novo impulso, a partir do intenso incremento que o complexo médico industrial privado ganha com investimentos e o redirecionamento da previdência nesta direção. O governo federal paulatinamente comanda uma política orientada para a

mercantilização das políticas sociais, que na assistência psiquiátrica vai ser denominada “indústria da loucura”.

A principal inovação do período militar materializa-se na busca pela interiorização das ações de saúde mental através do Programa Integrado de Saúde Mental – PISAM, inspirado no modelo americano de psiquiatria comunitária, mediante o qual é difundido o ideário da saúde mental e se busca reverter a tendência privatizante da assistência psiquiátrica, através da ambulatorização da assistência.

Em 1967 o governo federal lança a Campanha Nacional de Saúde Mental (Decreto nº 60.252 de 21 de fevereiro), onde introduz os propósitos da prevenção em saúde mental. Ainda extingue o Serviço Nacional de Doenças Mentais, substituído pela Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM, órgão federal voltado para a normatização, avaliação e controle dos programas de saúde mental em desenvolvimento no país. As normas e o discurso preventivista predominam no período, e todas as ações são orientadas para a racionalização dos gastos, sobretudo com internações psiquiátricas. A ambulatorização da assistência torna-se a principal forma de contraposição ao incremento da função financeira das internações psiquiátricas, contraditoriamente, o governo intensifica a sua política de financiamento de construção de novos hospitais psiquiátricos e de pagamento dos leitos psiquiátricos da rede privada conveniada.

Por sua vez, neste contexto, em 1968, através da Lei nº 5.540, de 28 de novembro, é instituída a Reforma Universitária que muda a forma de organização do ensino superior no Brasil. Segundo Araújo (1984) as principais mudanças voltam-se para: 1) o regime jurídico e administrativo: as universidades podem se organizar como autarquia, fundação ou associação, assegurando a autonomia universitária apenas no que diz respeito às atividades acadêmicas; 2) a estrutura: institui-se a organização interna das universidades através de departamentos; 3) corpo docente: a carreira docente passa a ter por eixo o ensino e a pesquisa. É extinto o regime da cátedra ou cadeira. A formação e capacitação docente passa a se dar através da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES; 4) no que diz respeito ao corpo discente, a representação estudantil passa a ser realizada por eleições que obedecem critérios de aproveitamento escolar. É criada também a função de monitoria.

“A Reforma Universitária tomou providências no sentido de unificar o vestibular, por universidade e por região e para que o concurso abrangesse os conhecimentos comuns às diversas formas de educação do 2º grau” (ARAÚJO, 1984:129). A Universidade de Brasília, criada em 15 de dezembro de 1961, serviu de modelo para a Reforma Universitária supracitada (ARAÚJO, 1984).

Neste cenário, no Piauí é criada a Universidade Federal do Piauí, a 1º de março de 1971, conforme analisa Santos Júnior (2003), no livro História da Medicina no Piauí, da Academia de Medicina do Piauí. O seu curso de medicina fora criado em 1965, só vindo a funcionar como Faculdade de Medicina do Piauí em 02 de janeiro de 1968. A mesma fonte informa que o primeiro psiquiatra convidado a fazer parte do corpo docente foi Francisco Pacheco, que ao desistir, foi substituído por Anfrísio Neto Lobão Castelo Branco, formado na Bahia, que foi o primeiro a ministrar as duas disciplinas da área: Psicologia Médica (em 10 de fevereiro de 1969) e Psiquiatria Clínica, no ano seguinte, em seguida ocupa a condição de diretor do Hospital Areolino de Abreu e também Secretário de Saúde do Estado do Piauí. A psiquiatria começa paulatinamente a se fortalecer politicamente no Estado, sobretudo com a criação em agosto de 1975 da Associação Psiquiátrica do Piauí, uma das filiadas da Associação Brasileira de Psiquiatria, através da qual, posteriormente, o ideário reformista será propagado no Estado.

Desse modo, o Hospital Areolino de Abreu passa a ser dirigido por docentes da Universidade Federal do Piauí e a incorporar mais uma função: a de hospital de ensino. Primeiramente é o curso de medicina que emprega o Hospital Areolino de Abreu como local de ensino, vindo em seguida a ser também campo de estágio para vários cursos da Universidade Federal, principalmente, cursos de Enfermagem e Serviço Social.

O final dos anos 70 no país vão marcar definitivamente o processo de redemocratização, momento em que a sociedade civil é revitalizada, com o crescimento e fortalecimento dos movimentos sociais, entre as camadas populares e segmentos de classe média, sobretudo pela saúde, destacando-se o Movimento Popular de Saúde e o Movimento da Reforma Sanitária, que passam a lutar pela saúde como direito de todos e dever do Estado.

Inicialmente o Movimento da Reforma Sanitária engloba as discussões específicas do campo da assistência psiquiátrica. Desse modo, como desdobramento e sob influência do Movimento da Reforma Sanitária, no campo da

saúde mental emerge o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira⁸, inspirado na experiência americana, européia e italiana.

Segundo Venâncio (1990) a particularidade da experiência brasileira do Movimento decorre do fato de ter como principal difusor o próprio Estado e ter germinado numa conjuntura autoritária, de fins dos anos 60 e início dos anos 70 (VENÂNCIO, 1990:94). O Estado, além de encampar as críticas dos analistas e dos opositores de sua assistência psiquiátrica, baseada na privatização e no modelo assistencial hospitalocêntrico, absorve e propaga as idéias preventivistas e comunitárias da psiquiatria, calcadas na saúde mental, “foram primeiramente as propostas estatais que trouxeram para o panorama brasileiro a idéia de ‘saúde mental’ ” (IDEM).

Por outro lado, o Movimento da Reforma Psiquiátrica começa a ganhar maior independência e uma identidade própria em relação ao Movimento da Reforma Sanitária, a partir de 1978, no Rio de Janeiro, quando “ecloidiu a crise da DINSAM (MS)” (VENÂNCIO, 1990:116), um complexo hospitalar gerido pelo governo federal no Rio de Janeiro, que se forjou a partir da luta corporativa dos profissionais, que lutavam contra as condições de precarização em suas relações trabalhistas (profissionais com contratos de trabalho de bolsistas), luta esta que volta-se posteriormente contra o modelo assistencial psiquiátrico, visto que, ao denunciar as condições de trabalho, o movimento termina publicizando as condições de vida e tratamento nas instituições asilares.

Em 1978, no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em Camboriú — SC, um grupo de profissionais envolvidos em litígio com o Estado denuncia o ocorrido e recebe apoio dos participantes do Congresso. Desse Congresso, sai agendado para janeiro de 1979 o Encontro dos Profissionais de Saúde Mental, em São Paulo. Nasce dessas mobilizações o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM, que também difunde o ideário da saúde mental e de uma reforma completa na assistência psiquiátrica.

Esse movimento inicialmente ganha um caráter de contestação e denúncia, referidas à violação de direitos humanos das pessoas com transtorno

⁸ Esse movimento possui várias denominações, conforme a opção teórica dos diferentes autores. Venâncio adota o termo “nova psiquiatria”, para qualificar o processo de atualização psiquiátrica na reafirmação dos princípios da igualdade e da liberdade, no meio da tarefa de tratar. Castel (1998) emprega o termo “metamorfose”, para abordar o agionamento do campo psiquiátrico. Neste trabalho a escolha da nomenclatura deu-se pelo seu uso mais corrente de reforma psiquiátrica.

mental; abordagem da loucura como fonte de lucro e condições precárias de trabalho em hospitais psiquiátricos. Propõe inicialmente como alternativa a ampliação de serviços ambulatoriais em saúde mental (VASCONCELOS, 2000).

O movimento é heterogêneo e, em seu interior, alojam-se tendências distintas, que lutam por sua hegemonia. Inicialmente, duas vertentes majoritárias confrontam-se. Uma que radicaliza a luta pela extinção da estrutura asilar/manicomial, tornando-se intransigente ao entender que é impossível trabalhar, defender e assegurar direitos das pessoas com transtorno mental no interior destas instituições. Acredita que é só a partir dos espaços extra-hospitalares que pode ser criada uma nova cidadania para o portador de transtorno mental. A segunda postula a inserção nos espaços asilares e a partir deles defende a implementação de mudanças no modelo assistencial.

O movimento no Brasil é influenciado pela experiência italiana, da tradição basagliana (AMARANTE, 1994) que se contrapõe ao modelo biomédico, cuja lógica se situa no horizonte que leva da doença à cura, colocando o sujeito enfermo entre parênteses, tendo por principal objeto, a doença e sua cronicidade. A tradição basagliana produz uma inflexão em todos os saberes e práticas ao questionar o arcabouço legal, técnico, administrativo e interventivo da psiquiatria clássica. Constrói seu objeto a partir da complexidade da “existência-sofrimento” (ROTELLI, 1990) das pessoas com transtorno mental, articulado com as condições de reprodução social do enfermo, enfatizando o processo de invenção da saúde.

A emancipação, o aumento no poder de trocas sociais, a reinserção social, a luta contra o estigma forjado com o aval da própria psiquiatria, que contribuiu na segregação à medida que reforçou o imaginário social de periculosidade e incapacidade das pessoas com transtorno mental, enfim, a reabilitação psicossocial passam a orientar as novas práticas, sintetizadas em conceitos como “a clínica do cotidiano”; a “clínica da reforma” ou a “clínica ampliada”, que não faz distinção entre o clínico e o extra-clínico, ampliando o olhar dos profissionais para a integralidade da vida da pessoa com transtorno mental.

O centro da ação reformista perpassa o trabalho em equipe, por ampliar o raio de visão dos trabalhadores em saúde, e o território, o local de gestão cotidiana da vida, e neste sentido, os centros de atenção psicossocial, criados pela Portaria 336, passam a ser centrais no processo de implementação do novo ideário.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil teve sua ação concentrada e centralizada na região Sudeste, onde municípios como Santos, São Paulo, Campinas e Rio de Janeiro destacaram-se com as experiências em novos serviços. Entretanto, seu ideário e práticas difundem-se desigualmente pelo território nacional.

No Nordeste, alguns estados despontaram como pioneiros em tal direção, sobretudo, o Ceará, que teve a primeira lei estadual (a 2ª do país) incorporando o conteúdo reformista; o Rio Grande do Norte e Pernambuco (ROSA, 2006).

No Piauí, o ideário reformista passa a ser difundido através das ações e jornadas dinamizadas sobretudo pela Associação Piauiense de Psiquiatria, pela Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Saúde e pelas ações do Ministério da Saúde, que passa a reduzir leitos em hospitais psiquiátricos, para impulsionar os gestores a criar os serviços substitutivos.

Em 09 de outubro de 1980 é criada a Associação Comunitária de Saúde Mental do Piauí – ACSM-PI, que reúne profissionais da saúde e pessoas da comunidade, com o objetivo de suprir a falta de uma coordenadoria de saúde mental do Estado (NOGUEIRA, 1993).

Segundo Nogueira (1993) tal organização é um “marco histórico do movimento em prol de uma reformulação da assistência psiquiátrica no Piauí”.

Em 1982 é firmado convênio com a Secretaria Estadual de Saúde – SESAPI, que transforma os hospitais públicos vinculados ao governo do Estado em hospitais-escola. Guimarães (1994) informa que em 05 de novembro de 1986 é publicado o primeiro edital para a Residência Médica em Psiquiatria, com 03 vagas.

Em junho de 1982, como produto da Primeira Jornada Piauiense de Saúde Mental Comunitária, promovida pela ACSM, é nomeada uma comissão para elaborar um projeto de saúde mental para o Estado. Em 14 de abril de 1983 é instalado o Programa de Saúde Mental Comunitária – PSCM-PI que tem por objetivo atingir dois grandes eixos: a regionalização (descentralização da capital) da assistência psiquiátrica no Estado e a reformulação administrativa, assistencial e a reforma física do Hospital Areolino de Abreu. Em sua implementação ganhou destaque a ação da psiquiatria nos hospitais gerais.

Alexandre Barbosa Nogueira (1993, p.116) ao analisar os resultados do programa conclui que “conseguiu atingir seus objetivos de regionalização da assistência psiquiátrica no interior do Piauí mediante a implantação de atendimentos

ambulatoriais em saúde mental e de leitos ou enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais” nas principais cidades do Estado, Parnaíba, Picos e Floriano. Efetivou as reformas arquitetônicas e administrativas do Hospital Areolino de Abreu. As mudanças, contudo, perduraram pouco tempo, apenas por 3 anos, a implantação do plantão psiquiátrico no pronto socorro do Hospital Getúlio Vargas, principal hospital geral do Piauí, foi rejeitada pela não aceitação da presença do psiquiatra nas equipes de plantão. Conforme Nogueira (1993) a reforma assistencial no Hospital Areolino de Abreu encontrou resistências de natureza político-partidária por parte de alguns psiquiatras.

A crescente redução no número de leitos no Hospital Areolino de Abreu, confronta-se inicialmente com a crescente resistência dos gestores municipais em criar políticas de saúde mental e com as próprias dificuldades organizativas da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado, transformada em Gerência de Saúde Mental em 2003. É a partir de 2003, inclusive com as gestões do Ministério Público, que o processo reformista começa a ser alavancado no Estado. Nos dias 16 e 17 de abril de 2004, a gerência de saúde mental realiza o II Fórum de Atenção à Saúde Mental, com a presença do Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Dr. Pedro Gabriel Delgado. Como produto deste Fórum é assinado um termo de compromisso pela efetivação da reforma psiquiátrica no Estado, sendo estimulado a criação de Centros de Atenção Psicossocial pelo Piauí. Em dezembro de 2003 é firmado convênio entre a Universidade Federal do Piauí e o Ministério da Saúde para a realização de Curso de Especialização em Saúde Mental, o primeiro do Estado, que contou inicialmente com 53 profissionais da rede, tendo em vista a capacitação para o processo reformista.

É somente em 2005, quando a gerência de saúde mental é assumida por Edna de Melo Castelo Branco, que fora criada a Política Estadual de Saúde Mental, donde efetivamente ocorre a criação de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS no Piauí, tendo até janeiro de 2007, 33 propostas em andamento, estando 17 municípios com Caps em pleno funcionamento. No final de 2005 são criadas 03 residências terapêuticas (zona sul, norte e central), que abrigam 17 ex-pacientes moradores do Hospital Areolino de Abreu, todos incluídos no Programa “De Volta para Casa”. Isto é, os novos dispositivos da reforma psiquiátrica passam a ser contemplados na rede assistencial do Piauí. Os primeiros foram os Centros de Atenção Psicossocial Martinelli Cavalca, voltado para crianças e adolescentes e o

Centro de Atenção Psicossocial Clidenor de Freitas Santos, voltado para usuários de álcool e outras drogas.

Apesar dos avanços consignados em vários planos pela implementação do processo de reforma sanitária e psiquiátrica no Brasil a formação profissional ainda se mantém predominantemente nos hospitais psiquiátricos, onde a crise, a agudização dos sintomas da doença predominam e exigem uma intervenção de urgência ou emergência. Tais serviços se constituem como hospitais de ensino por excelência, na política de educação universitária dinamizada pelo Ministério da Educação, como se verá no próximo capítulo.

CAPÍTULO II

FORMAÇÃO PROFISSIONAL E A CLÍNICA DA REFORMA: O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO AINDA COMO LÓCUS DOS SABERES E DAS PRÁTICAS DE ENSINO

Para ser grande, sê inteiro: nada teu exagera ou exclui. Sê todo em cada coisa. Põe quanto és no mínimo que fazes. Assim, em cada lago a lua toda brilha, porque alta vive (FERNANDO PESSOA).

Intentamos, neste capítulo, resgatar os caminhos da formação profissional na área de saúde mental, acrescido ainda de uma discussão sobre o desvelar da clínica da reforma em suas expressões teóricas e práticas, mais especificamente no que diz respeito ao cotidiano dos cursos de Enfermagem, Serviço Social, Psicologia e Medicina que se encontram inseridos no Hospital Areolino de Abreu e deste fazendo uso para suas práticas de ensino, pesquisa e extensão. No item 2.1 – apresentam-se os caminhos da formação profissional na área de saúde, tendo como escopo as definições de formação e educação pautadas em um constante aprendizado. Inicialmente tais discussões se restringiam exclusivamente às expressões paradigmáticas com base no relatório flexneriano e diante de sua pretensa crise, galgam-se degraus mais produtivos e as discussões tomam como base o novo modelo reformista e preventivo proposto pelo SUS. Ao almejar tais mudanças nas práticas assistenciais de saúde, o modelo de formação profissional dos pretensos produtores de saúde também deve mudar.

Assim as Diretrizes Curriculares Nacionais tornam-se o eixo estruturante, o ditame a ser seguido para a (re) construção da formação profissional. No item 2.2. – optou-se por considerar o sujeito em sua singularidade e subjetividade como embasamento para o seu cuidado na clínica da reforma. A percepção de um sujeito que se quer autônomo e apto ainda que dentro de sua condição psicótica emoldurem o pensar na clínica da reforma.

2.1 OS CAMINHOS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DE SAÚDE

Formação implica adquirir conhecimentos aplicáveis a situações previsíveis e Educação implica aprender para situações imprevisíveis (BROUDY, OTHANAEL SMITH E BURNETT, 1964).

Para Robert Dannemann (1967), a Formação Profissional se define como a integração, gradativa e contínua de conteúdos representados por técnicas de trabalho, conhecimentos especializados e gerais, atitudes, e hábitos, e valores éticos que capacitem o trabalhador para o desempenho eficiente e digno de sua profissão e, através dela, assim valorizada, para a realização plena de sua vida. Tal conceito é utilizado ainda nos dias de hoje e toma como base dois atributos que com o tempo tornaram-se particularmente essenciais:

- (I) o caráter permanente que deve ter a Formação Profissional, em função do qual se propiciam ao indivíduo, no curso de sua vida, oportunidades de contínuo ajustamento às mudanças que se operam no seu mundo de trabalho e social;
- (II) o sentido integral – já tantas vezes referido – em que se visa tanto à capacitação ou aperfeiçoamento do profissional, quanto ao aprimoramento da personalidade do indivíduo e das condições sociais do cidadão (DANNEMANN, 1967).

Eugene Staley, lembrado por Dannemann (1967), no documento do Seminário Internacional sobre “Planejamento da Educação e Formação Profissional para o Desenvolvimento”, da Universidade de Stanford, preocupou-se em distinguir os termos educação e formação, ainda que ambos possam ser comumente utilizados em sinonímia, até mesmo na literatura específica. No contexto do preparo para os quadros ocupacionais, *educação* significa ensino e aprendizagem altamente relevantes para o desempenho de todas ou de um número considerável de funções operacionais (assim como para uma imensa variedade de outros objetivos e situações na vida). *Formação*, por outro lado, consiste no ensino e aprendizagem visando a um bom desempenho em uma tarefa específica ou em um conjunto de tarefas que constituam um trabalho ou atividade.

Por sua vez como afirmam Pimenta e Anastasion (2002, p.109), a “docência universitária é uma profissão que tem por natureza constituir um processo mediador entre sujeitos essencialmente diferentes, professores a alunos, no confronto e na conquista do conhecimento”.

É nesse sentido, que trabalharemos a questão da formação profissional na área de saúde, sobretudo em saúde mental, que requer de todos os docentes e

discentes um repensar constante de práticas e processos históricos, sociais e culturais.

2.1.1 AS EXPRESSÕES PARADIGMÁTICAS DO RELATÓRIO FLEXNERIANO E DO SUS

Os caminhos da formação profissional na área de saúde seguem necessariamente, o percurso vivido pelo ensino superior através da universidade. De acordo com Sucupira (1972, p.07), é, no entanto, entre o final da Idade Média e a Reforma (entre os séculos XI e XV) que propriamente nasce à universidade, identificando-se logo “com sua sociedade e sua cultura, tornando-se efetivamente o órgão de elaboração do pensamento medieval”. Os representantes da Igreja Católica à época, são os responsáveis pela unificação do ensino superior em um só órgão, a “universidade”, o que ocorre em resultado a todo um esforço da Igreja no sentido de fundamentar a sua ação política e religiosa, enquanto preparava seus quadros clericais especificamente.

Durante o período supramencionado, Luckesi (1998) ressalta que ainda que se tenha observado por um lado, o forte clima religioso, determinado pela Igreja Católica, que, naquelas circunstâncias, gerou o dogmatismo, a imposição de verdades, tão a gosto dos ambientes autoritários ainda em nossos dias; donde as universidades não ficaram ilesas; por outro lado, advém desses tempos também, as escolas universitárias, local de nascimento e cultivo das discussões abertas, dos debates públicos, das disputas como elementos integrantes do currículo e da especificidade de certas disciplinas. Evidente que tais debates sempre aconteciam sob a vigilância do professor que, além de moderador, garantia a ortodoxia das idéias e eventuais conclusões.

O contexto social de então, era o de uma Igreja Católica que mantinha severa vigilância sobre qualquer produção intelectual da época. O conceito de universidade destoava do cotidiano à época, pois a universidade existente não segue os auspícios do espírito renascentista e reformista difundido. A universidade assimila uma atitude defensiva, contentando-se com a guarda das verdades já constituídas, definidas, estanques e restritivas, opondo-se às concepções de novos valores e às novas descobertas que se faziam. Nessa fase mormente, a universidade se

caracteriza pelas repetições dogmáticas, ditadas, como verdades incontestáveis, de cátedras. Os dogmas eram impostos, sob o signo do ensino, por meio de teses autoritária e majoritariamente expositivas.

A universidade napoleônica, que surgiu na França em função do aumento na demanda crescente de profissionalização e se estruturou na fragmentação dos objetivos práticos das escolas superiores. O surgimento dessas academias decorre da mormente industrialização, ocorrida no século XIX que clamava por cultura e profissionalização na linha positivista e utilitarista do Iluminismo. Seguindo um clamor em prol da pesquisa científica cada vez mais necessária diante das intensas mudanças impostas pela industrialização, é criada por Humboldt em 1810, a Universidade de Berlim, na Alemanha. Em uma formatação mais moderna, a de uma universidade enquanto centro de pesquisa preocupou-se em preparar o homem para descobrir, formular e ensinar a ciência, levando em conta as transformações da época. Em similar pensamento, Luckesi (1998) aponta a corroboração do Cardeal Newman, em 1851, quando da fundação da Universidade de Dublin, na Irlanda, sobre o seu sonho de que a Universidade fosse um lugar do ensino de saber universal, um centro de criação e difusão do saber, da cultura.

A autonomia universitária, hoje, tema frequente em muitos debates acadêmicos, outrora, na construção da universidade européia, já preenchia muitas discussões em prol daquela, ser condição indispensável para a existência desta no sentido de questionar, investigar e propor soluções de problemas levantados pela atividade humana.

Até a chegada da família real ao Brasil, em 1808, os luso-brasileiros faziam seus estudos superiores na Europa, principalmente em Coimbra – Portugal, já que Portugal não permitia, apesar dos esforços dos jesuítas, a criação de uma universidade no Brasil, o que difere dos demais países da América Latina, de colonização espanhola. Tal condição muda com a vinda de D. João VI para a Colônia, quando fora instituído aqui o chamado ensino superior composto por aulas régias, os cursos e as academias respondiam às necessidades militares da Colônia, em consequência da instalação da Corte no Rio de Janeiro.

De acordo com Fávero (1980), a Faculdade de Medicina da Bahia é a primeira a ser criada em 1808, seguida pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no mesmo ano, como resultante da evolução de cursos de anatomia, cirurgia e medicina durante a época colonial. Nessa época, seguia-se uma orientação de

que as escolas médicas deveriam ter anexado os cursos de farmácia e enfermagem. Em seguida surgem em 1854, as Faculdades de Direito de São Paulo e Recife como investimento nos cursos jurídicos. Em 1874, separam-se os cursos civis dos militares, com a constituição da Escola Militar e Escola Politécnica do Rio de Janeiro. O ensino de odontologia teve início em 1884, nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, por Decreto do Imperador. Logo depois, em Ouro Preto - Minas Gerais - é inaugurada a Escola de Engenharia. Por volta do ano de 1900 estava consolidado, no Brasil, o ensino superior em forma de Faculdade ou Escola Superior.

A enfermagem iniciou o primeiro curso independente em 1923, quando foi criada a Escola de Enfermagem Anna Nery, hoje integrante da Universidade Federal do Rio de Janeiro, a qual serviu de modelo para a criação das demais escolas no País. O primeiro curso de farmácia desvinculado de uma escola de medicina foi criado em 1939, em Ouro Preto, Minas Gerais, sendo o pioneiro na América Latina com essa característica (SANTANA; CAMPOS; SENA, 2006).

Discípulos do ensino autoritário do início do século ainda subsistem no ensino contemporâneo, e não precisamos ir muito longe para encontrarmos os resquícios deste ensino autoritário, no qual o professor assume a postura do detentor da verdade, tendo o aluno como seu mero repetidor, instaurando-se assim um círculo vicioso onde inexistente o livre debate das idéias.

Conforme Thomas Kuhn (1922-1996) quando este diz que “a crise é pré-condição necessária para a emergência de novas teorias” (KUHN, 2001:107), pode-se perceber o significado das crises no processo das revoluções científicas, descrito por Kuhn, este consiste na necessidade de renovar os instrumentos, ou seja, de produzir novos instrumentos, alternativos aos existentes, capazes de resolver os problemas, aparentemente sem respostas até então oferecidas pelo modelo teórico vigente. A superação da crise estrutural sanitária exigiu mudança substantiva no modelo médico, o que implicou um novo sistema, fundado em mudanças políticas, culturais e cognitivo-tecnológicas (MENDES, 1994).

A crise que ocorrera no Sistema de Saúde Público Brasileiro teve suas raízes no modelo legalmente instituído e praticado até 1988 e que estava estabelecido na Lei 6.229/75, criando dicotomias entre curativo e preventivo, individual e coletivo, por meio de práticas assistenciais fortemente centradas em hospitais, restritas aos contribuintes previdenciários. Tal concepção de modelo de

atenção à saúde seguia majoritariamente, a herança do pensamento médico ocidental do século XVIII, descrito por Foucault (1999), fundado no desenvolvimento da clínica e no surgimento do hospital, como forma de compreender a doença a partir da disfunção de seus elementos orgânicos e como espaço privilegiado de intervenção e sistematização de um saber sobre esta doença.

Na quarta década de adoção do modelo flexneriano, e, com o término da segunda guerra mundial, os EUA procuraram, por meio principalmente da Fundação Rockefeller, exportar o modelo flexneriano de laboratórios e hospitais a países da América Latina e do Oriente. No Chile, em 1956 foi realizada uma reunião em *Viña Del Mar* sob os auspícios da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o que desencadeou a criação de departamentos de medicina preventiva nas escolas médicas dessa região. Um dos resultados mais brilhantes em todo o mundo ocorreu no Brasil, com as Faculdades de Medicina da Universidade de São Paulo (São Paulo e Ribeirão Preto), e com a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), quando adotaram com entusiasmo, em programa simultâneo, o modelo flexneriano de formação médica. O sonho de dispor de hospital próprio esteve sempre presente nas escolas médicas brasileiras fundadas na primeira metade do século 20, já por influência norte-americana, mas o hospital universitário em seu completo figurino flexneriano, só chegou aqui em 1955 com as três faculdades mencionadas. Para Mendes (1999), “há evidências de que, em alguns aspectos pedagógicos, o benefício dos estudantes foi aqui, entre 1958 a 1968, maior do que nas melhores experiências norte-americanas”. Também se sabe que aqueles aspectos da medicina e da pesquisa brasileiras reconhecidos internacionalmente como equivalentes aos dos países desenvolvidos resultam diretamente desta importação.

É bem verdade que a função da medicina preventiva, embora conservadora da prática hegemônica em sua origem, ganha conotação distinta na América Latina (onde a situação de pobreza da maioria da população advoga em maior medida a intervenção estatal), buscando articular a saúde pública com a medicina liberal.

O conceito de qualidade utilizado por Flexner no início do século presidiu a legislação da reforma universitária brasileira. O artigo 1º. da lei 5.540, de 1968, reza que “o ensino superior tem por objetivo a pesquisa, o desenvolvimento das ciências, letras e artes e a formação de profissionais de nível universitário”. O artigo

2º. diz que “o ensino superior, indissociável da pesquisa, será ministrados em universidades e, excepcionalmente, em estabelecimentos isolados”. Nesta época, no entanto, o mundo já não era o mesmo.

Em 1968, no ano da Reforma Universitária brasileira e dos movimentos estudantis na Europa e nos Estados Unidos, o livro de Flexner foi republicado com um prefácio de Clark Kerr, então presidente da Universidade da Califórnia. Neste prefácio, Kerr, ao mesmo tempo em que expressa sua admiração por Flexner, mostra com clareza o local de seu equívoco, e o que significa uma universidade moderna e de qualidade nos dias atuais. Da análise de Kerr, dois aspectos extraídos nos interessam e são corroborados por Schwartzman (1993).

O primeiro equívoco de Flexner segundo Schwartzman (1993) foi o de pensar na universidade como um todo integrado e orgânico, unido pelos valores comuns da ciência, das artes e da cultura. A aparente unidade das universidades tradicionais residia mais em seu tamanho reduzido, e na origem aristocrática de seus professores e alunos, do que em uma efetiva integração do conhecimento e da educação. As universidades modernas são gigantescas, juntam pessoas de todas as origens sociais e com maneiras muito diferentes de entender o que é a pesquisa, a educação, a cultura e as artes. Elas são, na expressão cunhada por Kerr, muito mais “multiversidades” do que universidades no sentido tradicional. O segundo equívoco foi supor que esta diversidade de funções e valores não poderia conviver sem se destruir mutuamente. Foi não entender que qualidade e quantidade poderiam combinar-se e se entender. Que não havia incompatibilidade entre prestar serviços à comunidade, dar cursos de verão, manter equipes de futebol e realizar pesquisas de alta qualidade. Foi tudo isto, precisamente, o que fizeram as grandes universidades americanas, e que as ajudaram a chegar à posição de prestígio e reconhecimento que obtiveram.

Um sistema universitário, como nos lembra Kerr, não pode ser separado do desempenho da sociedade que o apóia, não é uma coisa isolada.

Para Schwartzman (1993), ao adotar o modelo Flexner em 1968, o legislador brasileiro cometeu dois equívocos da maior gravidade. O primeiro foi ignorar as tendências à massificação do ensino superior que Kerr já assinalava com tanta clareza em sua introdução ao texto de Flexner. Em 1968 os estudantes já batiam às portas das universidades, e nos anos seguintes a demanda avassaladora por mais vagas e oportunidades educacionais levou a um sistema de ensino superior

de grande porte que, embora diferenciado na prática, não abdicava de um modelo monolítico e centralizado, não incorporava a diferenciação como um valor, e terminava produzindo um ensino superior diluído e em grande parte desmoralizado por não ser aquilo que, no papel, estava dito que poderia ser.

O segundo erro dos legisladores foi pensar que o Brasil deveria procurar se pautar pelo modelo dos países europeus, quando somos, na realidade, muito mais parecidos com os Estados Unidos. Não é pela riqueza, evidentemente, já que em relação a esta somos profundamente distintos de ambos, mas pela extensão territorial e diversidade de raças e conseqüentemente de culturas.

Se o efeito benéfico na América do Norte se prolongou por mais de quatro décadas, no Brasil ele foi restrito há uma década e se prolonga a duras penas até hoje, em 'ilhas' de esforço e de crescente decepção. Na verdade, o verdadeiro modelo flexneriano quando foi exportado dos EUA já se revelava inadequado à indústria de saúde emergente da guerra mundial, especialmente por sua característica de medicina de consumo. Esta logo chegou ao Brasil na década de 60, impondo, aqui como lá, a busca de adaptações ao modelo Flexner ou de novos modelos. Não cabe nesta oportunidade discorrer sobre tais transformações. Importante é dizer que nenhuma das novas propostas ousou decidir pelo fim do hospital universitário, em sua essência, que é a indissociabilidade entre ensino e pesquisa.

Muito se tem discutido o hospital universitário vinculado à universidade e não apenas à escola médica, seu co-financiamento por fontes não exclusivas ou sua integração, como referência máxima, à rede regionalizada de atenção à saúde, mas nenhuma proposta séria inclui seu desaparecimento ou a extinção de seu compromisso com a pesquisa. Pelo contrário, com o agigantamento de mega-indústrias transnacionais, com seus bilionários departamentos de pesquisa, elas próprias têm no hospital universitário um juiz neutro e isento para a competitividade de seus produtos nos ramos farmacêuticos e de outras tecnologias em saúde. Assim, o binômio ensino-pesquisa é unanimemente considerado conquista permanente e intrínseca ao conceito de universidade e, se é criticado, o é no sentido de que, embora necessário, se mostra insuficiente, pois a universidade atual, e mais do que qualquer outra área, as ciências da saúde devem obedecer a um compromisso social. Em nome deste, o binômio ensino-pesquisa, em vez de ser desfeito, deve é ser completado para o trinômio ensino-pesquisa-serviço.

No Brasil, a partir de meados dos anos 70, observa-se grande expansão dessas atividades, que passam a desenvolverem-se também nos centros de saúde urbanos pertencentes às instituições sanitárias, embora ainda quase sempre sob a guarda da Academia. A inserção dos centros de saúde se dá em virtude da expansão do ensino superior em saúde que se encontrava em curso acelerado a partir da década de 70, inviabilizando assim devido ao demasiado número de alunos, a realização de todos os estágios no hospital, ante a crise de financiamento que perdura até o presente. Entretanto, tais atividades sempre foram meramente adjutórias no processo de ensino, que persistiram centrados no modelo hospitalocêntrico e voltado para as especialidades médicas.

No desenrolar das atividades práticas em saúde nos hospitais, inúmeros paradigmas confrontam-se, na concepção de Kuhn, paradigmas são as “realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (Kuhn, 2001, p.13). O paradigma é, neste sentido, uma concepção de mundo que, pressupondo um modo de ver e de praticar, compreende um conjunto de teorias, instrumentos, conceitos e métodos de investigação.

Embora essas tentativas de superação do paradigma flexneriano não tenham logrado êxito, o saldo final dos diversos momentos de crises e conquistas tem sido positivo. O lema “Saúde para Todos” e a estratégia da “Atenção Primária”, consagrados mundialmente na reunião de Alma-Ata de 1978, tiveram muito a ver com esses movimentos e seus avanços reformistas.

Para Scherer *et al.* (2005), o paradigma flexneriano não responde à complexidade do processo saúde-doença, revelando assim problemas conceituais e estruturais de difícil solução e comprometendo a confiança da comunidade científica, aqui pensada a partir de diferentes atores sociais. Uma vez que o modelo flexneriano está centrado no indivíduo e com enfoque na cura, as decisões e condução do processo são exercidas quase exclusivamente por uma única categoria profissional, “reificando-a”, a despeito de princípios e valores universalmente assimilados no mundo ocidental, como os da integralidade e da equidade. Desta forma, a crise do modelo flexneriano reflete o modo como certas pretensões de uso e amplitude de teorias biológicas passam a ser contestadas quando se constituem em justificativas científicas para as formas de conceber e intervir sobre a doença.

Do mesmo modo, quando o SUS denuncia as falhas do modelo flexneriano e propõe novos modos de conceber os problemas e buscar soluções, não invalida o conhecimento da biologia ou substitui as atuais teorias sobre os fenômenos biológicos, mas aponta os limites explicativos dessas teorias e sua insuficiência quando tomadas como base capaz de organizar as respostas que se pretende dar aos fenômenos em sua expressão mais social. Semelhante raciocínio pode ser aplicado aos diferentes fundamentos do modelo flexneriano (especialização, curativismo, entre outros), ao qual o SUS se coloca como crítica revolucionária e alternativa para a criação de novas concepções, abordagens e estratégias.

Quanto ao convênio universitário que situa o HAA como hospital-escola, a Universidade Federal do Piauí se mostrou interessada nos serviços hospitalares para atividades de ensino, por não contar com seu próprio hospital. E em 1982 conveniou-se com o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), hoje INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social) e a Secretaria de Saúde do Estado do Piauí, para a obtenção de serviços dos hospitais públicos do Estado na capital, passando estes oficialmente a hospitais-escola: Hospital Getúlio Vargas, Hospital Areolino de Abreu, Hospital Infantil, Hospital de Doenças Infecto-Contagiosas e Maternidade Dona Evangelina Rosa; por esse convênio a Fundação Universidade Federal do Piauí obrigou-se a repassar para os hospitais 50% do faturamento mensal de cada um junto à Previdência Social.

A história recente da Saúde Pública brasileira tem sido descrita com o movimento da reforma sanitária, onde se pode apontar como marco fundamental, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Nela foram deliberados os princípios e diretrizes incorporados na Política Nacional de Saúde, aprovados na Constituição de 1988. Instituíam-se legalmente, um novo modelo de atenção à saúde, em substituição ao existente. Um modelo de atenção à saúde, segundo Paim (1999), é:

(...) uma forma de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologia (materiais e não-materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas. O atual modelo de atenção à saúde inclui elementos de diferentes modelos, ao propor ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tanto ao indivíduo, quanto à família e comunidade, por meio de serviços assistenciais (ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico), quanto de vigilância em saúde (ambiental, epidemiológica e sanitária) (PAIM, 1999:489).

O campo científico da saúde, segundo Paim; Almeida Filho (2000, p.26), “também passa por uma crise epistemológica, teórica e metodológica, isto é, uma crise paradigmática”. O conceito de paradigma é particularmente importante para compreender, não apenas a ciência, mas a própria vida em sociedade.

Na análise do desenvolvimento científico, paradigmas correspondem às “realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (Kuhn, 2001:13). Paim; Almeida Filho (2000) argumentam que o paradigma dominante no campo científico da saúde fundamenta-se em uma série de pressupostos oriundos do positivismo.

Neste paradigma, a realidade é que determina o conhecimento e opera como se todos os entes constituíssem mecanismos ou organismos, sistemas com determinações fixas, condicionados pela própria posição dos seus elementos. Esta visão ainda é adotada na saúde, em especial na clínica médica, cuja aplicação é individualizada (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000:24).

Por paradigma no sentido de movimento ideológico, que se tem apresentado no campo da saúde, entende-se um “conjunto de noções, pressupostos e crenças, relativamente compartilhados por um determinado segmento de sujeitos sociais, que serve de referencial para a ação” (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000:30), dentre os quais são identificados, por exemplo, os modelos flexneriano, da medicina preventiva, da saúde comunitária, da saúde coletiva e da promoção da saúde, sendo que os quatro últimos opõem-se em seus princípios ao primeiro e que, em certa medida, estão incluídos no Sistema Único de Saúde – SUS, compreendido como atual modelo de atenção à saúde legalmente instituída no país. Outras denominações vêm sendo propostas para essa mudança paradigmática, tal como produção social da saúde (MENDES, 1999); vigilância à saúde (MENDES, 1994); campo de saúde (DEVER, 1998), promoção da saúde (FERRAZ, 1994), saúde coletiva (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Em vários países esses processos ensejaram desdobramentos mais amplos, como foi o caso da Reforma Sanitária no Brasil. A reformulação do setor saúde, com a implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS), do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e, por último, do Sistema Único de

Saúde (SUS), resultou em boa medida, da acumulação política e técnica propiciada pelas experiências de medicina comunitária e integração docente-assistencial.

O Sistema Único de Saúde - SUS nasce como fruto de um processo de longo debate e de lutas por melhores condições de saúde, surgindo como um novo paradigma na atenção à saúde, cujos princípios e diretrizes romperam com o paradigma clínico flexneriano, ainda que com a função de imprimir uma nova forma de produzir e distribuir as ações e serviços de saúde, ou seja, de configurar e definir este novo modelo de atenção em saúde.

Segundo Mendes (1994), a mudança no modelo de atenção à saúde delimita o processo de construção do SUS em, pelo menos, três dimensões ou espaços de transformação: político-jurídico, político-institucional e político-operacional.

As duas primeiras dimensões dizem respeito ao conjunto de regras básicas de ordenação e funcionamento do sistema, contemplando a doutrina, os princípios e as diretrizes do sistema, além de direitos, deveres e responsabilidades do cidadão, da sociedade e do Estado (CASTRO; WESTPHAL, 2001). Na primeira dimensão pode-se afirmar que a criação do SUS já constitui um novo paradigma e, na segunda, observa-se um grande avanço na transformação dos meios e estruturas consubstanciados na descentralização da gestão e na definição das competências e atribuições para os Estados e municípios. Embora vigorem como condição necessária para o funcionamento do sistema de saúde, as dimensões político-jurídico e político-institucional não são suficientes para garantir a mudança paradigmática.

A dimensão político-operacional diz respeito à existência de serviços de saúde, públicos e privados, ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico e à forma de produção e distribuição destes serviços, numa relação direta e de reciprocidade com uma dada população definida, em termos de suas necessidades, problemas e demandas de atenção à saúde (CASTRO; WESTPHAL, 2001:93).

É nesta dimensão que se encontra o maior desafio: programar novas práticas de atenção à saúde que de fato garantam à população o acesso universal, a integralidade e a equidade, numa rede hierarquizada de serviços resolutivos.

Em crítica ao modelo flexneriano, Paim; Almeida Filho (2000) afirmam que as modificações do panorama político e social do mundo e da situação de saúde,

principalmente a falta de mudanças esperadas, põem em xeque as premissas e previsões de antigos modelos, em especial do clínico/biológico/flexneriano. Os autores argumentam que talvez a lacuna para as mudanças esteja localizada em nível mais profundo, não apenas dos modelos, mas também do paradigma científico que fundamenta esse campo de prática social e técnica.

Até a Constituição de 1988, quando, por força legal, foi prescrito o novo modelo denominado Sistema Único de Saúde, o modelo clínico/biológico/flexneriano era adotado oficialmente como paradigma da saúde.

O modelo flexneriano, baseado num paradigma fundamentalmente biológico e quase mecanicista para a interpretação dos fenômenos vitais, gerou, entre outras coisas, o culto à doença e não à saúde, e a devoção à tecnologia, sob a presunção ilusória de que seria o centro de atividade científica e de assistência à saúde. A evolução do conceito de saúde influenciou e continua influenciando a forma como a comunidade científica incorpora o paradigma da saúde, num processo de reconstrução, tanto por força das inovações científicas, quanto dos métodos e das práticas sanitárias. “O paradigma flexneriano é coerente com o conceito de saúde como ausência de doença e constitui uma âncora que permite sustentar a prática sanitária da atenção médica” (Mendes, 1999, p.239).

O modelo flexneriano influenciou a formação médica e o modelo de assistência adotado pelas equipes de saúde, sobretudo pelo médico: o mecanicismo, o biologicismo, o individualismo, a especialização e o curativismo são as características mais marcantes do modelo flexneriano.

O mecanicismo tomou o corpo humano em analogia a uma máquina, cuja estrutura e funções pudessem ser meticolosamente analisadas e tratadas de modo instrumental, isolando-se a parte adoecida do resto do corpo. O biologicismo ocultou a causalidade social da doença ao reconhecer a natureza biológica de suas causas e conseqüências, dada à ênfase na microbiologia e nas teorias dos germes e da história natural das doenças. O individualismo constituiu o objeto individual da saúde, ao considerar o paciente como abstração à parte da coletividade e, portanto, excluído de todos os demais aspectos sociais da vida. Associada ao individualismo, a especialização impôs a parcialização abstrata do objeto global, cuja preocupação dirigia-se principalmente para a excelência técnica de especialidades clínicas orientadas ao indivíduo, além da tecnificação do ato médico, que estruturou a engenharia biomédica, mediadora da ação entre profissional de saúde e paciente. Finalmente, o curativismo, que centrou a prática sanitária, em todos os seus níveis, nos aspectos curativos, prestigiando o processo fisiopatológico, em detrimento da(s) causa(s) geradoras do processo (MENDES, 1999; NOVAES, 1990).

Historicamente o modelo de atenção à saúde no Brasil tem sido marcado pela predominância da assistência médica curativa e individual e pelo entendimento de saúde como ausência de doença, princípios definidores do modelo flexneriano. Para Scherer *et al* (2005), o rompimento deste paradigma veio com o ordenamento jurídico-institucional de criação e implantação do SUS, uma vez que o modelo clínico/flexneriano não respondia aos problemas da organização das ações e serviços de saúde de maneira a atender às necessidades de saúde da população. Ao mesmo tempo novos princípios emergiam da sociedade como apelo à sedimentação do conceito de saúde como condição de cidadania. Convém assinalar que princípios são os mandamentos básicos e fundamentais nos quais se alicerça uma ciência, isto é, são as diretrizes que orientam uma ciência e dão subsídios à aplicação de suas normas. Os princípios são considerados como normas hierarquicamente superiores às demais normas que regem uma ciência.

Assim sendo, conforme Brasil (1990) é incorporado, além de princípios de organização do sistema (descentralização, regionalização, hierarquização, resolubilidade e complementaridade do setor privado), os princípios doutrinários de universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; de integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; de equidade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; e de participação da comunidade.

O maniqueísmo⁹ deve ser evitado na busca de se compreender as relações entre a aprendizagem e o trabalho numa dimensão processual e dialética, e para Santana; Campos; Sena (2006) bem ao estilo de Guimarães Rosa quando diz que “... tudo o que já foi, é o começo do que vai vir”. Nesta perspectiva, é importante destacar os elementos mais importantes “do que vai vir” a partir de “tudo o que já foi”.

Portanto o enfoque pragmático de autonomia universitária, relativo ao provimento de recursos que permitam às universidades melhor cumprir suas missões, terá papel fundamental no enfrentamento dos desafios ante os quais cada

⁹ Doutrina do persa Manes (215-275), segundo a qual o Universo foi criado e é dominado por dois princípios postos e inconciliáveis, o do bem e o do mal; seita criada em torno desta doutrina; doutrina fundada em princípios antagônicos.

uma se depara, nos respectivos contextos regionais. Há que se levar em conta o reconhecimento das obrigações da universidade com a sociedade, ou de forma mais concreta, com seu entorno social, econômico, cultural e político, eis outro enfoque de autonomia, mais próximo das idéias de liberdade acadêmica que se tem que levar em conta.

A sobrevivência da universidade está nas exigências que devem ser cumpridas, onde se destacam a formação de profissionais comprometidos com a relevância, a qualidade, o custo/efetividade e a equidade da atenção à saúde. Organizar a formação a partir de competências implica um duplo desafio, quanto à conformação do referencial de competências e quanto à representação sobre a realidade do ofício ou profissão, que raramente fundamenta-se numa análise de suas práticas concretas, delineando-se apenas a partir de impressões gerais ou apreensões fragmentadas do que fazer.

O ideal em desenvolver competências para o pleno exercício de uma profissão requer interagir no âmbito ou contexto em que se realiza essa profissão, aferindo a progressiva qualificação do aprendiz para o desempenho dessa mesma profissão. E aqui residem dois fortes obstáculos à implementação das diretrizes curriculares na forma almejada pela lei: a dicotomia entre teoria e prática, ou entre ensino e serviço e a dificuldade de avaliação de competências profissionais para efeito de certificação educacional. A efetiva integração entre os processos de ensino-aprendizagem e de produção de serviços é, ademais de requisito indispensável para o desenvolvimento de competências profissionais, meio de cultura insubstituível para germinação de práticas adequadas de avaliação dessas mesmas competências (SANTANA; CAMPOS; SENA, 2006).

Portanto, na emergência de um novo paradigma há que se desvelar uma ruptura, na qual seriam alterados os critérios que determinam a legitimidade tanto dos problemas, quanto das próprias soluções propostas. Para Kuhn (2001), a transição para um novo paradigma é a revolução científica, sendo a transição sucessiva de um paradigma para outro por meio de uma revolução, o modelo ideal de desenvolvimento de uma ciência madura. Sem ruptura com o velho modelo, a renovação não se configura, e esta ruptura é uma das possibilidades de solução da crise, a partir da emergência de um novo paradigma.

Acredita-se que a ruptura ocorrerá no modelo de atenção à saúde, caso se legitimem as soluções propostas pelo novo paradigma do SUS. Existe uma

possibilidade de ruptura ou não do modelo hegemônico, na dependência do caminho a ser trilhado na consecução da dimensão operacional, em especial do PSF¹⁰, que já está em andamento: ou se consolida como estratégia de reorientação dos sistemas de saúde ou como “*apartheid* sanitária”, focalizada na atenção à população pobre (Paim, 2002, p. 268).

O sucesso, a legitimidade e o alcance da condição de hegemonia do novo paradigma dependem da conquista de novos adeptos. Além disso, como dito anteriormente, a resolução dos problemas pode ser limitada e a maioria das soluções pode estar longe da perfeição. A resolução, compreendida aqui no contexto do SUS, não pode se limitar à esfera do PSF, mas englobar todo o sistema de saúde, nos seus diferentes níveis de complexidade e deve implicar a efetivação de ações intersetoriais oriundas da articulação das diversas políticas públicas.

Tal extensão deve abranger também as políticas de saúde mental diante de todo o processo de mudanças vivenciado no cotidiano das instituições hospitalares e no confronto direto contra a hegemonia do modelo hospitalocêntrico sobre os demais serviços de apoio, que resistem e insistem bravamente em busca de sua consolidação como algo além de uma alternativa e sim como caminho a ser buscado nos momentos de necessidade. Tal fato só poderá consolidar-se se os profissionais apresentarem estes serviços com suas novas práticas aos familiares e às próprias pessoas com transtorno mental, e à sociedade como um todo, fazendo com que os mesmos reconheçam e experimentem outros caminhos além daquele velho modelo de assistência nosocomial e que essa realimentação seja uma constante e para além de interesses econômicos e escusos. Assim sendo, pretende-se firmar o cliente e todo o seu contexto social como o objeto de estudo da saúde mental, e não simplesmente sua patologia como no modelo flexneriano.

O sistema de saúde brasileiro encontra-se em transição, na luta entre o velho e o novo: ou o SUS se consolida, respeitando-se seus princípios e diretrizes, pela implantação efetiva de suas estratégias operacionais, tal como o PSF, especialmente por força e poder político do movimento da comunidade científica que o apóia; ou se mantém o modelo dominante, aqui destacado como modelo clínico/biológico/flexneriano.

¹⁰ O Programa de Saúde da Família (PSF) foi lançado em 1994 pelo Ministério da Saúde e teve seu nome alterado para Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 1998, por ser considerado estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde (SCHERER *et al*, 2005).

Finalmente, pode-se afirmar que a reformulação do pensamento em torno dos modelos assistenciais “implica mudanças abrangentes na maneira pela qual o conhecimento científico se relaciona com, e é usado para a formulação e organização das práticas sanitárias” (CZERESNIA *apud* PAIM, 2002:377). Significa dizer que os modelos de atenção a serem propostos, com seus fundamentos teóricos e epistemológicos, devem respeitar cada realidade para que possam cumprir seu papel de atender às necessidades de saúde da população. Em síntese, precisam ser coerentes em suas bases e, ao mesmo tempo, suficientemente abertos ao reconhecimento e enfrentamento de suas próprias falhas e crises.

2.1.2 DIRETRIZES CURRICULARES E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Para Luckesi (1998), as funções da universidade existente no Brasil, mesmo após a dita independência política, continuam restritas à mera absorção, aplicação e difusão do saber humano como fruto da atividade intelectual dos grandes centros técnico-científicos das nações desenvolvidas.

Despidas de características próprias, algumas de nossas instituições universitárias, optam muitas vezes por assumirem o papel de meros consumidores de pesquisa, mantendo seus discentes informados dos resultados das investigações feitas sobre problemas de outras realidades e não daqueles emergentes das necessidades e desafios de nossa nação e de nosso povo, opta-se por esperar, e essa cômoda ilusão nos furta o papel de produtores de pesquisa. Luckesi (1998) em discussão sobre o modo de criar e produzir conhecimento na universidade, assegura que:

Longe estamos de pensar que o problema da universidade brasileira pode ser refletido à margem do complexo e abrangente sistema educacional como um todo, com suas relações com o sistema político vigente, de orientação explicitamente tecnocrata e voltado para interesses dos grandes capitais internacionais. É esse quadro que determina um segundo ou terceiro plano para a educação nacional. Entretanto, mesmo diante de um quadro tão pouco promissor, constatamos a existência de centros universitários no Brasil que, sem medir esforços, lutam por conquistar a possibilidade de construção de uma personalidade universitária livre e crítica, aliando a ânsia do mais alto nível do saber à efetiva preocupação com os problemas nacionais. Portanto, ainda está viva uma tentativa de gerar, fazer nascer e crescer uma autêntica universidade brasileira. São sinais dessa conquista os esforços que fazem tantos intelectuais, dentro e fora do Brasil, de mostrar a realidade em que se move a Nação; de propor

um abrir de olhos aos responsáveis pelos seus destinos. Por outro lado, as camadas sociais se manifestam, os estudantes tentam se agrupar para pensar o que fazer, discutir o seu papel, descobrir o seu caminho, criar uma forma de atuação e interferência nos nossos destinos (LUCKESI, 1998:04).

Para Reis Filho (1978), é, então, na perspectiva de participar e interferir que a universidade é, urgentemente, chamada a abandonar seu papel tradicional de receptora e transmissora de uma cultura técnico-científica importada, com o rótulo de “desinteressada”, e assumir a luta pela conquista de uma cultura, um saber comprometido com os interesses nacionais.

A universidade é chamada a assumir a formação de uma personalidade brasileira em diálogo, de igual para igual, com os demais centros do saber e da cultura, sem perder de vista que nós temos de reelaborar o “saber da humanidade em função de nossos problemas específicos, o primeiro dos quais é a busca de nossa identidade e autonomia culturais (REIS FILHO, 1978:16).

Através desse rápido mergulho na história da universidade, podemos extrair manifestações efetivas do percurso vivido pela universidade como campo do saber, pois vale ressaltar que ambas são fruto de um processo dialético: a universidade do debate que surgira na Idade Média e que contrapôs a vigilância da ortodoxia na produção intelectual; a posição da universidade na Renascença que a despeito do clima de debates assume, uma postura de guardião e defensora das verdades definidas e estáticas, para depois perceber que o conhecimento só evolui se é passível de crise e de questionamento.

Dialeticamente, o homem sábio sempre soube construir o novo com as lições incorporadas das refletidas experiências do passado, e para tanto valendo-se dos caminhos e descaminhos na construção da universidade rumou-se à construção de uma universidade que entende que sacralizar verdades, conteúdos e formas é implicitamente apregoar uma mentalidade estática, avessa às críticas e modificações, dócil ao *status quo*, bloqueadora e contrária ao crescimento, à evolução do sujeito enquanto parte edificante do processo de sua história.

Os princípios da Reforma Sanitária Brasileira, consagrados no texto da Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, são aliados indissociáveis das premissas da Educação Superior Brasileira, expressas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior (LDB) nº 9.394/1996; no Plano Nacional de Educação, Lei nº 10.172/2001; no Sistema Nacional de Avaliação da

Educação Superior (Sinaes), Lei nº 10.861/2004 e Decreto nº 5.773/2006, além da proposta de reforma da educação superior coordenada pelo Ministério da Educação. A Reforma Sanitária não se limitou à preconização do sistema público de saúde vigente, mas também em demonstrar que o conceito saúde-doença está intrinsecamente ligado aos condicionantes sócio-econômicos, psicológicos e culturais, estabelecendo com eles uma relação simbiótica, já apontando para o conceito ampliado de saúde.

Um novo modelo assistencial com uma nova lógica organizacional como explicitada no SUS e um conceito ampliado de saúde passam necessariamente por uma reordenação na formação profissional dos novos agentes de saúde, dos promotores em nível superior de saúde. Para tanto há que se refazer toda formação profissional vislumbrando este novo profissional de saúde e buscando a efetivação desta integração educação e saúde o Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, incorporou as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da Saúde, a partir de vários referenciais e experiências em prol de mudanças efetivas na formação profissional em saúde.

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais, os currículos devem ser propostos de modo a contemplar, para cada curso, o perfil acadêmico e profissional, as competências, as habilidades e os conteúdos nelas estabelecidos, a partir de referências nacionais e internacionais. Tais diretrizes têm como ideário básico a flexibilização curricular, objetivando uma sólida formação de acordo com o estágio de desenvolvimento do conhecimento em cada área, e permitindo ao graduado enfrentar as rápidas mudanças do conhecimento e seus reflexos no mundo do trabalho. Para que tais mudanças se consolidem, o ator principal precisa assumir o novo papel, sendo assim o perfil do profissional de saúde definido nas diretrizes é o de um indivíduo com formação generalista, técnica, científica e humanista, com capacidade crítica e reflexiva, preparado para atuar, pautado por princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção. Enfatiza-se a perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais, os currículos devem contemplar elementos de fundamentação essencial no seu campo do saber ou profissão, numa concepção de que o indivíduo deve aprender a aprender, engajado num processo de educação permanente. Propõe-se que os cursos de graduação

sejam baseados em uma aprendizagem ativa, centrada no aluno como sujeito da aprendizagem e no professor, como facilitador e mediador deste processo de ensino-aprendizagem. Enfoca-se o aprendizado baseado em competências, em evidências científicas, na solução de problemas e orientado para a comunidade. A diversificação de cenários e ambientes de aprendizagem centra-se na prática e na inserção do estudante no sistema público de saúde vigente, já no início da sua formação.

Presume-se que todo modelo educacional deva retratar um projeto de nação, visto que não há soberania nacional sem investimento em educação, ciência e tecnologia. Nenhum país consegue crescer sem o investimento em tais áreas, no entanto, a característica fundamental da atual crise do ensino superior para Figueiredo *et al* (2004, p.03) consiste na sua incapacidade de enfrentar os desafios e dar respostas adequadas às necessidades sociais de um mundo globalizado que não é solidário na produção, distribuição e utilização democrática do conhecimento. Os investimentos em educação, ciência e tecnologia são necessários para assegurar soberania nacional, para o que é imprescindível o ensino superior.

Com o processo de redemocratização que teve início em meados dos anos 1970, e que não levou em conta a formulação e implementação de uma política de educação superior voltada para enfrentar efetivamente estes problemas, a adoção de soluções compatíveis com as necessidades da democracia tornou-se de difícil exequibilidade. No âmbito do setor da educação pública, há problemas de investimento; de expansão; de democratização; de qualidade; de gestão; de avaliação de processos e produtos; no que diz respeito ao setor privado, há problemas de supervisão e controle de qualidade.

Para Stroh, Pena-Veja e Nascimento (2003), há consenso de que a universidade é vital para projetar o desenvolvimento brasileiro. É bem público e tem centralidade, embora não exclusividade. O tema é polissêmico e, portanto, dentro desse consenso as propostas de reformas são diversificadas e há segmentos que adotam a idéia de reformar, assim como há os céticos a respeito desta possibilidade.

No fim dos anos 80 e durante os anos 90, a expressão “reforma universitária” associava-se no imaginário à idéia de corte de investimentos, reestruturação acadêmica, implementação de sistemas centralizados e autoritários de avaliações. A idéia de reforma tornou-se contra-reforma e no presente contexto esta se inscreve em busca da recuperação no sentido democrático da reforma do ensino superior.

No que dizem respeito ao campo dos gestores, estes se manifestam no sentido de que, o paradigma da formação superior de quadros para a sociedade sofre os impactos da “sociedade do conhecimento” diante da multiplicação dos meios de transmissão da informação. O maior desafio consiste exatamente na formação, em preparar pessoas para obterem instrumentos intelectuais capazes de acessar o conhecimento, selecioná-lo, utilizá-lo de modo criativo, de forma crítica e reflexiva, alerta Stroh; Pena-Veja; Nascimento (2003, p.24). Em conhecimento, totalidade é inalcançável. A universidade precisa ensinar a trabalhar o conhecimento e desenvolver inteligibilidade para os mais diversificados contextos.

As diretrizes para a reforma do ensino superior no Brasil foram definidas nos termos de escolhas políticas feitas pelo Estado e pela sociedade. Segundo Figueiredo *et al* (2004, p.04) no processo de discussão, se identificou as seguintes tensões:

1. Massificação do ensino superior e excelência acadêmica;
2. Participação social e mérito acadêmico;
3. Educação pública e educação privada;
4. Investimento público no ensino fundamental e no ensino superior;
5. Autonomia e avaliação externa.
6. Políticas nacionais para a educação superior e internacionalização dos sistemas educacionais.

A tensão entre políticas educacionais e tendências internacionais manifesta-se na dificuldade de absorver e internalizar as modificações intensas ocorridas nas sociedades desde a segunda metade do século XX e seu impacto na educação de todos os países sem que sejam desvirtuados os planos e objetivos nacionais.

Como consequência, as decisões referentes a esses aspectos tendem a não ocorrer no âmbito dos governos dos próprios países, mas a partir de decisões de blocos regionais cujos países visam o livre comércio, ou de corporações que operam diretamente no país ou através de associações com empresas locais. Há ainda tensões relacionadas à qualidade para validar a inserção no “mercado” dos melhores sistemas educacionais do mundo e “exportação de seus modelos”; à circulação da informação e do conhecimento; à globalização da produção do saber; à captação de fluxos de mobilidade de estudantes como fator estratégico para países de economia mais desenvolvida; e ao fortalecimento da economia do conhecimento com a consequente definição de estratégias para atrair um país ou região, difundir saberes e culturas, que resultam na globalização do consumo de bens materiais e culturais (FIGUEIREDO *et al*, 2004:04).

Claramente, os princípios fundamentais relativos à educação, à produção de conhecimento e à reprodução de valores democráticos permanecem como base de todas as exposições, tendo sido muito ressaltados aqueles mais atinentes à ética, aos valores humanos, à cidadania e à luta contra a exclusão social, à preservação ambiental e à cultura da paz. Ao conjunto desses princípios devem corresponder modelos de institucionalização com eles compatíveis, tais como: modelos de autonomia, de currículo, de gestão, de financiamento, de regulação.

O modelo de universidade que se quer humanista, apesar da diversidade intrínseca a um sistema de ensino, deve ser calcado na solidariedade, inclusivo e duradouro, trabalhando na direção do desenvolvimento da cultura do diálogo e solidariedade, além de cumprir com sua responsabilidade na produção e divulgação do conhecimento, com equidade e qualidade. Além de informação, este modelo de universidade deve apregoar também valores de liberdade, tolerância e inclusão social, bem como assumir a pluralidade e diversidade cultural em que seus membros estão inseridos, para possibilitar a coexistência de diferentes tipos de conhecimento. Dentre as diretrizes para uma nova Universidade elaborada no Seminário Internacional do Programa Universidade XXI ocorrido em Brasília de 25 a 28 de novembro de 2003, foi publicada em março de 2004, um documento apresentando a seguinte síntese:

- ✚ Promover a democracia, autonomia e justiça social como valores;
- ✚ Garantir a diversidade preservando as diferenças culturais;
- ✚ Promover a inclusão social;
- ✚ Integrar Ciência e Tecnologia;
- ✚ Promover a interação entre o local e o global;
- ✚ Desenvolver esforço sistemático de diálogo inter e transdisciplinar;
- ✚ Desenvolver a multi e interdisciplinaridade;
- ✚ Integrar conhecimento, educação e produção;
- ✚ Estabelecer a avaliação e controle como um processo social e de fortalecimento da autonomia;
- ✚ Apropriar-se de ferramentas gerenciais e do planejamento estratégico;
- ✚ Inovar, cooperar e formar redes transacionais para a produção e circulação de saberes formais, informais e tecnológicos;

- ✚ Utilizar a tecnologia, redes de informação, dados digitalizados e educação a distância como meios facilitadores da transmissão, difusão e acesso ao conhecimento;
- ✚ Integrar-se a outras instituições para a implementação das mudanças;
- ✚ Otimizar a alocação e utilização dos recursos financeiros dentro de uma visão de planificação, visando promover a cultura participativa e a qualidade de sua produção.

No referido documento foram apontadas ainda algumas estratégias em busca da consolidação de uma universidade que seja capaz de refletir sobre si mesma:

- ✚ Desenvolvimento de uma cultura de diálogo e de cooperação com a sociedade e os demais atores dos processos de transformação social;
- ✚ Promoção de programas que assegurem a implementação de políticas de mudança da universidade;
- ✚ Definição clara, pela universidade, de seus objetivos, metas e diversificação de seus cenários de atuação, bem como do papel de cada componente do sistema;
- ✚ Democratização do acesso à universidade, inclusive por meio de políticas afirmativas que atendam as minorias sociais mais excluídas;
- ✚ Incentivo ao compromisso e à responsabilidade dos que tem acesso à universidade;
- ✚ Construção de um Sistema Nacional de Ensino e de um Sistema Nacional de Avaliação;
- ✚ Descentralização e interiorização, no país, das instituições de educação superior;
- ✚ Modificação da forma de distribuição do crédito estudantil e aumento de vagas nos cursos noturnos, especialmente nas instituições públicas;
- ✚ Desenvolvimento de programas e currículos críticos, mais flexíveis e multidisciplinares;
- ✚ Planejamento da alocação de recursos financeiros dentro das políticas institucionais;
- ✚ Cooperação entre os países visando minimizar as diferenças e distorções sociais e criar estruturas globalizadas alternativas de ensino;
- ✚ Formação contínua de professores;

✚ Desenvolvimento de programas para o uso de novas tecnologias de ensino, aplicação de metodologias de ensino a distância e em rede, uso de diferentes mídias.

A questão central da Reforma Universitária é o entendimento dado ao estatuto da Autonomia e respeitada a autonomia didático-pedagógica, a consequência é que a maior parte das questões que tratam do conteúdo e, estritamente, da organização da ação educacional devem ser tratadas no âmbito próprio das universidades, ainda que com forte interação com instâncias governamentais e outras, representativas da sociedade. Daí decorre para Figueiredo *et al* (2004, p.10) que atenção redobrada deve ser dada à necessidade de opor-se à tentação de extrapolar o âmbito das atribuições que a Reforma concederá ao poder público. Exceder o âmbito de tais atribuições significará reduzir a autonomia didático-pedagógica a um mero rótulo. Por outro lado, a ser real, essa dimensão da autonomia requer uma capacidade, também autônoma, de autogestão e um modelo estável de financiamento que a viabilize.

A autonomia universitária que por séculos, em um sentido favorável tanto a protegeu de intromissões, teve como efeito colateral indesejável a possibilidade de que algumas academias se afastassem da realidade sócio-epidemiológica da população brasileira. Nas instituições de ensino superior, ainda se observa que, assistencialmente, predominam práticas pretéritas em detrimento de um modelo mais holístico de promoção de saúde. O desafio hodierno consiste em superar um modelo biologicista, uni-causal e exclusivamente centrado no biologicismo, tal desafio fora amplamente debatido em Brasil (2006), ao discutir a Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais:

A substituição da cura pelo cuidado de caráter mais holístico, baseado na percepção de que o adoecer e morrer são imbricados fortemente na qualidade de vida é um desafio que se coloca para o futuro. E tal situação é certamente agonizada pelas possibilidades tecnológicas que se abrem, pela miniaturização e vulgarização de muitas tecnologias e pelo surgimento tanto da auto-educação quanto do autocuidado (BRASIL, 2006:56).

A ação articulada entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, formalizada pela Portaria Interministerial nº 2.118, de 03 de novembro de 2005, instituiu a cooperação técnica entre os dois ministérios, em prol da formação e do

desenvolvimento de recursos humanos na saúde, envolvendo o nível técnico, a graduação e a pós-graduação na área de Saúde. Tais ações buscam implementar uma série de estratégias articuladas, visando às transformações dos processos formativos de forma a impactar positivamente as práticas profissionais em saúde e, por via de consequência, a saúde dos brasileiros.

A pertinência científica está na capacidade da universidade organizar-se em grupos que trabalhem integrados e multidisciplinarmente, dialogando sobre o conhecimento na proporção e velocidades em que estes se inserem no nosso cotidiano. Acompanhá-lo requer o coletivo, e à universidade compete ser capaz de articular em rede. Para Stroh; Pena-Veja; Nascimento (2003, p.26), não mais se pensa em universidades isoladas, utilitárias, que só geram produto, embora o façam para manter o que lhe é tradicionalmente caro: a pesquisa básica, o pensamento filosófico, as artes. Interagir com a sociedade de forma orgânica é a única forma de sua permanência no tempo, de sempre encontrar soluções. Para estes autores *“Fechar-se no mundo acadêmico é condenar-se à entropia, à falência, à obsolescência”*. O rumo da universidade brasileira é desenvolver sua capacidade de inserção social.

A Reforma do Ensino Superior não pode ser obra exclusiva dos profissionais do mundo acadêmico, mas também não poderá ser feita sem eles. Integrar os segmentos envolvidos, internos e externos é tarefa essencial para que o projeto não só satisfaça as demandas da sociedade, mas acima de tudo, consiga realizar os anseios de uma nação verdadeiramente soberana.

As Diretrizes Curriculares Nacionais têm consolidado avanços, consoante sua efetivação prática ainda requeira profundos estímulos. Destarte, se faz necessário uma articulação entre as instituições formadoras e o Sistema Único de Saúde (SUS) para o desempenho adequado de suas funções, sendo requeridas, além do conhecimento e das habilidades específicas, competências gerais associadas a um perfil profissional e humano, relevante no âmbito dos processos de tomada de decisão, na comunicação com os pares e com a sociedade, na capacidade para liderar mudanças, na sensibilidade administrativa e gerencial, inseridos num processo de educação permanente e de atenção às questões da saúde e da formação.

Para Stroh; Pena-Veja; Nascimento (2003, p.30), as contínuas investigações e reflexões têm mostrado um distanciamento da formação profissional

das reais necessidades do SUS, culminando com a perpetuação de modelos conservadores. A educação assume dessa forma, sem dúvida, o papel de um potente instrumento para corrigir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS, constituindo-se como uma ferramenta para superação da distância entre algumas conquistas da Reforma Sanitária e as práticas de saúde vigentes no País.

A integralidade da atenção à saúde apregoada pelo SUS implica em avançarmos na superação de antigos embates (atenção básica/atenção especializada; ações preventivas/ações curativas; cuidados individuais/cuidados coletivos e Unidades Básicas de Saúde/Hospitais) que em nada contribuem para a melhoria da assistência de saúde em nosso país. Tais embates nos parecem ser mais intensos em Saúde Mental em virtude de seu itinerário histórico e contemporaneamente pelas mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica em nosso país.

Os princípios e diretrizes do sistema público de saúde deve se constituir no escopo da formação dos profissionais de saúde sendo necessária nesse sentido, a adoção de estratégias e políticas que contribuam para a construção desses novos perfis. Para tanto há que se adotar um conceito ampliado de saúde; a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que considerem o trabalho como eixo estruturante das atividades; o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar; a integração entre o ensino e os serviços de saúde; o aperfeiçoamento da atenção integral à saúde e a qualificação da gestão.

A reorientação do modelo assistencial com a transformação prática a partir da formação e desenvolvimento dos profissionais da área da Saúde, qualificando a atenção e a gestão do SUS contribuirá efetivamente para o fortalecimento do sistema. A qualificação constitui base importante que sustentará esse novo modelo de gestão assistencial, tendo sido contemplada, inclusive, no recente Pacto pela Saúde, do Ministério da Saúde (pactuado na Comissão Intergestores Tripartite e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde) em 2006.

Nesse contexto amplo de transformações, surgem novas oportunidades de atuação profissional em campos inéditos, e constata-se forte pressão social pelo acesso às inovações e pelo conhecimento capaz de conferir melhores condições de competitividade aos grupos, empresas e indivíduos, em diferentes situações da vida contemporânea. Os docentes que nos concederam as entrevistas possuem vínculo

com as instituições públicas (03), privadas (01), e em ambas (02). De modo geral as Instituições de Ensino Superior (IES) são inicialmente classificadas pela Lei 9.394, nos artigos 16 e 20 e posteriormente, por alguns decretos que a complementam, nesse particular assunto. Em seus artigos 16 e 20, verifica-se o seguinte texto citado na Lei:

Art. 16. O sistema federal de ensino compreende:

- I - as instituições de ensino mantidas pela União;
- II - as instituições de educação superior criadas pela iniciativa privada;
- III - os órgãos federais de educação.

(...)

Art. 20. As instituições privadas de ensino se enquadrarão nas seguintes categorias:

- I - particulares em sentido estrito, assim entendidas as que são instituídas e mantidas por um ou mais pessoas físicas ou jurídicas de direito privado que não apresentem características dos incisos abaixo;
- II - comunitárias, assim entendidas, as que são instituídas e mantidas por uma ou mais pessoas jurídicas, inclusive cooperativas de professores e alunos que incluam na sua entidade mantenedora representantes da comunidade;
- III - confessionais, assim entendidas, as que são instituídas por grupos de pessoas jurídicas que atendem a orientação confessional e ideologias específicas e ao disposto no inciso anterior;
- IV - filantrópicas, na forma da lei.

(BRASIL. Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional).

Para efeito de conceitualização, conforme o Decreto 3.860, de 09 de julho de 2001, Art. 8º, as *universidades*, na forma do disposto no Art. 207 da Constituição Federal, caracterizam-se pela oferta regular de atividades de ensino, de pesquisa e de extensão, atendendo ainda ao que dispõe os artigos 52, 53 e 54 da Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996; são pluricurriculares que, além de atender os requisitos acadêmicos e de infra-estrutura, devem necessariamente, realizar as três atividades: ensino, pesquisa e extensão.

As atividades devem contemplar programas de mestrado ou doutorado em funcionamento regular e avaliados positivamente pela CAPES. As universidades podem ser criadas somente por credenciamento de instituições de ensino superiores já credenciadas e em funcionamento regular, com qualidade comprovada; poderão criar cursos superiores em diferentes municípios, desde que na mesma unidade da federação (Decreto 3.860, de 9 de julho de 2001, parágrafo 3º e 10º).

Valorizando os trabalhadores da saúde e colocando em destaque os temas da gestão do trabalho e da educação na saúde, foi criada em 2003, na estrutura regimental do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e

da Educação na Saúde (SGTES), composta por dois departamentos: o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges). A política de educação na saúde implementada pelo Deges/SGTES tem como um de seus eixos estruturantes a integração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, caracterizada por ações que visam à mudança das práticas de formação e de atenção, do processo de trabalho e da construção do conhecimento, a partir das necessidades dos serviços.

O Art. 1º da Portaria Interministerial Nº 1000, de 15 de abril de 2004 resolvem que para certificar como Hospital de Ensino as Instituições Hospitalares que servirem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde, seja Hospitais Gerais e, ou Especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou ainda, formalmente conveniada com Instituição de Ensino Superior são necessários critérios para certificação. A citada portaria resolve em seu 6º Art., estabelecer como requisitos obrigatórios para certificação como hospital de ensino o cumprimento integral dos seguintes itens, os quais subscrevo-os na íntegra dada sua importância no presente estudo:

I - abrigar formalmente as atividades curriculares de internato da totalidade dos estudantes de pelo menos um curso de medicina e atividades curriculares de outro curso de graduação superior na área da saúde. Excetuam-se as instituições hospitalares universitárias especializadas, que disponham de curso de pós-graduação *stricto sensu* devidamente reconhecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e qualificado com o grau mínimo exigido para a concessão de bolsas.

II - abrigar programas de Residência Médica, regularmente credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), contemplando, no mínimo, 10 vagas de R1 entre as áreas de atenção básica, excetuando-se os hospitais especializados que disporão de programa específico e credenciado de Residência, com no mínimo 10 vagas de ingresso anual;

III - garantir, por iniciativa própria ou da IES, acompanhamento docente para os estudantes de graduação e preceptoria para os residentes, de acordo com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica;

IV - abrigar atividades regulares de pesquisa no hospital de ensino, realizadas por iniciativa própria e, ou por meio de convênio firmado com IES, ou ainda, apresentar projeto institucional para o desenvolvimento de atividades regulares de pesquisa;

V - possuir instalações adequadas ao ensino, com salas de aula e recursos audiovisuais, de acordo com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica;

VI - possuir ou ter acesso a biblioteca atualizada e especializada na área da saúde, com número de títulos e periódicos compatível com alunado e atividades de Ensino e Pesquisa Universitária; com instalações adequadas para estudo individual e em grupo, interligada à Bireme e às Bibliotecas Virtuais em Saúde, de acordo com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica;

VII - ter constituídas, em permanente funcionamento, as comissões de Ética em Pesquisa, de Documentação Médica e Estatística e de Óbitos, além de desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância em saúde;

VIII - ser participante ativo do Pólo de Educação Permanente em Saúde quando existente em sua área de abrangência;

IX - dispor de programa institucional de desenvolvimento de docentes, preceptores, profissionais técnico-assistenciais, gerentes e profissionais de nível técnico, por iniciativa própria ou por meio de convênio com instituição de ensino superior;

X - participar das políticas prioritárias do Sistema Único de Saúde e colaborar ativamente na constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde, estabelecendo relações de cooperação técnica no campo da atenção e da docência com a rede básica, de acordo com as realidades locais;

XI - dedicar um mínimo de 70% da totalidade dos leitos ativos e do total dos procedimentos praticados ao Sistema Único de Saúde. Os hospitais públicos devem assumir o compromisso de ampliar gradualmente essa porcentagem, até atingir 100% num prazo de 4 anos. Todos os benefícios decorrentes das novas modalidades contratuais entre os hospitais de ensino e o SUS serão proporcionais ao número de leitos e procedimentos destinados ao SUS.

XII - regularizar e manter sob a regulação do gestor local do SUS a totalidade dos serviços contratados, de acordo com as normas operacionais vigentes no SUS;

XIII - dispor de serviço de Unidade de Atendimento às Urgências e Emergência, funcionando 24 horas por dia, ou ser formalmente desobrigado pelo gestor do SUS por meio de resolução da Comissão Intergestores Bipartite;

XIV - estar formalmente inserido no Sistema de Urgência e Emergência local, com definição de seu papel no Plano Estadual de Assistência a Urgência, conforme previsto na Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002;

XV - aderir à Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde;

XVI - no caso de hospitais públicos, disporem de Conselho Gestor, que inclua a participação da comunidade acadêmica (docentes e estudantes), de usuários e representantes dos trabalhadores, em consonância com a legislação do SUS; no caso de hospitais privados, disporem, no âmbito do Conselho Municipal ou Estadual de Saúde, conforme a esfera de gestão pertinente, uma Comissão Permanente de Acompanhamento dos contratos firmados com o SUS;

XVII - dispor de estrutura mínima de gestão hospitalar, que inclua rotinas técnicas e operacionais, sistema de avaliação de custos, sistema de informação e sistema de avaliação de satisfação do usuário

(BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial N.º 1000, de 15 de abril de 2004. Dispõe sobre a certificação das instituições hospitalares como hospitais de ensino).

Em portaria subsequente, Portaria Interministerial N.º 1005, de 27 de maio de 2004, os Ministros da Educação e da Saúde definem no Art. 1º, os documentos para verificação do cumprimento dos requisitos obrigatórios para tal certificação estipulada outrora na Portaria Interministerial N.º 1000, de 15 de abril de 2004 e constitui as Comissões para Certificação dos Hospitais de Ensino.

Os Ministros da Educação e da Saúde, em 27 de maio de 2004 publicaram ainda a Portaria Interministerial N^o 1006, que dispõe em seu Art. 1^o sobre a criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS e no seu parágrafo único resolve que são hospitais de ensino aqueles certificados de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS N^o 1.000, de 15 de abril de 2004.

A citada portaria dispõe ainda nos Arts. 4^o ao 7^o, sobre os recursos financeiros destinados ao Programa:

Art. 4^o Determinar que os recursos financeiros destinados à implantação do Programa referem-se à parcela correspondente aos hospitais de ensino do Ministério da Educação e compreendem os seguintes componentes:

I - recursos financeiros recebidos pela produção de serviços, tomando como referência a série histórica dos últimos doze meses;

II - o impacto dos reajustes dos valores da remuneração de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, a partir da data da publicação desta Portaria;

III - o fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa - FIDEPS;

IV - o programa Interministerial de Reforço e Manutenção dos Hospitais Universitários na parcela referente ao Ministério da Saúde;

V - recurso de incentivo a contratualização do Ministério da Saúde; e

VI - quaisquer outros incentivos repassados de forma destacada.

Art. 5^o Estabelecer que, para o exercício de 2004, o Ministério da Saúde destinará R\$50.000.000,00 (cinquenta milhões) para o Programa Interministerial de Reforço e Manutenção dos Hospitais Universitários e R\$50.000.000,00 (cinquenta milhões) como incentivo à contratualização dos Hospitais de Ensino do MEC.

Art. 6^o Definir que o impacto dos reajustes dos valores da remuneração de procedimentos ambulatoriais e hospitalares correspondentes à média complexidade, a partir da data da publicação desta Portaria, só serão concedidos aos Hospitais de Ensino do MEC, mediante celebração de novos contratos, nos termos constantes do anexo desta Portaria.

Art. 7^o Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

(BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial N^o 1006, de 27 de maio de 2004. Dispõe sobre a criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde).

Quanto ao processo de formação e educação, os Ministros da Educação e da Saúde, versam no anexo à Portaria Interministerial N^o 1006, de 27 de maio de 2004 sobre o Termo de Referência para Contratualização entre Hospitais de Ensino e Gestores de Saúde que as propostas de formação e educação permanente devem ser coerentes com as orientações expressas nas diretrizes curriculares nacionais aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação para as profissões da saúde e na política de educação permanente em saúde aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, donde se destacam os seguintes aspectos:

a) ser integrante do Pólo de Educação Permanente em Saúde da base locorregional e participar das instâncias definidas por esse Pólo para o enfrentamento dos problemas prioritários no campo da formação;

b) participar da elaboração e implantação da Política de Educação Permanente para profissionais da rede de serviços;

c) desenvolver ações de Educação Permanente para os trabalhadores do hospital de ensino visando ao trabalho multiprofissional, à diminuição da segmentação do trabalho e à implantação do cuidado integral;

d) participar da constituição de equipes de referência matricial para apoiar o trabalho da rede de serviços, de acordo com seu perfil de especialização;

e) apoiar e integrar as iniciativas de desenvolvimento dos profissionais da locorregião na área de urgência e emergência;

f) participar de iniciativas que promovam integração e relações de cooperação técnica entre os diferentes serviços do hospital de ensino e a rede do SUS;

g) Contribuir para a formação de profissionais de saúde que contemplem as necessidades do SUS em relação ao atendimento integral, universal e equânime, no âmbito de um sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência, tendo como base o trabalho em equipe multiprofissional e a atenção integral; e

h) Outros pactos que as partes julgarem importantes.

No que diz respeito ao financiamento fica firmado que o novo modelo de financiamento e alocação de recursos financeiros para a atenção à saúde, gestão, ensino e educação de pesquisa proposto é o de orçamentação mista do custeio do hospital de ensino, composta por:

1) Componente com valor fixo mensal. A referência para composição dos recursos financeiros relacionados ao valor fixo mensal compreenderá:

I - a produção histórica (físico-financeiro) dos últimos 12 meses da média complexidade ajustada às necessidades definidas pelo gestor (nova pactuação);

II - os recursos atuais do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa - FIDEPS;

III - o Programa Interministerial de Reforço e Manutenção dos Hospitais Universitários na parcela referente ao Ministério da Saúde, no que diz respeito aos hospitais de ensino do MEC, a partir de 2005;

IV - os incentivos de custeio repassados de forma destacada; e

V - outros recursos adicionais poderão ser acrescidos desde que justificados pelo gestor aprovado pelo Ministério da Saúde.

2) Componente com valor variável conforme cumprimento de metas estabelecidas Deverá ser estabelecido pelas partes um percentual do valor de custeio fixo como fator de incentivo ao cumprimento das metas e indicadores.

3) Componente correspondente à produção de serviços Os procedimentos de alta complexidade serão custeados de acordo com a apresentação de produção de serviços, com limites físicos e orçamentários definidos.

(BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial N° 1006, de 27 de maio de 2004. Dispõe sobre a criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde).

Os cursos de Enfermagem e Medicina possuem respectivamente as Resoluções CNE/CES N° 03, de 07 de novembro de 2001 e CNE/CES N° 04, de 07 de novembro de 2001 como definidoras de suas diretrizes. O curso de Serviço Social teve sua diretriz curricular nacional definida através da Resolução CNE/CES N° 15, de 13 de março de 2002 e o de psicologia através da Resolução CNE/CES N° 08, de 07 de maio de 2004.

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Enfermagem e Medicina foram instituídas na mesma data e possuem conteúdo semelhante dispondo sobre o perfil do formando egresso/profissional, competências e habilidades gerais, competências e habilidades específicas, o eixo estruturante dos cursos, os conteúdos essenciais incluindo os estágios curriculares, além das atividades complementares. O curso de Enfermagem ainda versa nos Arts. 12º e 13º, sobre o Trabalho de Conclusão de Curso como obrigatório para conclusão do Curso de Graduação e sobre a formação de professores por meio de Licenciatura Plena.

Art. 3º O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional:

I - Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psicosociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e

II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p.37).

Art. 3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica

e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p.38).

O conteúdo das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Serviço Social, sob nossa ótica, carece ainda de muitas definições, resume-se em 04 (quatro) artigos, sendo estes, muito inespecíficos se comparados com o disposto nos três outros cursos analisados. No Art. 2º se observa os parâmetros que deverão constar no projeto pedagógico de formação profissional a serem oferecidas pelo curso de Serviço Social, estando de modo vago suas especificidades:

Art. 2º O projeto pedagógico de formação profissional a ser oferecida pelo curso de Serviço Social deverá explicitar:

- a) o perfil dos formandos;
- b) as competências e habilidades gerais e específicas a serem desenvolvidas;
- c) a organização do curso;
- d) os conteúdos curriculares;
- e) o formato do estágio supervisionado e do Trabalho de Conclusão do Curso;
- f) as atividades complementares previstas.

(CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 15/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Abril de 2002. Seção 1, p.33).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Psicologia definem em seu Art. 3º sobre a formação do psicólogo voltado para a atuação profissional, para a pesquisa e para o ensino de Psicologia, e que esta deve assegurar uma formação baseada nos seguintes princípios e compromissos:

- a) Construção e desenvolvimento do conhecimento científico em Psicologia;
- b) Compreensão dos múltiplos referenciais que buscam apreender a amplitude do fenômeno psicológico em suas interfaces com os fenômenos biológicos e sociais;
- c) Reconhecimento da diversidade de perspectivas necessárias para compreensão do ser humano e incentivo à interlocução com campos de conhecimento que permitam a apreensão da complexidade e multideterminação do fenômeno psicológico;
- d) Compreensão crítica dos fenômenos sociais, econômicos, culturais e políticos do País, fundamentais ao exercício da cidadania e da profissão;

- e) Atuação em diferentes contextos considerando as necessidades sociais, os direitos humanos, tendo em vista a promoção da qualidade de vida dos indivíduos, grupos, organizações e comunidades;
 - f) Respeito à ética nas relações com clientes e usuários, com colegas, com o público e na produção e divulgação de pesquisas, trabalhos e informações da área da Psicologia;
 - g) Aprimoramento e capacitação contínuos.
- (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 8/2004. Diário Oficial da União, Brasília, 18 de Maio de 2004. Seção 1, p.16).

Em suma o perfil do formando egresso/profissional que se pode extrair dos cursos analisados deve ser pautado em uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, respeitando-se o rigor científico e intelectual pautado nos princípios éticos e que o mesmo seja capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações diversos que se propuserem, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes atuando com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, funcionando como um agente promotor do ser humano.

Em pesquisa recente, Brasil (2006) mostra o resultado obtido na avaliação sobre os projetos político-pedagógicos de curso e nos relatórios de avaliação os elementos facilitadores e as fragilidades que dificultam a aderência às Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN, realizada por seus técnicos no documento sobre a Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia; dentre os quais destaco a necessidade de estratégias que promovam a integração curricular; temas integradores ao longo do curso; sistema de acompanhamento/avaliação do curso e dos professores; bem como a diversificação de cenários de ensino-aprendizagem. Foram identificadas também características recorrentes nos cursos com baixo grau de aderência às DCN, entre as quais destacamos o currículo constituído de disciplinas isoladas, ainda baseadas no currículo mínimo, a existência de ciclo básico, pré-clínico e clínico e a ausência de integração com a rede de serviços. O que se observa é que há uma preocupação em reproduzir partes textuais das DCN para demonstrar uma coerência sem que haja, entretanto, mudanças na orientação teórica dos cursos.

No documento sobre a Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia, Brasil (2006) ressalta que a educação dos profissionais de saúde deve ser entendida como processo permanente, que apenas têm início na graduação, devendo manter-se ao longo da vida profissional, através

do estabelecimento de parcerias entre as Instituições de Educação Superior (IES), os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil:

Os processos formativos devem considerar o acelerado ritmo de evolução do conhecimento, as mudanças do processo de trabalho em saúde, as transformações nos aspectos demográficos e epidemiológicos, sempre na perspectiva do equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. É necessário promover a reorientação das pesquisas desenvolvidas na área da Saúde, com ênfase na investigação das necessidades da comunidade, organização e financiamento dos serviços de saúde, experimentação de novos modelos de intervenção, avaliação da incorporação de novas tecnologias e desenvolvimento de indicadores que permitam uma melhor estimativa da resolubilidade da atenção (BRASIL, 2006:154).

Desta forma, é imprescindível contar com a construção efetiva da integração docente-assistencial, que envolve tanto a atenção básica quanto os demais níveis de atenção, em sintonia com a capacidade instalada da rede de serviços, complementada pela utilização dos hospitais universitários e unidades assistenciais especializadas vinculadas às IES, funcionalmente integradas ao SUS. Estabelece-se assim um adequado sistema de referência e contra-referência, essencial para a qualidade e resolubilidade do sistema de saúde. A interação entre os gestores do SUS e o sistema educacional resulta na melhoria tanto da qualidade na atenção à saúde, quanto do processo de ensino-aprendizagem (BRASIL, 2006:155).

O Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes) faz uso de três olhares específicos na avaliação para uma instituição de educação. O Sinaes prefere utilizar o termo *educação* e não *ensino* para identificar-se, por entenderem que educação expressa um conceito mais amplo que ensino, transcendendo o desempenho e o rendimento de estudantes, aferidos por meio de provas de larga escala, devendo buscar os significados mais amplos da formação e pondo como questão central a responsabilidade social das IES com o seu entorno, com a formação de cidadãos altamente qualificados e com o avanço da ciência.

Ao primeiro destes três olhares foi dado o nome de avaliação institucional que conforme já destacado, tem dois momentos: a auto-avaliação e a avaliação externa, feita por comissões de pares, pois se valoriza sobremaneira, no âmbito do Sinaes, a participação da comunidade acadêmica no processo da construção do conhecimento e do autoconhecimento institucional; ao segundo, o de avaliação de cursos de graduação que da mesma forma, é feita por comissões de pares, especialistas em suas áreas do conhecimento através dos projetos pedagógicos dos cursos - PPC, ou seja, o PPC é a alma do curso, a ponte que une as DCN às práticas pedagógicas propostas pelo currículo; e ao terceiro, o de Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade), que é feita pela aplicação do Enade, que

além da prova, agrega questionários aplicados aos ingressantes e concluintes e aos coordenadores de curso, permitindo a elaboração de radiografias bastante completas sobre o dia-a-dia das atividades pedagógicas e administrativas no âmbito de cada curso.

A integração destes instrumentos entre si, e destes, aos instrumentos de informação (censo da educação superior, cadastro nacional de docentes, banco de *curriculum lattes*, cadastros de instituições e cursos etc.) geram possibilidades insígnies na história da avaliação da educação superior brasileira. O novo instrumento de avaliação dos cursos de graduação valoriza a concepção de que a educação sempre se inscreve sobre um texto já existente em detrimento de páginas em branco, sempre nas condições colocadas por um determinado tempo e espaço e não no vazio social. A avaliação deve ser pautada nas diretrizes curriculares próprias do seu tempo e empenhar os seus esforços pela melhoria da qualidade por intermédio da interação ativa com os resultados dos processos avaliativos, cotejando-os permanentemente com o preconizado nas DCN. Assim sendo, fica evidente o papel indutor das Diretrizes Curriculares Nacionais, seus avanços e retrocessos, em prol de políticas públicas de mudanças na graduação e de avaliação implementadas nos últimos anos, o que certamente vislumbraremos na educação superior brasileira das próximas décadas. Consectário a tais objetivos, e destarte de forma basilar, deve se constituir uma clínica assistencial que consolide os pressupostos reformistas de assistência em saúde mental aliando formação profissional e os novos paradigmas de atenção em saúde mental.

2.2 DESVELANDO A CLÍNICA DA REFORMA

No cotidiano das discussões que desvelam a clínica da reforma alguns termos se encontram sempre presentes nos debates e envolvem a questão da subjetividade da pessoa com transtorno mental e sua autonomia, e a constituição da nova clínica de atenção pautada na reabilitação psicossocial.

Inicialmente me parece salutar conceber o sujeito em uma rede social, portador de crenças e desejos, entraves e negações, gostos e desgostos, que mesmo apresentando um transtorno mental, este não o descaracteriza enquanto sujeito também singular (talvez até mais singular) dada a complexidade de seu

cuidado. É com esse sujeito, é para esse sujeito, singular, único, que deve se constituir uma nova clínica, se essa percepção de fato for para além do nosso imaginário, nossas ações se constituirão em avanços na clínica da reforma.

A subjetividade para Tenório (2001) envolve uma idéia de autonomia, liberdade, auto-reflexividade, auto-responsabilidade, materialidade de um corpo, particularidades e potencialidades infinitas que conferem cunho próprio e único à personalidade.

O cuidado psiquiátrico envolve uma questão de existência, existência de um sujeito em suas peculiaridades antes mesmo de um sujeito com um transtorno mental. É uma questão do sujeito em sua existência ainda que essa condição varie, e essa deve se tornar o objeto da psiquiatria, do cuidado psiquiátrico, sobrepujando o foco nos sintomas, no modelo biomédico, já discutido anteriormente. Considerando que a psicose requer um aprofundamento enquanto condição de existência desse sujeito, todas as concepções teóricas e práticas de tratamento devem ser revistas. A condução do tratamento deve orientar-se para, como afirma Jairo Goldberg (1994a:01), “a construção de condições para a autonomia dos pacientes, com a complexidade e incerteza que esse e outros termos possam produzir”.

Na assistência psiquiátrica que se quer reformada e renovada, os parâmetros da ação terapêutica devem ser os parâmetros de cada pessoa assistida, uma assistência singular deve prevalecer na condução do tratamento.

Para a efetivação de uma assistência singular, urge ao debate a questão da autonomia enquanto condição inerente ao tratamento do sujeito na clínica da reforma. Para muitos, além de se considerar a autonomia como condição indispensável ao homem moderno, a mesma se impõe enquanto ideal de cura, tratamento. A produção de autonomia implica resultado positivo do tratamento, funcionando como um bom indicador para se avaliar os contornos alcançados pelo projeto de articulação da noção entre indivíduo e sociedade.

Erotildes Maria Leal (2001) após levantamento bibliográfico identificado com a Reforma Psiquiátrica no período de 1986 a 1998 e tendo como objetivo, evidenciar as noções de sujeito e de mundo que sustentam as nossas ações, favorecendo o melhor conhecimento dos modos como temos compreendido e conseqüentemente construído o cuidado, a clínica, em nossos serviços, apreciou em seu material quatro formas distintas de compreender a idéia de autonomia: autonomia referindo-se ao livre arbítrio, independência, auto-suficiência e

autogoverno; autonomia como uma característica sempre limitada, por causa da divisão interna do sujeito; autonomia relacionada ao indivíduo livre, independente, auto-suficiente, mas tendo este uma potencialidade limitada porque é sempre devedor de obrigações no meio em que está inserido; autonomia definida como a capacidade do indivíduo de gerar normas para a sua vida a partir de sua possibilidade de ampliar suas relações com o social.

Leal (2001), em seu trabalho, ressalta ainda algumas consequências clínicas das várias formas de definir autonomia no campo da reforma psiquiátrica:

No primeiro modo de conceber autonomia, o social não é tematizado, sendo comum ver a dimensão política da clínica perdida quando essa era a forma privilegiada de definir a autonomia, conduzindo a características muito particulares ao cuidado que se construía a partir dessa concepção de autonomia.

No segundo modelo de concepção da autonomia, a consequência mais clara foi o favorecimento para que o agente do cuidado em saúde mental se desimplicasse da responsabilidade de construir para o louco e para a loucura um outro lugar na sociedade.

No terceiro modo de definição, o cuidado oferecido apresentou-se como uma clínica da conservação: conservava-se o modelo de subjetividade hegemônico como padrão de normalidade e conservava-se o padrão de exclusão do louco da sociedade porque facilmente o naturalizam, assim, a clínica careceu de iniciativas criativas e primou pela repetição do mesmo.

No quarto modo, surgiu o risco para a clínica, do modelo elidir as possibilidades de teorização e conhecimento tanto do indivíduo quanto da sociedade, percebeu-se aqui também a perda da dimensão daquilo que era particular tanto para o indivíduo como para a sociedade (LEAL, 2001:74).

A idéia de autonomia pode ser relacionada de modo simplista ao “retorno à vida social”, respeitando-se efetivamente os tempos de cada pessoa, sabendo que alguns não conseguem ir muito longe, reconhecendo-o em um *status* próprio e singular para cada paciente e considerando que o paciente valorizado em sua condição de sujeito, pode indicar o seu lugar no processo de tratamento e/ou cura, determinando muitas vezes as possíveis conquistas e os persistentes fracassos. Imbricado à questão da autonomia, merece destaque a reabilitação, pois esta constitui caminho para aquela e ambas situam a clínica da reforma na referência permanente à questão da cidadania.

Na acepção de Tenório (2001) existe uma tensão fundamental dentro de qualquer iniciativa que pretenda tratar sem segregar: a tensão entre tutela e cuidado. Nesse fio delicado, entre mandato terapêutico e mandato social de exclusão, têm sido construídas as formas renovadas de aproximação com a loucura. Essas formas incluem a (re) formulação de dispositivos clínicos, mas também ações variadas, difíceis de definir estritamente como “clínicas”, por um lado, ou como “extraclínicas”, por outro. Refiro-me, por exemplo, à criação de espaços de

sociabilidade, como trabalho protegido e lazer assistido, e às iniciativas de afirmação na cultura de uma outra representação social para a loucura (TENÓRIO, 2001:52)

Um novo saber se desenha na psiquiatria e essa nova apreensão da doença em intrínseca condição de existência, delinea-se, a partir da reformulação das noções de cura e tratamento, retomando a discussão e trazendo à tona, segundo Tenório (2001), conceitos como: gerenciamento da vida e convocando à discussão sobre autonomia, reabilitação e contratualidade quando relacionada à doença como dizendo respeito à existência; escuta, diversidade, vínculo, clínica ampliada, instituição psiquiátrica de novo tipo e território, quando relacionados à reformulação das noções de cura e tratamento.

No Brasil, e não foge à regra o Piauí, o que se percebe é uma certa heterogeneidade nas novas iniciativas de cuidado, visto que, não obedecem prioritariamente a um modelo centralizado, mas respondem às particularidades de cada situação, muitas vezes às disponibilidades financeiras e de recursos humanos de cada serviço.

Nas repetidas discussões sobre a reforma, se vislumbram duas posições sobre a natureza da transformação pretendida, já bastante discutidas no capítulo anterior, uma com caráter político e social, que propõe a superação da clínica e corresponde ao paradigma basagliano da desinstitucionalização; outra que considera que há na loucura uma especificidade que só a clínica é capaz de acolher de forma positiva, com nítida influência conceitual da psicoterapia institucional francesa (TENÓRIO, 2001).

Tenório (2001) emoldura três vertentes na composição do campo teórico-prático da reforma psiquiátrica brasileira: a desinstitucionalização, a clínica institucional e a reabilitação psicossocial. Para o referido autor, a psiquiatria e a psicanálise constituem os saberes de base desse campo, presentes em todas as vertentes, embora ideologicamente recusadas na primeira delas e comparecendo em proporções diferentes na segunda e na terceira.

O cerne do paradigma italiano da desinstitucionalização é a tese de que a noção de doença mental consiste na redução de um fenômeno complexo, a existência, a uma categoria grosseiramente simplificada e reducionista. Assim, a instituição que se trata de negar não é “hospital psiquiátrico”, mas “doença mental”. Para que essas instituições sejam desconstruídas, é preciso romper com o paradigma clínico. Em seu lugar, devem ser permanentemente “inventadas” instituições que atuem no território social como motores da sociabilidade, intermediários de trocas sociais bloqueadas. Nosso objeto não deve ser a “doença mental”, objeto reducionista, mas a “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social” (ROTELLI, 1990:90). Em vez de ambulatórios, “laboratórios”.

A segunda posição, que afirma a positividade da clínica como campo de trabalho com a loucura, situa de maneira diferente a questão da instituição psiquiátrica. Trata-se de fazer da instituição um lugar de laço social para quem tem dificuldade de fazer

laço (GOLDBERG, 1994a, 1998; CAVALCANTI, 1992; VERTZMAN; SERPA; CAVALCANTI, 1992). Relação com psicoterapia institucional francesa, essa vertente deu ensejo e sustentação teórica aos CAPS da reforma brasileira, vertente clínica institucional para Tenório (2001).

A terceira vertente, é a da reabilitação psicossocial, que visa segundo a OMS, permitir ao paciente “alcançar seu nível ótimo de funcionamento independente na comunidade”, a melhoria da “competência individual”, “as habilidades sociais individuais”, a “competência psicológica”, o “funcionamento ocupacional”, a “autonomia” e a “possibilidade de auto-defesa” (OMS-AMRP, 1997:12). Reabilitação psicossocial tem um caráter pedagógico, de educação para a vida social, mas também traz para o primeiro plano a questão da existência: tratar é ajudar e recuperar a competência social (TENÓRIO, 2001:53).

As três vertentes anteriores citadas por Tenório (2001) não são excludentes entre si e por vezes justapõem-se em um mesmo serviço no movimento de transformação do campo psiquiátrico brasileiro.

Nosso quadro de internações na maioria das instituições psiquiátricas brasileiras mostra que as mesmas se repetem periodicamente em especial para aqueles clientes psiquiátricos graves ou de evolução prolongada, o que exponencialmente os conduz ao amargo destino do isolamento crescente com o empobrecimento dos vínculos familiares e sociais, o que é visto por muitos profissionais em saúde mental como uma evolução natural da doença mental em suas formas mais graves. Essas ações consideradas terapêuticas em nada contribuíram no sentido de mudar as condições, inclusive subjetivas, em que vivem os pacientes, não se escapa de um curioso e triste paradoxo, outrora lembrado por Tenório (2001), “o período de atendimento ao paciente em fase de estabilização dos sintomas acaba por ser uma época de permanente expectativa de nova agudização”. Nos profissionais que abraçaram a reforma no seu cotidiano de trabalho e que defendem os novos dispositivos de assistência, percebe-se claramente que tal pensamento não vigora inabalável, e a institucionalização não se resume em destino e futuro imediato de todo cliente com transtorno mental.

Tenório (2001) ressalta que as instituições psiquiátricas centram sua atuação “na expressividade do sintoma, isto é, em sua eliminação ou simples mitigação”, reduzindo a intervenção institucional ao manejo dos sintomas. Pode-se proceder segundo esse modelo também no ambulatório, e mesmo nas estruturas ditas intermediárias. Quanto ao ambulatório, apesar de ter surgido como alternativa ao asilo, seu pertencimento aos limites do modelo sintomatológico é de tal ordem, história recente da psiquiatria brasileira, que se pode falar em um “sistema de atendimento com base no binômio hospital-ambulatório” (GOLDBERG, 1994b:27). O hospital recebe as situações mais graves, o ambulatório trata dos casos

temporariamente estabilizados. Do mesmo modo, a atenção dispensada pelos profissionais passa ao largo das sutilezas e idiosincrasias de cada paciente.

É necessário tomar, como objeto de nossa intervenção, o cliente em suas múltiplas interações socioeconômicas e culturais; trata-se de ajudar o usuário em sua lida cotidiana por uma vida melhor. Isso envolve o alívio dos sintomas, o apoio e orientação à família, o suporte social, a criação de alternativas de trabalho, moradia e lazer, a existência permanente de uma referência institucional a que pacientes possam recorrer. Simplificando um pouco: não só remédios, mas também comida, diversão e arte. A fala do paciente e aquilo que se oferece ao olhar do “médico” servem apenas ao reconhecimento dos sintomas que, inventariados, determinarão uma conduta estabelecida *a priori* por sua adequação ao sintoma e não à particularidade de como esse sintoma se articula naquele caso e para aquele sujeito. O tratamento psiquiátrico, inclusive fora das crises, seja em internação, seja ambulatorial, resume-se ao monitoramento dos sintomas e ao ajuste de medicação (TENÓRIO, 2001:72).

Na acepção de Benilton Bezerra Júnior (1996), o problema é o lugar da clínica neste campo de intervenção. Um lugar que tem sido, ora supervalorizado, ora subvalorizado:

Supervalorizado por todos aqueles grupos, e todas aquelas pessoas que tem uma visão, eu acho, reducionista do que seja esta prática, no sentido de que superdimensionam o trabalho individual ou mesmo grupal, mas no nível da intervenção psicológica, da intervenção psiquiátrica, ou da intervenção psicanalítica, ou seja, da intervenção ‘psi’, em detrimento de práticas de intervenção do campo da interação entre sujeitos, da interação dos sujeitos com seus ambientes, etc. Na outra ponta do espectro, há aqueles que subvalorizam a importância da questão da clínica e subdimensionam sua importância na medida em que acentuam, com correção e ênfase, a importância em se pensar estruturas assistenciais que contemplem a relação do sujeito com a realidade social, que não reduzam a prática, a uma prática individual ou grupal, mas que tem deixado ainda, um pouco na sombra, ou ainda não trouxeram para o centro do tablado, a discussão de como poderíamos discutir, como poderíamos encontrar um terreno comum, onde possamos conversar sobre o que se faz, que conceitos sustentam a nossa prática junto ao nossos pacientes, numa relação mais direta (BEZERRA JR., 1996:138).

Leal (2001), corrobora ainda que a clínica da Reforma não é um corpo único, é multifacetado, há várias clínicas nesse campo, clínicas que muitas vezes se sobrepõem, compõem umas com as outras, estabelecem alianças e em tantas outras se antagonizam.

Por atenção psicossocial, entende-se uma atenção voltada para além da reabilitação, da clínica institucional, neste sentido, a atenção psicossocial engloba um conjunto de dispositivos e instituições que fazem com que a assistência em saúde mental tenha uma atuação efetiva no cotidiano das pessoas assistidas; e quanto a esse cotidiano preenchido por várias atividades terapêuticas, cabe à equipe de cuidados, prover para que tais

atividades não sigam simplesmente a lógica de controlar crises, e monitorar sintomas, sendo assim incorreria facilmente no modelo sintomatológico, que ocasionalmente pode estar sustentado em atividades terapêuticas diversas que ditando o cotidiano dos pacientes, conforme Goffman (1996:44), pode obedecer a lógica de monitoramento de sintomas em uma versão mais sutil, a da pedagogia da sociabilidade, contituindo desse modo as instituições totais como escolas de boas maneiras, mas pouco refinadas.

Quanto ao tratamento na clínica da reforma, o mesmo refere sobre “ajudar o usuário em sua vida cotidiana por uma vida melhor” (DELGADO, 1997:42). Ademais o tratamento consiste em acompanhar o sujeito, o que traz como consequência a reformulação solidária das noções de cura e tratamento. Manoel Olavo Teixeira (1996), ao discutir o conceito de cura em psiquiatria, propõe a substituição da cura-fim pela cura-meio, sendo a cura o próprio processo de tratamento, e sendo esta formulada em prol da ajuda ao paciente no sentido de ajudá-lo a viver. Maria Tavares Cavalcanti afirma que os objetivos não são uma volta à normalidade, mas a “devolução ao sujeito de um mínimo de qualidade de vida dentro da sua condição de psicótico” (CAVALCANTI, 1992: 264). Uma retomada de vida, entendida como permitir que o paciente se sinta inserido em alguma coisa, nem que seja no próprio tratamento, onde ele tenha um lugar para ir, encontrar pessoas, ou simplesmente estar (ibid:268). Para Jairo Goldberg (1994a:140), a ação institucional deve ser a “produção do movimento cuja única finalidade é impelir o paciente a coeficientes de escolha cada vez maiores em sua vida”. O autor defende que independente do estado patológico em vigência, o gerenciamento da vida é algo indissociável deste.

Muitas são as formas de definir reabilitação social e os serviços que as compõem:

A Associação Internacional dos Serviços de Reabilitação Psicossocial (IAPRS) define “reabilitação psicossocial” como o processo de facilitar ao indivíduo com limitações a restauração, no melhor nível possível de autonomia, do exercício de suas funções na comunidade (...) mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado (GOLDBERG *apud* PITTA, 1996:20).

Para a OMS, a reabilitação psicossocial é um “conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários” (GOLDBERG *apud* PITTA, 1996:21).

É consenso para muitos autores que a definição da OMS é mais prudente, mais racional e atingível, pois refere um cuidar que considera o sujeito e sua subjetividade na

medida em que deixa a cargo do sujeito o que fazer com os “insumos” recebidos e localiza os problema nos efeitos da cronificação, o que denota um acompanhamento singular.

A reabilitação, para Jairo Goldberg *apud* Pitta (1996:45), nada mais é que oferecer todas as possibilidades de tratamento que estejam disponíveis, assim sendo, chega-se onde o paciente quer chegar e não onde a equipe de cuidados previamente estabelece, pois tratar e reabilitar são perspectivas indissociáveis.

Roberto Tykanori (1996), em sua experiência conceitual mais política trabalha a reabilitação como um problema de produção de valor. Para Tykanori, a autonomia de que se trata não é a independência pessoal, mas sim aquela relativa aos constrangimentos impostos pela doença.

A negatividade do lugar social do louco se dá por sua exclusão do universo das trocas sociais. A exclusão social da loucura se realiza, portanto, como negação do poder contratual do doente mental. Reabilitar assim, é, construir ou reconstruir o poder contratual do paciente, com vistas a ampliar sua autonomia (TYKANORI, 1996:56).

Diante da singularidade na atenção a cada paciente atendido segundo às novas práticas em saúde mental, nasce o projeto terapêutico, individual e orientado para cada paciente, onde se estabelece um contrato de frequência às atividades em que constam algumas metas decorrentes do que se avaliou sobre a situação atual do cliente orientado pela equipe multiprofissional do serviço de atenção em saúde mental que compõem o atendimento a esse paciente. O projeto terapêutico assegura que cada paciente tenha uma atenção e uma conduta singularizadas, em contraposição às práticas homogeneizantes das instituições tradicionais, ou mesmo à indiferença que se revela no fato de que muitas vezes não se faz qualquer reflexão clínica sobre o caso. É um dos valores mais importantes das novas práticas de cuidado e somente a resposta do paciente ao tratamento é que indica o próximo passo a ser seguido, só podemos saber o efeito de uma intervenção a partir dela própria (diferente do que outrora vimos nas evoluções diárias dos pacientes como “segue sem queixas”, “padrão inalterado”, “conduta mantida” – que denotam a ineficácia do serviço, pois se tais condições se mantêm – o cuidado precisa ser revisto e não mantido, o que não acontecia).

A reformulação da idéia de cura é indissociável do tratamento, portanto suas reformulações são essenciais. Goldberg (1994b:03) afirma que esse trabalho exige a criação de “tantos parâmetros quanto forem diversos e variados os pacientes”, o desafio para ele, consiste em criar as condições de uma clínica à altura dessa exigência. O tratamento não pode dispensar as diversas possibilidades expressivas dos pacientes, com especial atenção à fala.

Quanto à instituição, “esta deve criar condições para que essas exortações se realizem e possam se desdobrar em uma abordagem singular de cada caso”.

Para ser uma superfície de vida, é indispensável que o local busque ser agradável, que valorize os signos de identidade de cada paciente, que tolere a desordem, que se caracterize pelo acolhimento, pelo respeito à singularidade e pela diversidade. Deve-se oferecer ao paciente as mais diversas possibilidades de estabelecimento de vínculos: “espaços diferenciados, pessoas variadas, atividades diversas, ou seja, a máxima heterogeneidade possível, possibilitando que cada paciente possa engajar-se naquilo que lhe interesse”. A heterogeneidade, portanto, é um valor contraposto à tendência homogeneizante da própria condição psicótica, de seu gerenciamento social e das outras instituições psiquiátricas pelas quais os pacientes muitas vezes passaram, que se materializa também na idéia de uma equipe multiprofissional de cuidados (GOLDBERG, 1994b:03).

Heterogeneidade, acolhimento e respeito a singularidade visam a permitir que o paciente possa tomar o espaço como seu, na perspectiva de um acompanhamento de longo prazo. Em outras palavras, é preciso que o paciente perceba a instituição como um lugar que lhe interessa freqüentar, um lugar que tenha para ele algum sentido, de acolhimento, sociabilidade ou continência, enfim, que a instituição represente para ele alguma coisa à qual valha a pena se ligar (TENÓRIO, 2001:70).

Chegamos assim à concepção de território, que para a saúde mental e suas novas práticas abrange um espectro maior que de uma simples regionalização espacial e administrativa. Para Delgado (1999:117), “o território não é (apenas) o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências sócio culturais e econômicas que desenham a moldura do seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção social, de sua inserção no mundo.

Dentro desta perspectiva antropológica, o mesmo autor nos diz que “um serviço só será possível se, localizado em um bairro, emoldurado pelas referências sociais e culturais daquela comunidade específica, puder dar uso prático ao conceito de território” (*ibid*). Assim, a clínica da reforma é moldável às situações que se apresentarem não limitando-se ao seu campo de pertinência e incorpora outros saberes, outros instrumentos, outras práticas e, sobretudo, outras preocupações, o que convencionou-se no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira, a chamar de clínica ampliada, clínica do cotidiano.

Fernando Tenório afirma que a denominação “clínica ampliada” é correta e tem a vantagem de afirmar como clínicas *tout court* as muitas e diferentes ações que compõem a nova arquitetura dos cuidados em psiquiatria e saúde mental.

Penso que a expressão tem valor estratégico: de um lado, preserva e afirma a clínica e sua tradição, cuja negação, a meu ver, teria consequências negativas; do outro, recusa uma concepção estreita, incorporando à preocupação clínica inúmeros elementos antes manejados burocraticamente porque expelidos como “extra-clínicos” (TENÓRIO, 2001:73).

Tradicionalmente se conhece a relação do louco e da loucura no espaço hospitalar de outrora, e a configuração deste lugar na clínica da reforma contemporaneamente? Considerando que a reforma visa promover uma outra resposta social à loucura, desinstitucionalizada, não manicomial, e que tem como objetivo programático, “deter o fluxo de internações”, segundo Delgado (1987:04) cabe aqui ressaltar que a internação por muito tempo ainda se constituirá como um recurso clínico eventualmente necessário ao tratamento da psicose, para a proteção do paciente, seus familiares e o meio social e me parece irresponsável dizer o contrário. O que importa nesse momento é defender uma racionalização no fluxo das internações e que esta se configure como uma alternativa final após a falência de todos os recursos assistenciais possíveis para tal paciente em sua condição de psicótico.

Para tanto os novos dispositivos tem que mostrar-se potentes para substituir o modelo hospitalocêntrico, fato que pelo menos no Piauí ainda não ocorreu. A reversão de modelo encontra-se em processo; e como todo novo paradigma muitos desafios e dilemas persistem. O que se pode afirmar é que sob nova lógica e novo paradigma, a complexidade na abordagem da loucura ainda é central. Assim, os novos lugares e concepções emergem e um novo processo de trabalho é requisitado de forma central: o trabalho em equipe no território existencial, na cidadania, na rede social, e na gestão do cotidiano da pessoa que vive com um transtorno mental.

Este novo paradigma e lógica organizacional impõe mudanças radicais na formação profissional em saúde mental.

CAPÍTULO III

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O status quo é sempre alterado, portanto o conhecimento nunca fica do mesmo jeito que estava antes (ROMAÑA, 1982:84).

O conteúdo deste capítulo objetiva descrever a trajetória metodológica adotada para a realização do estudo no intuito de conduzir o leitor ao campo de pesquisa, objeto de nosso estudo, bem como todos às informações pertinentes ao desenvolvimento do mesmo. O item 3.1 aborda os eixos teórico-metodológicos da pesquisa; a caracterização da pesquisa e sua fundamentação enquanto método. O item 3.2 desvela o Hospital Areolino de Abreu como campo da pesquisa, as etapas seguidas na consecução e organização dos protocolos científicos e éticos, assim como, a caracterização dos sujeitos participantes do estudo.

No tópico 3.3 encontram-se os procedimentos que foram utilizados para a coleta e o registro das informações, que coadunaram com a clarificação do objeto de estudo, contribuindo para a construção dos instrumentos para análise no item 3.4.

3.1 EIXOS TEÓRICOS-METODOLÓGICOS DA PESQUISA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa social, que nos últimos 30 anos vem contribuindo significativamente na busca de respostas em outras áreas do conhecimento, sobretudo na saúde. Para Egberto Turato (2005), há pouco mais de um século, juntando-se com o início das idéias de se criarem as Ciências Humanas, surgem os métodos qualitativos em contraponto às então já organizadas Ciências Naturais.

Minayo (2005) nos revela que a metodologia é o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade, ocupando lugar central no interior das ciências sociais, pois ela faz parte intrínseca da visão social do mundo veiculada na teoria.

Para apreensão da formação profissional no hospital psiquiátrico, esse estudo considerou como método, a dialética, no sentido da produção dos significados atribuídos pelos sujeitos do estudo ao modo de efetivação da formação profissional dos discentes de nível superior tendo como base os pressupostos da reforma psiquiátrica no HAA, assim como, as preocupações centrais inseridas no

cotidiano da prática do docente em termos de aproximação aos objetivos propostos pela Reforma Psiquiátrica e o modo como esse docente em suas práticas contribui para a concretização da Reforma Psiquiátrica.

A dialética é compreendida como a história do espírito, de todas as contradições do pensamento que perpassam o caminho que leva da afirmação à negação. Considerando que ser e pensamento são idênticos, esta contradição não é apenas do pensamento, mas da realidade, e esta é a proposição da dialética como método a partir de [Hegel](#), onde tudo se desenvolve pela oposição dos contrários, que permanecem vivos devido a esta dialética. Por conseguinte, tudo está em processo de constante devir, sendo compreendido somente *a posteriori*. Em Politzer (1979, p.214), encontramos a definição de dialética dada por Engels como,

“grande idéia fundamental segundo a qual o mundo não deve ser considerado como um complexo de coisas acabadas, mas como um complexo de processos em que as coisas, na aparência de estáveis, do mesmo modo que os seus reflexos intelectuais no nosso cérebro, as idéias, passam por uma mudança ininterrupta de devir e decadência, em que finalmente, apesar de todos os insucessos aparentes e retrocessos momentâneos, um desenvolvimento progressivo acaba por se fazer hoje” (POLITZER, 1979:214).

Para Sampaio (1998, p. 41), “o método dialético como ponto de partida é o objeto e sua meta é a reconstrução teórica deste”. O autor complementa que “o método dialético não fala apenas de coisas, mas de ‘coisas em relação e significação’, quer surpreender os movimentos e suas qualificações”.

A dialética caracteriza-se pela redução dos opostos à síntese; não esquematicamente, porém, através de uma pesquisa que revela relações de mediação entre aspectos quantitativos e qualitativos, e interpreta o real como um processo complexo de negação/afirmação das suas determinações particulares, analiticamente reconduzidas a uma unidade articulada, sendo assim um método do conhecimento que constrói o núcleo do pensamento racionalista em geral. Sendo assim, para a dialética, as coisas não são analisadas na qualidade de objetos fixos, mas em um movimento onde nenhuma coisa está finalizada, mas em constante metamorfose, ou seja, o fim de um processo é sempre o início de outro. As coisas não existem isoladas, destacadas uma das outras e independentes, mas como um todo unido, coerente.

Para Chizzotti (2005, p.80), a dialética insiste na relação dinâmica entre sujeito e o objeto, no processo do conhecimento. Valoriza a contradição dinâmica do fato observado e

a atividade criadora do sujeito que observa as oposições contraditórias entre o todo e a parte e os vínculos do saber e do agir com a vida social dos homens.

Apoiado em Habermas, Sampaio (1998, p. 43) descreve o modo de pensar o social segundo uma concepção dialética na relação homem/sociedade, onde:

“defenderá diversidade metodológica, pois também entende que natural e social geram valores específicos; acatará a relação subjetividade/objetividade como problemática, interdependente: o sujeito faz a coisa e a coisa faz o sujeito; verá sociedade como modo de produção das condições de existência, dinâmico, histórico, regido pela contradição, cuja compreensão requer que se apreenda a rede hierarquizada de determinações que integram os fenômenos. Este pesquisador entenderá a relação saúde/doença como processo histórico-social, com qualidades diferentes de outro processo histórico-social, que é a realidade vital dos seres humanos. Aqui se estarão constituindo totalidades de estudo a serem postas em referência com outras totalidades que lhes determinem” (SAMPAIO, 1998:44).

Em resposta às questões e considerando as características do objeto de pesquisa, buscou-se a abordagem da pesquisa pelo uso da metodologia qualitativa aplicada à saúde, onde adotamos a concepção outrora utilizada nas Ciências Humanas, segundo a qual não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Encontrei similitude em Minayo (2005, p. 22), quando esta, aponta as metodologias qualitativas como: “(...) aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

O estudo se constitui do tipo exploratório e descritivo, como ressalta Gil (1999, p. 44) tal estudo “possibilita ao investigador aumentar sua experiência em tomo de determinada questão, assumindo o caráter descritivo quando observa, registra, analisa e correlaciona fatos com fenômenos sem manipulá-los”. Ampliando esse horizonte, Triviños (1994, p.110), acrescenta afirmando que “os estudos descritivos exigem do pesquisador um conjunto de informações sobre o objeto investigado com a pretensão de descrever com exatidão os fatos e fenômenos de uma dada realidade”.

Para Antonio Carlos Gil (1999) o estudo de caso consiste no estudo profundo e exaustivo (intensivo) de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento. Segundo Yin (2001), o estudo de caso é escolhido ao se examinar acontecimentos contemporâneos quando não se podem manipular comportamentos relevantes. Tratado como uma estratégia de

investigação representa uma maneira de se investigar um tópico empírico, o que contribui para a compreensão e distinção do método do estudo de caso, de outras estratégias de pesquisa como o método histórico e a entrevista em profundidade, o método experimental e o *survey*.

Corroborando com o pensamento de Gil (1999) e Yin (2001), Fidel (1992), descreve o estudo de caso como um método específico de pesquisa de campo. Estudos de campo são investigações de fenômenos à medida que ocorrem, sem qualquer interferência significativa do pesquisador. Seu objetivo é compreender o evento em estudo e ao mesmo tempo desenvolver teorias mais genéricas a respeito dos aspectos característicos do fenômeno observado. Para Hartley (1994), o fenômeno não está isolado de seu contexto (como nas pesquisas de laboratório), já que o interesse do pesquisador é justamente essa relação entre o fenômeno e seu contexto. A abordagem de estudo de caso não é um método propriamente dito, mas uma estratégia de pesquisa.

Ao comparar o Método do Estudo de Caso com outros métodos, Yin (2001) afirma que para se definir o método a ser usado é preciso analisar as questões que são colocadas pela investigação. De modo específico, este método é adequado para responder às questões “como” e “porque” que são questões explicativas e tratam de relações operacionais que ocorrem ao longo do tempo mais do que frequências ou incidências. No mesmo sentido, Bonoma (1985, p. 207) acrescenta que “este método (e os outros métodos qualitativos) são úteis quando um fenômeno é amplo e complexo, onde o corpo de conhecimentos existente é insuficiente para permitir a proposição de questões causais e quando um fenômeno não pode ser estudado fora do contexto no qual ele naturalmente ocorre”. Para Bonoma (1985, p. 206), ao tratar dos objetivos da coleta de dados, coloca como objetivos do Método do Estudo de Caso não a quantificação ou a enumeração, “... mas, ao invés disto (1) descrição, (2) classificação (desenvolvimento de tipologia), (3) desenvolvimento teórico e (4) o teste limitado da teoria. Em uma palavra, o objetivo é a compreensão”.

A grande vantagem do estudo de caso é permitir ao pesquisador a centralização em um aspecto ou situação específica, bem como a identificação dos diversos processos que interagem no contexto estudado, em virtude de que esses processos podem permanecer ocultos em outros tipos de pesquisas, mas não menos decisivos no caminho do sucesso ou fracasso de sistemas ou organizações,

e no nosso caso, podem ser determinantes para o futuro da formação profissional dos discentes dos cursos pesquisados (Enfermagem, Serviço Social, Medicina e Psicologia). Como afirma Hartley (1994), o ponto forte reside na sua capacidade de explorar processos sociais à medida que esses ocorrem nas organizações, o que permite uma análise processual, contextual e longitudinal das várias ações e significados que ocorrem e são construídos nas organizações. A natureza mais aberta da coleta de dados em estudos de caso permite analisar em profundidade os processos e as relações entre eles.

As possíveis aplicações do Método do Estudo de Caso são propostas por Yin (2001) e compreendem: a explicação de ligações causais nas intervenções da vida real que são muito complexas para serem abordadas pelos ‘*survey*’ ou pelas estratégias experimentais; a descrição do contexto da vida real no qual a intervenção ocorreu; para fazer uma avaliação, ainda que de forma descritiva, da intervenção realizada; e para explorar aquelas situações onde as intervenções avaliadas não possuam resultados claros e específicos.

As evidências para o Método do Estudo de Caso, segundo Yin (2001), são obtidas a partir de seis fontes de dados: documentos, registros de arquivos, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos e cada uma delas requer habilidades específicas e procedimentos metodológicos específicos.

A **documentação** é uma importante fonte de dados e para este estudo utilizamos cartas, memorandos, ofícios, atas de reuniões, documentos administrativos, estudos formais, avaliações de plantas e artigos da mídia disponíveis na Biblioteca do Hospital Areolino de Abreu. O uso da documentação deve ser cuidadoso, pois segundo Yin (2001), eles não podem ser aceitos como registros literais e precisos dos eventos ocorridos e seu uso deve ser planejado para que sirva na corroboração e aumento das evidências vindas de outras fontes; eles nos ajudam a estabelecer com clareza os títulos e os nomes das organizações mencionadas e inferências podem ser feitas a partir da análise da qualidade dos registros e dos documentos.

Os **dados arquivados** envolvem, para Yin (2001), os dados de serviços, dados organizacionais; dados geográficos; dados de levantamentos; dados pessoais que podem ser usados em conjunto com outras fontes de informações tanto para verificar a exatidão como para avaliar dados de outras fontes. Para o estudo

realizado no Hospital Areolino de Abreu foram colhidos os dados do Serviço de Enfermagem, como número de clientes; dados organizacionais (orçamentos, mapas e quadros); dados geográficos, lista de nomes; dados de levantamentos, para a composição do referido estudo, tais dados me permitiram fazer os devidos cruzamentos antes de chegar às conclusões.

As **entrevistas**, uma das fontes de dados mais importantes para os estudos de caso, uma vez que os estudos de caso em pesquisa social lidam geralmente com atividades de pessoas e grupos, apesar de haver uma associação usual entre a entrevista e metodologia de 'survey' (YIN, 2001). Apesar de muitas vezes poder sofrer a influência dos observadores e entrevistadores e, por isto, serem reportadas e interpretadas de acordo com as idiossincrasias de quem faz e relata a entrevista; quando bem conduzidas, podem fornecer importantes *insights* sobre a situação. Para Yin (2001), a entrevista, dentro da metodologia do Estudo de Caso, pode assumir várias formas: a entrevista de natureza aberta-fechada, onde o investigador pode solicitar aos respondentes; a entrevista focada, da qual fiz uso na trajetória da pesquisa, onde o respondente foi entrevistado por um curto período de tempo e assumiu um caráter aberto-fechado seguindo as perguntas estabelecidas no protocolo da pesquisa; a entrevista do tipo survey, que implicam em questões e respostas mais estruturadas.

A observação direta ocorreu durante a execução do estudo com o intuito de colher evidências sobre o caso e foram “úteis para prover informações adicionais sobre o tópico em estudo” (YIN, 2001, p.91). No caso do estudo das relações sociais, a observação ganha importância uma vez que as possibilidades de experimentação são muito limitadas. “Não se pode, portanto, falar em Ciência sem fazer referência à observação (...), ela é um dos meios mais freqüentemente utilizados pelo ser humano para se conhecer e compreender pessoas, coisas, acontecimentos e situações” (Rudio, 1980). Ainda segundo esse autor, a observação científica completa, enriquece e aperfeiçoa a observação comum a fim de lhe dar validade, fidelidade e eficácia.

A **observação participante** também foi um recurso utilizado, tendo em vista ser um tipo especial de observação, na qual o observador deixa de ser um membro passivo e pode assumir vários papéis na situação do caso em estudo.

Sobre tal recurso, atesto o acompanhamento de algumas atividades executadas no Hospital Areolino de Abreu por discentes junto aos pacientes, sob a orientação docente e que tiveram relevante contribuição no estudo por nos permitirem o acesso a eventos ou informações que não poderiam ser visualizados somente na fala dos respondentes.

Os **artefatos físicos e culturais** para Yin (2001) também se constituem em uma fonte de evidências e podem ser coletados ou observados como parte do estudo de campo e pode fornecer informações importantes sobre o caso em estudo, como é o caso do diário de campo construído durante o estudo. Neste procedimento, espelhei-me em Minayo, quando ela diz que a importância dessa técnica reside no fato de podermos “captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, os atores sociais, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real” (MINAYO, 2005, p. 59-60).

Conforme Robert Yin (2001), na elaboração do plano de pesquisa, o investigador tem que estabelecer procedimentos que visem maximizar os resultados a serem obtidos com utilização destas seis fontes de evidência e para auxiliá-lo nesta tarefa, o autor recomenda a aplicação de três princípios:

(...) o princípio do uso de múltiplas fontes de evidência, esta é uma característica dos estudos de caso e o uso de múltiplas fontes de evidência pode ajudar o investigador a abordar o caso de forma mais ampla e completa, além de poder fazer cruzamento de informações e evidências; o princípio da criação de um banco de dados do estudo de caso, para se registrar todas as evidências, dados, documentos e reportes sobre o caso em estudo e para torná-los disponíveis para consultas; o princípio da manutenção de uma cadeia de evidências, que deve ser seguido para melhorar a fidedignidade do estudo do caso e tem como objetivo explicitar as evidências obtidas para as questões iniciais e como elas foram relacionadas às conclusões do estudo, servindo de orientação para observadores externos ou para aqueles que farão uso dos resultados do estudo (YIN, 2001:34).

As estratégias de campo empregadas foram a entrevista focada complementada pelas técnicas de observação direta e observação participante.

Tomando como referência todo esse instrumental metodológico, a entrada no trabalho de campo buscou uma aproximação gradual com os atores sociais engajados na educação superior dos cursos de Enfermagem, Serviço Social, Psicologia e Medicina, de faculdades privadas e públicas do Estado do Piauí que utilizam o hospital psiquiátrico como campo de prática de estágio, pesquisa e ensino.

3.2. O CAMPO DA PESQUISA E A PESQUISA DE CAMPO

Segundo Minayo (2005), o campo de pesquisa “constitui-se como um recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação” (2005, p. 53).

O Estado do Piauí está localizado na região Nordeste, na Bacia Sedimentar do Meio Norte, ocupando o 3º lugar em extensão, com uma área de 252.378,6 Km² que perfaz cerca de 2,95% do território nacional e concentrando uma população de 2.898.223 habitantes e apresenta uma densidade demográfica média de 11,3 hab/Km² (IBGE, 2002).

Geo-ecologicamente o Estado do Piauí é classificado em quatro mesorregiões geográficas nas quais se distribuem os 222 Municípios, quais sejam: *Mesorregião Norte Piauiense; A Mesorregião Sudoeste Piauiense, a Mesorregião do Sudeste Piauiense, e a Mesorregião Centro Norte Piauiense*, esta última constitui-se como a mais importante mesorregião do Piauí, tanto por concentrar as principais atividades econômicas do Estado, quanto pelo contingente populacional aí concentrado. Localiza-se nessa mesorregião a principal área urbana do Estado, Teresina - Capital do Estado, que concentra cerca de 30% da população de todo o Estado do Piauí;

A pesquisa foi realizada em Teresina, capital do Estado do Piauí, que possui uma população estimada em 714.318 habitantes, de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002). A cidade de Teresina alcançou nos últimos anos o posto de Centro de Referência em Saúde devido à influência obtida através da prestação de serviços de saúde que alcança aproximadamente, 5.000.000 de habitantes em sete estados, donde vale destacar: a manutenção de 15.000 empregos diretos; uma movimentação de R\$ 20.000.000,00/mês; atendimento à aproximadamente 18.924 pacientes de outros Estados somente no período de janeiro a outubro de 2000, o que representa 5,5% do PIB de Teresina e mantém 634 empresas, segundo dados da Prefeitura Municipal de Teresina (2007).

A rede municipal de saúde responde desde abril de 1996 pela organização do SUS em Teresina e para atender às pessoas, conta com uma rede própria de 67 postos/centros de saúde, oito hospitais (Promorar, Parque Piauí, Dirceu Arcoverde, Satélite, Monte Castelo, Primavera, Matadouro e Buenos Aires), Maternidade Professor Wall Ferraz, três Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, o Centro Integrado Lineu Araújo para consultas e exames especializados, e o Centro Especializado em Odontologia – CEO. A rede estadual conta ainda com seis hospitais públicos: Hospital Getúlio Vargas - HGV, Hospital Infantil Dr. Lucídio

Portella - HILP, Hospital de Doenças Tropicais Dr. Nathan Portela – HDTNP/HDIC, Maternidade Dona Evangelina Rosa - MDER, Hospital do Mocambinho e Hospital Areolino de Abreu - HAA, este último, campo empírico de nosso estudo.

A pesquisa foi realizada no Hospital Areolino de Abreu (H.A.A.), um hospital escola psiquiátrico localizado na cidade de Teresina - Piauí, e envolveu seis dos nove docentes dos cursos de graduação na área de enfermagem, serviço social, psicologia e medicina de diversas faculdades do Estado do Piauí que utilizam o hospital psiquiátrico como campo de prática de estágio, pesquisa e ensino.

Em referência à assistência psiquiátrica disponibilizada no âmbito da rede estadual, é cediço que os serviços são centralizados em sua maioria no Hospital Areolino de Abreu, além do Sanatório Meduna, aquele, objeto de nosso estudo, conta atualmente com 160 leitos, além de serviços de urgência como porta de entrada para as internações hospitalares. O hospital oferece ainda serviços de hospital-dia, adulto e infanto-juvenil com 30 vagas cada um. O ambulatório conta com consultas realizadas por psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, odontólogos e terapeutas ocupacionais.

3.2.1 ORGANIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS CIENTÍFICOS E ÉTICOS

No que tange às exigências formais determinadas pela Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), especificamente no seu Artigo IV, que aborda o respeito à autonomia do participante da pesquisa, garantindo-lhe, entre outros direitos, o seu consentimento livre e esclarecido, o sigilo das informações e a privacidade, assim sendo, a pesquisa atendeu a todos os requisitos solicitados. Ressalte-se, ainda, que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A). As entrevistas foram realizadas no Hospital Areolino de Abreu, tendo sido autorizadas por meio do Termo de Consentimento Institucional, no que se refere ao hospital e através de e-mail enviado por esta pesquisadora aos docentes após prévio contato, e realizados no período de agosto a dezembro de 2006.

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal do Piauí e obteve aprovação sob o parecer número 117/2006 (ANEXO B).

3.2.2 OS SUJEITOS ENVOLVIDOS NO ESTUDO

Os sujeitos que constituíram o universo da pesquisa foram seis docentes dos cursos de graduação na área de Enfermagem, Serviço Social, Psicologia e Medicina de duas universidades públicas do Estado do Piauí (Universidade Federal do Piauí – UFPI e Universidade Estadual do Piauí – UESPI) e de duas faculdades particulares (Faculdade Integral Diferencial – FACID e Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí - NOVAFAPI) que utilizam o Hospital Areolino de Abreu e com este mantém convênio para utilização como campos de prática de estágio, pesquisa e ensino. Além dos referidos cursos de graduação, o Hospital Areolino de Abreu funciona como campo de prática para quatro escolas profissionalizantes e recebe alunos dos cursos de auxiliar de enfermagem e técnico de enfermagem. O número máximo permitido para cada grupo é de oito alunos para atividades práticas em quaisquer dos níveis de estudo. Os dias e horários das disciplinas de todos os referidos cursos são alternados entre todas as instituições para que não haja um número demasiado de alunos concentrados em um único setor do hospital.

A formação profissional em nível de graduação no Areolino de Abreu envolve por semestre, uma média de nove docentes e cento e cinquenta alunos em atividades que variam quanto à permanência em diária ou semanal, distribuídos nos cursos de Enfermagem, Serviço Social, Psicologia e Medicina.

Os primeiros cursos a utilizarem o espaço do Hospital Areolino de Abreu como campo de práticas e estágios foram respectivamente, os cursos de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. A Faculdade de Medicina do Piauí - FAMEPI foi criada pelo decreto Estadual nº 694 de 11 de agosto de 1966, como estabelecimento isolado de ensino superior, sediada na cidade de Teresina e mantida pelo Estado do Piauí através da Fundação de Ensino Superior do Piauí - FESPI, nos termos da lei estadual nº 2.745 de 10 de agosto de 1966 (UFPI, 1991).

Em 19 de novembro de 1966 o Conselho Estadual de Educação, através do parecer nº 1/66, autorizou o seu funcionamento e em 04 de dezembro de 1967 teve nomeado o seu 1º diretor, Dr. Zenon Rocha. No dia 11 de março de 1968 realizou-se a aula inaugural do Curso de Medicina, solenemente ministrada pelo professor Dirceu Mendes Arcoverde, titular de Anatomia.

A Fundação Universidade Federal do Piauí – FUFPI, órgão mantenedor da Universidade Federal do Piauí - UFPI, foi criado posteriormente, em 12 de novembro de

1968, pela Lei Federal Nº 5.528/68, extinguindo-se, automaticamente, a FESPI. Em 26 de agosto de 1974, através do Decreto nº 74.466 foi reconhecido oficialmente pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC) o Curso de Medicina da Universidade Federal do Piauí.

Para atender aos preceitos da Reforma Universitária, a Universidade ao ser implantada agregou todos os cursos de nível superior que funcionavam de forma autônoma no Piauí e de acordo com o Decreto nº 68.631, de 19 de maio de 1971, a FUFPI incorporou as seguintes escolas superiores isoladas: Faculdade de Direito do Piauí, criada em 1931; Faculdade Católica de Filosofia, em funcionamento desde 1957, com os cursos de História, Geografia, Letras e Filosofia; a Faculdade de Odontologia, ativa desde 1961 e a Faculdade de Medicina, em funcionamento desde 1968, ambas localizavam-se em Teresina, e além destas, a Faculdade de Administração de Empresas, com sede em Parnaíba.

A criação do curso de Enfermagem foi proposta como amplitude para os cursos do Centro de Ciências da Saúde - CCS, criado em 1973. Para tanto, foram avaliados alguns indicadores conforme afirma a Dra. Lídyia Tolstenko Nogueira (1996:186): “no início dos anos setenta, o Piauí contava com uma enfermeira para cada 65.382 habitantes, número bastante distanciado do preconizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (4,5 enfermeiras para cada 10.000 habitantes)”. Outra discrepância relacionava-se à relação leito hospitalar-enfermeira, representada à época por 100,3 leitos para cada enfermeira. Para se ter a dimensão da escassez de enfermeiras cabe lembrar que a OPAS, em 1969, recomendava seis enfermeiras para cada 100 leitos hospitalares. O curso de Enfermagem inseriu-se na Universidade, totalmente vinculado ao departamento médico, à época, conduzido por lideranças político-partidárias locais e do poder oligárquico constituído no Estado, o que para Nogueira (1996:189), não diferiu muito do que ocorrera na maior parte dos Estados brasileiros. Para a autora, a condução do curso comandada por médicos causava inúmeros desdobramentos que repercutiam em especial, na identidade das alunas, que não tinham uma única docente enfermeira. A primeira proposta de grade curricular surgiu ao final de 1974, momento em que as alunas já finalizavam o quarto período de estudos. Somente em 06 de outubro de 1975 é criada a Coordenação do Curso de Enfermagem.

Em 1936 é criada a primeira Escola de Serviço Social no Brasil, como desdobramento da ação social da Igreja Católica, que ao fomentar a formação técnica especializada, profissionaliza o quadro leigo da Igreja, na prestação de serviços assistenciais. A primeira escola foi criada em São Paulo, a segunda no Rio de Janeiro, ambas pela Pontifícia Universidade Católica – PUC.

A Psicologia é o curso de inserção mais recente em nosso Estado e conforme informa Carvalho (2007:07), a institucionalização da formação profissional em Psicologia no Brasil teve início em 1946/47 através da Portaria 272 que regulamentou o Decreto 9.092 de 1946, tendo por identidade, o psicólogo ser, psicotécnico. Todavia a formação de nível superior do psicólogo inicia-se na década de 50 com a criação do Curso da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, já em São Paulo com o Curso da USP, criada pela Lei Estadual nº 3.862 de 1958.

Vale lembrar que das quatro profissões representadas no estudo apenas medicina e enfermagem formam exclusivamente profissionais para a área da saúde e são consideradas profissão da saúde *stricto sensu*. A psicologia é também considerada da saúde, mas não com exclusividade, tem uma larga aproximação da saúde por ter uma clínica específica. O Serviço Social não forma na perspectiva clínica, o curso forma generalistas para atuar nas diferentes políticas públicas. Cabe lembrar ainda que tem havido demanda crescente por estágio em serviço social no HAA pelas faculdades particulares em Serviço Social, contudo os supervisores de campo tem resistido pois tal feito, têm exigido contrapartida financeira, a percepção de um montante financeiro pelo exercício da atividade, ao se tratar de faculdade particular. Alegam que exercem tal função pela Universidade Federal porque todos se formaram em faculdade pública, sendo uma espécie de contrapartida pelo dinheiro público que as formou. Além disso, o HAA é um hospital escola. Anualmente a docente supervisora de Serviço Social levanta com os profissionais do HAA quem deseja ser supervisor de campo, atividade que não é obrigatória.

O curso de Serviço Social da UFPI foi criado em 01/12/1976 e reconhecido por portaria do MEC em 07/07/1983, a nível nacional o Serviço Social até a presente data contou com três currículos mínimos. O curso de psicologia foi a último a se inserir no Hospital Areolino de Abreu, em virtude de ser um curso relativamente novo se comparado aos anteriores, pois possui pouco menos de dez anos em nosso Estado, sendo ofertado por uma instituição pública e por uma instituição privada.

Dentre os quatro cursos analisados, em especial, os três cursos mais antigos, ambos padeciam no início de sua constituição, de uma extensa grade curricular com carga horária predominantemente concentrada no ciclo pré-profissional e no caso da UFPI, a carga horária e os pré-requisitos dos cursos de medicina e enfermagem eram diretamente proporcionais ao prestígio de seus ministrantes (consumiam em média três anos inteiros dos referidos cursos), em sua

maioria elevada à condição de Professores Titulares pelo fato de constituírem-se em fundadores da Universidade.

Os critérios para inclusão dos sujeitos da pesquisa foram: 1) estarem em atividade no hospital psiquiátrico durante o período de coleta das informações; 2) aceitarem participar do estudo através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 3) concordarem com a utilização do procedimento de registro das informações através de gravação em fitas cassetes, respeitando-se o sigilo e a confidencialidade; 4) equivalência de sexos nas categorias em que houvesse possibilidade.

Foram realizadas 06 entrevistas nos meses de agosto a novembro de 2006 com os docentes que atuam no ensino superior das referidas instituições públicas e privadas, tendo em vista a preservação da identidade civil dos entrevistados selecionados para compor a amostra deste estudo, foram dados nomes de pedras preciosas e semi-preciosas como nome de fantasia.

Do total investigado, 04 participantes são do sexo feminino e apenas, 02 do sexo masculino, quanto à faixa etária, a maioria dos participantes encontrava-se no momento da entrevista com idades entre 31 e 60 anos. No que tange à categoria profissional, obtivemos as entrevistas de 02 enfermeiras, 02 médicos psiquiatras, 01 assistente social e 01 psicóloga; destes, encontramos equivalência entre os que atuam em docência e assistência direta ao cliente com transtorno mental (03) e aqueles que se dedicam exclusivamente à docência (03).

Quanto ao tempo de formação profissional, identificamos que a maioria, um total de 03 profissionais, tem de 21-30 anos de formação profissional, 02 profissionais possuem de 11-20 anos de formação e somente 01 dos profissionais possui até 05 anos de formação. Em relação à atuação como docente, salientamos que um total de 03 docentes possui de 6-10 de dedicação docente, 02 profissionais tem até 05 anos de atuação docente e somente 01 tem de 21-30 de atuação docente.

As instituições de origem dos entrevistados concentram 03 profissionais nas instituições públicas, 02 profissionais concomitantemente nas instituições pública e privada e somente 01 com origem institucional exclusivamente privada. A capacitação profissional em nível de pós-graduação foi questionada e do total de 06 participantes da pesquisa somente 01 tem pós-graduação em nível de especialização, mestrado e doutorado. Os 05 demais entrevistados possuem especializações concluídas e mestrado em nível de conclusão ou concluído. Dentre

as especializações obtidas pelos entrevistados, 02 possuem uma especialização, 02 possuem duas especializações e 02 possuem 03 especializações.

A entrevista focada foi o recurso utilizado para a obtenção dos dados, a qual contou ainda com dados de natureza sócio-demográfica que retrataram algumas informações como categoria profissional, gênero, titulação, faixa etária e tempo de atuação na docência superior. Em seguida, apresentou-se um roteiro orientado para apreensão da função do hospital psiquiátrico como campo de prática de estágio, de pesquisa e de ensino (APÊNDICE B).

3.3 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA E REGISTRO DAS INFORMAÇÕES: CONSTRUINDO INSTRUMENTOS PARA ANÁLISE

Para a consolidação dos objetivos propostos, a coleta de informações obedeceu as seguintes técnicas de pesquisa: levantamento através de documentação e arquivos na biblioteca do Hospital Areolino de Abreu e nos *sites* institucionais das universidades e faculdades pesquisadas; planos de ensino das disciplinas dos cursos pesquisados; mídia escrita e *on line* que discutisse a temática abordada no estudo.

Além da utilização das evidências encontradas na documentação e arquivos se fez necessária além da observação direta, a observação participante que aconteceu em alguns momentos da execução da pesquisa em momentos de práticas e estágios dos referidos cursos, o que permitiu algumas anotações no diário de campo sobre as discussões suscitadas no decorrer do processo ensino-aprendizagem. A utilização de um breve questionário e da entrevista focada permitiu *insights* valiosos sobre a situação.

A primeira entrevista foi realizada em agosto de 2006 e iniciou-se por um breve questionário com algumas informações que abordaram a faixa etária, sexo, categoria profissional, tempo de formação profissional, tempo de atuação na docência, a natureza da instituição de ensino superior a qual está vinculado e a titulação obtida até o momento. Em um segundo momento adotou-se a entrevista focada a partir de um roteiro para a consolidação dos objetivos propostos no estudo (APÊNDICE A).

As entrevistas, em número de seis foram gravadas em *audiotape* e em gravador digital, logo em seguida transcritas na íntegra para a apreensão das respostas. No que tange a dinâmica das entrevistas, os encontros foram previamente agendados por telefone ou *e-mail*, em conformidade com a disponibilidade dos docentes. Dos seis docentes pesquisados, cinco

foram entrevistados pessoalmente e somente um nos enviou a resposta digitada por e-mail mediante prévio envio do roteiro e TCLE. Quando ao tempo utilizado para cada resposta, variou as diferenças individuais foram respeitadas tendo sempre em vista atender aos objetivos propostos no estudo, a duração das entrevistas variou entre quarenta minutos (a mais breve) até duas horas e três minutos (a mais longa). O entrevistado que nos enviou sua resposta por *e-mail* também cronometrou seu tempo (uma hora e dois minutos).

As relações entre global e lugar podem ser compreendidas desde uma perspectiva dialética (OZÓRIO, 2003). A análise dialética propõe um modo de confrontação com o real (práxis) considerando a sociedade como uma virtualidade contraditória permanente. E a análise dialética com sua lógica contribui para que se compreendam as contradições deste processo, desvelando-as (LEFEBVRE, 1947, p.XXXIX). As relações locais e globais se transversalizam, sendo contraditórias elas apresentam tensões e favorecem a criação renovada da política e de novos direitos.

3.4 O SURGIMENTO DAS CATEGORIAS E A ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES: CLARIFICANDO O OBJETO DE ESTUDO

Além da análise qualitativa das informações colhidas por meio da entrevista, a utilização de um breve questionário contribuiu para a clarificação de nosso objeto de estudo e possibilitou assim uma maior reflexão sobre o mesmo. Yin (2001) aponta o que é necessário, para se fazer esta análise, se ter uma estratégia geral para a análise. “O objetivo final da análise é o de tratar as evidências de forma adequada para se obter conclusões analíticas convincentes e eliminar interpretações alternativas” (YIN, 2001, p. 106). O autor ainda apresenta duas estratégias para a análise das evidências:

- Confiança nas Proposições Teóricas - Seguir as proposições teóricas estabelecidas no início do Estudo de Caso é a melhor estratégia para a análise das informações, uma vez que os objetivos originais e o projeto da pesquisa foram estabelecidos com base nas proposições que refletem as questões da pesquisa, a revisão da literatura e novos *insights*. As proposições ajudam o investigador a manter o foco e a estabelecer critérios para selecionar os dados, bem como, a organizar o caso e a analisar explicações alternativas.
- Desenvolvimento da Descrição do Caso - Constitui-se na elaboração de um esquema descritivo para se organizar o Estudo de Caso e pode ser usado para ajudar a identificar os tipos de eventos que podem ser quantificados e como um padrão geral de complexidade para ajudar explicar (YIN, 2001: 108).

Os modelos de análise para o estudo de caso, mais citados por Yin (2001), são: o padrão combinado, a elaboração de explicações, a análise de séries temporais e com menor incidência ainda surgem a distinção entre notas e narrativas e a tabulação de eventos significativos.

O **padrão combinado** é um dos métodos mais recomendados para se fazer a análise e compara os padrões que tenham base empírica com os padrões previstos e se estes coincidem, os resultados ajudam o Estudo de Caso a aumentar a sua validade interna. Nos casos de estudos explanatórios, os padrões podem ser relacionados com as informações dependentes e independentes (YIN, 2001). Este método serviu de base para a análise da formação profissional no Hospital Areolino de Abreu.

A **elaboração de explicações** tem como objetivo, analisar o estudo de caso para elaborar explicações sobre o caso e se constitui a partir de uma acurada relação com os fatos encontrados no caso; de algumas considerações sobre as explicações alternativas e; de algumas conclusões baseadas em simples explicações que pareçam mais congruentes com os fatos (YIN, 2001: 61). Tais explicações poderão ser acompanhadas ao longo de todo o estudo, em especial no capítulo 4.

A **análise de séries temporais** é análoga às análises de séries temporais conduzidas nos experimentos e quase-experimentos e, quanto mais precisos forem os padrões, mais válidas serão as conclusões para o estudo de caso. Além destes modelos, Yin (2001) cita ainda: a **distinção entre notas e narrativas**, o que deve ser feito para evitar deixar-se levar por narrativas bem elaboradas feitas para relatar entrevistas individuais, reuniões específicas, atividades, sumários de documentos ou de relatórios individuais, que pela sua redação podem influenciar a análise das evidências. Ater-se aos fatos é a melhor alternativa; a **tabulação dos eventos significativos** ocorre, quando o investigador fez uso de categorias ou códigos, conforme sugerido por Goode e Hatt (1969), e destes poderá fazer uso para tabular tais informações. Estes dois últimos métodos, apesar de terem menor incidência têm igualmente importância para a temática abordada neste estudo. A armadilha existente, segundo Yin (2001) ocorre quando o investigador usa categorias que são muito pequenas e muito numerosas, pois elas criarão dificuldades para o analista.

Durante o momento de análise, todas as fontes de evidências foram confrontadas, fazendo-se uso de uma contínua articulação entre o material obtido através das entrevistas, das anotações do diário de campo, e da documentação levantada através de todos os meios anteriormente mencionados, o que possibilitou

a organização das temáticas mais relevantes com suas categorias de análise, constituindo assim, os focos da discussão que compõe o **Capítulo 4** intitulado **“Formação Profissional no Hospital Areolino de Abreu: Maneiras de Pensar, Maneiras de Agir”** e que apresentou como categorias mais relevantes: **O hospital psiquiátrico como hospital de ensino; A equipe multiprofissional como egrégora salutar; A construção e condução da formação profissional no hospital psiquiátrico.**

CAPÍTULO IV

FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO HOSPITAL AREOLINO DE ABREU: MANEIRAS DE PENSAR, MANEIRAS DE AGIR

Falo aqui unicamente dos homens, dos quais não há um só que tenha nascido sem defeitos, e admitindo que, para nós, o homem melhor seja o que tem menores vícios. É por isso que os sábios, pretendendo divinizar-se com sua filosofia, ou não contraem nenhuma amizade ou tornam a sua uma ligação áspera e desagradável. Além disso, só costumam gostar sinceramente de raríssimas pessoas, de forma que nenhum escrúpulo me impede de asseverar que não gostam absolutamente de ninguém, pela razão que vou apresentar. Quase todos os homens são loucos; mas, porque quase todos? Não há quem não faça suas loucuras e, a esse respeito, por conseguinte, todos se assemelham; ora, a semelhança é justamente o principal fundamento de toda estreita amizade (ROTTERDAM, 2002:15)¹¹.

Neste capítulo convergimos para a análise e discussão dos resultados colhidos e ao buscarmos compreender a formação profissional no Hospital Areolino de Abreu, aproximamo-nos através das entrevistas realizadas, de três categorias temáticas que envolvem: o hospital psiquiátrico como hospital de ensino; a equipe multiprofissional como egrégora salutar; e a construção e condução da formação profissional no hospital psiquiátrico.

A primeira categoria versa sobre a posição do hospital psiquiátrico como hospital de ensino e aponta sua visibilidade a partir das falas dos entrevistados. A segunda categoria que surgiu nas falas atribui à equipe multiprofissional, papel indispensável à constituição de efetivas e concretas práticas assistenciais na consolidação de uma 'nova' formação. O item 4.3 emerge e traz consigo a construção e condução da formação profissional no hospital psiquiátrico, os recursos e estratégias utilizados no cotidiano docente, assegurando o processo de constante devir, que são próprios da adequação e readequação nas mudanças pretendidas e/ou efetivadas com a Reforma Psiquiátrica brasileira e a conseqüente Formação Profissional dos discentes dos Cursos de Enfermagem, Serviço Social, Medicina e Psicologia que utilizam o Hospital Areolino de Abreu como campo de práticas para estágio, ensino, pesquisa e extensão.

¹¹ O Elogio da Loucura (*Encomium Moriae*) foi publicado em Paris em 1509. É uma sátira extraordinariamente interessante, na qual os potentados da época e, sobretudo os homens da Igreja são impiedosamente escapelados pela ironia incomparável do grande escritor Erasmo de Rotterdam (1466 — 1536). Tradução de Paulo M. Oliveira (2002). Versão para e-book: www.eBooksBrasil.com. Acesso em 02/05/2007.

4.1 O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO COMO HOSPITAL DE ENSINO

Como analisado no 1º capítulo o hospital é uma instituição histórica que em função das mudanças econômicas, políticas e sociais passou por várias transformações, inclusive em suas funções. Antunes (1991) e Rosen (1994) mostram que as protoformas do hospital geral, até a Idade Média, agregaram como funções específicas destas instituições, várias finalidades: espaço da expressão da espiritualidade, da assistência, sobretudo aos pobres, e ‘lugar para o pobre morrer’, dentro dos preceitos das sete tarefas da caridade cristã. Era, portanto, um espaço voltado, sobretudo para salvar a alma dos que prestavam assistência em detrimento dos assistidos. Com a instituição da sociedade moderna os hospitais mudam de função, sendo completamente medicalizados, passam a ser disciplinados e se tornam um espaço predominante de cuidado e cura.

Os hospitais psiquiátricos paulatinamente também passaram a figurar como locais de exercício da ciência e da docência, mas, como a cura dos transtornos mentais ainda não figura no horizonte científico, sendo a “cronicidade” uma das suas principais marcas, os hospitais psiquiátricos tornaram-se um dos principais locais de abrigo e custódia, tanto que sua denominação inicial faz *jus* a esta função: asilo; hospício. Inclusive, no imaginário social, através do ditado popular difundiu-se a idéia de que “lugar de doido é no hospício”. Tal perspectiva teve a contribuição da própria ciência alienista, primeira ciência psiquiátrica, que pressupunha em seu arcabouço teórico a incapacidade e periculosidade da pessoa com transtorno mental.

Ainda, no bojo da ciência emergente entre os séculos XVII e XVIII o “isolamento terapêutico” era defendido como central no tratamento, haja vista o entendimento transposto das ciências naturais que para “conhecer era preciso isolar o fenômeno”. Ou seja, a pessoa com transtorno mental era retirada de seu meio sócio-cultural. Assim, os hospitais psiquiátricos, desde seu nascimento continuaram com os contornos de espaços assistenciais, no sentido de abrigo, moradia, e espaços de cuidados médicos. Por muito tempo quem entrava em um hospital psiquiátrico dificilmente saía, ou seja, em nome dos direitos a um cuidado social era subtraído o direito civil das pessoas com transtornos mentais.

Todavia, tais instituições, pela massificação da assistência nelas prestadas e por não preservar a gestão do cotidiano das pessoas conforme esquadrihada pela sociedade moderna, com espaços e tempos distintos para realização de várias atividades, foram crescentemente sendo identificadas como espaços violadores de direitos humanos, chegando após a Segunda Guerra Mundial a ser equiparada aos campos de concentração nazista.

É principalmente no pós-guerra que tem início uma nova perspectiva de cuidado, no bojo dos processos reformistas que tiveram várias vertentes teóricas e emergiram em diferentes conjunturas históricas. Inicialmente buscava-se predominantemente resgatar as funções terapêuticas dos hospitais psiquiátricos, procurando tornar o tratamento mais humanizado. Assim, buscava-se modificar as relações de poder autoritárias entre profissionais de saúde mental e usuários dos serviços. Gradativamente os direitos civis das pessoas com transtorno mental passam a ganhar destaque, sobretudo a partir dos anos 50 do século passado, reforçados pelos avanços tecnológicos representados pelos psicofármacos e pelos princípios dos novos paradigmas científicos.

Principalmente nos países de primeiro mundo, muitos hospitais psiquiátricos são modernizados e humanizados e os direitos das pessoas com

transtornos mentais passam a ser reconhecidos e assegurados, no bojo da valorização da atenção primária em saúde e da construção de novas possibilidades de cuidado na comunidade, como pensões e lares protegidos. Outros serviços considerados desumanos são fechados. No Piauí, embora não tenhamos identificado na fala de nenhum docente a defesa do fechamento do hospital psiquiátrico, como ocorre com determinada ala do processo reformista brasileiro que postula ser impossível humanizar tal instituição e defendia sua extinção até o ano 2000, todos os entrevistados analisaram criticamente o modelo hospitalocêntrico, equiparando tal dispositivo como fez Goffman a uma “instituição total”. Apontaram, portanto, a identidade dos hospitais psiquiátricos, falando em alguns momentos de maneira genérica sobre o modelo e em outros particularizando a singularidade do Hospital Areolino de Abreu, como um espaço pouco humanizado, como admitem nos fragmentos abaixo:

Esse modelo nosocomial não trata, somente mantém os portadores de transtorno mental em uma lógica cruel e desleal, produtora de alterações psíquicas suplementares ao seu transtorno básico e que permanecem por toda a vida, diariamente lembro-me de Goffman que nos fala sobre a “mutilação do eu” vivenciada pelos internos em uma instituição total, fato presenciado diariamente na instituição psiquiátrica desde as mais simples atividades do dia-a-dia (RUBI).

É um local de perversão de todos os princípios de humanização e ali não tem nada que possa realmente reabilitar aquelas pessoas. Agora, o hospital de qualquer maneira propicia certa naturalização da violação dos direitos humanos. Aquele hospital pra nós não é modelo. Penso que a grande contribuição é que mesmo sendo um hospital psiquiátrico com as grandes falhas que tem, a vantagem é um pouco essa, ele acaba permitindo o contato dessas pessoas (discentes) que nunca tiveram aproximação com a anormalidade, o que desmistifica de certa maneira quando eles entram em contato com o hospital psiquiátrico e com o paciente (SAFIRA).

Funcionalmente o HAA tem um modelo assistencial ultrapassado e asilar, com raríssimos e ‘infreqüentes’ grupos terapêuticos, com uma terapia ocupacional precária, com enfermarias sujas e pacientes descuidados, com profissionais que não cumprem horários, etc., e é dessa forma, um centro de formação profissional para alunos de curso superior (QUARTZO).

Para nós ao tempo em que figura como local de mudanças contemporâneas, (...) no que tange aos princípios da reforma, também vemos (e isso pesa mais) resquícios de outrora quando o hospital era o local dos desvalidos. O hospital tem que estar também para aqueles que precisarem, senão vira desassistência (AMETISTA).

O hospital é visto predominantemente como um espaço que “não trata” – tendo uma “lógica cruel e desleal”, onde “ali não tem nada que possa realmente reabilitar aquelas pessoas”; “um modelo assistencial ultrapassado e asilar”; “com enfermarias sujas e pacientes descuidados, com profissionais que não cumprem horários”.

Pode se depreender das falas, que algumas bases que deram sustentação ao hospital moderno ainda estão suspensas neste modelo, tais como a organização e a assepsia. Em várias dimensões o modelo é criticado, sobretudo no plano ambiental; assistencial/relacional e na sua lógica organizacional.

Rosa (2003, p. 311) afirma que os hospitais psiquiátricos foram exigidos a mudar, adequando-se aos novos tempos de inclusão das pessoas com transtornos

mentais na condição de pessoas no usufruto dos seus direitos de cidadania, “uma organização reatualizada, que se modernizou e incorporou alguns aspectos humanitários em sua prática” (p.311). Contudo, como apontam os conteúdos das entrevistas, o Hospital Areolino de Abreu pouco alterou suas práticas e infraestrutura. Para alguns docentes ainda figura como “um modelo assistencial ultrapassado e asilar”. A literatura crítica em relação a tal organização parece também ser unânime em apontá-la em sua negatividade. Para Goffman (1996), é uma instituição total; para Foucault (1978) é uma instituição que tem por tarefa aniquilar o não-ser (da loucura); e para Basaglia (1985) é uma instituição de violência. Organismos internacionais como a Organização Panamericana de Saúde – OPAS e Organização Mundial de Saúde – OMS consideram os aspectos iatrogênicos e violadores dos direitos humanos como intrínsecos a tais instituições hospitalares.

Quanto à história pregressa dos hospitais psiquiátricos no mundo Ocidental e principalmente no Brasil, que há pouco tempo foi condenado pela Corte de Direitos Humanos de Genebra pela morte de um paciente em um hospital conveniado com o SUS do Ceará, não se pode negar seu itinerário funcional como cruel repressor e violador de toda e qualquer noção de cidadania.

Contraditoriamente, afirmando e, no geral, extensivamente negando completamente suas funções terapêuticas, no Brasil, Diva Moreira (1983) arrolou outras oito funções que seriam cumpridas pelos hospitais psiquiátricos:

- 1) Meio para aquisição de benefícios previdenciários.
- 2) Lugar de repouso, colônia de férias, reposição de energia e força.
- 3) Abrigo ou asilo de velhos e crianças abandonadas.
- 4) Modalidade de correção ou prisão.
- 5) Refúgio à condenação da justiça.
- 6) Recurso para assistência a enfermos com problemas clínicos.
- 7) Recurso para reprodução de rendimentos eleitorais.
- 8) Indústria da loucura.

Vasconcelos (1992) destaca ainda as funções positivas que, em tese, as instituições psiquiátricas de crise têm cumprido como lugar de refúgio, proteção social nos momentos de padecimento psíquico e divisão de responsabilidades com a família no cuidado com o cliente com transtorno mental. Quanto aos familiares dos clientes com transtorno mental, estes, têm uma vivência ambivalente com o hospital psiquiátrico (GOFFMAN, 1996:82).

A vivência ambivalente também foi comprovada por Rosa ao identificar que a família chega a instituição por força das circunstâncias impostas pelos sintomas incontroláveis e nos primeiros contatos, de certo modo, resiste a possibilidade de internar seu ente familiar no hospital, para, logo em seguida aos contatos recorrentes, incorporar a experiência e o conhecimento que a fazem alterar sua posição inicial, resignificando este recurso, que muitas vezes, é o único de que dispõe (ROSA, 2003:313).

No momento de transição de modelo, no qual se encontra a assistência psiquiátrica brasileira, tem havido uma tentativa de reduzir a importância dos hospitais psiquiátricos, limitados à atenção e agudização da crise. Fora dela os Centros de Atenção Psicossocial é que seriam os principais atores no cuidado e na reabilitação psicossocial, até para evitar as excessivas e injustificadas internações psiquiátricas.

No caso específico do Piauí nem sempre os novos serviços dão conta das principais necessidades das pessoas com transtornos mentais, sobretudo no que se

refere à dispensação de medicamentos. Desse modo, comumente a população psiquiátrica ainda é exigida a freqüentar o ambulatório do Hospital Areolino de Abreu, até como estratégia para acessar os remédios psicotrópicos.

No que diz respeito ao objeto específico deste estudo, a formação profissional, os hospitais psiquiátricos não só mantêm sua hegemonia no plano assistencial, embora diminuída, mas na parte de ensino estas são predominantes. Não só as portarias ministeriais referendam tais instituições como centrais no processo de ensino-aprendizagem, como posto na Portaria 1000, como as Instituições de Ensino Superior priorizam tal instituição como lócus primordial de seus estágios. A principal característica favorecedora de tal organização como espaço de ensino localiza-se exatamente pela sua atenção central à crise psiquiátrica.

Como a maioria dos cursos na área da saúde ainda foca a dimensão biológica, isto é a “doença e seus sintomas”, este se constitui em território privilegiado para analisar a enfermidade e suas manifestações. Alguns cursos em particular, o de Medicina e o de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, usam regularmente o espaço físico do hospital, na parte ambulatorial para ministrar suas aulas teóricas. A observação do cotidiano assistencial tem mostrado que é cada vez mais comum ser encontrado no dia a dia do hospital grupos de alunos avaliando os “pacientes”, nem sempre zelosos, por exemplo, em relação aos direitos à privacidade e ao consentimento livre e esclarecido dos seus internos para se submeter ao aprendizado. Expressões do tipo “lá vem o bando de garças”, são freqüentemente utilizadas por alguns internos quando vêem um grupo de alunos de “jaleco” branco.

Nem sempre os docentes encontram-se todo o tempo dando suporte ao aluno no cotidiano do HAA, diferindo a forma de inserção de acompanhamento em função de vários fatores: nível em que se encontra o aluno (por exemplo, o de residência médica não precisa de tanto acompanhamento do docente); inserção do docente como profissional do HAA ou não. Nos cursos de Medicina há uma maior facilidade no acompanhamento dos alunos posto que o docente seja também o médico que acompanha o interno. Assim, o docente pode estar superpondo duas ações: o ensino e a assistência concomitantemente. Na área de Enfermagem e Psicologia, sobretudo das faculdades particulares, os docentes acompanham seus alunos de maneira singular, pois, no geral não são profissionais do HAA. Desse modo há uma Enfermagem do HAA e outra da faculdade, parques são os trabalhos desenvolvidos em associação, no geral, o que se percebe é uma desvinculação entre as ações dos docentes das ações dos profissionais que atuam na assistência no Hospital Areolino de Abreu, o que se vislumbra também na frágil tríade ensino-pesquisa-extensão existente no Hospital Areolino de Abreu. A principal diferença é com relação ao curso de Serviço Social, que a Lei de Regulamentação da Profissão e o Código de Ética, exigem um supervisor de campo, que é o profissional contratado pela instituição para ser técnico e que adicionalmente assume o acompanhamento dos alunos-estagiários. Há o docente supervisor que faz um acompanhamento indireto ao aluno, embora sistemático, através de visitas periódicas, ocasião em que se reúne com o estagiário e o supervisor de campo para avaliar o andamento dos trabalhos. O docente supervisor no geral presta consultoria ao profissional da instituição, realizando várias ações em conjunto com o Serviço Social do HAA, tais como: cursos; jornadas e pesquisas.

Apesar da dimensão negativa e crítica do HAA e do modelo hospitalocêntrico ter ganhado evidência nos depoimentos dos entrevistados,

contraditoriamente, algumas vantagens foram destacadas ao se constituir em um espaço de ensino, como mostram os excertos a seguir:

Penso que a grande contribuição é que mesmo sendo um hospital psiquiátrico com as grandes falhas que tem, a vantagem é um pouco essa, ele acaba permitindo o contato dessas pessoas (discentes) que nunca tiveram aproximação com a “anormalidade”, o que é desmistificado de certa maneira quando eles entram em contato com o hospital psiquiátrico e com o paciente (SAFIRA).

Ao ser um lugar que centraliza a loucura os discentes chegam à instituição norteados pelo senso comum que “lugar de louco é no hospício” e com muito temor, por acreditar que são pessoas de alta periculosidade. Com o passar do tempo vão observando que é um local que aloja sobretudo as pessoas de baixa renda; destituídas de quase tudo, muitas vezes até de si mesma. O medo inicial vai dando lugar à compaixão, às vezes cruel compaixão, como afirma Thomaz Szasz, pois, às vezes é rebaixado no outro a sua condição humana, os seus poucos recursos para falar e decidir por si mesmo. É necessário o devido acompanhamento e vigilância para que o olhar do aluno não se limite ao sintoma, àquela visão de que tudo que a pessoa com transtorno mental faz é fruto de seu delírio.

Apesar de ser uma instituição historicamente visualizada como violadora de direitos humanos o hospital psiquiátrico, no Brasil, pela política do Ministério da Saúde tem sido exigido a melhorar a qualidade de sua assistência. A institucionalização do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH – versão hospitais psiquiátricos (Portaria GM/MS 3.408 de 05 de agosto de 1998) sintetiza tal perspectiva ao buscar “garantir a qualidade mínima necessária aos serviços de saúde”. Estabelece padrões de qualidade e unifica os parâmetros de avaliação. Supracitado Programa é importante haja vista os hospitais psiquiátricos ainda serem estratégicos e em alguns locais, centrais na assistência psiquiátrica.

É um serviço que a gente se questiona, cadê o projeto terapêutico desse serviço, qual é a missão do hospital escola, o quê que define um hospital comum do hospital escola? É exatamente a excelência, é poder ser uma referência de qualidade em termos científicos e exatamente é o que não acontece lá (SAFIRA).

Interessante registrar que apesar das muitas críticas, poucas proposições ou análises do hospital como um local de ensino-aprendizagem, emergiram. Ficou a impressão que a maioria utiliza o hospital meramente como um laboratório que fica intocável. Parece não haver diálogo entre a docência e a assistência, apenas um docente informou que desenvolve pesquisa no HAA. A maioria adota o hospital como espaço de ensino teórico e práticas de estágio e apenas uma docente informou que desenvolve atividades de extensão com os profissionais do HAA, mesmo assim de modo pontual, não-permanente.

Assistência e ensino parecem, no geral, aspectos estanques, não interpenetráveis, mesmo entre os docentes que são profissionais do HAA.

Do que foi observado e dos depoimentos pôde se concluir que em termos de contrapartidas, o HAA recebe através de convênios uma verba específica por ser um hospital escola ligado à UFPI. A direção destes hospitais de ensino apesar de ligadas no geral à Universidade Federal do Piauí parece ter total autonomia, não

sofrendo nenhum monitoramento ou supervisão, nem fazendo parte de um plano específico na filosofia de trabalho desta IES.

Por sua vez, do conhecimento que foi possível acessar em relação às faculdades privadas, é comum as contrapartidas virem destas IES na forma de alguns equipamentos e material de consumo/insumo (lençóis, peças de tecidos para confecção de roupas, aparelhos eletrônicos, etc.); dentre estes, pudemos observar a utilização de algumas doações nas atividades diárias da instituição, tais como o uso dos equipamentos doados ao salão de beleza (lavatório para cabelos, carrinho de manicure) do hospital e o aparelho de DVD nas sessões de filmes que ocorrem no auditório da instituição.

No geral, o próprio docente não é estimulado e nem tampouco pertence ao seu horizonte de preocupações desenvolverem ações que ofereçam contrapartidas ao serviço, como afirma um docente:

A forma como o hospital foi organizado é também pra levar a um conformismo e os profissionais acabam ficando num desencantamento muito grande e acham que não vale à pena investir na leitura do outro, na perspectiva de que essa loucura seja humanizada e também que essa pessoa seja reintegrada dentro dessa diferença que ela apresenta (SAFIRA).

Conseqüentemente as relações docente-assistencial parecem se localizar num plano supra-institucional, via contratos e convênios, que parece não tocar as pessoas que o executam no cotidiano. A relação do docente parece se resumir à sua relação com a instituição formadora, ficando alheio a direção da assistência de seu campo docente. No geral, muito embora as pessoas que assumem a docência no HAA sejam sempre as mesmas semestralmente, os docentes pouco dialogam entre si, mesmo que ligados a uma mesma IES. É mais frequente observar os docentes médicos realizando algumas ações conjuntamente, posto que tem um espaço específico para se encontrarem e terem um suporte para suas ações: a sala da residência médica, que conta com uma secretaria; computador e impressora; fotocopadora e biblioteca. Além disso é comum uma mesma disciplina no geral ser ministrada por vários professores. A prática dos estudos de caso também facilitam o encontro de alguns docentes psiquiatras. Vale lembrar que havia no HAA 06 psiquiatras que além de docentes da UFPI, eram profissionais do HAA.

Com as aposentadorias de grande parte destes docentes, a UFPI conta atualmente com apenas 02 psiquiatras que são professores efetivos desta IES, apenas um deles com mestrado. Um deles está prestes a se aposentar. Assim, questiona-se se a UFPI não tem um planejamento para recompor seus quadros ou se a psiquiatria não é uma prioridade. Atualmente uma das disciplinas de Enfermagem conta com uma sala específica para esta área, no entanto a disciplina é ministrada pela diretora do hospital, membro da categoria. Excetuando então alguns cursos da UFPI, as demais profissões e IES, não contam com um espaço específico para os docentes, que tem uma relativa liberdade para escolher os serviços onde os estágios acontecerão, devendo no geral, se apresentar à direção ou supervisão do serviço; informar semestralmente os nomes dos estagiários e os locais de colocação de cada um. Sistemáticamente os docentes, sobretudo da UFPI, são instados a informar os projetos de pesquisa em andamento no HAA bem como sua produção científica e participação em eventos.

Assim, observa-se que a docência é realizada não como uma prática que efetive um projeto institucional ou construído coletivamente, mas como uma ação pontual cujas práticas parecem ter escasso impacto no cotidiano institucional.

Todavia, o desejo de mudanças assistenciais e na condição de hospital escola está subjacente na fala de vários docentes e bem explícito por alguns, como na fala abaixo:

Em sendo um hospital universitário, o que eu gostaria que acontecesse é que realmente tivesse uma prática assistencial ali dentro que fosse um espaço de referência, de qualidade, que é pra provar que é possível a humanização de um espaço psiquiátrico, o que exatamente o espaço do hospital universitário deveria ser. Um laboratório de novas vivências, de novas experiências (SAFIRA).

Sei que o hospital não vai sumir e nem quero que suma, pois ele deve é ser melhorado, humanizado e racionalizado quanto a quem deve estar lá, pois muitos podem estar aqui fora. Não sou da linha que acha que o hospital deve ser derrubado, mas defendo arduamente a sua humanização e os casos de internação emergenciais e inevitáveis no hospital apropriado. Isso é possível, no HAA mesmo temos visto boas iniciativas da direção, que me parece, por ser enfermeira e mulher é mais 'atenada' com essas questões que os médicos e homens, não que eu seja machista, mas essa condição parece (enfermeira e mulher) ter humanizado e melhorado o hospital. Direções anteriores viam muito a racionalização de recursos e esqueceram-se do principal - o paciente (AMETISTA).

A humanização emerge como um horizonte para todos os docentes, mas no geral esta humanização é colocada como "fora de si" na instituição, mas pouco nas relações triviais do cotidiano, como apontado no primeiro depoimento. Parece que as novas vivências ou as novas experiências são iniciativas apenas do outro. Como em saúde mental a tecnologia leve é a que prepondera, sendo o relacionamento humano a principal ferramenta de trabalho, outras relações de trabalho podem fazer uma diferença significativa.

Como visto, o grupo de docentes parece ainda não se reconhecer enquanto tal. Como informa Martins (2001) "Pode-se dizer que quando os papéis ficam cristalizados, o grupo está doente, isto é, não está criativo, não permite que a energia circule, represando-a. Os grupos também não estão bem quando estão fechados em si mesmos, sem permeabilidade, mantendo contato muito tênue com a realidade circundante" (p.94)

Na realidade observada do HAA o diálogo ainda é escasso e parece pouco fomentado. Cada qual faz o seu, sem interlocuções. As poucas visualizações de mudança são colocadas em certos personagens, como a direção do hospital, por ser enfermeira e mulher, "ter humanizado e melhorado o hospital" (...). Este fato pode ter contribuído para um novo olhar para a assistência, haja vista que o olhar masculino no geral tende a ser mais "racionalizador", até porque o HAA até 2002 passou por uma intensa crise financeira e precisou ser saneado. A literatura de gênero tem mostrado que o olhar de cada gênero é conformado socialmente, e mesmo dentro de um segmento, há uma multiplicidade de olhares.

No caso em apreço, o que é imprescindível é ter compaixão pelo outro, saber que a pessoa com transtorno mental faz parte da condição humana, enquanto sujeito de direitos, e que está numa situação de vulnerabilidade, precisando da proteção dos ditos "normais". Neste sentido, a questão ética sobrepõe-se como uma exigência assistencial como primeira instância. Tais dimensões não são atributos deste ou daquele sexo, devem fazer parte da sensibilidade humana.

Assim, a humanização da assistência tem que ser um projeto assumido por todos que fazem a instituição e se enraizar na cultura organizacional. É um projeto que se constrói cotidianamente, não meramente pela existência de apenas um personagem. Evidentemente a direção política do projeto é da Direção da instituição, mas, todos têm que ser sujeitos na construção da perspectiva de humanização, da direção ao zelador. O HAA conta com uma comissão de humanização, mas até o momento pouca informação se tem de seu trabalho. Em uma perspectiva integradora, o conceito de humanização adquire um caráter transversal e se vincula a um conjunto de condições e relações que se estabelecem no processo de trabalho e atendimento hospitalar. O fato da humanização em saúde definir-se pelo valor atribuído ao esforço dos sujeitos na produção da saúde, quando se contemplam a autonomia, o protagonismo, a co-responsabilidade e a vinculação das instâncias, põe em evidência (dada à noção de valor) a dimensão da subjetividade e da singularidade.

No plano de sua realização político-institucional, a humanização recebeu acolhimento, na gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso, com a implantação do Programa Nacional de Humanização, e continuidade e incremento, no Governo do Presidente Lula, quando o Programa foi alçado a uma dimensão de Política Nacional de Humanização. Esse passo não foi sem importância, como se refere explicitamente o Ministro Humberto Costa: “para isto estamos construindo uma política que nomeamos Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde Humaniza – SUS” (Brasil-MS, 2004, p. 09).

Contudo, a despeito de sua maior visibilidade de esforço voltado a sua implementação bem como do grau de realidade envolvido em suas propostas e do compromisso oficial traduzido em empenho de organização e formalização, a política de humanização encontra-se longe de constituir-se em realidade. Em seus esforços de implementação não raro observam-se desequilíbrios, que ocorrem até como consequência da falta de assistência endêmica instalada no setor Saúde. O fato é que a ênfase dada ao empenho de humanização na saúde pende, amiúde, para o lado das necessidades imediatas do usuário ou cliente externo, de acordo com uma lógica dicotômica de confrontação alimentada por uma tradição paternalista, cujo efeito mais direto se traduz na opacidade dos serviços.

Corroborando tal informação, informa um entrevistado:

Esses profissionais não se reúnem para discutir sobre os pacientes, para avaliá-los e traçar metas terapêuticas conjuntamente. Para que isso aconteça é preciso que haja decisão política da direção do HAA e dos seus profissionais. Contudo, na prática, ocorre uma aliança perversa entre a direção do HAA e seus terapeutas (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e os demais): - “Eu não incomodo vocês e vocês não mexem comigo” (QUARTZO).

Como visto, a decisão política da Direção tem que se somar com a vontade de seus profissionais, cabe à Direção e seus profissionais fomentar processos de mudança e mobilizar as vontades, sensibilizando e assegurando as condições para que as transformações ocorram.

Há que se compreender o processo ainda a partir do poder simbólico, que na área da saúde historicamente foi exercido pela categoria médica, ao longo dos anos e para Bourdieu (1982, representa um tipo de poder que se faz reconhecer e obtém reconhecimento a partir do saber/do conhecimento.

No Piauí é novidade uma profissional não-médica ocupar postos historicamente considerados como específicos desta categoria. Isto não se dá sem resistência, afinal sempre houve um consenso até mesmo cultural de que a direção de serviços de saúde seria uma atribuição exclusiva de médico. Com o Governo Estadual de Wellington Dias, do Partido dos Trabalhadores a partir de 2003 a quebra deste exclusivismo passou a ser uma tônica no setor, que teve na Secretaria de Saúde o comando do médico Nazareno Fonteles.

No HAA, no início do mês de janeiro assume informalmente a sua direção a enfermeira Célia Ferreira, uma docente aposentada da UFPI, que foi destituída do cargo em função de não ser do quadro de docentes da ativa, por reação da Reitoria da instituição, assumindo interinamente o psiquiatra Dr. Carlos Alberto Soares. A Enfermeira Márcia Astrês Fernandes tomou posse no dia 12 de fevereiro de 2003, docente da UFPI, com Mestrado em Enfermagem pela Escola Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e permanece até então no cargo, que anteriormente a 2003 apenas profissionais médicos e do sexo masculino ocuparam no hospital. Por sua vez, a Coordenação de Saúde Mental tendo à frente o psiquiatra Celso Roberto Nunes foi transformada em Gerência de Saúde Mental. Nova mudança ocorre em 2005 e a assistente social Edna de Melo Castelo Branco assume tal função.

A nova direção do HAA vai deparar-se com o seguinte panorama, pós PNASH – versão psiquiatria. Em dezembro de 2002, após a realização de uma auditoria que teve início em julho de 2002, conforme previsão do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – Psiquiatria (PNASH), o Ministério da Saúde rebaixou o conceito do HAA e desclassificou-o, concedendo à nova gestão, recém-assumida, um prazo de 90 dias para que o hospital se readequasse. O HAA obteve a pontuação de 47%, sendo que a pontuação mínima aceita pelo Ministério da Saúde é de 61% sendo considerada insatisfatória, a qualidade da assistência prestada, ausência de um projeto terapêutico e a intervenção da equipe erroneamente centrada no médico ao invés da multidisciplinaridade. Após nova auditoria, o Hospital Areolino de Abreu conseguiu a pontuação de 73,64% (Relatório da Comissão responsável pelo PNASH – versão Psiquiatria do Ministério da Saúde, 2002).

Caso não acontecessem as transformações desejadas o HAA seria fechado pelo Ministério da Saúde. A atual administração conseguiu nova pontuação junto ao Ministério da Saúde ao passar por nova auditoria do PNASH versão psiquiatria, que reclassificou o hospital.

Durante a gestão de Márcia Astrês Fernandes muitos passos têm sido dados no caminho preconizado pelo novo modelo de saúde mental, embora muito ainda haja por se fazer. Na atual gestão foi inaugurado o espaço da ouvidoria, um espaço para o paciente externar suas dúvidas, solicitar informações e esclarecimentos, dar sua opinião sobre a assistência prestada e fazer reclamações quando não se sentir bem atendido, um serviço importante no processo de humanização.

Entre os objetivos preconizados pela atual gestão e explicitados em Relatório de Ações Desenvolvidas no HAA (2003-2006), disponível na Secretaria de Saúde do Piauí, constam: a qualidade da assistência prestada como uma das maiores preocupações requerendo empenho de todos para a humanização da mesma, procurando fortalecer os laços familiares e comunitários dos pacientes em prol da reinserção social dos pacientes. Ao assumir a direção, a enfermeira Márcia Astrês Fernandes mandou serrar e desprezar as grades que limitavam o acesso dos pacientes ao próprio pátio interno do pavilhão, pois tais grades cerceavam a liberdade do interno em circular dentro das próprias dependências da Unidade de Internação. Tais grades ainda permaneciam sob a alegação de que os pacientes não poderiam ter acesso ao pátio para não evadirem-se através da transposição do muro. Houve também a criação de repousos para os funcionários de nível elementar

e médio (masculino e feminino), valorizando-os e melhorando a saúde do trabalhador, pois servidores até esta gestão dormiam em colchonetes espalhados pelo chão do próprio posto de enfermagem ou pelos corredores do hospital (SESAPI, 2006).

Ainda no ano de 2003, foi criado um salão de beleza para pacientes de ambos os sexos; ativação de várias oficinas de arte, grupo de teatro, grupo de dança e coral; em março de 2003, foi criada a enfermaria clínica e no mês de junho, a sala de urgência e emergência até então inexistentes. Em outubro de 2003, foi criada a unidade geriátrica para um acompanhamento diferenciado àqueles pacientes com mais de 60 anos.

Em 2004, foi cumprida a primeira etapa do Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (PRH), como parte das obrigações preconizadas na Legislação em Saúde Mental, onde foram fechados 33 leitos de internação integral. Em 2005, foi cumprida a segunda etapa do PRH, e mais 40 leitos de internação integral foram desativados. Atualmente o HAA conta com 160 leitos, após as referidas reduções do número de leitos de internação integral, conforme Portaria nº 52/GM de 20 de janeiro de 2004. Tais ações fazem parte das adequações na assistência hospitalar para atender aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A Política Nacional de Saúde Mental através da Lei Federal Nº 10.216, de 06/04/2001, entre outras determinações, preconiza a desinstitucionalização, através da implementação e implantação dos Serviços de Residências Terapêuticas (SRT) e outros. A Gerência de Saúde Mental em conjunto com a direção do Hospital Areolino de Abreu, implantaram em março de 2006, três SRT. Cada residente recebe um incentivo financeiro para ressocialização do “Programa De Volta Para Casa”, do Ministério da Saúde. O Serviço Residencial Terapêutico – SRT é um programa federal, regulamentado pelas Portarias Ministeriais Nº 106/00 e Nº 1.220/00, sendo um serviço de moradia assistida, inserida na comunidade para egressos de internação de longa permanência em hospital psiquiátrico com vínculos familiares precários ou inexistentes.

As Residências Terapêuticas foram criadas com o objetivo de socializar os pacientes considerados anteriormente “moradores” do Hospital Areolino de Abreu (HAA) por um longo tempo e que perderam seus vínculos sociais extra-hospitalares, sua família e que não possuem lar ou moradia, apesar de aptos a conviver na sociedade. Nas Residências Terapêuticas são oferecidas oportunidades para que a pessoa com transtorno mental possa desenvolver atividades cotidianas da vida, visando o aumento de sua autonomia; a melhoria nas competências sociais e como garantia de seus direitos sociais, sobretudo a circular e se apropriar dos diferentes espaços da cidade. Tendo ainda como principais objetivos:

-  Promover a reabilitação psicossocial da clientela alvo, visando o resgate da cidadania, o estímulo à autonomia e a inserção social.
-  Possibilitar o restabelecimento da relação do indivíduo com sua subjetividade e com o campo social.

- ✚ Possibilitar o desenvolvimento de laços sociais e afetivos essenciais para o estabelecimento de novas possibilidades de vida, na perspectiva da emancipação do sujeito.
- ✚ Desenvolver habilidades e potencialidades que favoreçam a conquista da autonomia e a retomada da vida em comunidade.
- ✚ Desenvolver atividades terapêuticas que favoreçam o desenvolvimento da capacidade laborativa e de geração de renda.
- ✚ Promover o conhecimento e a utilização dos recursos comunitários para o atendimento às necessidades de cada indivíduo, propiciando a ampliação da rede social.

Cada Residência Terapêutica (RT) abriga de 05 a 06 ex-moradores do hospital, sendo acompanhados diariamente por profissionais que exercem a função de cuidadores, supervisionados por coordenadores, que são também funcionários do HAA. Os cuidadores realizam trabalhos domésticos, orientam na medicação, nos cuidados básicos de higiene pessoal e ambiental, acompanham os pacientes durante as consultas de rotina no HAA. Os residentes desfrutam de certa autonomia, podendo sair sozinhos para salão de beleza, casas de ginástica, mercadinhos, igrejas, dentre outras atividades. O projeto beneficia inicialmente 17 pacientes ex-moradores do Hospital Areolino de Abreu, distribuídos nas 03 residências, situadas nos bairros: Memorare (zona norte), Porenquanto (zona norte) e Tabuleta (zona sul). A escolha e distribuição dos usuários se deram com base na avaliação da equipe multiprofissional, formada por assistente social; terapeuta ocupacional e psicóloga, levando em consideração o tempo de moradia no hospital, grau de dependência e afinidades afetivas. Outro aspecto relevante é o fato de que ao serem desinstitucionalizados, estes ex-moradores do hospital foram contemplados pelo Programa de Volta pra Casa do Governo Federal, tendo sido também esta grande conquista pioneira em nosso Estado, de forma que todos passaram a receber mensalmente um benefício que possibilita o exercício da cidadania e amplia a autonomia.

O projeto das residências parece ser bem exitoso, visto que o processo de reabilitação e reinserção social dos seus moradores pode ser mensurado através das muitas conquistas alcançadas como: ampliação de competências sociais; a inserção no mercado de trabalho, processo de alfabetização, bom relacionamento com a vizinhança, melhoria da auto-estima e da estabilidade emocional de todos. Enfim, o novo espaço de moradia está sendo efetiva na reintegração social e no usufruto da cidadania, no estímulo a autonomia e na reabilitação psicossocial dos residentes.

4.2. A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COMO EGRÉGORA SALUTAR

O termo egrégora, provém do grego “*egregoroi*”, e significa envolvimento, clima envolvente, estado de espírito resultante de fatores externos e internos. Egrégora é designada pela força gerada no somatório de energias físicas, emocionais e mentais de duas ou mais pessoas, quando se reúnem com qualquer finalidade (HOUAISS, 2001).

Uma egrégora é como um filho coletivo, produzido pela interação das diferentes pessoas envolvidas. Se não conhecermos o fenômeno, as egrégoras vão sendo criadas a esmo e os seus criadores tornam-se logo seus servos já que são induzidos a pensar e agir sempre na direção dos vetores que caracterizaram a criação dessas entidades gregárias. Serão tanto mais escravos quanto menos conscientes estiverem do processo. Se conhecermos sua existência e as leis naturais que as regem, tornamo-nos senhores dessas forças colossais.

Ao perquirir os conteúdos das entrevistas observamos que algumas categorias que remetem ao terreno conceitual e assistencial ganharam destaques. Entretanto, no que se refere ao processo de trabalho as preocupações com o trabalho em equipe ganharam significativa importância na fala de todos os docentes. Os diagnósticos dos problemas vividos no dia a dia com o trabalho em equipe se multiplicam em várias direções, conforme podemos abstrair dos relatos:

Esse é o primeiro problema na assistência psiquiátrica no HAA: não existem equipes multidisciplinares, os pacientes são atendidos de forma esquizofrênica, separadamente por cada profissional, desarticulados uns dos outros, cada qual com uma linguagem e conduta terapêutica própria. Esses profissionais não se reúnem para discutir sobre os pacientes, para avaliá-los e traçar metas terapêuticas conjuntamente. Para que isso aconteça é preciso que haja decisão política da direção do HAA e dos seus profissionais (...), sem equipes profissionais funcionando efetivamente, a assistência cai de qualidade e os profissionais não crescem como pessoas nem como terapeutas (QUARTZO).

Então, outra questão, é se na formação dentro da reforma psiquiátrica que autoriza o trabalho em equipe, nós ainda estamos trabalhando de maneira fragmentada e pouco integrada entre as várias categorias profissionais. Na prática, essa clínica do cotidiano, mostra uma ruptura dessas categorias profissionais, o que faz com que os profissionais desconstruam suas identidades profissionais e fiquem bastante embaraçados. Uma crise entre as próprias categorias profissionais, porque afinal, a finalidade não é o que cada um, o meu pedaço de realidade, mas o que é necessário eu fazer para atender as necessidades do usuário, então pra isso precisaria realmente da gente acabar com essa defensividade dessas categorias profissionais, guerras internas porque eu acho que quem perde com isso é o paciente. Assim, se eu não tenho saúde mental no local em que eu trabalho, como é que eu vou ser um produtor de saúde mental, fazer a invenção da saúde, a produção da saúde como apregoa a reforma. A finalidade não é o que cada um faz o meu pedaço de realidade, mas o que é necessário eu fazer para atender as necessidades do usuário. Então, pra isso precisaria realmente da gente acabar com essa defensividade dessas categorias profissionais. Guerras internas, porque eu avalio que quem perde com isso é o paciente. Ninguém ganha com isso. E fazer serviços e práticas que também produzam saúde mental. Se eu não tenho saúde mental no local em que eu trabalho, como é que eu vou ser um produtor de saúde mental, fazer a invenção da saúde, a produção da saúde como apregoa a reforma? (SAFIRA).

Acredito que a proposta da reformulação da assistência ao doente mental somente será concretizada de fato quando houver pessoas comprometidas com a melhoria da relação interpessoal terapêutica profissional-cliente e não apenas com a mudança do espaço físico, que mesmo sendo novo poderá ser excluyente e segregador se não tiverem pessoas com o perfil supracitado e comprometido com a filosofia proposta pelo serviço (ÔNIX).

A valorização da constituição de equipes multiprofissionais em saúde mental surge por volta de 1975 e compreendia um quadro funcional com um psiquiatra, um enfermeiro, um assistente social e um psicólogo e destinava-se ao atendimento de clientes acometidos por transtornos mentais. Inicialmente tais profissionais tiveram os seus papéis pré- definidos. Segundo Oliveira (2003), essa divisão incluía: o psiquiatra, responsável pela somatoterapia, psicoterapia e socioterapia; o enfermeiro, como de fundamental importância para a continuidade das ações médicas na assistência ao paciente; o psicólogo, nas ações preventivas e de entrosamento na equipe multiprofissional e o assistente social, como elo entre o paciente e sua família e entre o hospital e a comunidade da qual fazia parte. Entretanto, permanecia a hegemonia do saber médico sobre os demais saberes e a direção da equipe como um atributo exclusivo deste profissional, ao qual todos os demais deveria se submeter, sem contestação (OLIVEIRA, 2003:35).

No que tange a discussão sobre equipe multiprofissional em saúde mental alguns autores se revezam nos discursos em prol da superação problemática das constituições das equipes:

Para tanto, é necessário que haja uma problemática e uma plataforma de trabalho comum onde se colocam os princípios e conceitos fundamentais de cada um, buscando a superação das divergências, gerando, finalmente, uma aprendizagem mútua de recombinação dos elementos internos (VASCONCELOS, 2000:47).

Para essa equipe se manter é necessário a integração interna que assegura uma concepção comum sobre o objeto e a finalidade do trabalho compondo o projeto terapêutico único para o paciente como também a integração externa, relacionando-se com outros serviços e garantindo os vínculos sociais da equipe, da instituição e do usuário dentro de um processo participativo, não hierárquico e não autoritário, mantendo a especificidade do saber e prática de cada profissão (SARACENO, 2001:96).

Espera-se que a equipe multiprofissional que trabalha em conformidade com os pressupostos reformistas em muito possa contribuir com outro personagem nesta imbricada luta cotidiana no cuidar do cliente com transtorno mental – a família. A família, necessita de todas as informações possíveis e de apoio para que estando fortalecida possa minimizar as tensões internas desta trama, que para Waidmann; Elsen (2001), agravam-se com a presença de um familiar com transtorno mental, e que, se reduzidas, podem contribuir para o aumento do tempo entre as reinternações em até três vezes. Afinal, as diretrizes da reforma psiquiátrica apregoam o controle social, a valorização da participação dos usuários e de seus familiares nas decisões, atenção à saúde e informação sobre o transtorno mental e o tratamento, aos familiares dos usuários com transtornos da saúde mental (BRASIL, 2004).

Para aumentar a estabilidade do ambiente familiar e as capacidades de seus membros de interagir com a pessoa acometida de transtorno mental, é razoável fornecer uma informação clara sobre a natureza, as possíveis causas, os sintomas e os sucessos terapêuticos em relação ao transtorno mental (SARACENO, 2001:124). Segundo Rosa (2003, p. 218), a

insônia, agressividade e inquietação aparecem como os principais sintomas que motivam a internação, pelos familiares, da pessoa acometida de transtorno mental. Equipes desestruturadas e fragmentadas, desencontros de informações, orientações múltiplas, e por vezes, divergentes, como percebemos nos discursos, desempenharão papel inverso ao proposto pela reforma psiquiátrica, se assim se constituírem, modelo que não queremos ver se repetir na formação profissional dos discentes.

De outro ângulo de análise acerca da importância da equipe multiprofissional de saúde mental no Piauí, Passamani (2005) faz algumas conclusões extraídas de seu trabalho sobre as representações sociais construídas pelos gestores e trabalhadores de saúde mental a respeito da reforma da assistência psiquiátrica no Piauí:

Os entrevistados ressaltaram a impossibilidade do trabalho interdisciplinar nas instituições psiquiátricas. Dessa forma, a prática isolada dos profissionais interfere no trabalho em equipe, gerando conflitos e transformando a interdisciplinaridade numa meta inatingível, acumulando frustrações pessoais e coletivas, por vezes intransponíveis. Como resultado das ações isoladas, a terapêutica da equipe pode apresentar-se fragmentada ao usuário e, muitas vezes, contraditória. Os entrevistados referiram-se à baixa remuneração dos profissionais de saúde e à falta de disponibilidade de tempo como um obstáculo à prática interdisciplinar na equipe, com o médico apontado como mais resistente na participação que os outros profissionais. Além disso, a atuação isolada dos profissionais não facilita a integração dessa equipe. Assim, no contexto do processo de trabalho, os gestores e trabalhadores de saúde mental representam a equipe multiprofissional como fragmentada, desarticulada e ausente de interdisciplinaridade. Incluem a família como co-terapeuta, representando-a fragilizada, ancorada nos problemas sociais e a responsabilidade de cuidados com o seu membro familiar acometido de transtorno mental e, desinformada do processo da reforma (PASSAMANI, 2005:66).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica tem como perspectiva a desconstrução de antigas práticas, como as referidas acima, de caráter “manicomiais”, que preservam a lógica segregadora e excludente, buscando a construção de novas modalidades de cuidados. Contudo, as velhas e as novas práticas; as velhas e novas concepções coexistem muitas vezes em um mesmo tempo e espaço, e tornam-se assim, campo de disputa entre os diversos saberes e poderes, em especial e majoritariamente pela prevalência do modelo biomédico hegemônico no hospital psiquiátrico, campo empírico de nossa investigação e que agrega a função de hospital-escola, lócus formador dos novos profissionais que atuam na área de saúde mental.

Assim, mesmo com um processo de formação em curso e orientado por um projeto pedagógico, conduzido por um docente, que tem uma qualificação específica, o ambiente e os recursos humanos do HAA, sem uma capacitação específica orientada para as mudanças no modelo assistencial acabam por colocar em risco o processo de ensino-aprendizagem, à medida que, como adverte um entrevistado:

(...) com o profissional institucionalizado que temos no HAA é mais difícil (...) é lidar com recursos humanos falidos e desacreditados. Esses “saberes” interferem diretamente na consecução das práticas do HAA e muitas vezes interferem negativamente, com seus julgamentos, juízos de valor, mecanismos próprios de recompensa e punição (...) são recursos humanos exigindo do docente uma atenção especial (...) para que estes (os discentes) não se deixem contaminar pelas opiniões particulares de defensores da instituição psiquiátrica como única forma de tratamento (RUBI).

(...) alguns funcionários são resistentes a reforma, percebem-na como desemprego, na nossa rotina docente já presenciei defesas feitas com o fervor de quem reconhece o hospital psiquiátrico como a única alternativa de tratamento e vida para os portadores de transtorno mental e desconhece os objetivos da reforma psiquiátrica (...), que, na maioria das vezes soa como desemprego (RUBI).

Como nos relatou ‘informalmente’ um docente, no HAA o empenho é para que o aluno aprenda o que não deve fazer em saúde mental. Isto é, os “vícios” e a “cultura” manicomial, definidas pelo Movimento da Luta Antimanicomial, tal como citado por Rosa (2003, p.124) como “relações que extrapolam as estruturas arquitetônicas e se instalam nas práticas e nas ações cotidianas, sendo assimiladas e incorporadas pelos indivíduos, nos seus desejos e singularidades, reproduzindo a discriminação e a marginalização” é relida no cotidiano docente como fonte de aprendizagem, sem maiores rebatimentos na assistência. Os corpo funcional do HAA, sobretudo de nível elementar e médio, que mais convivem no cotidiano assistencial com as pessoas com transtorno mental é bem antigo. Muitos funcionários eram ex-pacientes da instituição.

De outra maneira, muitos servidores considerados ‘problemas’ em muitas secretarias foram historicamente deslocados para o HAA como uma “punição”. Todos foram aprendendo seu *metier* com base no treinamento em serviço, sem um preparo técnico e/ou político específico. Este fato mostra como o cuidado com a pessoa com transtorno mental foi tratado pelos gestores ao longo dos anos como algo secundário. Não houve até o momento um investimento intenso em requalificação destes recursos humanos. Aliás o HAA é um dos poucos hospitais estaduais que não possui um setor específico de recursos humanos. E não basta apenas qualificar, os estudos mostram que é importante um serviço de supervisão e avaliação permanente das práticas, sobretudo no curso de processos de mudanças, o que não existe nas rotinas do HAA.

Essa falta de capacitação e requalificação dos recursos humanos é produtor de resistência aos processos mudancistas, posto que os funcionários não são colocados como sujeitos deste processo. Ao não compreender o que está em jogo, acabam por se sentir inseguros, algumas alas mais conservadoras difundem que a direção do processo aponta para a extinção dos hospitais psiquiátricos, o que é traduzido cotidianamente como desemprego. Diante da falta de perspectiva, “optam” pelo apego ao conhecido e não em apostar no que é anunciado como potencialmente ameaçador inclusive ao *status quo*. Todo processo de mudança, no geral, implica uma certa resistência, pois todo novo é interpretado como ameaçador, implica em mobilizar energias contrárias aos processos de acomodação. Sabe-se que a nova lógica, inerente ao SUS é usuário-centrada, bem diferente da lógica manicomial em que os interesses dos trabalhadores de saúde ganham projeção diante da rotina organizacional. Tornar os trabalhadores de saúde mental não só um aliado do processo, mas também um sujeito ativo é um dos principais desafios, estando em pauta não só a produção de saúde para os usuários dos serviços mas dos próprios cuidadores.

A literatura mostra que os trabalhadores das áreas de educação, segurança e saúde, cujo objeto de trabalho implica intenso relacionamento com outro ser humano, ficam expostos ao *burnout*, denominada síndrome do esgotamento que implica em despersonalização da atenção e crescente descompromisso com o ambiente de trabalho. As Conferências Nacionais de Saúde tem constantemente incluído em suas discussões um item destinado aos recursos

humanos. O relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde (p.43), registra que a “política de recursos humanos é, hoje, o maior problema para a gestão do SUS”. Posteriormente, reconhece que o “trabalhador precisa de tranquilidade e, hoje, necessita de vários empregos para sobreviver. Deve-se lembrar que o profissional de saúde também é humano e profissional estressado não faz atendimento humanizado”. (...) “a relação dos profissionais com os serviços é marcada pela falta de compromisso, embora existam profissionais comprometidos”.

A NOB/RH-SUS (2005) preconiza que a “qualidade das ações e serviços de saúde oferecidos aos usuários do sistema é mediada pelas condições de trabalho e pelo tratamento a que são submetidos os trabalhadores que nele atuam” (p.35)

Em suma, para produzir saúde mental para a pessoa com transtorno mental é fundamental paralelamente produzir saúde mental para os seus cuidadores. Uma instituição só pode produzir saúde mental se for capaz de reproduzi-la em todo seu ambiente e nos relacionamentos que mediatiza.

Desse modo o que está em questão é a cidadania dos trabalhadores em saúde mental e, sobretudo a cidadania da pessoa com transtorno mental:

A questão central é a questão da cidadania, em que medida esse louco está sendo atendido, está sendo assistido e está sendo entendido como cidadão de direito que mesmo delirando, aquele delírio tem que ser levado em conta, aquilo faz parte da história de vida dele, não faz parte só de uma doença, ele não é só uma loucura ambulante, aquele delírio também faz parte de um contexto de vida dele, ele fala algo a respeito dele, então a grande questão é essa. São as coisas mínimas, o que a gente chama às vezes de a clínica do detalhe, então é esse detalhe que faz a diferença, então ver esse doente mental como aquele sujeito de direitos, que ele tem direito a ter uma qualidade de vida, desde a alimentação, a higiene, então o hospital psiquiátrico já começa violando a partir da questão da higiene, em termos de higiene fica muito a desejar (SAFIRA).

A preocupação central é a de enfatizar para os discentes este termo “atenção” no seu sentido mais amplo. Isto significa não simplesmente propiciar o desenvolvimento das habilidades técnicas e científicas que favoreçam o atendimento das necessidades do cliente, advindas do sofrimento psíquico. Assistir o indivíduo como ser humano, como cidadão, como um ser biopsicossocial que possui uma multiplicidade de necessidades inter-relacionadas e interdependentes e que necessitam ser atendidas em sua totalidade e complexidade (ÔNIX).

Primeiro ver o paciente como um todo como uma pessoa que é envolvida por desejos, atitudes, atividades pessoais, além disso, um núcleo familiar em seu torno que às vezes depende dessa pessoa ou às vezes é preciso prover de cuidados essa pessoa, depois todo o ambiente social dele incluindo a comunidade, o trabalho (DIAMANTE).

A análise da cidadania da pessoa com transtorno mental remete exatamente à ausência dela, haja vista que todo seu comportamento é equiparado a seus sintomas, sem que os mesmos sejam contextualizados em sua história de vida. Todos os depoimentos ao se reportarem à cidadania iniciam por problematizá-la, tentando demarcá-la no contexto do transtorno mental. Assim, a cidadania vai sendo ressignificada e adquire densidade no cotidiano da luta por sua ampliação e extensão a novos segmentos. Entra na dinâmica histórica como um processo, um “movimento que visa a incorporação de novos ‘grupos’ ou classes no gozo de direitos já reconhecidos e/ou a incorporação de novos direitos aos já existentes” (OLIVEIRA, 1987:17). Dessa maneira, no interior do movimento da reforma

psiquiátrica brasileira, a constatação da cidadania sofre uma inflexão e complexificação ao incorporar novos elementos que extrapolam o sujeito da razão e os clássicos direitos civis, políticos e sociais. Postula-se “uma cidadania ‘especial’ a ser inventada, marcada pela diferença colocada pela experiência da loucura e da desrazão, e que, portanto, não pode ser identificada com a concepção convencional associada ao indivíduo racional, livre e autônomo” (VASCONCELOS, 1997:137).

O conceito de cidadania deve ser demarcado aqui dentro de um novo campo e de uma nova perspectiva onde ambos ultrapassem o entendimento clássico de mera garantia de direitos civis, políticos e sociais, no âmbito da sociedade e do Estado burguês.

Marshall (1967) foi um dos pioneiros a tratar a temática da cidadania e para tanto, em sua análise sobre a sociedade inglesa, leva em consideração o desenvolvimento dos cidadãos nela inseridos e discute os três direitos principais: o civil, o político e o social. Marshall (1967) trouxe assim contribuições importantes para o mundo ocidental apesar das inúmeras críticas que recebera sob o pretexto de que o mesmo teria feito uma análise linear, evolucionista, progressiva e homogênea.

Em defesa a crítica feita a Marshall, Vasconcelos (1997) alega que Marshall produziu um enfoque eminentemente cronológico, o que não se reproduziu em outras sociedades do mundo moderno, não permitindo assim a compreensão das contradições estruturais entre os três tipos de direitos. Como é o caso do Brasil, por exemplo, onde aqui, por suas características estruturais de país em desenvolvimento, a lógica produziu em primeiro lugar os direitos sociais que foram mais enfatizados que os demais, posto que emerja em um contexto ditatorial, nos anos 30. A cidadania se constitui de maneira restrita, não universal, como cidadania ocupacional, para os trabalhadores urbanos, com carteira profissional assinada e com o operário sindicalizado, conforme informa Wanderley Guilherme dos Santos (1987).

O caminho percorrido pela construção da cidadania no Brasil foi longo e árduo, influenciado por condicionantes cruéis, geradores de exclusão social e extrema pobreza de seu povo. Mas para compreender cidadania, é preciso considerá-la para além da formalidade e legalidade garantidas pela Constituição. A cidadania deve ser compreendida conforme Dagnino (1994), como uma construção e reconstrução histórica e permanente das conquistas de direitos em que esses, em última instância, não se vinculam a uma estratégia das classes dominantes e do Estado para incorporação política progressiva dos setores excluídos, com vista a uma maior integração social, ou como uma condição jurídica e política indispensável à instalação do capitalismo.

Essa nova cidadania requer sujeitos ativos que definam e entendam os seus direitos, e que lutem pelo seu reconhecimento como tal, tendo por base de constituição e incorporação tanto o direito à igualdade como também à diferença.

Telles (1994) em análise ao tema discutiu a construção da cidadania na dinâmica da sociedade e enfatizaram as possibilidades dela se enraizar nas práticas sociais, em uma perspectiva inserida dentro de um campo de ambivalência em que não se pode desconsiderar sua historicidade, cultura e política, no seio de suas complexidades e contraditoriedades. Para Telles (1994) os direitos são práticas, valores e discursos que configuram a forma como as desigualdades e as diferenças são vistas no contexto social público, assim como os conflitos acontecem e como os interesses são expressos na sociedade. Considerando-se a dinâmica societária, os direitos têm estreita afinidade com a estruturação das relações sociais.

Assim, tal busca pela defesa e compreensão dos direitos constitui também uma verdadeira peregrinação em prol dos instrumentos legais ainda não plenamente assegurados, mas pretendidos pela sociedade. Para Lima (2004), vários segmentos da sociedade também se mobilizam e lutam pela defesa dos direitos das pessoas com transtornos mentais reivindicando

a não segregação e a não estigmatização da loucura, bem como o restabelecimento da capacidade de opinar sobre a própria vida e o próprio corpo, o trabalho, as relações sociais, a participação na educação, cultura e no lazer.

A cidadania das pessoas com transtornos mentais não pode restringir-se aos direitos civis, políticos e sociais, mas deve ser ampliada, já que se postula como afirma Vasconcelos (1997) que ela se inscreva na esfera do direito das minorias sociais, sendo, assim, uma cidadania voltada para as singularidades e particularidades desse sujeito e de sua família. Em última instância trata-se de uma cidadania ‘especial’ a ser inventada, marcada pela diferença colocada pela experiência da loucura e da desrazão, e que, portanto, não pode ser identificada com a concepção convencional associada ao indivíduo racional, livre e autônomo.

Incluir a pessoa com transtorno mental como sujeito de direitos, cidadão, implica enfrentar/combater o estigma que esteve historicamente associado a sua imagem social. O estigma, para Erving Goffman (1988), constitui-se como marca ou impressão e desde os gregos o termo era empregado como indicativo de uma degenerescência: os estigmas do mal, da loucura, da doença. Com o desenvolvimento dos estudos de patologia social, a palavra voltou a ser conotada à degradação e o sentido condenatório do termo se fez presente, tomando-se o estigmatizado como protótipo do banido social, imputado como uma culpa, exclusivamente de quem detinha o aspecto estigmatizado.

A axiomática que nos conduz força-nos ao confronto com o estigma em nossos dias e as terríveis conseqüências produzidas por este no processo de reinserção social do cliente com transtorno mental. O estigma foi lembrado como fator que interfere sobremaneira na construção de novas formas de cuidado social, obstaculizando o enraizamento de novas modalidades assistenciais, numa sociedade estruturalmente desigual, como a brasileira e em particular, a piauiense, em que os serviços psiquiátricos são utilizados predominantemente pela população de baixa renda. Dessa maneira há uma tendência das pessoas com transtornos mentais serem duplamente estigmatizadas, por serem pobres e terem um transtorno mental. Assim, para alguns docentes a direção da formação profissional deve orientar-se para o combate ao estigma, tendo o professor o papel de semeador, como explicado a seguir:

Semear boas sementes deve permear nossa prática. Trabalhar o corpo funcional desde os profissionais de nível superior até àqueles de nível fundamental e que convivem diretamente com os pacientes. Eliminar resquícios de estigmatização, preconceito, inatividade, improdutividade e principalmente encarceramento e que não contribuem e efetivamente alimentam a desvinculação social e a conseqüente institucionalização dos portadores de transtorno mental. É preciso que o contato dos discentes com os pacientes seja cada vez maior, é preciso aumentar esse tempo qualitativamente, o que requer ir além do consultório dentro dos pavilhões (RUBI).

Como foi visto, há o desejo de através da prática docente se alcançar o corpo funcional do HAA, visando eliminar o estigma. Todavia, não fica evidenciado em termos operacionais como é viabilizada esta intenção. A prática docente tem como central a ação do discente, nesta sim o docente tem uma relativa autonomia e pode reorientar, assim, busca estimular o contato mais intenso dos discentes com as pessoas com transtornos mentais. Procura ainda outros lugares dentro da própria instituição para conduzir suas práticas, fora dos pavilhões, onde a pessoa com transtorno mental fica mais restrita, em função do próprio ambiente e das grades.

Outro docente esclarece que o eixo de seu trabalho está no aprendizado prático dos princípios reformistas, como é afirmado:

É sobre como fazer com que esse aluno aprenda operacionalmente os princípios da reforma e comece a desmistificar quem é esse louco, que ele é um ser humano como outra pessoa qualquer embora tenha uma dimensão da sua vida comprometida, mas nem por isso ele é um subumano, ele é um animal (SAFIRA).

Assim, a pessoa com transtorno mental seria ‘um igual’ com quem interagir, tendo que ser respeitada em sua diferença, particularidade. E, mesmo como diferente ser considerado ‘um igual’, um ser humano, detentor de todo patrimônio de ser humano, uma pessoa.

De forma diferente, outro docente conduz a direção social da formação profissional sobre a representação da instituição enquanto modelo assistencial. O HAA dialeticamente é concebido como uma instituição carregada de historicidade, onde passado, presente e futuro nela estariam retratado, como relatado:

Minha maior preocupação é de que os alunos entendam o passado, reflitam no presente e construam o futuro. É preciso pensar temporalmente, cronologicamente sobre o hospital do passado que não curou ninguém, rever esse modelo no presente para a construção de uma rede mais humanizada e racional para o futuro e isso vai depender muito do modo como isso é passado a eles. Pretendo não defender uma ou outra linha, pois sinto que “nem tanto ao mar nem tanto a terra”, deixemos as paixões um pouco de lado e reflitamos sobre o melhor para o paciente, os serviços abertos são essenciais, mas o hospital tem que estar também para aqueles que precisarem, senão vira desassistência (AMETISTA).

Interessante as contradições inerentes a este depoimento. Como um modelo do passado, o hospital é negado porque “não curou ninguém”. No presente, sua importância se reflete como uma possibilidade de revisão de modelo para construção de “uma rede mais humanizada”, como é afirmado. Ou seja, que não reproduza o que o hospital psiquiátrico fez. O futuro então seria o fruto dessa rede mais humanizada e racional, ainda em perspectiva. Ao final o docente entende que defender a extinção desta modalidade assistencial é se guiar pelas “paixões” e colocar “aqueles que precisarem na desassistência”.

No Piauí, como informa um simpatizante do movimento da luta antimanicomial, ‘é impossível ser antimanicomial’, posto que o HAA seja central na assistência. Os centros de atenção psicossocial – CAPS - ainda não se mostraram com a potência necessária para se constituir em um serviço efetivamente substitutivo. O CAPS III, única modalidade que pode ser colocada como substitutiva por funcionar os 07 dias na semana e 24 horas do dia e atender a crise psiquiátrica, inexistente no Estado. Os profissionais da rede de CAPS não se sentem preparados para cuidar de uma pessoa com transtorno mental em plena crise, acionando prontamente o serviço de emergência do HAA assim que se depara com um PTM nesta condição. Até mesmo os PTM em “manutenção” / “compensados”, ou seja, fora da crise, e atendidos pelos CAPS não dispensam o HAA, posto que a medicação gratuita seja predominantemente acessada neste dispositivo. Desse modo, os CAPS, até o momento constituem-se como serviços complementares ao HAA, mantendo-se tal instituição como epicentro da assistência e formação profissional.

Além da baixa resolatividade dos CAPS, sobretudo num contexto de crise psiquiátrica, um participante chamou a atenção para a perspectiva ainda focalista em

saúde mental, que não contempla o princípio da abordagem integral em saúde mental

Outra coisa é a questão também do outro princípio que não é da reforma psiquiátrica é do Sistema Único de Saúde que é o princípio da integralidade, como tratar o corpo, mente a qualidade de vida, a recepção social (...) a finalidade não é o que cada um faz o meu pedaço de realidade, mas o que é necessário eu fazer para atender as necessidades do usuário. (SAFIRA)

Este princípio do SUS implica em atender todas as necessidades do usuário, não apenas suas necessidades no momento de agudização dos sintomas. Por integralidade, assim como Reis, Marazina e Gallo (2004), coadunamos que a mesma, é a própria essência da política de humanização que se vê comprometida nessa má ponderação, a integralidade numa acepção mais ampla e livre, implica mais do que uma lógica definidora do objeto saúde entendido como entidade biopsicossocial, mas uma compreensão do próprio processo de produção de saúde e de seus sujeitos.

O próprio Ministério da Saúde enfatiza essa concepção integral das instâncias presentes na política de humanização quando salienta que parte importante do encaminhamento do processo de humanização apóia-se “no estilo de gestão e na estrutura de poder das instituições de saúde”, uma vez que estilo e estrutura “determinam e condicionam posturas e comportamentos relativos aos vínculos profissionais de saúde e usuário, bem como entre os profissionais de saúde entre si” (PNH, 2004).

As limitações que obstaculizam uma ação integral em saúde mental são retratadas na precariedade da rede de serviços fora da saúde mental, posto que na nova lógica assistencial está evidenciado que a ação tem que se dar de maneira conjunta, articulando-se a saúde mental com as demais políticas sociais, sobretudo, a assistência, a educação e a justiça. A loucura é um fenômeno complexo, abrangendo necessariamente várias dimensões que a saúde mental isoladamente não dá conta. A lógica da atenção deve então ser intersetorial.

Outra questão é a questão da intersetorialidade através de políticas públicas, então não adianta, se a gente quer um paciente cidadão, que realmente esteja podendo circular pela cidade, que tenha direito à educação, à política de geração de renda, à política de reintegração social, esporte, lazer e tudo isso a gente vê que não tem (SAFIRA).

Para Amarante (1995), a reforma psiquiátrica, é um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, ele é fundado também na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização.

A qualidade da mudança só pode ser garantida, se os novos serviços forem acompanhados por uma transformação radical que para Rosa (2006), deve representar uma sociedade voltada para o cuidado, responsável por aqueles em necessidade, só então, a proteção à saúde se tornará realmente um fato, suplantando meramente as palavras.

4.3. A CONSTRUÇÃO E CONDUÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Os processos reformistas em saúde mental no Brasil, como vistos, tiveram início no país como uma política pública no início da década de 90, portanto, estão em pleno processo de construção. O ideário do processo difundiu-se desigualmente nos vários estados do país. Como afirma Rosa (2006), no Nordeste, alguns estados destacaram-se na vanguarda de citado processo: Ceará; Pernambuco e Rio Grande do Norte, de maneira bastante singular. O Piauí até 2003 figurava como um dos últimos estados a encampar o ideário reformista, junto com Alagoas, constituindo um dos principais atores do processo no plano local, o próprio Ministério da Saúde, através de sua política de redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, uma política deliberada como estratégia para pressionar o gestor local a construir novos dispositivos de cuidado.

Com a crescente sobrecarga do HAA, e as mudanças na Gerência de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde, em 2005 é criado o Plano Estadual de Saúde Mental e, a partir de então são criados e multiplicados os CAPS no Estado. Contudo, pela própria resistência dos gestores locais, sobretudo do governo estadual e da capital, este último até 2005 era o único município em gestão plena do SUS, haja vista que desde abril de 1996 é responsável pela organização do SUS em Teresina, e que não tinha a saúde mental como prioridade. Com estes comandos, impasses e obstáculos e ainda pela dificuldade de entendimento do processo de descentralização, muitos atores do processo atribuem os processos mudancistas, sobretudo ao governo federal, como explicitado por um dos entrevistados:

“Infelizmente temos uma assistência psiquiátrica pública em Teresina e no Piauí, bastante precária. Aliás, reproduzindo o descaso do Ministério da Saúde com a assistência psiquiátrica: não podemos copiar um modelo assistencial da pequena Nicarágua e implantá-lo de forma acrítica, no Brasil” (QUARTZO).

O autor deste depoimento informa que o modelo brasileiro foi ‘transportado da Nicarágua sem as devidas adequações sociológicas para a realidade brasileira’. Apesar de o Caps poder ter sua origem no serviço Nicaragüense, como informou Sampaio em palestra no Piauí no mês de maio de 2006, os fundamentos conceituais e assistenciais que embasam o modelo são assumidos como influência italiana. De qualquer maneira, a maioria dos entrevistados admite que

(...) é preciso reconhecer as mudanças ocorridas, mas é inegável que estas ainda estão aquém da realidade pretendida e/ou esperada pela Reforma Psiquiátrica (...) (RUBI).

Parece ter havido uma expectativa de uma mudança sem precedentes, mas, as transformações tem se dado de maneira lenta, contrariando o desejo de velocidade da maioria dos profissionais. Apesar disso, as mudanças são percebidas por alguns como irreversíveis:

A reforma da assistência psiquiátrica veio pra ficar. O objeto de trabalho tem que mudar. Não é mais a doença do paciente. Mas o paciente em sua família (DIAMANTE).

As alterações são de fundamentos mesmo. A lógica prevista não é mais focada na enfermidade, mas no paciente e em seu entorno social, ganhando relevância a sua família.

Se na dimensão assistencial a mudança se dá de maneira lenta e cheia de percalços, na esfera da formação profissional o processo ainda é mais moroso. São poucas as IES que incorporaram os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica em seus Planos Institucionais e em seus Projetos Pedagógicos. São as diretrizes curriculares para a área da saúde que têm redirecionado e possibilitado a formação profissional orientada para o SUS e para a cidadania.

Para Dannemann (1967), a Formação Profissional em sua conceituação específica, deve ser vista como um denominador comum de Educação e Trabalho, as duas principais áreas de cogitação no campo dos Recursos Humanos. Assim sendo, a Recomendação nº 150/75, aprovada na 60ª Conferência Geral da Organização Internacional do Trabalho, em Genebra, ainda respalda muitas discussões, visto ser consenso internacional. Em seu texto sobre a Orientação e Formação Profissional no Desenvolvimento dos Recursos Humanos, ela amplia e generaliza o enfoque da Formação Profissional, até então restrito a uma profissão ou a um emprego.

O texto aborda “todas as esferas da vida econômica, social e cultural, e a todos os níveis de qualificação profissional e de responsabilidade”. Até então, entendia-se a Formação como “um meio de desenvolvimento das aptidões profissionais de uma pessoa, considerando as possibilidades de emprego”. Hoje, estabelece-se que, conjuntamente, a Orientação e a Formação Profissionais têm por objetivo “descobrir e desenvolver as aptidões humanas para uma vida ativa produtiva e satisfatória, assim como melhorar as aptidões individuais”. Essa objetivação abrange as condições de trabalho e do meio social e a possibilidade de influir sobre as mesmas. **“Os destinatários da Orientação e da Formação Profissionais devem vir a ser capazes de compreender o meio em que atuam, incluindo as condições de trabalho, e de modificá-lo; de ter um papel ativo, não se limitando a colocar suas aptidões a serviço de interesses da coletividade”.** Nesse entendimento, ressalta mais nitidamente o sentido educacional da Formação Profissional (grifo nosso) (OIT, 1985).

A distinção entre os termos formação profissional e educação são exíguas nos dias de hoje e somente fora pertinente quando o trabalho organizava-se segundo modelos fordistas e tayloristas e a formação profissional transmitiam competências operatórias, tais como hábitos, respostas e rotinas. A formação profissional requer o desenvolvimento de conhecimentos, valores e de reflexão crítica, requisitos que sempre foram objeto da educação convencional (DANNEMANN, 1967). Desse modo, dever-se-ia não apenas eliminar as diferenças entre educação e formação profissional como também a separação de campos de atuação entre instituições educacionais e de formação profissional.

É preciso contextualizar a formação profissional dentro das mudanças contemporâneas no mundo do trabalho, haja vista que entre outros fatores, os trabalhadores transformam-se, de indivíduos executantes de tarefas/operações estanques, em pessoas capazes de trabalhar em equipes, cujos membros tenham ao menos uma familiaridade básica com todas as etapas do processo de trabalho e capacitação para atuar em várias delas, uma polivalência não meramente operacional, mas que supõe uma visão holística do processo.

A assistência psiquiátrica destinada aos pacientes do Hospital Areolino de Abreu é lembrada nos discursos dos participantes como parâmetro da qualidade assistencial e constantemente referenciada para a construção e condução da

formação profissional no hospital psiquiátrico e apesar das críticas feitas à instituição, a maioria dos participantes reconhecem as mudanças positivas vividas pelo hospital ao longo de sua existência, embora em muitos momentos a qualidade assistencial ainda seja lembrada de forma negativa:

É claro que dessa forma, sem equipes profissionais funcionando efetivamente a assistência cai de qualidade e os profissionais não crescem como pessoas nem como terapeutas. Fica difícil o HAA, com seu modelo assistencial ultrapassado e asilar, com raríssimos e infreqüentes grupos terapêuticos. Com uma terapia ocupacional precária. Com enfermarias sujas e pacientes descuidados. Com profissionais que não cumprem horários, etc. ser um centro de formação profissional para alunos de curso superior (QUARTZO).

Os docentes referiram ainda em suas falas algumas contribuições no desenvolvimento da formação profissional dos discentes. Em meio a essas falas extraímos algumas noções peculiares que remetem-nos aos princípios e objetivos básicos da reforma psiquiátrica:

Contribuo para que esses novos profissionais tenham uma visão mais humana e menos preconceituosa do portador de transtorno mental e que assimilem à inserção social, a ressocialização, a desinstitucionalização, como prática de seu dia-a-dia em uma equipe multiprofissional que atuaria conjuntamente em benefício destes pacientes, oferecendo programas alternativos de recuperação e ocupação (...). A proposta da reinserção social tem sido praticada no dia-a-dia no HAA procurando eliminar os resquícios do estigma e preconceito, através de conversas e práticas salutaras que evidenciam o paciente com uma auto-estima que necessita de valorização, que precisa e deve ser ouvido em seus desejos e preocupações. Promoção de festas e atividades que desenvolvam a participação social destes pacientes nas principais datas comemorativas do ano (RUBI).

Colaborando com a formação de novos profissionais, melhores, cientes dos seus deveres, comprometidos com a proposta de ressocialização e reintegração do PTM na comunidade e, sobretudo contribuindo para a formação de profissionais mais éticos, mais sensíveis e mais humanos (ÔNIX).

Poderá contribuir significativamente para inclusão social do PTM, para o resgate de sua cidadania e autonomia, ajudando-o a lidar com seus problemas básicos e psíquicos e ajudando-os a fazerem a transição do papel de doente para o de membro ativo da sociedade. Esta responsabilidade o profissional deve ter independente do serviço onde possa atuar se no tradicional ou no alternativo. O certo é que sem o estabelecimento de relações interpessoais, terapêuticas, produtivas, positivas, por melhores que sejam as ideologias, filosofias das novas modalidades de serviços, as metas e objetivos não serão alcançados e ao longo dos anos estes serviços se tornaram ineficazes e não cumprirão com o seu papel de produzir um efeito terapêutico ressocializador do PTM (ÔNIX).

Discutindo e apontando outros caminhos para uma prática assistencial mais efetiva e global aos portadores de transtornos mentais, vendo-o como um ser biopsicossocial e espiritual (no sentido amplo da palavra, sem se resumir à religião), inclusive englobando sua família nesse acompanhamento (QUARTZO).

(...) a proposta da reforma psiquiátrica é principalmente a reestruturação da atenção em saúde mental. A minha preocupação central é a de enfatizar para os discentes este termo “atenção” no seu sentido mais amplo. Isto significa não simplesmente propiciar o desenvolvimento das habilidades técnicas e científicas (...), mas, sobretudo, uma “atenção” no sentido de focar um novo tipo de olhar e de cuidar do PTM, cuidar com compromisso (...). A pessoa precisa ser tratada e não simplesmente os sintomas do seu transtorno. Assistir o indivíduo como ser humano, como cidadão, como um ser biopsicossocial que possui uma multiplicidade de necessidades inter-relacionadas e interdependentes que necessitam ser atendidas em sua totalidade e complexidade (DIAMANTE).

Como visto a maioria das atuações dos docentes ainda se centram na própria pessoa enferma. A reabilitação psicossocial parece partir da pessoa enferma para ela mesma, não para o extra-clínico. Apenas um dos depoimentos acima cita a palavra autonomia, mas mesmo esta acaba se voltando para a própria pessoa no sentido de que como admite o autor “ajudando-o a lidar com seus problemas básicos e psíquicos e ajudando-os a fazerem a transição do papel de doente para o de membro ativo da sociedade”. Os determinantes do processo saúde/doença são pouco explicitados. Os impactos do transtorno mental nas condições de vida do enfermo quando ganham realce é de uma maneira genérica, pouco operativa, tal como na frase “como cidadão, como um ser biopsicossocial que possui uma “multiplicidade de necessidades inter-relacionadas e interdependentes que necessitam ser atendidas em sua totalidade e complexidade”.

Na prática docente parece que a pessoa assistida é segmentada ainda em suas dimensões biopsicossociais – embora tal fusão se coloque em meio a uma frase que remete para “uma multiplicidade de necessidades inter-relacionadas e interdependentes que necessitam ser atendidas em sua totalidade e complexidade”.

De nenhum modo ficou evidenciado como isto se explicita na prática pedagógica. Figuram mais como princípios gerais da ação, do que consumação de novas práticas. De um desejo, ainda inviável.

A lei 10.216/01 tem como objetivos gerais, a humanização do trabalho associada a uma requalificação profissional; avaliação, orientação e tratamento da pessoa com transtorno mental; preservação do direito à cidadania; afastamento do modelo hospitalocêntrico; acesso ao tratamento digno e reabilitação no sentido da reinserção social. Algumas metas foram traçadas para facilitar a obtenção dos objetivos e requerem a humanização dos profissionais e desinstitucionalização do enfermo; a utilização de leitos psiquiátricos em hospital geral e a promoção da saúde e prevenção primária.

Para a efetiva desinstitucionalização algumas considerações são necessárias no que diz respeito à concretude das mesmas, a organização e produção da atuação em rede e a diversificação de serviços; a garantia de mecanismos de trabalho protegido e ações que envolvam a geração de renda; efetivo controle da internação psiquiátrica; o acesso à rede de atenção básica; a definição do lugar do hospital geral na rede de atenção; assistência farmacêutica e exames complementares; intersetorialidade e interdisciplinaridade; atenção à criança e ao adolescente; atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Segundo Asioli; Saraceno; Tognoni (1994, p. 13), “O diagnóstico psiquiátrico é uma agregação de sintomas e sua função deveria ser a de dar informações úteis para a estratégia de intervenção e para prever o desenvolvimento da enfermidade”.

Asioli, Saraceno e Tognoni apontam que “(...) o diagnóstico por si só NÃO é um instrumento de grande utilidade para estabelecer a estratégia de intervenção e para prever o desenvolvimento da enfermidade”. Argumentam ainda que o principal para a estratégia de intervenção são outras variáveis “extra-clínicas” em que o meio

familiar aparece como elemento fundamental nestas estratégias, principalmente na utilização de medicamentos (1994, p. 14).

Para tanto, é preciso ir além da convicção de que saúde não é apenas ausência de doenças. Muitos profissionais estão envolvidos quando falamos de saúde mental, quer os das ciências da saúde, quer os das ciências humanas. É preciso reconhecer o trabalho e a dedicação de todos aqueles envolvidos no dia-a-dia em busca de uma saúde mental digna e de qualidade.

Ao se referirem às contribuições da prática docente na formação profissional dos alunos dos cursos de Enfermagem, Serviço Social, Medicina e Psicologia, um dos docentes novamente citou a constituição da equipe multiprofissional como precípua na concretude desta formação. Nos trechos destacados podemos perceber a referência com o termo ansiedade na descoberta desse novo labor diário em equipe exigido no processo de transformação do modelo assistencial:

Trabalhando primeiro a minha própria ansiedade em estar descobrindo uma forma nova, de estar sempre construindo uma nova forma de atuar dentro da prática, no meu caso, (...). E esse exercício da prática em equipe é um exercício diário, é um exercício que se tem que fazer diariamente, é um aprendizado diário, é uma construção (...). Traz ansiedade, traz angústia, isso é assim, tem que ter essa consciência pra que você possa trabalhar em equipe e perceber que os outros também passam pelas mesmas sensações, pelas mesmas emoções. E na docência eu busco transmitir isso para os alunos, para que eles já vão, já venham se formando com essa idéia mais ampla, não da individualidade, não da ação profissional dele voltada para um determinado objeto, no caso da medicina, a doença que tá acometendo aquele paciente e sim o paciente como um todo e em volta dele toda uma equipe que vai ajudá-lo que ele não vai conseguir sozinho, principalmente quando se trata de transtorno mental. (...) Não há profissional sozinho que consiga tem que ser toda uma equipe e ele já ir então voltando à formação dele para essa possibilidade, essa disponibilidade de trabalhar em equipe (DIAMANTE).

A mudança de modelo demanda assim uma transformação no próprio docente, que passa a ter que lidar com a incerteza, com algo que não lhe é familiar e com um processo que se encontra em plena construção. Como reconhece Pimenta; Anastasion (2002:14) “Ser professor requer saberes e conhecimentos científicos, pedagógicos, educacionais, sensibilidade, indagação teórica e criatividade para encarar as situações ambíguas, incertas, conflituosas e por vezes, violentas”. Exige ainda uma abertura para o novo, no caso a reforma psiquiátrica, processo que vai se formando e formando as pessoas que nele estão imersas. O depoente informa assim, como diria Paulo Freire, que o educador também precisa ser educado, formado permanentemente. Quem forma precisa ser uma pessoa interessada em aprender continuamente e sempre.

No decorrer dos discursos, ao citarem as contribuições da prática docente na formação profissional dos alunos que utilizam o Hospital Areolino de Abreu como campo de prática de estágio, pesquisa e ensino; alguns docentes mencionaram o termo opinião e estabeleceram com esta uma ligação que conduziu as vantagens e desvantagens do referido hospital, percebe-se também aqui, o papel do professor enquanto formador de opinião, o que reflete positivamente na condução presente e futura dos caminhos da reforma psiquiátrica no Brasil:

Os alunos questionam sobre as vantagens e desvantagens do hospital psiquiátrico e concebem que a única vantagem é simplesmente conhecer essa dura realidade do HAA, o que fornece subsídios para a indignação e para a procura de soluções alternativas a esse modelo nosocomial que não trata, acredito e minha opinião quanto à prática docente, é que tenho conseguido plantar algumas sementes (RUBI).

O mais importante da prática docente é a opinião pública que a gente acaba formando junto dos nossos alunos, se a gente consegue se encantar pelos princípios da reforma, tentar fazer com que o nosso aluno compreenda bem o que é a reforma e estimulá-lo a ter essas novas práticas e não se deixar contaminar pela cultura manicomial (SAFIRA).

Os docentes convivem com a contradição de vivenciar através da prática docente a “dura realidade do HAA” e ao mesmo tempo “ter que formar outra opinião pública” estimulando novos olhares, novas práticas e a própria sensibilidade e olhares dos alunos para que não naturalizem o que observam nas práticas de ensino e estágio. A temática da formação profissional, complexa *de per si*, possui alguns fatores determinantes desta complexidade: a coexistência, no mesmo espaço físico, social e econômico de relações de trabalho muito diversas e, até, díspares; a diversidade e especificidades na formação daquele que forma – o docente; os padrões sócio-culturais próprios e pertinentes a cada um e que muitas vezes interferem em seus juízos de valor.

A formação profissional enquanto processo educativo visa o desenvolvimento do indivíduo enquanto ser humano, e a sua capacitação para o desempenho de uma atividade profissional. Na obtenção desta formação existe todo um processo contínuo, tanto na perspectiva das pessoas como das instituições e que está vinculado à aquisição e elaboração de conhecimentos, habilidades e atitudes, devendo preparar o homem para saber fazer, saber agir e saber ser, outrora discutido nas Diretrizes Curriculares dos cursos envolvidos.

Para Nóvoa (2002, p. 23), “o aprender contínuo é essencial e se concentra em dois pilares: a própria pessoa, como agente, e a escola, como lugar de crescimento profissional permanente.” Para esse estudioso português, a formação continuada se dá de maneira coletiva e depende da experiência e da reflexão como instrumentos contínuos de análise. Em outro momento, Nóvoa (1997, p.26) reflete sobre “a troca de experiências e partilha de saberes como consolidação dos espaços de formação mútua, nos quais cada professor é chamado a desempenhar, simultaneamente, o papel de formador e de formando.” Estudos apontam que existe a necessidade de que o professor seja capaz de refletir sobre sua prática e direcioná-la segundo a realidade em que atua, voltando aos interesses e às necessidades dos alunos.

Nesse sentido, Freire, (1996, p.43) afirma que “é pensando criticamente na prática de hoje ou de ontem, que se pode melhorar a próxima prática”. Para entendermos melhor esse aspecto, recorremos a Donald Schön (1997), o idealizador do conceito de Professor Prático-Reflexivo, que percebeu em várias profissões e não apenas na prática docente, situações conflitantes, desafiantes, que a aplicação de técnicas convencionais, simplesmente não resolve. Afinal, haverá momentos em que o professor estará em situações conflitantes e ele não terá como guiar-se somente por critérios técnicos pré-estabelecidos.

Alguns entrevistados descreveram suas tentativas de práxis atual em consonância com os objetivos da reforma psiquiátrica, no contexto do hospital,

percebe-se um processo de constante devir, de construção, dentro deste novo modelo de atuação em saúde mental e sobre o qual estamos em constante aprendizado. O novo no plano da teoria e o velho no plano da prática assistencial impõem a vivência na contradição básica, de ensinar o novo na coexistência do que está sendo negado. Enfrentando as contradições do processo os docentes buscam, dentro das possibilidades do cotidiano do HAA inovar, lançando mão de sua relativa autonomia, posto que, no geral, não são eles que definem as instituições que serão campos de estágio:

A anamnese dos pacientes, e a avaliação do seu estado mental têm sido padronizadas para uma realização fora do consultório dos pavilhões, cerceados por grades e portas trancadas para conversas em ambientes menos inóspitos e mais propícios a uma análise mais profunda da vida e transtorno vivido por este paciente como a pracinha ou o hospital dia. Este é um fator que contribui qualitativamente para uma maior interação social entre o paciente e o discente que o evolui, o que inspira o discente a ir além dos questionamentos essenciais para o estabelecimento de uma relação mais humana e compreensiva dos fatores que determinam aquela patologia. O interesse e as preocupações dos discentes retornam à sala de aula, onde há uma busca maior pelo entendimento da patologia associada a uma compreensão holística deste paciente no meio em que vive o que leva este discente a ser um profissional mais crítico e preocupado com a práxis vivenciada no cotidiano de uma instituição psiquiátrica (RUBI).

Outra questão é a gente estar oxigenando, (...) através da capacitação, trazendo também outras informações, acho que à medida que a gente participa de congressos, por exemplo, que a gente tem uma leitura, uma literatura muito especializada, acho também que a gente está contribuindo pra isso, pra reforma, pra trazer novas experiências, se bem que no PI, nós estamos engatinhando na reforma psiquiátrica, então eu coloco o ano de 2005 como o ano em que a reforma realmente ganhou impulso, foi o marco da reforma psiquiátrica aqui no PI. Eu penso que o que a gente pode fazer é isso, (...) eu não tenho como assistencialmente ter um hospital modelo porque aquele hospital pra nós não é modelo, mas, na medida do possível eu tenho contribuído. (...) A contribuição maior é realmente que essas novas práticas se concretizem e se afirmem através da pesquisa, da capacitação e do apoio às equipes que estão operacionalizando isto diretamente no cotidiano do serviço (SAFIRA).

Embora o conhecimento da patologia ganhe um destaque na fala do primeiro entrevistado, ele busca também levar os alunos a ter uma visão holística do enfermo no meio em que vive. Ainda tem a perspectiva de consolidar uma leitura crítica acerca da instituição psiquiátrica. De outra maneira, alguns docentes buscam priorizar os estágios de seus alunos nos serviços mais comunitários, mais abertos vinculados ao HAA, tais como o ambulatório; o Hospital Dia e o Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil Martinelli Cavalca. Nestes dispositivos há a preservação do cotidiano do PTM na comunidade e a relação com a família flui de uma maneira mais cotidiana. Alguns levam seus alunos a conhecer os novos dispositivos reformistas, como os CAPS e as residências terapêuticas.

O discente é levado a conhecer todas as modalidades de serviços que assistem ao PTM, (...) então eu dou prioridade e eles também, no geral, a gente observa isso, que eles escolhem e dão prioridade para os serviços abertos e comunitários. Então eles procuram se inserir logo nos hospitais dia e ambulatório (...) mas falta condições de trabalho, eles se inserem nos serviços abertos e comunitários e entram em contato com a família. Por que ali até pra fazer uma visita domiciliar. Pra conseguir um carro, ali é difícil. Então não há nem condição de trabalho para serviço comunitário (SAFIRA).

Tenho feito algumas modificações nos conteúdos, atendendo essa nova perspectiva do profissional dentro das novas diretrizes curriculares, pois é tudo novo ainda pra nós, imagine para os alunos entenderem o que é um caps, uma residência, se ele cresceu ouvindo que lugar de doido é no hospício. Nas práticas tenho dividido mais, antes era só hospital, agora as práticas conhecem os caps, as residências e tudo mais, é isso, estamos reformulando (AMETISTA).

Vale lembrar que pela própria natureza e princípios dos novos dispositivos não há como oferecer uma assistência massificada, como ocorre nos hospitais psiquiátricos. Dessa maneira, o ensino também não pode ser massificado, abrangendo vários alunos ao mesmo tempo. É da natureza destes dispositivos não admitir que seus usuários sejam objeto do ensino ou mesmo da pesquisa. São integralmente considerados sujeitos de direitos, tendo sua privacidade e dignidade, aparentemente, minimamente preservadas.

Os bons profissionais lançam mão de uma série de estratégias não planejadas, cheias de criatividade, para resolver problemas no dia-a-dia. Schön (1997) identifica nos bons profissionais uma combinação de ciência, técnica e arte. O processo é essencialmente metacognitivo, onde o professor dialoga com a realidade que lhe fala, em reflexão permanente.

As situações conflitantes em que os professores são obrigados a enfrentar (e resolver) apresentam características únicas, exigindo, portanto características únicas: o profissional competente possui capacidades de autodesenvolvimento reflexivo (...). A lógica da racionalidade técnica opõe-se sempre ao desenvolvimento de uma práxis reflexiva (NÓVOA, 1997:27).

Ora, para maior mobilização do conceito de reflexão na formação é necessário criar condições de trabalho em equipe entre os professores. Sendo assim, isso sugere que as IES, a instituição, em nosso caso, o hospital de ensino, deve criar espaço para esse crescimento. Nesse sentido, Schön (1997, p. 87) nos diz que: (...) Nessa perspectiva o desenvolvimento de uma prática reflexiva eficaz tem que integrar o contexto institucional. A proposta prático-reflexiva propõe levar em conta esta série de variáveis do processo didático, seja aproveitando, seja buscando um processo de metacognição, onde o professor perceba os efeitos de sua atuação na aprendizagem de seus alunos.

Formação profissional significa investir não somente em informação, mas, principalmente, no conhecimento que torna o homem capaz de criar, aperfeiçoar e transformar a realidade. Hoje se privilegia muito mais o desenvolvimento da capacidade de raciocínio e aprendizagem polivalente do aluno. O centro da questão não é mais “saber fazer”, mas “saber pensar” e “saber aprender”.

No cerne do processo reformista a formação profissional é vista numa perspectiva futurista, em que os serviços substitutivos são percebidos como centrais, contudo, contraditoriamente o lugar dos hospitais psiquiátricos é preservado, mostrando os temores de desconstrução dos antigos lugares historicamente definidos para a loucura:

A formação profissional assim deve ser voltada para o estudo do passado com o foco no futuro, que é o dos serviços substitutivos, como os CAPS e residências terapêuticas, pois é, sem dúvida nenhuma, o futuro da saúde mental. Mas sei que o hospital não vai sumir. E nem quero que suma, pois ele deve ser melhorado, humanizado e racionalizado quanto a quem deve estar lá, pois muitos podem estar aqui fora (RUBI).

A questão da luta antimanicomial foi referida, de acordo com o que se depreende dos discursos, de forma equilibrada e imparcial:

(...) nenhum discente é persuadido a internalizar os valores, os conceitos e as idéias de autores que discorrem sobre o tema, seja defendendo ou condenando radicalmente o tipo de serviço novo ou antigo. Através da vivência no cotidiano é que o aluno formula suas próprias convicções acerca da temática em questão, do papel e das responsabilidades dos serviços disponibilizados (SAFIRA).

Minha maior preocupação é a de que os alunos entendam o passado, reflitam no presente e construam o futuro. É preciso pensar temporalmente, cronologicamente, sobre o hospital do passado que não curou ninguém. Rever esse modelo no presente para a construção de uma rede mais humanizada e racional para o futuro. E isso vai depender muito do modo como isso é passado a eles (alunos). Pretendo não defender uma ou outra linha, pois sinto que nem tanto ao mar, nem tanto a terra. Deixemos as paixões um pouco de lado e reflitamos sobre o melhor para o paciente. Os serviços abertos são essenciais, mas o hospital tem que estar também para aqueles que precisarem, senão vira desassistência (AMETISTA).

Parafraseando o poeta Antonio Machado, quando este diz que “ao caminhante é que não há caminho, pois este se faz ao caminhar”, percebemos bem o que nos ensina o processo de reforma da psiquiátrica no Brasil, sobretudo em nosso Estado. Tal processo não nos foi dado construído e sobre o qual apenas faríamos conjecturas. Podemos observar nos relatos que o novo modelo está em construção em nosso Estado. O modelo assistencial que coexiste com o novo é também exigido a se adequar aos novos tempos. O saber historicamente construído, de hegemonia médica, de assistência estritamente centrada no biologicismo, na internação/segregação e medicação é chamado a se ‘reformular’ e a mudar os profissionais nele inseridos.

Eis o principal desafio dos docentes: contribuir no processo de mudança constituindo-se como sujeitos neste processo, formando e se informando para os novos tempos de incerteza. A formação profissional precisa estar em sintonia com os tempos da assistência. A direção do processo de formação profissional está exigindo que ao ensino seja agregado o trabalho de pesquisa, para a produção de novos saberes e a consolidação dos processos em curso. Os docentes no HAA podem se constituir em novos atores, contribuindo com mudanças na assistência prestada, ao constituir um coletivo interprofissional e interinstitucional, lançando mão do desafio de criar algo novo, que faça com que o HAA possa se constituir em um lugar de excelência, em um laboratório onde os próprios docentes se constituirão em sujeitos e objetos de ensino e aprendizagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Só se pode viver perto do outro, e conhecer outra pessoa, sem perigo de ódio, se a gente tem amor. Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura” (JOÃO GUIMARÃES ROSA).

O que se pode depreender após uma longa empreitada é que apesar do momento histórico brasileiro de transição de modelos, como vistos no 1º capítulo, do hospitalocêntrico - segregador para o comunitário – considerado cidadão, ou centrado nos Centros de Atenção Psicossocial, pudemos identificar a persistência das contradições pela coexistência do ‘velho e do novo’, na formação profissional. O hospital psiquiátrico permanece como central na formação profissional dos discentes como prioriza as Portarias Ministeriais e a direção das IES nas seleções dos campos de estágio.

Neste sentido a condução da formação, por seu próprio lócus prioritário, tem por eixo a patologia, o momento de agudização dos sintomas da enfermidade, haja vista que as ações dos hospitais em termos de reabilitação psicossocial são secundarizada e em certas circunstâncias inexistente. Ainda a observação e avaliação da evolução dos sintomas são centrais, a leitura da clínica tradicional predomina. Poucos docentes trouxeram à cena, no momento de seu depoimento, a discussão da clínica ampliada ou clínica da reforma, mais enfatizada nas discussões do trabalho em equipe, nas exigências que faz o novo paradigma acerca das alterações no processo de trabalho, do trabalho em conjunto entre as diferentes categorias profissionais, orientadas para um mesmo objetivo e para as necessidades integrais da pessoa com transtorno mental.

Todos os docentes têm uma leitura crítica do cotidiano do HAA em termos ambientais, culturais e assistenciais indicando inclusive as limitações que coloca como espaço de formação de um profissional em saúde mental, que é exigido a se apresentar com um novo perfil. A contradição básica se apresenta se apresenta na observação de um docente quando identificando as vantagens e desvantagens desta instituição como um espaço de formação explícita: ‘nela se vê tudo o que o futuro profissional não deve fazer’. Ou seja, é uma formação profissional não afirmativa. Inicia-se pela negação do existente, todavia, o que fica evidenciado é um distanciamento entre a docência/o ensino e a assistência. Pareceu-nos haver certo

conformismo com a instituição tal como se apresenta. A mensagem subliminar que ficou foi que: há críticas a serem feitas, mas o que acontece com a assistência não é da alçada do docente, nem do ensino. Neste sentido, pouca problematização emergiu, por exemplo, a partir da função do HAA como hospital escola. Apenas um docente falou desta função, colocando que sua expectativa era que esse espaço fosse o espaço da “excelência”, um laboratório de vivências.

O novo predomina na retórica. Na prática docente figura como algo da teoria ou da história das políticas de saúde mental no Brasil, mas de uma história alheia ao que acontece no Piauí de modo geral; por exemplo, os princípios do Sistema Único de Saúde, que ainda figuraram como algo secundário e à parte das mudanças em curso.

Ilustrativo deste fato foi narrado em um evento de comemoração dos 20 anos da luta antimanicomial promovido pelo Conselho Regional de Psicologia, no dia 31 de maio de 2007, realizado no Auditório da FACIME quando uma psicóloga, que era coordenadora de um Caps do interior do Piauí, disse que tudo que sabia sobre CAPS aprendeu na prática, não na sua faculdade concluída em 2003, ou seja, bem recentemente. Informava que nada sabia sobre o SUS, sobre o que seria um município com gestão plena, sobre consórcios entre municípios.

Um supervisor de CAPS de Fortaleza, no mesmo evento, informava que as práticas nos CAPS encontram-se “despolitizadas e desideologizadas”, isto é, os profissionais não conseguem entender a dimensão do novo modelo. Exemplificava dizendo que muitos entendiam trabalho de grupo como aplicação de dinâmica de grupo, ou seja, como uma ação técnica. Vale lembrar que muitos dos profissionais dos CAPS tem nesta modalidade assistencial seu primeiro emprego, sendo recém formados.

Então, a formação profissional está sendo efetivada, apesar de mais de 15 anos de dinamização do processo de reformulação do modelo assistencial brasileiro, de maneira dissociada daquilo que seria o novo.

Por sua vez, os CAPS não comportariam, pela própria filosofia deste serviço, um ensino que não fosse singularizado.

A direção do HAA tem permitido o ingresso do docente com no máximo oito discentes, mas a forma como vai se dar este ensino acaba ficando a cargo de cada docente, que não tem supervisão nem monitoramento de nenhuma instância. Observou-se a ausência de um sistema de garantias institucionais de certas

diretrizes para que, sobretudo os estágios, e o contato direto com as pessoas com transtorno mental em tratamento na instituição tivessem seus direitos preservados.

Como forma de colocar o aluno em sintonia com os novos processos, alguns docentes, timidamente ainda, tentam apresentar os novos serviços da reforma, muito mais para conhecimento dos alunos do que como campo efetivo de práticas.

A maioria dos docentes reconhece que há uma distância entre a teoria, o que ensinam como trajetória de exclusão de cidadania rumo ao reconhecimento dos direitos das pessoas com transtornos mentais, e a prática, efetivada em um modelo institucional que historicamente é identificado com a segregação e com a suspensão da cidadania.

Se formamos para o futuro, se há de fato nossa contribuição educacional nesse sentido, esta já deveria incorporar em seus alicerces, os novos modelos assistenciais. Pressupõe-se, que o ‘novo’ modelo assistencial reformista é o futuro campo empírico destes novos profissionais, porque apresentá-los e mantê-los no ‘velho’ modelo?

A formação crítica-reflexiva deve motivar toda a formação profissional em um hospital escola, o local de saber que tenha como principal objetivo formar um profissional orientado para o questionamento, para a reflexão na ação, capaz de problematizar e evitar o conformismo e à adaptação às estruturas, à compartimentalização do saber e que somente contribui para a inércia de nosso modelo assistencial que se quer humanista. O compromisso de uma instituição de ensino e de todos que nela atuam como formadores, independentemente de sua graduação ou titulação deve ter como eixo integrador a pessoa com transtorno mental e todo seu contexto biopsicossocial, contemplando suas necessidades e seus direitos na perspectiva de consolidação de uma nova cidadania para este segmento.

Entendemos que a transformação das ações somente se consolidará se forem prementes e constantes as dinâmicas de modificações nas concepções de mundo, sociedade e homem de todos os sujeitos envolvidos no processo. Tais transformações exigem do docente uma tomada de posição clara, sobre a condução da formação profissional no espaço do hospital escola psiquiátrico, pois esta não pode prescindir da necessidade de se fazer escolhas, e assumir o ônus desta opção, não transgredindo valores e princípios teóricos, norteadores de um modelo de atenção à saúde, que para ser viável requer a ação de profissionais concretos, dispostos a intervir na realidade social, por desfrutarem de instrumentos teórico-político-epistemológicos que os coloquem em condição privilegiada para enfrentar os desafios que são

propostos, extraindo dela as vantagens, e usando-a em favor do homem e da humanidade, num plano ético-pedagógico inequívoco.

O processo educacional concebe o modo de entender e fazer a educação, de como ele é trabalhado em sala de aula e nos espaços fora dela, afinal todos estes constituem espaços de interação entre professores e alunos. É inevitável saber o “para que e para quem” estamos construindo formação, fato que não nos pareceu central nos depoimentos dos docentes entrevistados.

Toda relação pedagógica pressupõe uma relação de poder, o que nem sempre é explicitado neste processo.

A ação educativa pode ser usada como meio de dominação ou libertação dos indivíduos. Os discentes em formação se apropriam do saber produzido, sistematizado, seja este positivo ou não, cabe-nos então transformar este saber de forma significativa em um instrumento de cidadania, instruindo-os para a compreensão da permanente interdependência existente entre as dimensões biológicas, psicológicas e sócio-ambientais do processo saúde-doença, a fim de trabalhar melhor a prevenção e a promoção da saúde, bem como de desenvolver práticas mais humanizadas nas formas de lidar com o paciente. Como promover estas dimensões no âmbito do hospital psiquiátrico, da intervenção da crise?

No atual processo de formação profissional desenvolvido pelos docentes dos cursos de Enfermagem, Serviço Social, Psicologia e Medicina pesquisados no Hospital Areolino de Abreu, observamos duas questões curriculares nas ações docentes desempenhadas: a primeira, é que a saúde mental é sobrepujada pela psiquiatria, e nesse liame a concepção de saúde como eixo integrador das ações permanece apenas na retórica. Ou seja, o docente dirige a formação sobre enfermidade, sobre o momento crítico da crise, e não com a pessoa com transtorno mental na comunidade, fora desta condição. A segunda observação advém dos modos de inserção das categorias profissionais neste processo e de sua atuação em descompasso, muitas vezes em sentido hirto, aquém de qualquer processo de inter ou transdisciplinaridade, se configurando assim apenas como multiprofissionais.

A maioria dos docentes que atuam no hospital escola psiquiátrico e nele formam seus alunos, parece não investir numa leitura complexa do processo saúde-doença e da conseqüente incorporação de profissionais de outras áreas na preocupação por esse processo, dado o caráter multifacetado e processual da temática. Sabemos que esse é um processo que envolve bem mais que o campo científico de relações, o campo político e as discutidas relações de poder, conflitos e disputas associados aos acontecimentos históricos, cultural e ao

poder simbólico acumulados entre os seus distintos atores, conferindo-lhes graus distintos de legitimidade.

Uma concreta ação docente implicaria o desenvolvimento de uma maior sensibilização entre os estudantes sobre os aspectos psicossociais, filosóficos e éticos, além dos puramente técnicos, relacionados com as práticas de saúde nas quais estão envolvidos. É necessário, um equilíbrio entre a capacitação científica e uma formação humanística que privilegie uma visão abrangente e multifacetada de saúde, bem como a sensibilidade no processo de lidar com a realidade psicossocial das pessoas que precisarão dos serviços profissionais, inclusive quando retornarem a seus territórios de gestão da vida cotidiana.

O desenvolvimento do processo de formação profissional necessita de um espaço para o desenvolvimento de idéias, valores e concepções desenvolvidas em função de condicionantes não apenas acadêmicos, mas econômicos, políticos, sociais e culturais. E dentro desta axiomática considera-se que concepções e práticas de saúde humanizadas e comprometidas socialmente são mais prováveis de surgirem em espaços humanizados, ademais o hospital psiquiátrico da forma como foi criticado e diagnosticado pelos docentes não deveria exercer essa hegemonia no campo de formação. É necessário, portanto, não apenas uma reformulação estrutural, mas também conceitual e ideológica desse processo, ir além de impressões gerais ou apreensões fragmentadas do que fazer, afinal adotar um bom conceito é apenas o princípio da jornada. Isto é, o HAA precisa ser repensado como um espaço de formação profissional pelos diferentes atores que conduzem este processo e fazem uso desta sua função.

Longe de qualquer niilismo, entretanto, nos permitimos evidenciar que não existem comportamentos ou ações separadas dos processos de significação e do sentido que os agentes sociais fazem de suas experiências e condições de vida. Assim, chegamos ao outro ponto evidenciado no nosso trabalho, e que se constitui como um dos mais fortes obstáculos à implementação das Diretrizes Curriculares na forma almejada pela lei: a dicotomia entre teoria e prática, ou entre ensino e serviço, assim como a dificuldade de avaliação de competências profissionais para efeito de certificação educacional.

A efetiva integração entre os processos de ensino-aprendizagem e de produção de serviços é, ademais, um requisito indispensável para o desenvolvimento de competências profissionais, meio de cultura insubstituível para germinação de práticas adequadas de avaliação dessas mesmas competências. O anúncio de mudanças pairou no ar, em cada entrevista e qualquer mudança vai depender sobremaneira do engajamento e criatividade dos

atores envolvidos nos processos educacionais e de produção de serviços, bem como do intercâmbio e da interação entre todos eles.

Premissas do tipo “... mas na prática...” o que figura como uma constatação pouco produtiva ou ainda, “faça como eu digo, mas não faça como eu faço” contradiz o que se postula na atualidade, onde cada pessoa envolvida em determinado processo social tem que se constituir em sujeito, transformador de suas realidades. Urge uma formação profissional crítica não apenas no discurso, mas com um conseqüente compromisso com o usuário da assistência e com os princípios defendidos em sala de aula. Um aluno crítico e reflexivo não ousaria acreditar nos efeitos de uma formação sustentada apenas em retórica conceitual. Não lhe escaparia a contradição entre as práticas efetivadas e discursos proferidos.

Afinal, há que se superar a distinção entre teoria e prática, rumo à construção de uma práxis, um repensar e enlace permanente entre teoria e prática de determinados contextos históricos e conjunturais que envolvam a todos como sujeitos dos processos de construção de algo novo. Muitas vezes, o que vivenciamos são inúmeras contradições, envoltas muitas vezes em um amontoado de boas intenções, no mínimo inócuas do ponto de vista de uma real transformação. Um dos equívocos mais freqüentes é a proposição de inovações nas práticas de ensino, concebidas como tentativas de evidenciar avanços. O que elas escondem, entretanto, é a manutenção das concepções anteriores que permanecem vivas e determinando a lógica da formação. Timidamente, há sinais de luta tentando romper tal lógica, porém o ensino e uma prática críticos vão precisar percorrer ainda um longo caminho, repleto de atalhos e armadilhas, até lograr algum impacto na formação profissional.

Para produzir o novo, é indispensável que a docência não se limite ao ensino e às suas dimensões tecnicistas. Uma ação política e conjunta entre os docentes e a direção do HAA seria produtiva para a assistência e para a formação profissional. O incremento da pesquisa e da extensão poderia produzir algo diferente. O fato de alguns docentes serem também profissionais do HAA pode facilitar a construção de novos processos sociais.

A interlocução entre os docentes e os profissionais do HAA poderia ser uma fonte de construção de novas práticas.

Lamentavelmente concluímos nossa análise identificando que a nosso ver ainda não houve uma ressignificação da formação profissional no âmbito do Hospital

Psiquiátrico. Embora hegemonicamente a formação ainda se centre em tal instituição, ela ainda tem que ser repensada no contexto da reforma psiquiátrica, tendo em vista que as diretrizes do Ministério da Saúde apontam para a diminuição de sua importância.

Os depoimentos dos docentes indicaram a necessidade de um repensar da função do HAA como espaço de formação profissional, o que ainda está por ser feito. Acreditamos que para tal há que haver empenho de cada docente em particular, da direção do HAA e dos gestores dos currículos das IES. Esperamos que este trabalho fornecesse subsídios para tanto.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA DE MEDICINA DO PIAUÍ. **História da Medicina no Piauí**. SANTOS JÚNIOR, L. A. (Org.). Teresina: Academia de Medicina do Piauí, 2003.

AMARANTE, P. D. C. **Psiquiatria social e colônias de alienados no Brasil (1830-1920)**. 1982. Dissertação (Mestrado em Medicina Social), Universidade Estadual do Rio de Janeiro/IMS, Rio de Janeiro.

_____. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ ENSP, 1995.

ANTUNES, J. L. F. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo: Letras & Letras, 1991.

ARAÚJO, E. M. B. Reforma Universitária: suas causas e consequências. In: TUBINO, M. J. G.. **A universidade ontem e hoje**. São Paulo: Ibrasa, 1984.

ARAÚJO, M. M. B. **Cotidiano e pobreza: A magia da sobrevivência em Teresina (1877-1914)**. Teresina: Fundação Cultural Monsenhor Chaves, 1995.

ASIOLI, F. ; SARACENO, B.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023: Informações e Documentação: referências: elaboração**: Rio de Janeiro, 2000.

BASAGLIA, F. (Org.) **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.

BEZERRA JR., B. A clínica e a reabilitação psicossocial.. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

BIRMAN, J. ; COSTA, F. “Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária”. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BLAZER, D. G. **Freud versus Deus: Como o psiquiatra perdeu a alma e o cristianismo perdeu a cabeça**. Viçosa: Ultimato, 2002.

BONOMA, Thomas V. **Case Research in Marketing: Opportunities, Problems, and Process**. *Journal of Marketing Research*, Vol XXII, May 1985.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 1982.

_____. “O Campo Científico”. In: ORTIZ, R. **Pierre Bourdieu Coleção Grandes Cientistas Sociais**. São Paulo: Ática, 1983.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 22. ed. São Paulo: Ática, 1999.

_____. Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903. **Institui a Lei Federal de Assistência aos Alienados, e dá outras providências.**

_____. Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934. **Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos, e dá outras providências.**

_____. Lei nº 361, de 14 de setembro de 1853. **Autoriza o funcionamento do Hospital de Caridade da Santa Casa de Misericórdia de Theresina, e dá outras providências.**

_____. Ministério da Educação. Decreto nº 68.631, de 19 de maio de 1971. **Dispõe sobre a incorporação das escolas superiores isoladas que funcionavam de forma autônoma.**

_____. _____. Decreto nº 74.466, de 11 de novembro de 1974. **Dispõe sobre o reconhecimento do curso de Medicina da Universidade Federal do Piauí, e dá outras providências.**

_____. _____. Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1961. **Fixa normas de organização e funcionamento de ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências.**

_____. _____. Lei nº 5.528, de 11 de novembro de 1968. **Cria a fundação Universidade Federal do Piauí – FUFPI, e dá outras providências.**

_____. _____. Lei nº 9.394. Lei de Diretrizes e Bases (LDB), de 20 de dezembro de 1996. Lei Darcy Ribeiro. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências.**

_____. _____. Lei nº 10.172, de 10 de janeiro de 2001. **Estabelece o Plano Nacional de Educação, e dá outras providências.**

_____. _____. Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004. **Institui o sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES, e dá outras providências.**

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 60.252, de 21 de fevereiro de 1967. **Institui a Campanha Nacional de Saúde Mental, e dá outras providências.**

_____. _____. 8ª. Conferência Nacional de Saúde. Brasília: **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. _____. **ABC DO SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: MS/ SNAS, 1990b.

_____. _____. **Cartilha da PNH.** Gestão e Formação no Processo de Trabalho - Elizabeth Barros, Elizabeth Mori e Solange - Ministério da Saúde, 2004 (Série B: textos básicos de saúde).

_____. _____. **Conselho Nacional de Saúde.** Resolução 196/96. Brasília, 1996.

_____. _____. Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975. **Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, e dá outras providências.**

_____. _____. Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8080. **Dispõe sobre a organização do sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.** Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

_____. _____. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e dá outras providências.**

_____. _____. **Orientações para o funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental.** Brasília: CDMS/ MS, 1990a.

_____. _____. Portaria GM/MS nº 3.408, de 05 de agosto de 1998. **Estabelece padrões de qualidade e unifica os parâmetros de avaliação com base no programa nacional de avaliação dos serviços hospitalares – PNASH e, e dá outras providências.**

_____. _____. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. **Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais, e dá outras providências.**

_____. _____. Portaria nº 1220, de 07 de novembro de 2000. **Inclui o procedimento acompanhamento de pacientes em Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental na tabela do SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS.**

_____. _____. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. **Define e estabelece as diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.**

_____. _____. Portaria nº 52/GM, de 20 de janeiro de 2004. **Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - 2004, e dá outras providências.**

_____. _____. **Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS.** Brasília, 2005.

_____. _____. **Programa de apoio à desospitalização.** Brasília: MS/ Cosam, 1994b. Mimeo.

_____. _____. **Promoção de saúde.** Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Adelaide, Sundsvall, Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México: Brasília, 2001.

_____. _____. **Relatório final da 2ª. Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: MS/ SAS/ DAPS/ Cosam, 1994a.

_____. _____. **Relatório Final 11ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: MS/ SAS/ DAPS/ Cosam, s/d.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais.** Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. _____. Decreto nº 3860, de 09 de julho de 2001. **Regulamenta a Medida Provisória 2.216 que dispõe sobre a formação de recursos humanos na área de saúde, e dá outras providências.**

_____. _____. _____. Decreto nº 5.773, de 09 de maio de 2006. **Dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no Sistema Federal de Ensino, e dá outras providências.**

_____. _____. _____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 03, de 07 de novembro de 2001. **Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Enfermagem, e dá outras providências.**

_____. _____. _____. _____. _____. Parecer nº 600, de 03 de novembro de 1997. **Dispõe sobre a autonomia didático-científica das universidades e centros universitários do sistema federal de ensino, e do seu exercício pelos colegiados de ensino e pesquisa, e dá outras providências.**

_____. _____. _____. _____. _____. Parecer nº 1.133, de 03 de outubro de 2001. **Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição, e dá outras providências.**

_____. _____. _____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Portaria Interministerial nº 1.000, de 15 de abril de 2004. **Dispõe sobre a certificação dos Hospitais de Ensino, e dá outras providências.**

_____. _____. _____. _____. _____. Portaria Interministerial nº 1.005, de 27 de maio de 2004. **Dispõe sobre a documentação obrigatória para a certificação dos Hospitais de Ensino, e dá outras providências.**

_____. _____. _____. _____. _____. Portaria Interministerial nº 1.006, de 27 de maio de 2004. **Dispõe sobre o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, e dá outras providências.**

_____. _____. _____. _____. _____. Portaria Interministerial nº 2118, de 03 de novembro de 2005. **Dispõe sobre a cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área de saúde, e dá outras providências.**

_____. _____. _____. _____. _____. Resolução CNE/CES nº 04, de 07 de novembro de 2001. **Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina, e dá outras providências.**

_____. _____. _____. _____. _____. Resolução CNE/CES nº 08, de 07 de maio de 2004. **Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Psicologia, e dá outras providências.**

_____. _____. _____. _____. _____. Resolução CNE/CES nº 15, de 13 de março de 2002. **Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Serviço Social, e dá outras providências.**

BULLOUGH, V. L. *The Development of Medicine as a Profession – The contribution of Medieval University to Modern Medicine*. Basel, Switzerland: Karger AG, 1966.

CARVALHO, D. B. **O trabalho docente em psicologia e o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes: uma experiência teresinense**. 2007. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Programa de Pós Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 1998.

CASTELO BRANCO, E. M. **A Reforma Psiquiátrica no Piauí**. 2005. Monografia (Especialização em Saúde Mental). Universidade Federal do Piauí. Teresina.

CASTRO, C. G. J.; WESTPHAL, M. F. Modelo de atenção. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. (Orgs.) **Gestão de serviços de saúde**. São Paulo: EDUSP, 2001.

CAVALCANTI, M. T. **O tear das cinzas: um estudo sobre as relações entre a psicose e instituição psiquiátrica**. 1992. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CERQUEIRA FILHO, G. **A “questão social” no Brasil: crítica do discurso político**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

CISNEROS, M. Z., *Manual de historia de los hospitales*. In: **Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina**, Caracas, 2 (4), 1954.

COELHO, F. H. **Psiquiatria no País do Açúcar e outros Ensaio**. João Pessoa: União Cia., 1977.

CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO – CLT (1943). CLT Dinâmica / desenvolvimento e atualização realizados pelo Serviço de Jurisprudência e Divulgação do Tribunal Regional do Trabalho da 2ª Região. – São Paulo: Serviço de Jurisprudência e

Divulgação, 2005. Disponível em:

<http://www.trt02.gov.br/geral/tribunal2/legis/CLT/INDICE.html>. Acesso em: 21 jan. 2007.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

CZAPSKI, D. J. **Hospital como centro das ações de saúde**. Cadernos da Nona. Brasília, v.2, 1992, p.155-158.

DAGNINO, E. (Org.). **Os anos 90: política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

DANNEMANN, R. N. **Formação Profissional: conceituação na problemática social brasileira**. Rio de Janeiro: SENAC/DN/DEPS, 1967.

DELGADO, P. G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão do crônicos). In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Org.) **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. **As razões da tutela: Psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

_____. “A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial”. **Saúde em Foco**. Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva, ano VI, n. 16, p. 41-43, 1997.

_____. Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. **Cadernos IPUB**, n. 14, p.113-121.1999.

DONZELOT, Jacques. **A Polícia das Famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

ESTADO DO PIAUÍ. **Decreto Estadual nº 694, de 11 de agosto de 1966**. Cria a Faculdade de Medicina do Piauí – FAMEPI.

FÁVERO, M. L. **Universidade e poder: análise crítica / fundamentos históricos (1930-45)**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1980.

FAXON, N. W. *A History of Hospitals*. In: BACHMEYER, A. C. ; HARTMAN, G. (Ed.). **The Hospital in Modern Society**. New York: The Commonwealth Fund, E. L. Hildred & Company Inc., 1943.

FERRAZ, S.T. **Bases conceituais de promoção da saúde**. Brasília: OPAS/OMS, 1994.

FIDEL, R. *The case study method: a case study*. In: GLAZIER, J. D.; POWELL, R. R. **Qualitative research in information management**. Englewood, CO: Libraries Unlimited, 1992.

FIGUEIREDO, A. M. *et al.* **Novos caminhos para a educação superior**. Seminário Internacional Universidade XXI. Documento síntese. Brasília, 2004.

FILHO, J. F. da SILVA. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: COSTA, N.R.; TUNDIS, S.A. (Org.) **Cidadania e Loucura - Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987, p. 75-102.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada.** *The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin Number Four.* Boston: D. B. Updike, The Merrymount Press, 1910.

FONTES, O. L. **Além dos sintomas:** superando o paradigma saúde e doença. Piracicaba: UNIMEP, 1995.

FOUCAULT, M. **História da loucura.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. **Microfísica do poder.** 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia.** 20. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOFFMAN, E. **Estigma:** Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Guanabara, 1988.

_____. **Manicômios, prisões e conventos.** 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1996.

GOLDBERG, J. **A teoria das práticas renovadas em saúde mental.** Mimeo. 1994a.

_____. **Clínica da psicose:** um projeto na rede pública. 1994b.

_____. Reabilitação como processo: o centro de atenção psicossocial. In: PITTA, A. M. F. **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **Cotidiano e instituição:** revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituições públicas. 1998. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo,

GUIMARÃES, H. **Para uma psiquiatria piauiense.** Teresina: COMEPI, 1994.

GOODE, W. J. ; HATT, P. K. **Métodos em Pesquisa Social.** 3ª ed. São Paulo: Cia Editora Nacional, 1969.

HARTLEY, J. F. *Case studies in organizational research.* In: CASSELL, C. ; SYMON, G. (Ed.). **Qualitative methods in organizational research:** a practical guide. London: Sage, 1994.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IBGE. (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Censo Demográfico 2000.** Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

JACOBINA, R. R. A constituição da psiquiatria na Bahia: o agente, seus saberes e práticas no Asilo. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, 13 (1/3): 7-20. jan./set. 1986.

KAPLAN, H. et al. **Compêndio de Psiquiatria:** ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7. ed. , Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

LEAL, E. M. Clínica e subjetividade contemporânea: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica brasileira. In: FIGUEIREDO, A. C.; CAVALCANTI, M. T. (Org.). **A Reforma Psiquiátrica e os Desafios da Desinstitucionalização**. Rio de Janeiro: CUCA-IPUB/UFRJ, 2001.

LEFEBVRE, H. *Logique formelle et logique dialectique*. Paris: Éditions Sociales, 1947.

LIMA, M. J. G. **A prática do assistente social na área da saúde mental: uma análise centrada na cidadania dos usuários**. 2004. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) Universidade Federal do Piauí, Teresina.

LUCKESI, C. **As conferências nacionais de saúde e as políticas de Saúde da década de 80: Saúde e Sociedade no Brasil**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

_____. **Avaliação da aprendizagem escolar**. São Paulo: Cortez, 7. ed., 1998.

MACHADO, R. *et al.* **Da(n)ção da norma. Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARTINS, M. C. F. N. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de Saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec/ Abrasco, 1994.

_____. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco. 5. ed., 2005.

MOREIRA, D. **Psiquiatria: controle e repressão social**. Petrópolis: Vozes, 1983.

NOGUEIRA, L. T. **A trajetória da enfermagem moderna no Piauí: 1937-1977**. 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

NOGUEIRA, A. B. **Avaliação do Programa de Saúde Mental Comunitária do Piauí**. 1993. Tese (Doutorado em Psiquiatria), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

NOVAES, H. M. **Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde**. São Paulo: Pioneira, 1990.

NÓVOA, A. (Coord). **Os professores e sua formação**. Lisboa: Dom Quixote, 1997.

_____. **Revista Nova Escola**. Agosto/2002, p.23.

OLIVEIRA, J. B. **Renda per capita, desigualdades de renda e educação, e participação política no Brasil**. Texto para discussão Nº 827. IPEA, Rio de Janeiro e Brasília, 2001.

OLIVEIRA, A. G. B. **A reforma psiquiátrica em Cuiabá/MT**: a análise do processo de trabalho das equipes de saúde mental. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, São Paulo.

OLIVEIRA, M. J. G. C. G. **O direito aos serviços sociais**: prática de Serviço social e constituição da cidadania. 1987. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Convenios y recomendaciones internacionales del trabajo, 1919-1984: adoptados por la Conferencia Internacional del Trabajo**. Ginebra, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) – ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL (AMRP). Declaração de consenso sobre a reabilitação psicossocial. **Boletín de la Asociación Madrilená de Rehabilitación Psicossocial**, n. 6, ano 4, p. 12-4, março de 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Reestruturação da assistência psiquiátrica**: bases conceituais e caminhos para sua implementação. Milão: OPS, 1990.

_____. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

OZÓRIO, M. Educação Popular e Saúde: elogio à comunidade. **Revista de APS**, Juiz de Fora, 7, 2003.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. ; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

_____. **Saúde**: política e reforma sanitária. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PASSAMANI, M. C. **Reforma da Assistência Psiquiátrica no Piauí**: representações sociais construídas pelos gestores e trabalhadores de saúde mental. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde). Universidade Federal do Piauí, Teresina.

PIMENTA, S. G.; ANASTASION, L. **Docência no ensino superior**. v.1. São Paulo: Cortez, 2002.

PITTA, A. M. F. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

POLITZER, G. **A Filosofia e os Mitos**. Civilização Brasileira, 1979.

- PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**, 2007. Disponível em <<http://www.teresina.pi.gov.br/portalmpt>>. Acesso em 12 de jan. de 2007.
- REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Revista Saúde Soc.** ;13 (3):36-43, set.-dez. 2004.
- REIS FILHO, C. Reforma Universitária e ciclo básico: modelo viável. In: GARCIA, W. E. (Org.) **Educação brasileira contemporânea**. São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil, 1978.
- RELATÓRIO CLIDENOR FREITAS SANTOS, 1941.
- RESENDE, H. “Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica”. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1990.
- RIBEIRO, H. P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.
- ROLIM, M. A. *et al.* Os cuidados de enfermagem no tratamento farmacológico dos transtornos mentais no Brasil. In: _____. **O uso racional de medicamentos psiquiátricos**. Rio de Janeiro: Divisão de saúde mental e prevenção de toxicomanias. Organização Mundial da Saúde, 1997, cap. 11, p. 93-110.
- ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.
- _____. **O Nordeste na reforma psiquiátrica**. Teresina: EDUFPI, 2006.
- ROSEN, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- _____. Uma história da saúde pública. Trad. Marcos Fernandes de S. Moreira, (Col.) José Rubens de Bonfim. **Série Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: HUCITEC/UNESP/ABRASCO, 1994.
- ROTELLI, F. IN: **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.
- RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis: Vozes, 1980.
- SAMPAIO, J. J. C. **Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- SANTANA, J. P. ; CAMPOS, F. E.; SENA, R. R. **Formação profissional em saúde: desafios para a universidade**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicações/textos_apoio/ACF2114.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2006.
- SANTOS, A. R. **Metodologia Científica: a construção do conhecimento**, 5. ed. Ver. Rio de Janeiro: DP & A, 2002
- SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça: A política social na ordem brasileira**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SARACENO, B. **Libertando identidades**. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá, 2001.

SCHERER, M. D. A. *et al.* Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 53-66, set. 2004/fev.2005.

SCHÖN, D. **Os professores e sua formação**. Coord. De Nóvoa; Lisboa: Dom Quixote, 1997.

SCHWARTZMAN, S. **A qualidade no espaço universitário**: conceitos, modelos e situação atual. Trabalho preparado para o I Congresso Internacional “Qualidade e Excelência na Educação”. Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 25 a 29 de outubro de 1993.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ. **Relatório de Ações Desenvolvidas no Hospital Areolino de Abreu – HAA (2003-2006)**, Teresina: SESAPI, 2006.

STROH, P. Y.; PENA-VEJA, A.; NASCIMENTO, E. P. **Reforma da Educação Brasileira**. MEC/ORUS/SESU/DAPES. Programa Universidade XXI. Diagnóstico, 2003.

SUCUPIRA, N. **A condição atual da Universidade e a reforma universitária brasileira**. MEC, 1972.

SZASZ, T. S. **Esquizofrenia**: símbolo sagrado da psiquiatria. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

TEIXEIRA, M. O. Algumas reflexões sobre o conceito de cura em psiquiatria. **Cadernos IPUB**, nº 03, Rio de Janeiro, IPUB / UFRJ, pp. 67-76, 1996.

TELLES, V. S. Sociedade e construção de espaços públicos. In: DAGNINO, E. (org.). **Anos 90: política e saúde no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da reforma**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

THOMPSON, J. D. ; GOLDIN, G. **The Hospital: A Social and Architectural History**. London: Yale University Press, 1975.

TRIGUEIRO, M. G. S. **Gestão da Educação Superior no Brasil**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu>>. Acesso em: 13 dez. 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: A Pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1994.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 3. ed. Petrópolis : Vozes, 2005.

TYKANORI, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. **Fufpi 20 anos**. Teresina: FUFPI, 1991.

VASCONCELOS, Eduardo. M. **Do hospício à comunidade:** mudança sim, negligência não. Belo Horizonte: Segrac, 1992.

_____. Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, 1997, n. 54.

_____. **Saúde mental e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2000.

VASCONCELOS, Eymard. M. O taylorismo e a construção da medicina das classes populares. **Serviço Social e Sociedade,** São Paulo: Cortez, n. 31, ano X, dez. 1989.

VENÂNCIO, A. T. A. **Sobre “a nova psiquiatria no Brasil”:** um estudo de caso do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria. 1990. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) Universidade Federal do Rio de Janeiro / PGASMN, Rio de Janeiro.

VERTZMAN, J.; SERPA, O. ; CAVALCANTI, M. T. Psicoterapia institucional: uma revisão. In: BEZERRA JR. e AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria sem hospício:** contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: CUCA – IPUB/UFRJ, 1992.

VIANA, L. W. **Liberalismo e sindicato no Brasil.** 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

VIEIRA, E. A. “As políticas sociais e os direitos sociais no Brasil: avanços e retrocessos. In: **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, no. 53, ano XVIII, mar, 1997.

WAIDMANN, M. A.; ELSEEN, I. Desinstitucionalização e reinserção social do portador de transtorno mental na família e na comunidade. **Anais, 2004. Simpósio Internacional Famílias em Situação de Risco;** Rio Grande; BR.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

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](#)